

souvenir de cette Prise en charge Médico-Psychologique (PMP) initiale et sa relation avec la qualité de l'adhésion à la PMP ultérieure. *Patients et méthode* Les suicidants ayant réalisé une IMV étaient inclus dans une étude prospective descriptive réalisée aux urgences du CHU de Poitiers au printemps 2013. L'évaluation du souvenir était recueillie par contact téléphonique entre le 7^e et le 12^e jour suivant l'IMV. L'évaluation de l'adhésion à la PMP ultérieure était réalisée par contact téléphonique avec le référent des soins psychiques du patient à 2 mois de l'IMV, sur des critères d'alliance thérapeutique et d'observance médicamenteuse.

Résultats Trente-sept patients ont été inclus, en majorité des femmes (60%). L'âge médian était de 36 ans. Plus d'un quart présentaient une altération ou une absence de souvenir de la PMP réalisée aux urgences après leur IMV. Cette altération était liée à l'existence d'une intentionnalité suicidaire ($p < 0,02$) et à une surveillance par monitoring ($p < 0,007$), témoin du caractère de gravité de l'IMV. Près de la moitié des patients présentaient une faible adhésion à la PMP ultérieure. L'adhésion à la PMP ultérieure n'était pas liée à la qualité du souvenir de la PMP réalisée aux urgences.

Conclusion L'altération ou l'absence de souvenir de la PMP réalisée aux urgences après une IMV pose la question du délai à respecter entre le geste suicidaire et l'intervention initiale de l'équipe psychiatrique. Par ailleurs, l'absence de relation entre le souvenir de la PMP réalisée aux urgences et l'adhésion à la PMP ultérieure nous incite à rechercher les autres leviers de l'adhésion aux soins chez les patients suicidants.

Mots clés Tentative de suicide ; Intoxication médicamenteuse volontaire ; Suicidant ; Amnésie ; Alliance thérapeutique

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Walter M, Genest P. Réalités des urgences en psychiatrie. *Info Psychiatr* 2006;82(7):565–70.
- [2] Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic. *Reanimation* 2008;17(8):783–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.033>

P122

Schizophrénie et métacognition : quel intérêt ?

M.A. Birem*, M. Bensaida
EHS Errazi, Annaba, Algérie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bmanissou@yahoo.fr (M.A. Birem)

Malgré le développement de molécules plus spécifiques, les neuroleptiques ne demeurent qu'un traitement partiellement efficace de la schizophrénie. Une proportion importante de patients, 30 à 40%, ne montre qu'une rémission partielle des symptômes psychotiques. Les symptômes psychotiques persistants représentent un défi majeur pour les soins psychiatriques, car ils sont accompagnés d'un risque augmenté d'hospitalisations non-volontaires et interfèrent avec le fonctionnement social et professionnel. Pourquoi un programme d'entraînement cognitif ?

D'une part, on peut relever la richesse des savoirs sur les distorsions métacognitives dans la schizophrénie.

D'autre part, il y a bien là une intention de réduire le fossé actuel entre la compréhension avancée des processus cognitifs et métacognitifs dans la schizophrénie et son utilisation pratique dans le traitement clinique.

Elle renvoie aux connaissances que nous avons de notre propre fonctionnement cognitif et au pilotage de nos comportements grâce à la mise en œuvre de procédures adaptées.

Elle traduit en quelque sorte l'aptitude à réfléchir sur ses propres processus cognitifs et à les contrôler, ce qui inclut des connaissances sur : pourquoi, comment, quand s'engager dans des activités cognitives variées.

Des programmes ont été conçus pour cibler les erreurs cognitives communes et les biais de résolution de problèmes associés à la schizophrénie et aux psychoses en général. Ces erreurs et biais peuvent à eux seuls ou combinés culminer dans le développement et le maintien de fausses croyances jusqu'aux délires.

La psychose n'est pas un événement soudain et momentané. Le plus souvent, elle est le résultat de changements graduels dans la façon d'appréhender ses propres pensées et l'environnement social. L'amélioration des compétences métacognitives pourrait agir de façon prophylactique sur les rechutes psychotiques.

Mots clés Schizophrénie ; Cognition ; Métacognition ; Biais ; Programme ; Modules

Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Moritz S, Andreou C, Schneider BC, Wittekind CE, Menon M, Balzan RP, et al. Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clin Psychol Rev* 2014;34:358–66.

Moritz S, Veckenstedt R, Bohn F, Köther U, Woodward TS. Metacognitive training in schizophrenia. Theoretical rationale and administration. In: Roberts DL, Penn DL, editors. *Social cognition in schizophrenia. From evidence to treatment*. New York: Oxford University Press; 2013. pp. 358–83. [download: MCT_2013].

Moritz S, Vitzthum F, Randjbar S, Veckenstedt R, Woodward TS. Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23:561–9. [download: Current Opinion 2010].

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.034>

P123

Illustration de l'efficacité antidépressive de la kétamine à propos d'un cas d'une patiente déprimée traitée pour douleurs chroniques résistantes par cure de kétamine

F. Boulet*, M. Abbar

CHU Carémeau, Nîmes, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : fabrice.boulet@chu-nimes.fr (F. Boulet)

Objectif Illustrer la potentialité antidépressive de la kétamine par un cas clinique rapporté.

Contexte Femme de 50 ans souffrant d'une dépression secondaire à des algies chroniques lomboscoliotiques rebelles et invalidantes au niveau fonctionnelle post-chirurgie d'une hernie discale. La patiente se déplaçait en fauteuil roulant et avait un périmètre de marche avec une canne de quelques mètres seulement.

Traitement initial par sulfate de morphine plus antidépresseurs (duloxétine seule, puis association avec mirtazapine) avec amélioration très partielle sur la dépression et sans amélioration au niveau fonctionnel.

La patiente a bénéficié dans le même temps d'une prise en charge en algologie et en rééducation fonctionnelle avec là encore peu ou pas d'amélioration.

La patiente débute un traitement antalgique par kétamine IV (40 mg/j) sous forme de cure de 5 jours toutes les 6 semaines en hôpital de jour, toujours associé à un traitement antidépresseur par duloxétine 120 mg/j avec une amélioration rapide et spectaculaire aussi bien au niveau des symptômes dépressifs qu'au niveau des algies lomboscoliotiques. Amélioration également au niveau fonctionnel avec disparition de l'aide par fauteuil roulant et reprise d'une marche sans canne avec un périmètre de presque 1 kilomètre. Poursuite actuelle du suivi conjoint psychiatre, algologue avec rémission de la symptomatologie dépressive et poursuite de l'évolution favorable au niveau de la symptomatologie fonctionnelle.

Mots clés Dépression ; Douleurs chroniques ; Kétamine

