

DSM IV-R, et plus récemment du DSM 5, en passant par les données publiées par des psychiatres africains, nous ferons le point sur les données épidémiologiques concernant la schizophrénie en Afrique de l'Ouest. Nous verrons quelles sont les disparités géographiques et socioéconomiques [1]. Ces données seront toutefois à nuancer : sont-elles réellement interprétables au regard du contexte culturel et social des pays concernés ? La proportion de personnes effectivement prises en charge reste minime et le recensement des individus atteints de troubles psychiques ne peut dès lors être qu'approximatif. Malgré l'insuffisance de statistiques officielles, les soignants travaillant en Afrique sub-saharienne confirment au fil des personnes rencontrées l'existence incontestable de troubles psychiques sévères, comme la schizophrénie. Ils y observent une même triade symptomatologique, ne différant que par l'expression clinique du délire, influencé par le vécu, social et culturel, des personnes. Ils témoignent du quotidien des malades africains, fait d'enchaînements et de maltraitance. L'accès aux soins est un parcours du combattant pour les familles. Cela s'illustre dans les faits par des durées extrêmement élevées de psychose non traitée.

Mots clés Représentations ; Épidémiologie de la schizophrénie ; Afrique

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Référence

- [1] Compton MT. Review: migrants are at increased risk of developing schizophrenia. *Evid Based Ment Health* 2005;8:85.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.399>

FA25

SPLF – les liens entre fragilité et pathologies mentales chez la personne âgée

C. Arbus

Centre hospitalier universitaire de Toulouse Purpan, Toulouse, France
Adresse e-mail : arbus.c@chu-toulouse.fr

La fragilité, aujourd'hui définie selon les critères de Fried et al. [1], est souvent associée à une souffrance psychique et notamment aux symptômes dépressifs ou même à la dépression. S'agit-il d'une co-occurrence ou bien existe-t-il des liens physiopathologiques plus ténus ? De nombreuses études ont rapporté une association positive entre dépression et risque de morbidité et de mortalité [2]. La présence de symptômes dépressifs chez les fragiles aggrave-t-elle le risque de morbidité et de mortalité de ces patients ? Les maladies mentales sont des facteurs de handicap et de vulnérabilité. Il n'existe, à ce jour, aucune étude s'étant intéressée aux populations psychiatriques vieilles au regard du concept de fragilité utilisé en gériatrie. Il existe dans ce domaine un vaste champ de recherche encore inexploré. Il est des situations au cours desquelles apparaissent des syndromes démentiels et la question de la co-occurrence d'une maladie neurodégénérative ou celle d'une évolution vésanique de la maladie psychiatrique se pose [3]. Il n'existe que peu, voire pas, d'études prospectives au long cours permettant de répondre à cette question. Les personnes âgées sont surexposées aux traitements psychotropes. Il s'agit de molécules qui auront de façon quasi-obligatoire des effets délétères, les personnes âgées étant beaucoup plus vulnérables aux effets secondaires de ces traitements alors que leur efficacité dans cette population est souvent difficile à démontrer. Une personne sur deux de plus de 70 ans fait usage de psychotropes en France. La iatrogénie est bien sûr importante avec des risques de chutes et de confusion ou de sédation excessive [4]. Il s'agit de molécules à fort potentiel cognitif. Dans une situation de fragilité gériatrique et lorsque coexiste une symptomatologie psychiatrique, la prescription des psychotropes viendra nécessairement aggraver le pronostic fonctionnel des patients notamment lorsque cette prescription n'est pas maîtrisée et répond à des critères de mésusage.

Mots clés Fragilité ; Symptômes dépressifs ; Vieillesse des maladies mentales ; Iatrogénie

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Fragility in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Series A Biol Sci Med Sci* 2001;56:M146–56.
- [2] Schulz R, Beach SR, Ives DG, Martire LM, Ariyo AA, Kop WJ. Association between depression and mortality in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med* 2000;160:1761–8.
- [3] Rajji TK, Voineskos AN, Butters MA, Miranda D, Arenovich T, Menon M, et al. Cognitive performance of individuals with schizophrenia across seven decades: a study using the MATRICS consensus cognitive battery. *Am J Geriatr Psychiatr* 2013;21:108–18.
- [4] Bloch F, Thibaud M, Dugue B, Breque C, Rigaud AS, Kemoun G. Psychotropic drugs and falls in the elderly people: updated literature review and meta-analysis. *J Aging Health* 2011;23:329–46.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.400>

FA26

SFRP – Les thérapies psycho-corporelles, réponses en psychiatrie posées sur la réalité

C. Peugnet

Pôle universitaire de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Limoges, France

Adresse e-mail : dr.peugnet@wanadoo.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.401>

FA26A

La thérapie psychocorporelle : une réponse plus adaptée aux enjeux actuels des troubles du comportement de l'adolescent

C. Peugnet

Pôle universitaire de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Limoges, France

Adresse e-mail : dr.peugnet@wanadoo.fr

L'adolescence est avant tout définie par un ensemble de particularités physiques et physiologiques, par un bouleversement qui est source de défaillance narcissique. Cette période spécifique de passage de l'enfance à l'âge adulte est caractérisée par la recherche de nouveaux étayages, face à l'inaccessibilité des étayages antérieurs : le corps infantile, les parents. La validation de nouveaux repères fiables pour un adolescent est plus ou moins codifiée par des rites de passage. Ces rites ont évolué au fil du temps, en particulier avec le changement de statut social de l'adolescent (et même de l'enfant), la société s'étant progressivement désengagée des codes initiatiques, laissant le groupe d'adolescents s'en débrouiller. Les rituels deviennent alors des prises de risque expérimentales et dont le seul sens est d'appartenir à ce groupe abandonné. À partir de quelques exemples cliniques, on peut voir que la thérapie psychocorporelle (relaxation thérapeutique), qui réintroduit l'adulte dans le rapport de l'adolescent à lui-même, peut faire office de rituel initiatique. En effet, la relaxation fait appel à une méthode, pouvant être très codifiée, avec des contraintes et des objectifs, le tout restant dans l'espace de la réalité par la concentration sur le corps. Le thérapeute est le gardien de ces codes et garantit une certaine sécurité à cette aventure de l'adolescent avec lui-même. Ainsi, le jeune se retrouve confronté à la difficulté fondamentale qui caractérise son âge, mais dans un passage accompagné par l'adulte, qui peut lui permettre de passer à un nouveau statut plus valorisant.

Mots clés Relaxation ; Abord corporel ; Thérapie ; Psychothérapie ; Adolescence ; Rites ; Troubles du comportement
Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Baudry P. L'adolescent et la mort : initiation et ritualisation L'esprit du temps, Col. "Études sur la mort". 1998. p. 113.

Mazet P. Naissance et développement du sens éthique chez l'enfant. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1999;47/12.

Michaud PA, Alvin P. La santé des adolescents. Approches, soins, prévention. Payot-Doin. Montréal; Presses de l'université; 1997.

Wintrebert H. La relaxation de l'enfant. L'Harmattan, Col. "Psychologiques". 2003.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.402>

FA26B

Une thérapie psychocorporelle en réponse à l'urgence : les effets possibles de la rela(x)tion

A. Juillard

Hôpital d'instruction des armées Desgenettes, Lyon, France

Adresse e-mail : aurore.juillard@gmail.com

La question du Temps a toujours fait partie du travail en thérapie de relaxation et l'actualité peut nous amener à penser et pratiquer notre clinique dans cette urgence. Aujourd'hui, le milieu médical est dans cette quête du Temps. Par des demandes de plus en plus pressantes, des enjeux de plus en plus exigeants en rapidité d'efficacité, l'hôpital n'est pas épargné par ces questions, ni les patients ni les soignants qui y passent du temps. Les cliniciens de la pratique à médiation corporelle dont je fais partie doivent s'inscrire dans ces enjeux de société. Le lien constant entre le Corps et le Psychisme dans la pratique de la Relaxation est une force pour s'inscrire dans l'Urgence. Le principe de Temps ne peut être séparé du principe d'Espace et c'est finalement dans le Corps que ces notions se réunissent. À l'hôpital, le médecin est pressé que le patient « guérisse », le patient est pressé de sortir et nous, relaxateurs, nous cherchons d'abord la relation pour la relaxation. Comme le définissait J.-H. Schultz, c'est dans ce « nous thérapeutique » que se joue la rencontre. C'est alors la demande qui vient tout d'abord orienter l'effet de la relaxation. Un patient (sur)demandeur risque d'entraîner un effet trop magique. Nous semblons entendre sa plainte car aucun clivage ne se fait sentir entre le Corps et l'Esprit, il sent qu'il peut souffler mais cela restera superficiel s'il ne souhaite pas travailler en profondeur sur lui. Un médecin (sur)demandeur risque d'amener l'opposition du patient. Son corps est présent mais pas son psychisme ou seulement le caractère rebelle et rien ne peut prendre sens. Mais s'il y a un *feeling*, tant dans la proposition du médecin qui pense à l'approche en relaxation, que dans votre instinct à l'écoute de son histoire et dans le temps que le patient s'offre pour se laisser surprendre... c'est là que cette pratique en Rela(x)tion va prendre tout son sens et va s'inscrire d'emblée comme une réponse à cette demande urgente d'aller mieux ! Au travers de ces 3 possibilités, ces 3 profils, nous allons réfléchir à ce qui se joue dans les premières séances de relaxation. Où se situe l'engagement du patient dans son Corps et la façon dont les changements peuvent s'opérer ? Fort heureusement, le Corps est surprenant... et même après certains débuts qui peuvent paraître perdus d'avance, les surprises de la Relaxation ne cessent de faire évoluer l'Urgence de la demande à l'hôpital.

Mots clés Relaxation ; Temps ; Relation ; Demande

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Anzieu D. Le Moi Peau. Paris: Dunod; 1985.

Damasio AR. Le sentiment même de soi. Odile Jacob; 1999.

Fauche S. Du corps au psychisme. PUF; 1993.

Meyer M, Londiche M, Dreyfus M. Entre mots et toucher, le corps en transfert, ed. La pensée sauvage; 2005.

Ranty Y. Le training autogène progressif. Paris: PUF; 1990/2003.

Le corps en psychothérapie de relaxation. L'Harmattan.

Rosa H. Accélération. Une critique sociale du temps. La découverte, coll. « Théorie critique »; 2010.

Schultz JH. Le training autogène. Paris: PUF; 1958.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.403>

FA27

Association EMDR France – Indication de l'EMDR dans le traitement des révélations tardives de violences sexuelles

L. Amétépé

155, chemin de Lanusse, Toulouse, France

Adresse e-mail : ametepe.leo@orange.fr

Vingt pour cent des femmes et 10% des hommes ont subi des violences sexuelles dans leur enfance (Pereda & al., 2009); 10% des enfants sont maltraités dans les pays à haut revenus (Gilbert, 2009). Les conséquences de ces violences sont importantes sur le plan psychopathologique, somatique, social et parfois judiciaire. Elles passent souvent inaperçues faute d'un dépistage systématique. De nombreuses pathologies écrans (dépressions, addictions...) sont par conséquent traitées de façon souvent inefficace. Une évaluation précise des conséquences personnelles, sociales et judiciaires est indispensable pour protéger le cadre thérapeutique des incessantes intrusions de la réalité (certificats médicaux, expertises, assistance judiciaire). C'est précisément le rôle du réseau d'accompagnement social et judiciaire, partenaire indispensable, sans lequel le traitement serait rendu très difficile. À l'issue de cette évaluation, l'EMDR est une thérapie utile, validée par la recherche et les consensus, si toutefois le traitement s'inscrit dans un cadre relationnel bien codifié. Elle requiert également un bon niveau de technicité pour aborder des vécus traumatiques parfois gelés, voire dissociés, tout en maintenant le patient dans sa fenêtre de tolérance.

Mots clés Évaluation ; Psychotraumatismes ; Comorbidités ;

Conséquences sociales et judiciaires ; EMDR

Déclaration de liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Pereda N, Guilera G, Fornis M, Gomez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. Clin Psychol Rev 2009;29:328–38.

Lopez G. (2013). Enfants violés et violentés: le scandale ignoré. Paris: Dunod; 2006.

Richard E, Glezer D, Samuelian JC. L'EMDR dans la prise en charge du psychotraumatisme, présentation et incidences médico-légales. Rev Fr Domm Corporel 2013;2:141–53.

Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Child maltreatment 1. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009;373:68–81.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.404>

FA27A

L'évaluation des conséquences psychologiques, sociales et judiciaires avant d'entreprendre une thérapie EMDR

M. Ait Aoudia

Centre du psychotrauma, institut de Victimologie, Paris, France

Adresse e-mail : aitaoudiam@gmail.com

Les révélations tardives d'agressions sexuelles et leurs conséquences psychologiques, sociales et judiciaires sont souvent vécus par les victimes comme une épreuve existentielle particulièrement