

659 questionnaires remplis ont été recueillis (91 % de participation). Le score au PSQI est pathologique dans 37 % des cas (score > 5). Trois items semblent poser des difficultés spécifiques (troubles de l'endormissement, difficultés de maintien de l'éveil et enthousiasme à la réalisation des activités quotidiennes). La dégradation de ces caractéristiques est probablement en lien avec certains aspects d'hygiène de vie (écrans, excitants) mais également avec la difficulté à gérer les gardes hospitalières. Ces résultats sont du même ordre de grandeur que les données d'une étude américaine réalisée sur le même type de population en 2010 [2]. Ils posent le problème de la gestion du sommeil dans une population jeune, en travail à horaires décalés atypiques, et confrontée à un niveau de responsabilité important. Travailler les comportements par rapport au sommeil, en les adaptant à l'âge des sujets et au travail à horaires décalés, pourrait s'avérer une piste de réflexion ultérieure indispensable.

Mots clés Troubles du sommeil ; Interne en médecine ; Travail à horaires décalés ; Habitudes de vie

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Chan-Chee C, Bayon V, Léger D. Épidémiologie de l'insomnie en France: état des lieux. *Rev Epidemiol Sante Publ* 2011;59:409–22.
- [2] Brick CA, Seely IDL, Palermo TN. Association between sleep hygiene and sleep quality in medical students. *Behav Sleep Med* 2010;8(2):113–21.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.239>

P050

Évaluation annuelle par MMS des patients issus de psychiatrie accueillis en USLD

A. Nasfi*, I. Le Pennec, A. Geffroy, M. Hadjadj, M. Aoufi
USLD La Roseraie, Neuilly-sur-Marne, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : amel.nasfi@ch-maison-blanche.fr (A. Nasfi)

Nous avons analysé l'évolution des scores MMS de 41 patients issus de psychiatrie hospitalisés dans notre service. L'âge moyen des patients était de 65,7 ans. Ils présentent tous des psychoses chroniques hormis un cas de DFT, deux TBP et deux Korsakoff. À leur entrée, les patients se répartissent selon 4 catégories :

- scores normaux (27–30) : 2 (4 %) ;
- détérioration cognitive légère (18–26) : 21 (51 %) ;
- détérioration modérée (12–17) : 12 (29 %) ;
- détérioration sévère (0–11) : 6 (14 %) 28 patients sur les 41 ont été réévalués les années suivantes, on trouve alors :
 - 2 (42 %) patients sont restés stables, 7 (25 %) ont un score fluctuant, 5 (18 %) se sont améliorés et 4 (14 %) ont subi une dégradation de leurs scores au cours des évaluations successives ;
 - ni l'âge ni le niveau socio culturel n'ont d'influence sur cette évolution ;
 - on ne trouve pas de différence selon les pathologies psychiatriques représentées ;
 - le taux de variation entre la première et la dernière évaluation est de +6 points pour les patients qui se sont améliorés ; il est de -7,75 pour ceux qui se sont dégradés et de -1,28 pour ceux qui fluctuent ; enfin il baisse de 1 point pour les patients stables.

Analyse :

- les pathologies psychiatriques instables et les pathologies somatiques intercurrentes influencent l'évolution du score chez les patients qui se dégradent et chez ceux qui fluctuent même si elles existent aussi dans une moindre mesure chez les patients stables ;
- en revanche, les patients qui s'améliorent semblent psychologiquement stables et n'ont pas de problèmes somatiques en cours. L'apport des prises en charge pluridisciplinaires est bénéfique d'autant plus qu'elles sont renforcées chez les patients dont le score

est en baisse. Ce travail permet de montrer l'influence des événements somatiques et psychiatriques sur le MMS, le bénéfice des prises en charge, le rôle de l'entourage et l'aspect sécurisant de l'entrée en USLD.

Mots clés Score MMS ; USLD ; Patients de psychiatrie

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Polosan M, et al. Vieillesse, trouble bipolaire et schizophrénie. CNRS Éditions 2006.

Lebert F, et al. Dementia following bipolar disorder. *Encephale* 2008;34(6):606–10.

Heinrichs RW, et al. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 1998;12(3):426–45.

Irani F et al. Neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: a meta-analysis of cross-sectional and longitudinal studies. *Schizophr Bull* 2011;37(6):1318–26.

Vöhringer PA, et al. Cognitive impairment in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review. *Front Psychiatry* 2013;4:87.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.240>

P051

Delirium tremens, psychose parkinsonienne ou iatrogénie ? Cas clinique de Mr T.

C. Dutech

EPS Maison Blanche, secteur 75G29, service du Dr Canceil, Paris, France

Adresse e-mail : celine.dutech@ch-maison-blanche.fr

Nous présentons le cas de Monsieur T., 58 ans, hospitalisé en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, pour des troubles du comportement (agitation) et un vécu persécutif dans un contexte d'alcoolodépendance ancienne. Monsieur T. a pour principal antécédent une maladie de Parkinson diagnostiquée en avril 2014, traitée par ropinorole LP 8 mg/jour, trihexyphénydyl chlorhydrate LP 10 mg/jour, et lévodopa/benzérazide chlorhydrate aux doses de 125 mg trois fois/jour et 62,5 mg trois fois/jour. À l'arrivée, le patient rapporte des éléments délirants avec hallucinations visuelles hypnagogiques apparues cinq jours auparavant, après avoir arrêté toute consommation d'alcool. Nous observons une amélioration clinique après l'introduction de diazépam 40 mg/jour, vitaminothérapie et hydratation. Sept jours après l'admission, le patient présente un tableau confusionnel. Nous évoquons un délirium tremens et une iatrogénie des traitements parkinsoniens que nous arrêtons, nous doutons effectivement de l'observance du patient. La gravité des symptômes nécessite un transfert aux urgences. Sont décrits un délire de persécution, une fluctuation du contact et des confabulations malgré 60 mg/j de diazépam et une réhydratation. Un traitement par olanzapine 5 mg/j est initié. Il nous est ensuite réadressé. Nous notons des idées délirantes de persécution, des hallucinations acoustico-verbales vespérales, des comportements hétéro-agressifs, et une fluctuation du contact avec des périodes de confusion mêlant confabulations et faux souvenirs. Nous arrêtons l'olanzapine et instaurons très progressivement la quétiapine jusqu'à 600 mg/j, tout en réintroduisant le lévodopa/benzérazide chlorhydrate. Chaque augmentation d'antiparkinsonien est marquée par une exacerbation temporaire des symptômes délirants. Le diazépam est arrêté. L'amélioration sera lente : disparition des troubles du comportement, éléments délirants critiqués, amélioration nette du contact. Le cas de Monsieur T. montre l'impact des traitements antiparkinsoniens sur la symptomatologie délirante. Si la clozapine est le traitement de première intention chez les patients parkinsoniens présentant une symptomatologie psychotique, nous avons préféré la quétiapine en raison de la comorbidité addictologique.

Mots clés Sevrage en alcool ; Psychose parkinsonnienne ; Iatrogénie

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

Pour en savoir plus

Goldman JG et Holden S. Treatment of psychosis and dementia in parkinson's disease. *Curr Treat Options Neurol* 2014;16(3):281.

Seppi K, Weintraub D, Coelho M et al. The Movement Disorder Society evidence-based medicine review update: treatments for the non-motor symptoms of Parkinson's disease. *Mov Disord*, 2011;26 Suppl. 3: S42–80.

Zahodne LB et Fernandez HH. A review of the pathophysiology and treatment of psychosis in parkinson's disease. *Drugs Aging* 2008;25(8):665–82.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.241>

P052

Démence à corps de Lewy et psychiatrie

A. Melac^{1,*}, A. Tanguy², M.C. Bralet^{3,4}

¹ Unité accueil urgences, CHI Clermont-de-l'Oise, 60607 Clermont, France

² Département d'épidémiologie et recherche clinique, pôle santé publique, recherche clinique, et information médicale, centre hospitalo-universitaire Paris-Nord Val-de-Seine, site Bichat, 75018 Paris, France

³ Unité Crisolid, CHI Clermont-de-l'Oise, 60607 Clermont, France

⁴ Unité inserm 1178 « santé mentale et santé publique », GDR 3557 groupe de recherche en psychiatrie, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : adrianmelac@gmail.com (A. Melac)

Introduction La maladie à corps de Lewy est la seconde cause de démence. Il persiste malgré cela de fréquentes errances diagnostiques, notamment lors de manifestations initiales psychiatriques.

Méthodes Nous présentons le cas clinique de M F., 60 ans, hospitalisé pour la seconde fois en psychiatrie suite à des troubles du comportement à domicile. Il avait été pris en charge 3 ans auparavant en ambulatoire pour épisode dépressif majeur avec éléments psychotiques [1], traité par paroxétine et rispéridone. Il a été dans un second temps hospitalisé devant un tableau hypomaniaque, ayant abouti à un diagnostic de trouble bipolaire et la mise en place d'un traitement par valpromide. Aucun bilan neurologique ou neuropsychologique n'avait été effectué.

Résultats Au cours de l'hospitalisation, le patient a présenté des fluctuations cognitives, un parkinsonisme, des idées délirantes systématisées à thématique de persécution [2] et une hypersensibilité aux neuroleptiques. Ont été également notés une anosognosie, des troubles du sommeil [3], des éléments maniaques atypiques avec des achats compulsifs [4] et une désinhibition. Le traitement thymorégulateur initial associé à la loxapine a été inefficace et mal toléré. L'arrêt de l'antipsychotique a permis une nette amélioration clinique. Un traitement par valproate a été secondairement initié, permettant un bon apaisement comportemental. La biologie, le scanner cérébral et l'IRM cérébrale ont éliminé les étiologies organiques courantes. Le bilan neuropsychologique a orienté le diagnostic (troubles des fonctions visuo-spatiales [2], de l'attention et des fonctions exécutives) vers une probable maladie à corps de Lewy.

Discussion Les éléments cliniques peuvent être en accord avec un trouble bipolaire. Mais le terrain, l'anamnèse, les signes atypiques, la réponse aux différentes thérapeutiques et le bilan neuropsychologique orientent vers une maladie à corps de Lewy. On note donc l'importance d'associer au recueil clinique un bilan neurologique et neuropsychologique en pratique courante.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Kobayashi K, Nakano H, Akiyama N, Maeda T. Pure psychiatric presentation of the Lewy body disease is depression—an analysis of 60 cases verified with myocardial meta-iodobenzylguanidine study. *Int J Geriatric Psychiatry* 2014.
- [2] Rachel L Gore, Emma R L C Vardy, John T O'Brien. Delirium and dementia with Lewy bodies: distinct diagnoses or part of the same spectrum?
- [3] Fujishiro H, Nakamura S, Sato K, Iseki E. Prodromal dementia with Lewy bodies. *Geriatr Gerontol Int* 2015.
- [4] Han D, Wang Q, Gao Z, Chen T, Wang Z. Clinical features of dementia with lewy bodies in 35 Chinese patients. *Transl Neurodegen* 2014.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.242>

P053

Modalités de prise en charge des crises non épileptiques psychogènes (CNEP) en France

M. Lambolez^{1,2,3,4,5,6,*}, L. Maillard², R. Schwan³, A. Biraben⁴, B. De Toffol⁵, W. El Hage⁶, C. Hingray^{2,3}

¹ Centre psychothérapique de Nancy, Nancy, France

² Service de neurologie, CHU de Nancy, Nancy, France

³ Service de psychiatrie, centre psychothérapique de Nancy, Nancy, France

⁴ Service de neurologie, CHU de Rennes, Rennes, France

⁵ Service de neurologie et neurophysiologie clinique, CHU de Tours, Tours, France

⁶ Service de psychiatrie, CHU de Tours, Tours, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marie.lambolez@bbox.fr (M. Lambolez)

L'objectif principal de l'étude était de décrire la prise en charge des patients souffrant de crises non épileptiques psychogènes (CNEP). Nous avons utilisé le questionnaire élaboré par la International League against Epilepsy (ILAE) afin de pouvoir comparer nos résultats à ceux d'études menées à l'étranger. Ce questionnaire a été adressé au personnel travaillant dans les unités d'épileptologie de centres hospitaliers français du 2 juin 2015 au 8 juillet 2015 par e-mail par l'intermédiaire du logiciel Survey Monkey. Les résultats ont été collectés via ce même logiciel. L'annonce diagnostique est réalisée dans 94,4 % des cas au cours d'un entretien avec le patient et dans 79 % des cas avec la famille. Lors de l'entretien d'information sur les CNEP, 61,9 % des praticiens disent que ces manifestations peuvent être le signe de traumatismes refoulés ou actuels ; ils sont 14,4 % à dire que les CNEP ne s'expliquent pas d'un point de vue médical. Après l'annonce du diagnostic, 60,2 % des praticiens proposent au moins un RDV à leur patient. Environ 11,9 % des répondeurs n'assurent plus le suivi des patients. Concernant les options thérapeutiques, si 3,4 % des répondeurs considèrent qu'aucun traitement n'est efficace, ils sont 97,8 % à reconnaître l'efficacité de la psychothérapie individuelle. Environ 33,9 % recommandent la prescription d'antidépresseurs, 28 % considèrent l'hypnose comme un traitement efficace des CNEP. Il existe une grande disparité dans les prises en charge des patients souffrant de CNEP et encore des difficultés d'accès et de relais vers des structures de soins psychiatriques pourtant indispensables. Cette enquête illustre la nécessité d'une coordination entre neurologues et psychiatres dans la prise en charge de ces patients.

Mots clés Crises non épileptiques psychogènes ; Vidéo-EEG ;

Diagnostic ; Traitement

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

LaFrance et al. What is « treatment as usual » for nonepileptic seizures?