

Mots clés Hallucination ; Enfant ; Adolescent ; Vision intégrative ; Systémique

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

Références

- [1] Rubio JM, Sanjuán J, Flórez-Salamanca L, Cuesta MJ. Examining the course of hallucinatory experiences in children and adolescents: a systematic review. *Schizophr Res* 2012;138(2–3):248–54.
- [2] Jardri R, Thomas P, Delmaire C, Delion P, Pins D. The neurodynamic organization of modality-dependent hallucinations. *Cereb Cortex* 2013;23(5):1108–17.
- [3] Pilowsky T, Yirmiya N, Arbelle S, Mozes T. Theory of mind abilities of children with schizophrenia, children with autism, and normally developing children. *Schizophr Res* 2000;42(2):145–55.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.188>

P058

Spécificités diagnostiques du syndrome catatonique dans le cadre des troubles du spectre autistique : à propos d'un cas

J. Madigand*, P. Lebain, S. Dollfus

CHU de Caen, Centre Esquirol, service de psychiatrie, Caen, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jeremy78.5@msn.com (J. Madigand)

Introduction Fréquemment associés [1], le syndrome catatonique et les troubles du spectre autistique présentent une part symptomatologique commune pouvant conduire à une confusion diagnostique. De plus, aucune échelle diagnostique spécifique de ces deux entités n'est actuellement décrite dans la littérature médicale.

Observation Nous rapportons le cas d'un patient de 19 ans atteint d'un trouble du spectre autistique qui présenta plusieurs épisodes de rupture avec son état habituel se déroulant sur plusieurs dizaines de minutes. Ces épisodes se manifestaient par un moins bon contact avec autrui, une opposition, une anxiété, une rigidité motrice, des sueurs, une déambulation et des mouvements stéréotypés inhabituels. Un retour à l'état antérieur était systématiquement constaté entre les crises. Le bilan paraclinique réalisé était normal et éliminait notamment une encéphalopathie et une épilepsie. Les recherches sur les effets secondaires connus du traitement suivi (rispéridone, escitalopram et triptoréline) ne retrouvaient pas de lien avec la symptomatologie présentée. Ces observations nous permirent de poser le diagnostic d'épisodes catatoniques agités et d'instaurer un traitement par lorazepam à raison d'1,25 mg le soir, après quoi aucun épisode ultérieur de ce type ne fut rapporté.

Discussion Chez ce patient, les symptômes autistiques déjà présents pouvaient nous amener à remettre en cause le diagnostic de catatonie. Cependant, la symptomatologie catatonique de survenue récente et en rupture avec l'état habituel contrastait clairement avec les symptômes autistiques installés depuis l'enfance.

Conclusion L'intrication sémiologique du syndrome catatonique et des troubles du spectre autistique nous amène à préconiser l'utilisation au moindre doute d'une échelle diagnostique générale de catatonie telle que celle de Bush [2] en la confrontant à la fois à la notion de rupture avec l'état habituel et aux critères spécifiques de l'étude de Wing et Shah [3]. Dans une logique de simplification, une échelle diagnostique unique regroupant les deux entités pourrait être proposée.

Mots clés Syndrome catatonique ; Troubles du spectre autistique ; Echelles diagnostiques ; Lorazepam

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

Références

- [1] Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C, Gillberg C. Autism after adolescence: population-based 13- to 22-year follow-up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *J Autism Dev Disord* 2005;35(3):351–60.
- [2] Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A, Catatonia I. Rating scale and standardized examination. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(2):129–36.
- [3] Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2000;176:357–62.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.189>

P059

Évaluation du parcours de soins des enfants atteints de TDA/H en France : résultats de l'enquête QUEST

D. Cohen^{1,*}, O. Bonnot², H. Caci³, B. Kabuth⁴, J.-P. Raynaud⁵, S. Paille⁶, L. Vallee⁷

¹ Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, GH Pitié-Salpêtrière, Paris, France

² Hôpital Mère Enfant, CHU Nantes, Nantes, France

³ Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU Lenval, Nice, France

⁴ Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Service de Neuropédiatrie, CHU Nancy, Nancy, France

⁵ Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital La Grave, Toulouse, France

⁶ Shire, Boulogne-Billancourt, France

⁷ Service de Neuro-pédiatrie, CHRU Lille, Lille, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dcohen55@noos.fr (D. Cohen)

Objectif Le parcours de soins des patients atteints de TDA/H est mal connu. Cette enquête nationale a pour objectif de préciser les étapes d'évaluation successives menant au diagnostic ainsi qu'au traitement du TDA/H et d'identifier des éléments susceptibles d'être améliorés.

Méthode Enquête transversale menée en France du 04/11/2013 au 31/01/2014 auprès d'un échantillon national de 61 médecins prenant en charge des enfants atteints de TDA/H, à l'aide d'un auto-questionnaire remis aux patients/parents.

Résultats Quatre cent soixante-treize questionnaires analysés. Les premiers signes (troubles du comportement [78,2%] et de l'attention [70%]) sont repérés vers 4,5 ans, principalement hors du milieu familial. Le diagnostic est posé à l'âge de 8,1 ans, environ 4 ans après l'observation des premiers signes. Les familles consultent en moyenne 3,5 professionnels de santé avant que le diagnostic ne soit évoqué. Le psychiatre/pédopsychiatre est le plus consulté quelle que soit l'étape d'évaluation. Lors de la 1^{re} étape, seuls 10,7% des patients sont diagnostiqués. Ce délai pourrait en partie expliquer les taux élevés de redoublement (31,5%), notamment en CP et CE1, et d'insatisfaction vis-à-vis de la prise en charge, principalement lors de la 1^{re} étape d'évaluation (38,6% d'insatisfaits). Deux groupes de patients ont été mis en évidence par une analyse en cluster : le premier (89,9% de garçons) présente des problèmes de comportement, d'agitation, et des difficultés familiales ; le 2^e (49% de garçons), dont l'hyperactivité est moins prononcée, a mis une année supplémentaire pour recevoir un diagnostic de TDA/H. Dans cet échantillon, plus de 2/3 des patients bénéficient d'un traitement médicamenteux, du méthylphénidate dans 98% des cas. Le diagnostic tardif a été la principale source de préoccupation des proches.

Conclusion Le délai d'environ 4 ans, des premiers signes au diagnostic, pourrait constituer une perte de chance pour les enfants atteints de TDA/H.

Mots clés TDA/H ; Enfant ; Parcours de soin ; Diagnostic ; Traitement ; Enquête

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.190>

P060

Les mouvements oculomoteurs : un marqueur d'efficacité du méthylphénidate (MPH) dans le TDA/H

M. Seassau^{1,*}, T. Weiss², R. Carcangiu², F. Duval²

¹ e(ye)BRAIN, Paris, France

² Centre Hospitalier, « Unité Passerelle », Pôle 8/9, Rouffach, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : magali.seassau@eye-brain.com (M. Seassau)

Le TDA/H est caractérisé par des symptômes d'inattention pouvant inclure une hyperactivité et de l'impulsivité, suggérant un déficit du contrôle volontaire. Les mouvements oculomoteurs dépendent de structures cérébrales impliquées dans l'attention et le contrôle moteur, deux fonctions altérées dans le TDA/H. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'effet du MPH sur les mouvements oculomoteurs de patients TDAH. Cinquante neuf patients TDA/H, naïfs de traitement (44 adultes ; 15 enfants) ont participé à l'étude. Des tâches de saccades et d'antisaccades ont été proposées à J1 (T1 et T2) aux patients non traités. Les mêmes tâches leur ont été proposées à J2 (T1 et T2), après une prise de MPH (10 mg per os). L'effet du traitement a été mesuré en comparant les performances à J1 et J2. L'effet test-retest a été mesuré en comparant les performances à T1 et T2. Les paramètres analysés étaient : le pourcentage d'anticipations et d'erreurs de direction ; la latence ; le gain (précision de la saccade sur la cible) ; la vitesse moyenne. Nous avons retrouvé un effet bénéfique du traitement sur le pourcentage d'anticipations ($p < 0,009$) ; sur le pourcentage d'erreurs de direction ($p < 0,0002$) ; sur les latences ($p < 0,0008$) et sur le gain ($p < 0,01$). Les performances des patients étaient significativement meilleures avec traitement que sans traitement de manière générale et en particulier dans les tâches d'antisaccades. Les dispersions individuelles étaient également moins importantes avec traitement que sans traitement ($p < 0,0001$). Aucun effet test-retest n'a été retrouvé. Le MPH modifie la programmation motrice et la réponse à l'inhibition des patients présentant un TDA/H. Le bénéfice du traitement peut s'observer grâce à des tâches de saccades réflexes ou des tâches plus cognitives telles que les antisaccades, dès la première prise de traitement. Ces résultats suggèrent que les mouvements oculomoteurs pourraient être un bon marqueur d'efficacité du MPH. Le MPH modifie la programmation motrice et la réponse à l'inhibition des patients présentant un TDA/H. Le bénéfice du traitement peut s'observer grâce à des tâches de saccades visuellement guidées ou des tâches plus cognitives telles que les antisaccades, dès la première prise de traitement. Ces résultats suggèrent que les mouvements oculomoteurs pourraient être un bon marqueur individuel d'efficacité du MPH.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.191>

P061

Autism Mental Status Examination (AMSE) étude préliminaire en population ciblée pour la validation d'un outil de dépistage/diagnostic des Troubles du Spectre Autistique

S. Cusot Charpentier^{1,*}, T. Maffre¹, J.-P. Raynaud², D. Grodberg³

¹ Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées/C.H.U., Toulouse, France

² C.H.U., Toulouse, France

³ Mount Sinai School of Medicine, New York, USA

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cusot-charpentier.s@chu-toulouse.fr (S. Cusot Charpentier)

Les connaissances et les recommandations autour des Troubles du Spectre Autistique (TSA) se diffusent progressivement. Néanmoins, il existe encore un écart important entre l'âge des premières inquiétudes parentales et celui du diagnostic formalisé. L'Autism Mental Status Examination (AMSE – D. Grodberg et al., 2011) offre la possibilité d'orienter le diagnostic sur un temps d'observation clinique et d'entretien avec les parents. L'objectif de cette étude est de déterminer le score seuil de positivité de l'échelle pour une sensibilité supérieure à 80 % et une spécificité supérieure à 90 % sur une population ciblée. Nous avons rendu compte d'une étude préliminaire de validation de l'AMSE en langue française sur une population ciblée par comparaison de l'AMSE à un diagnostic DSM-5, s'appuyant sur une évaluation pluridisciplinaire standardisée (ADI-R/ADOS-G). Elle a inclus 37 patients de 18 mois à 16 ans, à « haut risque de TSA », puisque consultant « en troisième ligne », sur l'unité d'évaluation régionale du CRA Midi-Pyrénées (CHU Toulouse). Les résultats, malgré certains biais méthodologiques (absence de sujets cliniquement sains, petit nombre de sujets non TSA), sont très similaires à ceux de l'étude initiale de Grodberg et al. Nous retrouvons, en langue française, un score seuil de 6 à partir duquel, nous pouvons fortement évoquer un TSA, puisque la sensibilité avoisine 85 % pour une spécificité de 75 %. In fine, l'AMSE paraît être un outil d'aide au diagnostic des TSA fiable, simple d'utilisation, peu coûteux, facilement diffusible.

Mots clés Autisme ; Autism Mental Status Examination ; Dépistage ; Diagnostic précoce ; Trouble Envahissant du Développement ; Trouble du Spectre Autistique

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

Pour en savoir plus

Grodberg D, et al. Brief report: the autism mental status examination: development of a brief autism-focused exam. *Autism Dev Disord* 2012;42:455-459.

Recommandations HAS : autisme et autres troubles envahissants du développement (TED) : état des connaissances (HAS janvier 2010).

Recommandations sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme (Fédération française de psychiatrie 2005).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.192>

P062

Premiers pas d'une Équipe Mobile pour les Jeunes en Souffrance Psychique à Pau

L. Silva*, M. Celhay, M. Chaussin, S. Monneraud, P. Godart

Centre Hospitalier des Pyrénées, Pau, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : laetitia.silva13@gmail.com (L. Silva)

Les jeunes en difficulté constituent un problème important de société et de santé publique. Une étude a été conduite par les Centres d'Examens de Santé de l'Assurance Maladie et les Missions Locales pour mieux connaître la santé mentale des jeunes [1]. Cette étude établit l'existence de fortes corrélations entre la précarité, des traumatismes vécus dans l'enfance et des troubles psychiques. Elle souligne l'importance de considérer la souffrance des jeunes dans une approche globale de leurs difficultés. Plus le jeune est en souffrance, moins il semble enclin à demander de l'aide. Les manifestations de sa souffrance et de ses troubles se déposent dans les lieux dits du social, ou bien souvent, restent enkystées dans sa famille. Dans la filiation des EMPP [2], une Équipe Mobile pour les Jeunes en Souffrance Psychique (EMJSP) a été créée et mise en place dans l'établissement psychiatrique du Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau (64), en juin 2013. Cette équipe pluridisciplinaire – composée d'une psychiatre, d'une psychologue, d'une assistante sociale et d'une infirmière – intervient