

En outre, les troubles bipolaires et la schizophrénie semblent précédés, à l'adolescence, d'une phase prodromique constituée de symptômes déjà évocateurs de ceux caractérisant la pathologie à l'âge adulte mais dans une expression atténuée. Ceci marquant une continuité entre l'adolescence et l'âge adulte.

**Mots clés** Schizophrénie ; Troubles du spectre bipolaire ; Phase prémorbide ; Phase prodromique ; Étude comparative

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

**Pour en savoir plus**

Cannon M, Jones P, Gilvarry C, Rifkin L, McKenzie K, Foerster A, et al. Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1544-1550.

Guerra A, Fearon P, Sham P, Jones P, Lewis S, Mata I, et al. The relationship between predisposing factors, premorbid function and symptom dimensions in psychosis: an integrated approach. *Eur Psychiatry* 2002;17(6):311-320.

Correll CU, Penzner JB, Frederickson AM, Richter JJ, Auther AM, Smith CW, et al. Differentiation in the preonset phases of schizophrenia and mood disorders: evidence in support of a bipolar mania prodrome. *Schizophr Bull* 2007;33(3):703-714.

Rubino IA, Frank E, Croce Nanni R, Pozzi D, Lanza di Scalea T, Siracusano A. A comparative study of axis I antecedents before age 18 of unipolar depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Psychopathology* 2009;42(5):325-332.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.186>

## P056

### Carer perspective on treatment, comorbidities and diagnosis of Paediatric ADHD in France

K. Gajria<sup>1</sup>, E. Flood<sup>2</sup>, C.N. Dietrich<sup>2</sup>, B. Romero<sup>2</sup>, S. Paillé<sup>3,\*</sup>, V. Sikirica<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Shire, Wayne, USA

<sup>2</sup> ICON Commercialisation and Outcomes, Bethesda, USA

<sup>3</sup> Shire, Boulogne-Billancourt, France

\* Corresponding author.

E-mail address: [spaille@shire.com](mailto:spaille@shire.com) (S. Paillé)

**Objectives** To examine treatment, comorbidity status and diagnosis among the French sample of the Caregiver Perspective of Pediatric ADHD (CAPP) survey.

**Methods** Carers in 10 EU countries, including France, completed an Internet survey regarding ADHD diagnosis, treatment and comorbidities. Descriptive statistics were calculated for categorical [*n* (%)] and continuous variables [mean, standard deviation (SD), median, range].

**Results** EU carers representing 3688 children/adolescents (6–17 years) with ADHD completed the survey; 486 were from France (median age 10 years, 84% male). Most (77%) French children/adolescents were currently receiving pharmacological treatment(s): 74% stimulant, 15% non-stimulant and 22% antipsychotic. Across countries, stimulant use ranged from 60% (Italy) to 93% (Germany/Netherlands), non-stimulant use from 1% (Germany) to 18% (Sweden) and antipsychotic use from 8% (Germany) to 46% (Italy). Many French children/adolescents received behaviour therapy (BT) after ADHD diagnosis (59%). Among those receiving BT, 52% began prior to starting medication. BT was often discontinued within 6 months (44%) or 6–12 (30%) months. 52% of carers reported  $\geq 1$  comorbidity; they reported the highest rates of conduct (24%), sleep (11%), eating (6%) and motor-coordination (6%) disorders, and the second-highest rates of anxiety (22%), learning difficulties (15%), oppositional defiant disorder (5%), bipolar disorder (4%) and epilepsy (2%). Time to diagnosis from first doctor's visit averaged 7 months (SD 11, median 3). 81% received a specialist referral. French carers reported the highest perceived difficulty ('great deal'/'a lot' of difficulty) obtaining a diagnosis (43%) and a specialist referral (53%).

**Conclusions** This sample of French children/adolescents with ADHD had higher non-stimulant and antipsychotic use than most other countries and higher reports of certain comorbid conditions. Carers perceived greater difficulty in obtaining a diagnosis and seeing a specialist, although time to diagnosis was lower compared with a number of other countries.

**Keywords** Attention-deficit/hyperactivity disorder; Children/adolescents; Treatment; Comorbidities; Diagnosis; Survey

**Disclosure of interest** The authors declare that they have no conflicts of interest concerning this article.

**Further reading**

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (DSM-IV), 4th ed. Washington, DC; American Psychiatric Publishing; 1994.

Kieling R, Rohde LA. ADHD in children and adults: diagnosis and prognosis. *Curr Top Behav Neurosci* 2012;9:1–16.

Polanczyk P et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942–948.

Riley AW et al. The family strain index (FSI), reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(suppl. 1):72–78.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.187>

## P057

### Perspective relationnelle de l'hallucination de l'enfant et de l'adolescent : à propos de deux cas

M.-A. Madigand-Tordjman<sup>\*,1</sup>, P.-J. Egler<sup>2,3,4</sup>, J.-M. Baleyte<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup> Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Caen, Caen, France

<sup>2</sup> Inserm U1077, Caen

<sup>3</sup> EPHE, UMR 1077, Paris

<sup>4</sup> Université de Caen Basse Normandie, UMR 1077, Caen, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [matordjman@yahoo.fr](mailto:matordjman@yahoo.fr)

(M.-A. Madigand-Tordjman)

**Introduction** La prévalence des hallucinations chez les enfants et les adolescents est de 4,9% à 9% [1]. Il s'agit d'un symptôme polysémique dont le repérage précoce reste un enjeu majeur du fait du risque évolutif vers un trouble psychotique cependant rare.

**Observation** Nous rapportons deux cas d'hallucinations auditives et cénesthésiques. Dans le premier cas, une adolescente de 13 ans présentait un syndrome de stress post-traumatique suite à une agression. Les hallucinations survenaient lorsqu'elle était seule dans la rue. L'approche systémique du symptôme mettait à jour un mythe familial de menace. En effet, l'agression renforçait un sentiment ancien de persécution par la société, notamment concernant ses parents handicapés par une surdité congénitale. Dans le second cas, un enfant de 9 ans présentait des hallucinations auditives se manifestant par une mélodie agréable et s'inscrivant dans un contexte de violents conflits entre sa mère et son beau-père. Contemporain d'un repli sur soi et de mouvements anxieux et tristes, ce symptôme semblait également traduire une souffrance familiale.

**Discussion** Concomitamment à l'amendement des hallucinations, la mise en perspective relationnelle du symptôme a permis de retrouver une vitalité du lien. En effet, par ce premier lien de vulnérabilité établi avec les soignants, les familles ont retrouvé confiance dans leur capacité à s'ouvrir au monde extérieur offrant ainsi une opportunité pour le changement.

**Conclusion** Une vision intégrative tenant compte non seulement des avancées de l'imagerie et des nombreux modèles neurobiologiques et neurocognitifs [2,3], mais aussi du contexte relationnel du patient, semble fondamentale à la prise en charge globale des hallucinations de l'enfant et de l'adolescent.

**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](mailto: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<sup>1,\*</sup>, O. Bonnot<sup>2</sup>, H. Caci<sup>3</sup>, B. Kabuth<sup>4</sup>, J.-P. Raynaud<sup>5</sup>, S. Paille<sup>6</sup>, L. Vallee<sup>7</sup>

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

<sup>2</sup> Hôpital Mère Enfant, CHU Nantes, Nantes, France

<sup>3</sup> Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU Lenval, Nice, France

<sup>4</sup> Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Service de Neuropédiatrie, CHU Nancy, Nancy, France

<sup>5</sup> Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital La Grave, Toulouse, France

<sup>6</sup> Shire, Boulogne-Billancourt, France

<sup>7</sup> Service de Neuro-pédiatrie, CHRU Lille, Lille, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [dcohen55@noos.fr](mailto: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<sup>re</sup> 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<sup>re</sup> 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<sup>e</sup> (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