

une possible corrélation entre gravité des troubles chez les enfants et situation d'attaque au système de caregiving des adultes figures d'attachement de ces enfants, par le biais d'une étude observationnelle sans significativité statistique. On peut estimer qu'entre 4% et 10% de la population générale ont des parents qui ont subi des attaques de leurs systèmes de caregiving, tandis que cette proportion augmente à 30% quand il s'agit des enfants suivis en CMP et à 50% quand ce sont des enfants suivis en hôpital de jour.

Mots clés Attachement ; Caregiving ; Système motivationnel ; Adolescence

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

Pour en savoir plus

Bekhechi, V, Rabouam, C, Guédénéy, N. Le système des soins parentaux pour les jeunes enfants, le caregiving. In: Guédénéy, N, Guédénéy, A. (Eds). L'attachement : approche théorique. Du bébé à la personne âgée (17–28). Masson, Issy-Les-Moulineaux ; 2009.

Bekhechi, V, Rabouam, C, Guédénéy, N. Les atteintes « traumatiques » du caregiving. In: Guédénéy, N, Guédénéy, A. (Eds). L'attachement : approche clinique (39–50). Masson, Issy-Les-Moulineaux ; 2010.

Dubois de Bodinat, L, Dugravier, R. Maladie mentale et caregiving maternel. In: Guédénéy, N, Guédénéy, A. (Eds). L'attachement : approche clinique (51–59). Masson, Issy-Les-Moulineaux ; 2010.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.255>

P066

Pathologies émergentes du jeune adulte et de l'adolescent : comment les sujets accèdent-ils aux soins ?

A. Oppetit-Roger*, J. Bourgin, M.O. Krebs

Université Paris Descartes, service hospitalo-universitaire, hôpital Sainte-Anne, Paris, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aliceoppetit@gmail.com (A. Oppetit-Roger)

Contexte Dans la majorité des cas, la schizophrénie est précédée par des symptômes prodromiques à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Le bénéfice des centres de détection et d'intervention précoces destinés aux sujets présentant ces prodromes est aujourd'hui établi. À partir des données recueillies au C'JAAD, le centre pilote français, l'objectif de notre travail est de comprendre comment les sujets parviennent jusqu'à ce type de structures.

Matériel et méthodes La recherche par les méthodes mixtes, courant méthodologique en plein essor, est particulièrement adaptée à notre problématique complexe. Nous avons intégré l'analyse quantitative de données issues de questionnaires remplis par les jeunes se présentant au C'JAAD et l'analyse qualitative d'entretiens.

Résultats Au total, 330 questionnaires et 8 entretiens ont été analysés. Il apparaît que l'accès aux soins est dépendant de nombreux déterminants. Les symptômes eux-mêmes, le modèle explicatif des troubles que le jeune retient, le sexe, la présence d'antécédents psychiatriques familiaux, le parcours scolaire, la dimension culturelle influencent la trajectoire de soins. Par ailleurs, l'entourage des sujets détient un rôle majeur. Parfois porteur de conduites stigmatisantes, l'entourage constitue le plus souvent un soutien important et ouvre la porte d'entrée vers les soins. Enfin, le degré de communication entre les différents professionnels de santé et le niveau de connaissance des intervenants sont déterminants dans le processus d'accès aux soins.

Discussion Favoriser l'accès aux soins des jeunes qui présentent une symptomatologie prodromique est primordial : on se situe à une période où les enjeux pour le futur sont majeurs. À notre connaissance, notre étude est la première à utiliser les méthodes mixtes pour explorer cette problématique. Toutefois, les données sont recueillies de manière rétrospective ce qui peut induire un biais de mémorisation. La lutte contre la stigmatisation,

l'information du grand public et des professionnels doivent être une priorité pour favoriser cet accès aux soins.

Mots clés Méthodes mixtes ; Ultra haut risque de psychose ;

Accès aux soins ; Prévention

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

Pour en savoir plus

Gut-Fayand, A. [A French experience: the Evaluation Center for young adults and adolescents]. Encéphale 2008;34 Suppl. 5:S175–8 (2008).

International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. Br J Psychiatry 2005;Suppl. 48:S120–4.

Guével, M-R, Pommier, J [Mixed methods research in public health: issues and illustration]. Sante Publique 2012;24:23–38.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.256>

P067

Syndrome de Rubinstein–Taybi et trouble de spectre de l'autisme : à propos d'un cas

A. Ben Amor^{1,2,*}, S. Halayem¹, A. Bouden¹, R. Mrad²

¹ Hôpital Razi, La Manouba, Tunisie

² Hôpital Charles-Nicolle, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : arwabenamor@hotmail.fr (A. Ben Amor)

Objectif Décrire un tableau d'autisme associé au syndrome de Rubinstein–Taybi à travers le cas d'un enfant suivi à la consultation du service de pédopsychiatrie, hôpital Razi.

Méthodologie Il s'agit d'un garçon de 6 ans, qui a été adressé par son médecin généticien en mai 2014 pour prise en charge d'une irritabilité et troubles de comportement. L'enfant avait des antécédents de persistance de canal artériel opéré à l'âge de 8 mois. Le développement était marqué par un retard des acquisitions psychomotrices. L'inquiétude de la mère a commencé vers l'âge de 18 mois où elle avait constaté des anomalies phénotypiques chez son fils avec apparition des stéréotypies gestuelles, angoisse inexplicable, troubles des interactions sociales et troubles de la communication non verbale devenus manifestes à l'âge de 4 ans. Il a été adressé en neuropédiatrie pour explorations (EEG de veille/sommeil, IRM cérébrale : normaux) puis a été adressé à la consultation de génétique où le diagnostic de syndrome de de Rubinstein–Taybi a été suspecté puis confirmé. L'examen a trouvé un enfant avec un retard staturo-pondéral important (–4 à –3 DS), des dysmorphies qui seront comparées aux données de la littérature. Le contact était très difficile, voire absent, il était très agité et refusait tout contact. L'interrogatoire de la mère et l'utilisation de la CARS nous ont permis de poser le diagnostic de trouble de spectre de l'autisme. L'indication de le mettre sous neuroleptiques était discutable vu ses antécédents cardiaques. L'évolution était marquée par une amélioration des interactions sociales, des troubles de la communication non verbale et des troubles de comportement associé.

Conclusion Nous discuterons les caractéristiques sémiologiques autistiques de cet enfant en comparaison aux données de la littérature de même que les facteurs génétiques et développementaux et environnementaux dans leurs rôles étiopathogéniques.

Mots clés Syndrome de Rubinstein–Taybi ; Trouble autistique

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

Pour en savoir plus

Galéra C, Taupiac E et al. Socio-behavioral characteristics of children with Rubinstein–Taybi syndrome, J Autism Dev Disord 2009;39(9):1252–60. doi:10.1007/s10803-009-0733-4. [Epub 2009 Apr 7].

Jane Waite et al, Repetitive behavior in Rubinstein–Taybi Syndrome: parallels with autism spectrum phenomenology. J Autism Dev Disord 2015;45(5):1238–125.

Schorry EK, Keddache M, Lanphear N, Rubinstein JH, Srodulski S, Fletcher D, et al. Genotype-phenotype correlations in Rubinstein-Taybi syndrome. *Am J Med Genet A*. 2008;146A:2512–9.

Stevens CA, Pouncey J, Knowles D. Adults with Rubinstein-Taybi syndrome. *Am J Med Genet* 2011;155A:1680–4.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.257>

P068

Retentissement psychologique du diabète type 1 sur l'enfant. Expérience d'une unité de diabétologie pédiatrique

A. Ben Amor^{1,*}, I. Essaddam², H. Snene¹, S. Ben Becher²

¹ Hôpital Razi, La Manouba, Tunisie

² Hôpital d'Enfant, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : arwabenamor@hotmail.fr (A.B. Amor)

Objectif L'objectif de notre travail est d'étudier le retentissement psychologique de diabète type 1 chez un échantillon d'enfants suivis par l'unité de diabétologie pédiatrique du service PUC de l'hôpital Béchir Hamza de Tunis.

Patients et méthodes Notre étude est une enquête épidémiologique transversale de type descriptif des enfants vus en consultation externe ou au cours de l'hospitalisation pendant une période de 6 mois (juillet 2014–décembre 2014). Les informations sont recueillies sur le dossier médical et auprès des parents et/ou des enfants (quand l'âge est supérieur ou égal à 6 ans).

Résultats Trente-quatre enfants présentant un diabète de type 1 ont été colligés. L'âge moyen est de 9 ans (2–18 ans), 73,5% ont une histoire familiale de diabète avec un lien de parenté du 1^{er} degré dans 32% des cas. Soixante-quatre pour cent avaient un diabète de type 2, la notion de diabète compliqué était présente dans 28% des cas. La durée d'évolution de la maladie dans notre série est de 33 mois. 16,7% des malades ont un fléchissement scolaire après le début du diabète, cause directe de redoublement dans 14,7% des cas. 40% des enfants cachent leur maladie à l'école et en société. Au total, 22,6% des enfants ont présenté une dépression masquée sous forme de plaintes somatiques, 54,8% ont présenté des troubles de comportement après l'annonce de diagnostic dont 82,4% sous forme d'agressivité. De plus, 6,9% des malades ont présenté des équivalents suicidaires (auto-injection de doses élevées d'insuline, consommation excessive de sucreries, mise en danger...) 18,8% ont verbalisé un besoin de consulter en pédopsychiatrie.

Conclusion Il est fondamental de bien comprendre la réaction de l'enfant face à sa maladie chronique, qui peut parfois produire ou renforcer des modes relationnels pathogènes restructurant les défenses de l'enfant sur un mode pathologique. Un dépistage précoce avec une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire.

Mots clés Diabète ; Enfant ; Retentissement psychique

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

Pour en savoir plus

Lawrence JM, Standiford DA, Loots B, Klingensmith GJ, Williams DE, Ruggiero A, et al. Prevalence and correlates of depressed mood among youth with diabetes: the SEARCH for Diabetes in Youth study. *Pediatrics*. 2006;117:1348–58.

Hassan K, Loar R, Anderson BJ, Heptulla RA. The role of socioeconomic status, depression, quality of life, and glycemic control in type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr* 2006;149:526–31.

Dantzer C, Swendsen J, Maurice-Tison S, Salamon R. Anxiety and depression in juvenile diabetes: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2003;23:787–800.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.258>

P069

Corrélation entre les symptômes anxieux et les schémas d'inadaptation précoces auprès de participants âgés de 10 à 15 ans

J. Peron^{1,*}, R. Zebdi¹, A. Dentz^{1,2}

¹ Département de Psychologie, EA 4430 CLIPSYD, Paris-Ouest, Nanterre-La Défense, France

² Université du Québec (UQAM), Montréal, Canada

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : peronjosephine@hotmail.fr (J. Peron)

Introduction La prévalence des troubles anxieux est élevée autant pour les adultes que les enfants [1]. Young et al. (2005) [2] élaborent une théorie des schémas précoces utile à la compréhension des troubles anxieux. Les schémas comprennent des cognitions, des émotions, des images mentales et des sensations corporelles. Depuis, une corrélation entre ces schémas et les troubles anxieux a été établie chez l'adulte [3] et l'adolescent [4]. Toutefois, ce thème demeure rarement exploré auprès de participants âgés de 10 à 15 ans. Cette étude examine la présence de corrélations entre les schémas précoces et les troubles anxieux.

Méthode Cent cinquante-neuf élèves de collège (10–15 ans) ont complété l'échelle des peurs pour enfants ; l'Inventaire des schémas précoces pour enfants et l'outil de dépistage de l'anxiété de l'enfant et des troubles émotionnels associés (SCARED).

Résultats Des corrélations significatives sont visibles entre :

– l'échelle Trouble Anxiété Généralisée et les schémas Incompétence ($r=0,48$; $p<0,05$) et Carence émotionnelle ($r=0,41$; $p<0,05$);

– l'échelle Trouble Anxiété de Séparation et les schémas Abandon, ($r=0,41$; $p<0,05$), Vulnérabilité ($r=0,40$; $p<0,05$) et Dépendance ; ($r=0,42$; $p<0,05$);

– l'échelle Phobie Scolaire et le schéma Incompétence, soit la croyance en des capacités inférieures à celles des autres ($r=0,52$; $p<0,05$).

Enfin, la corrélation entre le schéma Perte de Contrôle et l'âge indique qu'en grandissant, l'intensité de ce schéma diminue, alors que le schéma Abandon aurait tendance à s'intensifier avec l'âge.

Conclusion Les schémas activés diffèrent selon le type de symptômes anxieux présentés. Une intervention ciblant les pensées dysfonctionnelles liées aux schémas inadaptés et aux symptômes anxieux pourrait être proposée pour cette tranche d'âge.

Mots clés Schémas précoces inadaptés ; Troubles anxieux ; Adolescent ; Enfant

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

Références

- [1] Zebdi R, Petot D. Contribution de la Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) au dépistage et au diagnostic des troubles anxieux chez l'enfant d'âge Scolaire. *Evol Psychiatr* 2014;79(3):503–12.
- [2] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité. Bruxelles: De Boeck; 2005.
- [3] Cámara M, Calvete E. Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *J Psychopathol Behav Assess* 2012;34:58–68.
- [4] Orue I, Calvete E, Padilla P. Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. *J Adolesc* 2014;37:1281–91.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.259>