

nant le bébé et sa mère. Nous exposerons les formes possibles de soin et des modalités organisationnelles associées.

*Pour en savoir plus*

Garret-Gloanec N, Pernel AS. Un soin psychique au bébé, ça n'existe pas ? Et pourquoi pas ! *Info Psychiatr* 2010;86:numéro 10.

Le Nestour A, Apter G. Bébés de parents aux fonctionnements pervers : blessures et meurtrissures. *Info Psychiatr* 2012;88:181–5 doi:10.1684/ipe.2012.0910.

Rouillon L, Cailhol L, Raynaud JP, Hazane F, Carpentier L, Garrido C. Les mères borderline : comprendre et soutenir les interactions avec leur(s) enfant(s). *Info Psychiatr* 2012;88:187–93 doi:10.1684/ipe.2012.0908.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.167>

## Posters

P65

### « Fausse déficience » des enfants avec trouble du spectre autistique : l'efficacité intellectuelle vue à travers différents tests d'intelligence

C. Martinot<sup>a</sup>, M. Fath<sup>b</sup>, C. Chabaux<sup>b</sup>, E. Florence<sup>b</sup>, C. Bursztejn<sup>b</sup>, C.M. Schroder<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hôpital Esquirol, 75101, Pôle de pédopsychiatrie Paris Centre Est, 75004 Paris, France

<sup>b</sup> Service de psychiatrie infantile, CHU de Strasbourg, 67000 Strasbourg, France

**Mots clés :** Trouble du spectre autistique ; Déficience intellectuelle ; Échelles de Wechsler ; Matrices progressives de Raven

**Objectifs.**– Les enfants atteints de troubles du spectre autistiques (TSA) présentent des capacités intellectuelles hétérogènes qui ne sont pas toujours reflétées de manière adaptée par les tests d'intelligence classiques comme les échelles de Wechsler. Certains auteurs ont ainsi mis en évidence un risque élevé de « fausse déficience » avec les tests classiques. L'objectif de notre étude était de tester l'hypothèse que l'efficacité intellectuelle d'enfants avec TSA pouvait être sous-estimée par les tests d'intelligence classiques.

**Méthode.**– Étude rétrospective comparative menée auprès d'enfants avec TSA et évalués au Centre Ressource Autisme de Strasbourg entre 2008 et 2012. Trente-cinq enfants avec TSA ont été testés aussi bien aux échelles de Wechsler (WISC-IV ou WPSSI-III) qu'aux matrices progressives de Raven.

**Résultats.**– Sur les 35 enfants testés (4 filles, 31 garçons, moyenne d'âge de 7,2 ans [ $\pm 2,6$ ]), la moyenne du QI de performance aux Wechsler (QIP) était de 70,8 ( $\pm 12,5$ ) alors que la moyenne du QI aux Matrices de Raven (Raven-QI) était de 95,9 ( $\pm 14$ ), ( $p < 0,0001$ ). La moyenne des différences entre le QIP et le Raven-QI était de 27,2 points variant de 9 à 50 points pour un enfant donné. En conséquence, seuls 8,8% d'enfants avec TSA se révèlent déficients au Raven contre 46% aux échelles de Wechsler ( $p > 0,0001$ ). Au total, 40% de notre population pourrait être considérées comme « faux déficient » (Wechsler-QI < 70 et Raven-QI > 70).

**Conclusion.**– Notre étude confirme que l'efficacité intellectuelle peut être sous-estimée chez les enfants avec TSA, en fonction des tests choisis. Nos résultats suggèrent qu'il est primordial d'employer des tests adaptés à leurs particularités cognitives pour refléter au mieux leurs capacités intellectuelles et ainsi d'améliorer les méthodes de soins et le développement cognitif des enfants avec TSA.

*Pour en savoir plus*

Bölte S, Dziobek I, Poustka F. Brief report; the level and nature of intelligence of autistic intelligence revisited, *J Autism Dev Disord* 2009;39:678–82.

Dawson M, Soulières I, Gernsbacher MA, Mottron L. The level and nature of autistic intelligence. *Psychol Sci* 2007;18:657–62.

Minschew et al. The application of short forms of the wechsler intelligence scale in adults and children with high functioning autism. *2005 J Autism Dev Disord*,35(1).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.168>

P66

### Profils comportementaux d'enfants surdoués consultant en pédopsychiatrie : importance de la dysharmonie intellectuelle

F. Guénolet<sup>a</sup>, J. Louis<sup>b</sup>, J.-M. Baleyte<sup>a</sup>, P. Fournier<sup>b</sup>, O. Revol<sup>b</sup>

<sup>a</sup> CHU de Caen, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 14000 Caen, France

<sup>b</sup> Hospices Civils de Lyon, hôpital Femme-Mère-Enfant, service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 69000 Lyon, France

**Mots clés :** Comportement de l'enfant ; Développement de l'enfant ; Enfant surdoué ; Psychométrie ; Psychopathologie  
Il est fréquent que des enfants intellectuellement surdoués soient adressés en consultation de pédopsychiatrie pour des problèmes socio-émotionnels et/ou une inadaptation scolaire paradoxale. Ces enfants sont classiquement décrits comme présentant des problèmes d'ordre anxio-dépressif, et comme étant plutôt de grands surdoués ou intellectuellement dysharmoniques. Nous avons testé ces assertions chez 143 enfants surdoués (QI > 130) vus en consultation, en utilisant le profil intellectuel de Wechsler et l'inventaire de comportements pour enfant d'Achenbach. Ces enfants présentaient des problèmes comportementaux significatifs dans tous les domaines explorés, sans prédominance des problèmes anxio-dépressifs. Les plus surdoués (QI > 145) ne présentaient pas plus de problèmes que les autres. Les enfants au profil intellectuel dysharmonique présentaient plus de problèmes agis en général, et plus d'agressivité en particulier. Ces résultats suggèrent que la dysharmonie du développement intellectuel est facteur à prendre en compte pour comprendre les problèmes émotionnels et comportementaux des enfants surdoués.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.169>

P67

### Élaboration d'une Échelle d'évaluation du Ressenti Émotionnel de l'enfant polyhandicapé (EREPP)

F. Marteau, M. Dalmat-Kasten, M.-C. Castillo, M. Montreuil

Université Paris-8, Vincennes-Saint-Denis, Paris, France

**Mots clés :** Enfant polyhandicapé ; EREPP ; Ressenti émotionnel  
**Problématique.**– La reconnaissance des expressions faciales chez la personne polyhandicapée est un élément crucial dans la compréhension de son ressenti émotionnel. Nous proposons d'élaborer une Échelle du Ressenti Émotionnel de l'Enfant Polyhandicapé (EREPP) à l'aide de l'enregistrement filmé des expressions faciales permettant d'évaluer le ressenti émotionnel subjectif. Nous faisons l'hypothèse que le ressenti émotionnel « réel » de l'enfant polyhandicapé est en divergence avec les estimations qu'en fait l'entourage.

**Procédure.**– Nous avons mené une recherche dans un externat médico-pédagogique auprès de sept enfants polyhandicapés âgés de 6 à 13 ans. Après avoir filmé ces enfants dans des situations écologiques variées, nous avons élaboré pour chaque enfant une EREPP incluant l'ensemble des expressions faciales identifiées dans les films. Cette échelle consiste en un graphe incluant entre huit et dix expressions faciales qui ont été cotées par neuf juges

afin d'identifier la valence émotionnelle (−5 négative ; +5 positive), l'intensité (0 faible ; 5 forte) et l'identifiant (inquiétude, joie, etc.). Ces EREEP ont ensuite été utilisées afin d'évaluer le ressenti émotionnel « réel » des enfants au cours de trois activités ciblées et de le comparer aux estimations des éducateurs sur le ressenti émotionnel des enfants.

**Résultats.**– Nos résultats montrent qu'il est possible d'élaborer une EREEP reflétant l'ensemble des expressions faciales des enfants. Ils montrent également que les éducateurs ont tendance à surestimer la valence émotionnelle des enfants lors des activités plaisantes.

*Pour en savoir plus*

Adolphs, R. Recognizing emotion from facial expressions: psychological and neurological mechanisms. *Behav Cogn Neurosci Rev* 2002,1(1):21–62.

Ekman, P. Facial expression and emotion. *Am Psychol* 1993,8(4):84–92.

Favell, J. E., Realon, R.E., Sutton, K.A. Measuring and increasing the happiness of people with profound mental retardation and physical handicaps. *Behav Interv* 1993;11(1):47–58.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.170>

P68

### La reconnaissance des émotions faciales des enfants atteints de trouble déficit de l'attention/hyperactivité

J. Maire<sup>a</sup>, G. Michel<sup>a</sup>, C. Galera<sup>b</sup>, S. Bioulac<sup>b</sup>, M. Bouvard<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Laboratoire de psychologie « santé et qualité de vie » EA4139, 33000 Bordeaux, France

<sup>b</sup> Centre Hospitalier Charles-Perrens, 33000 Bordeaux, France

**Mots clés :** Trouble déficit de l'attention/hyperactivité ; Reconnaissance des émotions faciales ; Comorbidités

Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDA/H) est un trouble neurodéveloppemental qui se caractérise par une triade de symptômes : inattention, hyperactivité et impulsivité. C'est un trouble hautement comorbide : jusqu'à 90 % des cas [2] seraient associés à un trouble oppositionnel, un trouble anxieux... Les enfants atteints de TDA/H expérimentent plus de difficultés au niveau social, ce qui a amené certains auteurs à étudier les compétences prosociales de cette population. Parmi celles-ci, la capacité à décoder les émotions à partir des expressions du visage est essentielle pour interagir. La plupart des études qui ont investigué la Reconnaissance des Emotions Faciales (REF) chez les enfants atteints de TDA/H ont conclu à un déficit général par rapport aux enfants sans TDA/H (pour revue, [1]). Néanmoins, la méthodologie et l'hétérogénéité clinique des populations limitent les conclusions. Cette étude se propose d'investiguer la REF de 40 enfants atteints de TDA/H et 40 enfants sans TDA/H entre 7 et 11 ans et l'influence des dimensions cliniques comorbides au TDA/H (opposition, anxiété et labilité émotionnelle). Le design de la tâche de REF a été créé à partir des conclusions de l'étude de Yuill et Lyon [3] pour limiter les erreurs dues notamment à l'impulsivité. Les résultats montrent que les enfants atteints de TDA/H ont un déficit de REF par rapport aux enfants sans TDA/H. Ils ont plus de difficultés à reconnaître la tristesse, le dégoût et la joie. Les dimensions comorbides n'interviennent pas dans ce déficit. En conclusion, les difficultés de REF semblent être une caractéristique clinique du TDA/H et ainsi elles peuvent entrer en compte dans le retentissement social du trouble.

**Références**

- [1] Collin L, Bindra J, Raju M, Gillbarg C, Minnis H. Facial emotion recognition in child psychiatry: a systematic review. *Res Dev Disabil* 2013;34:1505–20.
- [2] Ralston SJ, Lorenzo MJ, ADORE. Study Group. ADORE – Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Observational

Research in Europe. *Eur Child Adolescent Psychiatry* 2004; 13(1):36–42.

- [3] Yuill N, Lyon J. Selective difficulty in recognising facial expressions of emotion in boys with ADHD? *Eur Child Adolescent Psychiatry* 2007;16:389–404.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.171>

P69

### Relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie d'adulte : évaluation et propositions

A. Schandrin<sup>a</sup>, J.-P. Boulenger<sup>a</sup>, M. Batlaj-Lovichi<sup>b</sup>, D. Capdevielle<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hôpital La Colombière, SUPA, 34000 Montpellier, France

<sup>b</sup> Hôpital La Colombière, secteur Montpellier Lunel, 34000 Montpellier, France

**Mots clés :** Pédopsychiatrie ; Psychiatrie d'adulte ; Transition ; Évaluation des pratiques

Le relai de la pédopsychiatrie à la psychiatrie d'adulte est un processus de transition au sein du parcours de soins qui devrait s'inscrire dans une continuité respectant le développement individuel du patient. Il représente une étape fondamentale mais délicate du fait des différences d'organisation entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie d'adulte. Le risque principal est la rupture thérapeutique. Cette étape s'inscrit dans les priorités du plan stratégique de santé de l'Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon publié en avril 2011. Au centre hospitalier de Montpellier, nous avons étudié rétrospectivement la mise en œuvre de 31 relais réalisés entre 2008–2009 afin de les comparer aux recommandations de la littérature et de proposer des axes d'amélioration. Les patients de l'étude ont en moyenne 16 ans lors de la transition et c'est d'ailleurs ce critère d'âge qui motive à lui seul 51 % des demandes de relai. Les ruptures thérapeutiques sont rares (6%), cependant un délai de 3 mois sans suivi entre les deux prises en charge est retrouvé pour 48 % des patients. Les praticiens expriment régulièrement des difficultés pour communiquer et pour organiser les relais. Les principaux critères de qualité manquants et donc à améliorer sont :

- une période de soins parallèles avec un travail conjoint entre les soignants de pédopsychiatrie et de psychiatrie d'adulte (critère absent dans 81 % des cas) ;
- une rencontre impliquant les deux équipes et le patient avec sa famille (critère absent dans 87 % des cas). Un protocole local de mise en œuvre des relais a été validé sur le pôle de psychiatrie suite à cette étude et sera diffusé auprès des psychiatres d'enfants et d'adultes afin d'améliorer leur collaboration. L'objectif serait de faire tomber les barrières organisationnelles et d'âge pour centrer le processus de transition sur les spécificités cliniques et environnementales de chaque patient.

*Pour en savoir plus*

Munoz-Solomando, A., M. Townley, and R. Williams, Improving transitions for young people who move from child and adolescent mental health services to mental health services for adults: lessons from research and young people's and practitioners' experiences. *Curr Opin Psychiatry* 2010,23(4):311–7.

Singh, S.P. et al., Transitions of care from child and adolescent mental health services to adult mental health services (TRACK Study): a study of protocols in Greater London. *BMC Health Serv Res* 2008,8:135.

Singh, S.P. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Curr Opin Psychiatry* 2009,22(4):386–90.

Singh, S.P. et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *Br J Psychiatry*, 2010,197(4):305–12.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.172>