

originale, ludique et contrôlée, comprenant à la fois une évaluation rapide et indicée de la composante sémantique et plus détaillée de la composante épisodique.

Résultats Les participants avec TSA-SDI présentent des difficultés de restitution des souvenirs épisodiques comparés aux témoins et bénéficient significativement de l'indication. Au niveau des propriétés perceptives, les adolescents avec TSA fournissent moins de couleurs que les témoins, alors que le nombre total de détails perceptifs ne diffère pas entre les deux groupes. Enfin, la reviviscence diffère selon la période évoquée : la reviviscence d'événements passés est moins précise que la projection dans le futur.

Conclusion Ces résultats confirment l'existence de troubles en mémoire épisodique chez les adolescents avec TSA-SDI, améliorés en présence d'un support visuel. Les propriétés sensorielles semblent être impliquées différemment dans l'organisation des souvenirs, notamment les couleurs, probablement en relation avec une perception atypique chez les personnes avec TSA-SDI [4]. L'impact de la perception des couleurs sur la mémoire est une piste de recherche à approfondir.

Mots clés Mémoire autobiographique ; Mémoire épisodique ; Troubles du spectre autistique ; Passé ; Futur ; Perception

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

Références

- [1] Crane L, Goddard L. Episodic and semantic autobiographical memory in adults with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2008;38(3):498–506, <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-007-0420-2>.
- [2] Bruck M, London K, Landa R, Goodman J. Autobiographical memory and suggestibility in children with autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol* 2007;19(1):73–95, <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579407070058>.
- [3] Goddard L, Dritschel B, Robinson S, Howlin P. Development of autobiographical memory in children with autism spectrum disorders: deficits, gains, and predictors of performance. *Dev Psychopathol* 2013;26(1):215–28, <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579413000904>.
- [4] Franklin A, Sowden P, Notman L, Gonzalez-Dixon M, West D, Alexander I, et al. Reduced chromatic discrimination in children with autism spectrum disorders. *Dev Sci* 2010;13(1):188–200, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00869.x>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.202>

Rencontres avec l'expert

R5

La douleur chez les personnes avec Trouble du Spectre de l'Autisme. État des lieux et perspectives

A. Amestoy^{1,2,*}

¹ Centre hospitalier Charles Perrens

² CNRS UMR 528, Centre Ressources Autisme Aquitaine, Institut de Neurosciences cognitives et intégratives d'Aquitaine (INCIA), Bordeaux, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aamestoy@ch-perrens.fr

Longtemps ignorée, la douleur des personnes souffrant de pathologie mentale et troubles neuro-développementaux tels que les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) est considérée comme l'une des plus difficiles à prendre en charge. La douleur non exprimée ne joue plus son rôle d'alerte à la menace vitale et contribue à l'augmentation de la mortalité liée à des pathologies somatiques dans ces populations dites vulnérables, notamment chez les adultes avec TSA [1,4], chez qui la prescription de psycho-

tropes compliquent les mesures d'hétéro-évaluations classiques. Certaines études expérimentales ont montrés que ces groupes de patients présentent des particularités nociceptives avec des seuils à la nociception augmentés ou des réactions paradoxales, mais les résultats sont contradictoires [2]. Les causes de ces phénomènes sont mal comprises. Une atteinte des structures cérébrales impliquées dans l'intégration émotionnelle de la douleur (cortex préfrontal), une augmentation de l'activité opiacée, une dissociation paradoxale entre la réponse comportementale et les réactions neurovégétatives, des possibles anomalies des mécanismes excitateurs responsables de la sommation temporelle, ont contrebalancé les hypothèses plus psychopathologiques de troubles de l'expression de la douleur dans cette condition pathologiques développementales [1,3]. En effet, au-delà de l'atteinte des processus cognitifs, les troubles de la communication chez les personnes avec TSA sont à ce jour considérés comme la principale cible des interventions à mener dans les cadres psycho-éducatifs et thérapeutiques afin de mieux prévenir et dépister la douleur chez ces patients hautement vulnérables. Car si communiquer diminue la douleur, la douleur diminue, elle les capacités de communication déjà altérées dans ces troubles, d'où l'enjeu essentiel des stratégies d'aides à la communication ou communication augmentée, qui ne peuvent plus être considérées en 2014 comme un « si besoin... ».

Mots clés Autisme ; Douleur ; Communication ; Évaluation

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Bilder, et al. Excess mortality and causes of death in autism spectrum disorders: a follow up of the 1980s Utah/UCLA Autism Epidemiologic Study. *J Of Autism and Developmental Disorders* 2013;43(5):1196–204.
- [2] Allely, et al. Pain sensitivity and observer perception of pain in individuals with autistic spectrum disorder: review article. *Sci World J* 2013;2013 [Article ID 916178].
- [3] Dubois A, Rattaz C, Pry R, Baghdadli A. [Autism and pain – A literature review]. *Pain Res Manag* 2010;15(4):245–53.
- [4] McGuire BE, Daly P, Smyth F. Chronic pain in people with an intellectual disability: under-recognised and under-treated? *J Intellect Disabil Res* 2010;54(3):240–5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.203>

R7

Autisme, TED, TSA : faut-il sauver Kanner ?

A. Philippe

Inserm U1163, Institut Imagine, Hôpital Necker, Paris, France

Adresse e-mail : anne.philippe@inserm.fr

Un chercheur qui se destine aujourd'hui à travailler sur l'autisme peut rapidement être dérouté par les données de la littérature. Qu'il s'agisse de l'évolution nosologique depuis Kanner jusqu'aux TSA du DSM V, de la flambée épidémiologique multipliant la prévalence par 20 en 20 ans ou des multiples hypothèses étio-pathogéniques, tous les ingrédients sont réunis pour décourager les meilleures volontés en dépit d'un nombre de publications toujours croissant autour de cette pathologie dont les contours cliniques fluctuants n'en suscitent pas moins un engouement, une médiatisation, et des investissements financiers importants. Les progrès des techniques d'analyse du génome permettent d'identifier de plus en plus d'anomalies génétiques, mais leur signification clinique ne va pas toujours de soi et suppose de nouvelles façons d'appréhender notre connaissance du génome. Si les études de grands groupes d'enfants autistes ne sont pas parvenues à identifier quelques gènes « majeurs », c'est soit qu'il n'en existe pas, soit que ces groupes comportent une hétérogénéité sous-jacente à leur apparente homogénéité clinique qui conduit à s'interroger sur les outils cliniques d'inclusion utilisés dans ces études. On peut aussi aborder le problème différemment. Plusieurs gènes impliqués dans des pathologies neurodéveloppementales ont été découverts à partir

de familles informatives ou de quelques cas étudiés de façon approfondie. Cette démarche restituée au clinicien a un rôle capital dans l'observation des manifestations cliniques qui aident progressivement à dessiner des configurations pertinentes. Lorsque un gène est identifié (*SHANK3*, *SLC6A8*...), l'observation minutieuse des patients rend accessible la description d'un « phénotype développemental » spécifique. Lorsque ce n'est pas le cas, l'exploration d'une famille informative est l'occasion de tester des hypothèses quant aux contours cliniques du trouble exploré et sa présentation sous la forme de phénotypes mineurs chez des apparentés. Si les constructions cliniques comportent une part d'illusion nécessaire pour orienter le travail de recherche, le tableau proposé par Kanner, distinct des nombreux TED non spécifiés rencontrés dans nos consultations, mérite probablement d'être encore étudié comme tel.

Mots clés Autisme ; TED ; Génétique ; Asperger ; Shank 3 ; Méthodologie

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.204>

R12

Psychotropes chez l'enfant et l'adolescent : données actualisées ; questions-réponses

O. Bonnot

CHU de Nantes, Nantes, France

Adresse e-mail : olivier.bonnot@chu-nantes.fr

Bien que les cliniciens français restent majoritairement prudents et attentifs aux recommandations concernant la prescription de médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent, celle-ci augmente depuis quelques années. Antipsychotiques, antidépresseurs, mais aussi psychostimulants, mélatonine, ocytocine... la palette s'élargit, les indications se diversifient et les effets indésirables sont de mieux en mieux étudiés. Afin d'apporter aux praticiens des informations concrètes et démontrées, pour les aider dans leur appréciation du rapport « bénéfices-risques » d'une prescription médicamenteuse, la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SFPEADA) propose, au cours de cette rencontre avec l'expert :

– dans un premier temps une mise au point sur les données actualisées et démontrées pouvant être utiles aux médecins amenés à prescrire chez des jeunes de moins de 18 ans : indications, AMM, éléments pouvant guider vers le choix de telle ou telle molécule au sein d'une même famille thérapeutique, examens à pratiquer avant mise sous traitement et modalités de surveillance en pratique clinique, mesures d'accompagnement de la prescription, articulation avec les autres formes d'interventions thérapeutiques...

– Dans un second temps une discussion avec les participants sous la forme « questions-réponses » et de « partage d'expériences ».

La rencontre avec l'expert sera modérée par le professeur Jean-Philippe Raynaud (Toulouse), président du conseil scientifique de la SFPEADA.

Mots clés Enfant ; Adolescent ; Médicaments ; Psychotropes ; Evidence based medicine

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Bonnot O, Holzer L. Utilisation des antipsychotiques chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(1):12–19.

Gramond A, Consoli A, Maury M, Purper-Ouakil D. Les thymorégulateurs chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(1):5–11.

Purper-Ouakil D, Cohen D, Flament MF. Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent : mise au point des données d'efficacité et de tolérance. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(1):20–29.

Rénéric JP. Les psychostimulants dans le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) chez

l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2012;60(1):30–34.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.205>

R15

10 ans de travail en équipes mobiles pour adolescents : un changement de paradigme de l'accès aux soins

V. Garcin

PSM Lille-Métropole, président de l'association des équipes mobiles en psychiatrie, Lille, France

Adresse e-mail : vgarcin@epsm-lille-metropole.fr

Les équipes mobiles sont conçues pour permettre l'accès aux soins pour des patients dont le besoin est repéré mais qui sont, pour différentes raisons, dans l'impossibilité de faire spontanément la démarche. Dans l'aller-vers hors-les-murs, le paradigme de l'accès est renversé et redéfini en s'appuyant sur un travail initial avec la « non-demande ». La mobilité est alors conçue comme une autre forme de disponibilité engendrant ; pour ses acteurs, de nouvelles postures cliniques et la découverte d'autres formations sémiologiques (sémiologies de la rue, du domicile...); pour les partenaires, en première ligne dans le réseau, le renforcement de leur capacité à se saisir de la question psychique dans son repérage et son accompagnement ; pour tous, des espaces de soins et prendre-soin partagés qui permettent de nourrir une éthique de la responsabilité envers les problèmes de ceux qui, parce que ça nous regarde, nous engage. Après plusieurs années d'appropriation de ce travail en équipe mobile, c'est un deuxième paradigme qui change : l'hospitalisation devient une alternative aux soins ambulatoires qui s'intensifient et se modulent. Toutes les équipes mobiles constatent rapidement ces effets sur l'augmentation de l'accès aux soins ambulatoires et l'amélioration de la précocité de cet accès, la diminution du recours à l'hospitalisation et de la durée des séjours. Ces constats agissent secondairement de manières profondes sur les représentations des équipes soignantes elles-mêmes de leur propre travail et partant repoussent les limites des messages porteurs à destination des patients, des familles et des partenaires. Dans certains territoires ont pu aussi être observés des bénéfices en matière de prévention des passages à l'acte et des crises, une diminution de la fréquentation des services d'urgences et des suicides.

Mots clés Équipes mobiles ; Accès aux soins ; Suivi intensif ambulatoire ; Alternative à l'hospitalisation

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.206>

Sessions thématiques

S7

Enfants et adolescents dans les familles dites complexes : actualité en pédopsychiatrie

J.-J. Laboutière

3, rue Bauderon de Sennecé, Macon, France

Adresse e-mail : jjlab@club-internet.fr

Les pédopsychiatres ont largement écrit sur les supposés effets pathogènes directs des séparations parentales. En revanche, ont été peu étudiées les modifications de l'environnement familial de l'enfant après la séparation. Les notions de « famille monoparentale » ou de « famille recomposée » évacuent le fait que l'enfant est en réalité au centre d'une constellation familiale hétérogène et que souvent il va vivre une trajectoire familiale avec plusieurs