

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