

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

Bekhechi, V, Rabouam, C, Guédeney, N. Les atteintes « traumatiques » du caregiving. In: Guédeney, N, Guédeney, 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: Guédeney, N, Guédeney, 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](mailto: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<sup>1,2,\*</sup>, S. Halayem<sup>1</sup>, A. Bouden<sup>1</sup>, R. Mrad<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Razi, La Manouba, Tunisie

<sup>2</sup> Hôpital Charles-Nicolle, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [arwabenamor@hotmail.fr](mailto: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.