



EDITION 2024

Congrès Français de Psychiatrie et
De Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent

LE HAVRE – 13 et 14 juin 2024

Journée des Jeunes Professionnels – 12 juin 2024

Trajectoires et vulnérabilités : du repérage aux soins

RESUME DES INTERVENTIONS

Résumé des Interventions : 9h00 – 10h30

Atelier n°1	Vulnérabilité, trajectoire et prématurité <i>Présidence : Béréngère BEAUQUIER MACOTTA</i>	Salle A 310
Atelier n°2	Soins en situation de vulnérabilités périnatales I <i>Présidence : Elise RIQUIN</i>	Salle D 210
Atelier n°3	Soins en situation de vulnérabilités dans l'enfance <i>Présidence : Jean Michel COQ</i>	Salle A 304
Atelier n°4	Soins en situation de vulnérabilités à l'adolescence I <i>Présidence : Marie BON SAINT COME</i>	Salle D 102
Atelier n°5	Protection de l'Enfance et Soins I <i>Présidence : Daniel MARCELLI</i>	Salle A 316
Atelier n°6	Approche corporelle et vulnérabilités <i>Présidence : Jean Yves CHAGNON</i>	Salle D 104
Atelier n°7	Trouble du Neurodéveloppement de l'enfance à l'adolescence I <i>Présidence : Nicole CATHELIN</i>	Salle A 302
Atelier n°8	Passage à l'acte suicidaire et devenir <i>Présidence : Véronique DELVENNE</i>	Salle D 106
Atelier n°9	Avancées thérapeutiques en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent I <i>Présidence : Jean CHAMBRY</i>	Salle A 214
Atelier n°10	Psychiatrie humaniste <i>Présidence : Priscille GERARDIN</i>	Salle A 312
Atelier n°11	Démarche diagnostic en situation complexe à l'adolescence <i>Présidence : Jonathan LACHAL</i>	Salle A 314
Atelier n°12	Trajectoires et vulnérabilités en périnatalité (symposium de la WAIMH) <i>Présidence : Sylvie VIAUX</i>	Salle A 308
Atelier n°13	Au-delà des vulnérabilités, de l'adversité et des traumatismes complexes : comprendre les trajectoires de vie proximales et les défis des adolescents suicidants <i>Présidence : Marie Michèle BOURRAT</i>	Salle A 208
Atelier n° 14	Vulnérabilités et cinéma <i>Présidence : Emmanuelle DOR NEDONSEL</i>	Salle A 212
Atelier n°15	Les recherches actions dans la prévention des violences en protection de l'enfance, retour sur les enjeux et perspectives pour nos pratiques de soins et d'accompagnement des enfants et des familles en France, au Québec et au Brésil <i>Présidence : Patrice HUERRE</i>	Salle A 206

Résumé des Interventions : 11h00 – 12h30

Atelier n°16	Soins en situation de vulnérabilités périnatales II <i>Présidence : Gisèle APTER</i>	Salle D 210
Atelier n°17	Soins en situation de vulnérabilités dans la petite enfance <i>Présidence : Ludovic GICQUEL</i>	Salle A 314
Atelier n°18	Soins en situation de vulnérabilités à l'adolescence II <i>Présidence : Catherine LACOUR GONAY</i>	Salle D 102
Atelier n°19	Protection de l'Enfance et Soins I <i>Présidence : Christophe LIBERT</i>	Salle A 316
Atelier n°20	Trouble du Neurodéveloppement de l'enfance à l'adolescence II <i>Présidence : François MEDJKANE</i>	Salle A 302
Atelier n°21	Vulnérabilités familiales et trajectoires <i>Présidence : Marie Aude PIOT</i>	Salle A 304
Atelier n°22	Trajectoires développementales TCA-TSA <i>Présidence :</i>	Salle A 310
Atelier n°22 bis	Trajectoires développementales TCA-TSA <i>Présidence :</i>	Salle A 212
Atelier n°23	Repérage des traumatismes familiaux et environnementaux <i>Présidence : Jean Michel PINOIT</i>	Salle D 106
Atelier n°24	Avancées thérapeutiques en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent II <i>Présidence : Mario SPERANZA</i>	Salle A 214
Atelier n°25	Débat éthique à propos des notions de vulnérabilités, prédictions, trajectoires (groupe éthique SFPEADA) <i>Présidence : Jean Philippe RAYNAUD</i>	Salle D 104
Atelier n°26	La violence systémique en famille : réflexions à partir de témoignages de parents violentés par leurs enfants (symposium de la FNEPE) <i>Présidence : Philippe DUVERGER</i>	Salle A 308
Atelier n°27	Pour une psychopathologie revisitée (Collège de Psychopathologie SFPEADA) <i>Présidence : Guillaume BRONSARD</i>	Salle A 312
Atelier n°28	Les enfants HPI : vulnérabilités et ressource (groupe de travail HPI SFPEADA) <i>Présidence : Cherifa ZEMZAMI ESTEVAN</i>	Salle A 306
Atelier n°29	Recherche sur la santé mentale des enfants placés, il est temps de s'y intéresser ! (Atelier FHU) <i>Présidence : Priscille GERARDIN</i>	Salle A 206
Atelier n°30	Vers la structuration d'une filière nationale de soins et de prévention pour les troubles des conduites alimentaires (symposium de la FFAB) <i>Présidence : Nathalie GODART</i>	Salle A 208

COMMUNICATIONS AFFICHEES (Posters)

Couloir du hall principal bâtiment UFR Lettres et Sciences Humaines

1	L'Evaluation du Développement de l'Identité à l'Adolescence, version française de l'Assessment of Identity Development in Adolescence (AIDA)
2	Dispositifs de soutien pour les internes de psychiatrie après avoir été exposés au suicide d'un patient
3	Jeux-vidéos violents chez les adolescents français : impact sur la santé mentale selon le genre
4	Création d'un jeu de sensibilisation au développement de l'enfant favorisant le repérage des signes d'alerte de TND par le CRA Pays de la Loire
5	Les adolescents adressés aux urgences du centre d'assistance médicale urgente : motifs, prise en charge et orientation.
6	Place de la consultation de génétique en pédopsychiatrie
7	Quelles sont les facteurs de vulnérabilités chez les adolescents placés en protection de l'enfance ?
8	Comment l'identification des anomalies génomiques éclaire les « espèces naturelles » du spectre de l'autisme : illustration de l'approche du phénotypage inverse dans le cas des mutations du gène SHANK3
9	Repérer l'isomorphisme en supervision indirecte
10	RICA: Représentations de l'Intérieur du Corps à l'Adolescence. Etude exploratoire auprès d'adolescents avec ou sans trouble de la personnalité limite. Introduction et méthodologie.
11	How peritraumatic stress alters mothers' memory of childbirth after emergency cesarean section
12	Accueil Consultation Ados de Montreuil : une unité dédiée aux Adolescents de quatre communes.
13	Cytokines de sang de cordon à la naissance et trajectoires de dysrégulation émotionnelle entre l'âge de 3 et 8 ans : la cohorte EDEN
14	Trajectoires de soin pour adolescents et jeunes adultes : la place d'un centre de détection et intervention précoce à la frontière entre PEA et PA
15	Filmer la crise? Réflexions éthiques sur l'utilisation du smartphone pour enregistrer les crises d'épilepsie
16	Entre mort et naissance, une trajectoire à parcourir
17	Effets de la psychothérapie parent-enfant du point de vue des parents, une étude qualitative

18	Attitudes des professionnels français de la santé mentale pour enfants et adolescents vis-à-vis des pratiques fondées sur des preuves
19	Exploration de l'Implémentation de la Plateforme d'Orientation des Premières demandes en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (POP) à partir des savoirs expérientiels des professionnels : une étude qualitative
20	Comment une structure régionale participe à la montée en compétence des professionnels de santé du territoire en matière de guidance parentale et à la valorisation d'initiatives locales, par le développement d'une offre de formation ouverte à tous professionnels de santé (salariés ou libéraux) tout en accompagnant la mise en place d'ateliers parentalité écologiques à destination de parents d'enfant présentant un TDA/H avec TOP ?
21	Thérapie familiale systémique : un entraînement à co-construire le futur des soins pour enfants et adolescents
22	Le groupe au service des états limites : transformer les cliques en équipe

1- Trajectoire de développement de la théorie de l'esprit chez les enfants nés prématurés. Quels facteurs de vulnérabilité ?

EUTROPE Julien, Psychiatre d'enfants et d'adolescents, Praticien Hospitalier-Professeur Associé, Université de Reims Champagne-Ardenne, C2S, CHU Reims, Service de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, Reims, France

ROLLAND Anne-Catherine, Psychiatre d'enfants et d'adolescents, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier, Université de Reims Champagne-Ardenne, C2S, CHU Reims, Service de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, Reims, France,

CAILLIES Stéphanie, Professeur des Universités, Université de Reims Champagne-Ardenne, C2S, Reims, France

Des recherches récentes mettent en évidence des troubles neuropsychologiques chez les enfants nés prématurément et plus spécifiquement des troubles des fonctions exécutives. Ces fonctions supportent l'activité mentale orientée vers la réalisation d'un but et jouent un rôle dans la mise en place de la cognition sociale, en particulier de la théorie de l'esprit. Celle-ci sous-tend le comportement social et émotionnel des individus. Par ailleurs, l'anxiété parentale représente un facteur environnemental important susceptible d'influencer le développement de la théorie de l'esprit.

A partir des données de la littérature récente et des résultats d'une étude transversale comparative menée à Reims, cette présentation contribuera à mieux cerner le développement cognitivo-social des enfants nés prématurément et à déterminer les facteurs l'impactant.

Mots clés : prématurité, théorie de l'esprit, fonctions exécutives, anxiété parentale

2- Apport de la recherche en neurophysiologie dans les troubles du neurodéveloppement.

LEFEBVRE Aline, MCU-PH, psychiatre enfant et adolescent, Fondation Vallée

CHAUDET Julie, Master 2, Neurospin, CEA Saclay, PICHOT Julien, Master 2, LaPsyDé, Université Paris, DUBOIS Adrien, PPSP, CHU Sainte Justine, Montréal, DUMAS Guillaume, PPSP, CHU Sainte Justine, Montréal, JARDRI Renaud, PU-PH, psychiatre enfant et adolescent, CHU Lille

La complexité des maladies psychiatriques, caractérisée par des symptômes qui se chevauchent et une variabilité clinique, entrave leur compréhension et le développement de thérapies personnalisées. Cette diversité reflète un continuum pathologique au-delà des classifications actuelles. Bien que les aspects génétiques et neuroanatomiques de ce continuum soient mieux compris, les mécanismes neurophysiologiques sous-jacents restent peu explorés. Les perturbations des oscillations neurales synchronisées, mesurables par EEG, contribuent aux symptômes cognitifs observés dans divers troubles psychiatriques et troubles du neurodéveloppement. L'EEG offre une perspective unique sur l'activité cérébrale, permettant l'étude des dysfonctionnements spécifiques ou communs à ces troubles.

Des études internationales utilisent déjà l'EEG pour comprendre les liens entre génétique et activité cérébrale, identifier des biomarqueurs transnosographiques et prédire le vieillissement cérébral. Les progrès méthodologiques récents introduisent de nouveaux marqueurs quantitatifs de l'excitation et de l'inhibition neuronales, améliorant la résolution spatiale grâce à des casques EEG haute densité. De plus, les troubles du neurodéveloppement et psychiatriques étant liés à la dynamique cérébrale, des protocoles d'enregistrement mettant en jeu les symptômes clefs permettraient de mettre en évidence des marqueurs neurophysiologiques.

Le Dr Aline LEFEBVRE présentera la littérature actuelle et des résultats de l'EEG dans l'autisme via une plateforme d'EEG dans l'autisme. Le Pr Renaud JARDRI fera une mise au point sur l'hyperscanning et présentera des premiers résultats d'étude d'interactions mère-bébé. Les deux projets sont en collaboration avec le Pr Guillaume DUMAS.

Mots clés : autisme, neurodéveloppement, EEG, hyperscanning, marqueurs

1- IMG pour détresse psychosociale chez les adolescentes : évaluation et prise en charge

RADJACK Rahmeth

BARGE Raphael, Pédiopsychiatre, Maison de Solenn, Hopital Cochin, Paris

MORO Marie Rose, Professeure de pédiopsychiatrie, Cheffe de service de la Maison de Solenn, Hopital Cochin, Paris

L'Agence de le Biomédecine rapporte 160 interruptions médicales de grossesses (IMG) pour détresse psycho sociale sans pathologie fœtale chaque année en France. Une attention particulière est à prêter aux adolescentes, souvent représentées dans ces demandes. La problématique est multidimensionnelle : les adolescentes évoquent un sentiment d'impasse, devant conjuguer avec la pression scolaire, sociale et familiale. L'évaluation de la détresse psycho-sociale est soumise à une subjectivité importante, qui peut être source d'une hétérogénéité des pratiques selon les centres. Nous transmettons nos pratiques à la maternité Port Royal (Paris) : les critères décisionnels, le parcours d'évaluation des jeunes femmes et leur devenir suite à la décision à partir de quelques vignettes cliniques. La demande d'IMG revêtait souvent un sens systémique, amenant à réfléchir à la dynamique familiale, et rendant compte des formulations paradoxales, des répétitions transgénérationnelles, et parfois d'une dimension transculturelle.

Mots clés : Interruption médicale de grossesse, Adolescence, Construction identitaire, Traumatisme psychique, Culture

2- Entre mort et naissance, une trajectoire à parcourir

DIAKITE Kardiata

SZEINBEIN Valeria, Psychologue clinicienne – Le Vinatier, LAINE Eloise, Auxiliaire de Puériculture – Le Vinatier Infirmière Diplômée d'Etat

À partir du cas clinique de Madame C., nous allons explorer sa trajectoire de vie et de soins afin de mettre en lumière l'impact du traumatisme et de la vulnérabilité dans l'arrivée de son nouveau-né. Entre meurtre et naissance, entre des événements douloureux et une transmission inter et transgénérationnelle, entravée : comment accompagner cette jeune patiente à devenir mère sans tomber dans un traumatisme vicariant ? Telle est l'enjeu de cette prise en soins qui se situe au carrefour de la clinique du lien institutionnelle, du lien social, de l'adolescence, de la périnatalité, de la séparation pour nommer quelques chemins. Le passage par l'acte est au centre de cette histoire de vie.

Le bébé arrive au monde dans un contexte fragile et vulnérable. Madame C. a fait le choix de poursuivre avec la grossesse, car l'interrompre, aurait impliqué faire face à une culpabilité insupportable et insurmontable. Autant « sauveur » que « rival », nous allons explorer la naissance et le lien entre le bébé et sa mère à l'Unité Mère Bébé lors d'une hospitalisation complète en périnatalité. Entre soins et prévention, nous accompagnons la dyade à écrire leur propre histoire.

Mots clés : Traumatismes, Vulnérabilités, Transmissions, Séparation, Périnatalité

3- ETAPP (Equipe Transversale d'Accompagnement en Psychiatrie Périnatale) : Evaluation pendant la première année de fonctionnement du service rendu auprès des professionnels adresseurs

Rabineau Fanny

Le Floch Marine, Assistante spécialiste, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Angers, Riquin Elise, MCU-PH, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Angers, Abiola Lucile, Sage-femme, CHU Angers, Samain Sophie, Sage-femme, CHU Angers, Durand Du Repaire Patricia, Infirmière puéricultrice, CHU Angers

Introduction : L'amélioration des soins de psychiatrie périnatale est essentielle. Cette étude s'intéresse au fonctionnement et à la satisfaction des professionnels qui ont adressé des patient.e.s à une nouvelle unité, l'ETAPP, au CHU d'Angers, unité qui dépiste et coordonne les soins périnataux dans le territoire. Cette étude permet ainsi de mieux appréhender les manques, les besoins et les ressources déjà en place afin d'identifier les axes d'améliorations de l'unité.

Méthodes : Etude descriptive, longitudinale, guidée par un questionnaire de satisfaction auprès des professionnels adresseurs, afin d'évaluer le service rendu par l'ETAPP pendant la première année de fonctionnement.

Résultats : 51 réponses au questionnaire ont été recueillies, soit un taux de réponse de 40,8%. La majorité des professionnels répondants affirment être satisfaits (n=30 ;59%) voir très satisfaits (n=18 ;35%). De plus, 73% des répondants sont très satisfaits du délai de réponse de l'unité (n=37) et 23% sont satisfaits (n=12). Aucun des répondants sont peu ou pas du tout satisfait. Enfin, 100% des répondants affirment être prêt à recontacter l'unité pour une autre situation.

Conclusion : L'ETAPP vient renforcer l'offre de soin périnatale préexistante sur le territoire angevin avec des spécificités qui lui sont propres : intégré au cœur de l'hôpital général, avec des sages-femmes et infirmière puéricultrice en première ligne à la maternité et dans les services de pédiatrie, et dans une démarche proactive notamment par des procédures de rappels systématiques.

Mots clés : Psychiatrie périnatale, Réseau de soins, Pluri professionnel, Vulnérabilité, Repérage précoce

1- Filmer la crise ? Réflexions éthiques sur l'utilisation du smartphone pour enregistrer les crises d'épilepsie

Barbarini Fabienne

Guivarch Gabrielle, Psychologue (ADAPEI Rhône), Choulet Vallet Anaïs, Philosophe Lyon

L'exposé présentera les résultats d'un travail de recherche effectué dans le cadre d'une formation d'éthique des soins qui s'interroge sur la recommandation médicale de filmer les crises d'épilepsie à l'aide de smartphones personnels. Cette pratique qui s'est imposée depuis quelques années, apparemment simple soulève des questions complexes et interconnectées. L'insertion d'un instrument non médical dans le processus de soins soulève des interrogations sur la répartition des responsabilités : jusqu'où la technique peut-elle prendre en charge la prise en charge ? Dans le même temps, l'intégration de la caméra dans la routine quotidienne permet de simplifier l'accès aux soins et potentiellement d'accroître l'autonomie des patients et de leurs familles. Cette simplicité technique peut-elle engendrer une meilleure relation médecin-patient en favorisant une compréhension plus active et participative du parcours de soins ? Cependant, cette évolution peut entraîner une perte de l'écoute empathique du récit du patient, au profit de l'objectivité de l'image. Comment cette innovation technologique redéfinit-elle la relation entre l'expertise médicale et l'autonomie du patient ? S'appuyant sur des concepts d'épistémologie féministes de vulnérabilité et de savoirs-situés, à travers des entretiens semi-dirigés avec six interlocutrices occupant différentes positions décisionnelles – prescripteur-utilisateur-soignant et patient - l'étude teste des hypothèses et affine les questionnements. Resituées sous forme d'une table ronde reconstituée, les pistes d'analyse proposées sont le reflet d'expériences concrètes vécues, à propos de la réalisation des vidéos, de l'utilisation des images, de la conservation des fichiers, et leur place dans la relation de soin.

Mots clés : Relation médecin-patient, Autonomie relationnelle, épilepsie, Utilisation de la caméra de smartphone, éthique

2- Le traumatisme complexe chez l'enfant et l'adolescent : quelle est la place des institutions dans la prise en charge ?

HERAULT Elina

Nous considérons le traumatisme complexe comme l'exposition d'un sujet sur une durée allant de l'enfance à l'adolescence de manière répétée à divers événements potentiellement traumatiques.

Face au traumatisme partagé des enfants et des adolescents, la triangulation institutionnelle (la justice, l'aide sociale à l'enfance et la pédiatrie/pédopsychiatrie) les accueille physiquement mais aussi dans leur vécu psychoaffectif nécessitant des soins.

Le traumatisme mobilise des mouvements décrit par la psychanalyse comme celui de transfert diffracté décrit par René Kaës (2005), où, à travers les intervenants, une véritable fonction alpha au sens de Bion (1962) se met en place dans la relation intersubjective. Pour autant, ce partage vient, à son tour, pénétrer notre propre appareil psychique pouvant prendre une allure de ce que nous pouvons appeler de traumatisme vicariant, désignant le vécu différé du traumatisme de l'enfant ou de l'adolescent sous forme d'images internes chez les professionnels.

Les enjeux du traumatisme complexe nous amènent à requestionner la place des institutions intervenantes mais également à repenser et réinventer les places des professionnels auprès des enfants et des adolescents. Plus que jamais, l'interdisciplinarité ainsi que la transdisciplinarité sont au cœur de la prise en charge de ces situations souvent alambiquées. Elles amènent à utiliser un langage commun et à la création d'un interchamp pour parvenir à une prise en charge centrée sur le sujet. Pour autant, selon la place et la fonction professionnelle, un écart dans les représentations sur la question du traumatisme chez cette population est imbriqué aux enjeux institutionnels pouvant ainsi impacter la prise en charge des jeunes patients.

Mots clés : Trauma complexe, Institution, Enfant, Adolescent, Professionnel

3- Guidance Parentale en Ligne : nouveaux usages pour l'empowerment des familles et la prévention en santé mentale de l'enfant

LANDMAN Benjamin

Trebossen Vincent, PH, CHU Robert Debré, APHP - Paris

En santé mentale de l'enfant, la guidance parentale émerge comme une stratégie de référence, exploitant les théories de l'apprentissage social et les thérapies cognitives et comportementales pour améliorer la symptomatologie chez l'enfant et promouvoir l'empowerment des familles. Les troubles du comportement et les idées suicidaires constituent des cibles de choix. D'un côté, ils constituent plus de 70% des consultations aux urgences et de l'autre, les programmes de guidance sont particulièrement adaptés pour transmettre rapidement aux parents des outils à mettre en place au décours d'un passage aux urgences pédopsychiatriques. Plusieurs programmes de guidance ont démontré leur efficacité mais leur implémentation reste difficile pour des raisons multiples tels que le manque de formations, la durée des programmes et les difficultés d'accès aux soins en général.

Dans un contexte marqué par la pénurie de professionnels de santé, l'augmentation des souffrances chez les enfants et leurs parents mais aussi les nouvelles possibilités offertes par les révolutions technologiques (usage systématique d'internet dans les stratégies parentales de recherche d'information, IA Générative, métavers, etc ..) de nouvelles perspectives de personnalisation et d'adaptation de programme en ligne sont à explorer. Nous proposons donc de présenter l'état de l'art et les perspectives de la guidance en ligne pour les troubles du comportement (Dr Benjamin Landman) et un projet de programme de guidance parentale en ligne, articulé autour de trois axes principaux (Information, Communication, Prévention) pour prévenir la récurrence suicidaire chez les jeunes (Dr Vincent Trebossen).

Mots clés : Troubles du comportement, Crise suicidaire, Guidance parentale, Nouvelles technologies, Empowerment

4- La prise en charge des brûlures dans un service de chirurgie infantile : étude rétrospective et création d'un nouvel outil d'évaluation pluridisciplinaire

Graziella Gilormini

Romain Pierre,

Auxiliaire de puériculture, service de chirurgie orthopédique infantile, Centre hospitalier Robert Ballanger, Aulnay sous Bois (93).

Cecile Domingues

Cadre de santé, service de chirurgie orthopédique infantile, Centre hospitalier Robert Ballanger, Aulnay sous Bois (93).

Docteur Helene Bertrand

Chef de service de chirurgie orthopédique, Centre hospitalier Robert Ballanger, Aulnay sous Bois (93).

Docteur Asuka Desroches

Chirurgienne orthopédiste, Centre hospitalier Robert Ballanger, Aulnay sous Bois (93).

Florence Hecmil

Assistante sociale, service de pédopsychiatrie de liaison, UPPS, Centre hospitalier Robert Ballanger, Aulnay sous Bois (93).

Lauriane Gravouil

Psychomotricienne, service de pédopsychiatrie de liaison, UPPS, Centre hospitalier Robert Ballanger, Aulnay sous Bois (93).

Docteur Catherine Pages

Pédopsychiatre, service de pédopsychiatrie de liaison, UPPS, Centre hospitalier Robert Ballanger, Aulnay sous Bois (93).

Lors du congrès de la SFPADA à Nancy en 2022, nous avons présenté dans un atelier nos premières réflexions pluridisciplinaires concernant la prise en charge des enfants en situation de brûlure dans le service de chirurgie infantile de l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay sous-bois. Il était question de la mise en place d'un partenariat entre ce service et celui de pédopsychiatrie de liaison avec la mise en place d'un accompagnement spécifique dans ces situations de vulnérabilité extrême.

Aujourd'hui, nous aimerions vous présenter une étude rétrospective sur les trois dernières années de ces prises en charge. Cette étude a mené à la construction d'une échelle d'évaluation pluridisciplinaire co-construite avec le service de chirurgie infantile et le service de pédopsychiatrie de liaison.

En effet, l'équipe de chirurgie infantile a pu souligner ses inquiétudes face à l'augmentation des hospitalisations pour brûlure dans leur service. Ces prises en charge requièrent des soins avec de nombreuses contraintes (nombre de visites limitées, impossible de sortir de la chambre, mise sous lampe, pose parfois de contentions...) et posent d'emblée le cadre d'une hospitalisation longue (minimum 3 semaines). Comment être surs de ne pas passer à côté d'une situation de négligence ? Quelles traces cet évènement traumatique laissera chez l'enfant et sa famille ? L'hospitalisation ne risque-t-elle pas parfois de renforcer cette dimension traumatique ? Autant de questions qui animent l'équipe des soignants de chirurgie. Cette échelle d'évaluation concerne tous les enfants hospitalisés pour brûlure de 0 à 15 ans dans le service. Elle permet de repérer les risques psycho-sociaux-éducatifs, de pouvoir adapter les soins et les intervenants en fonction des problématiques. Elle est aussi un support de réflexion pour échanger sur la nécessité de faire appel aux services de protection de l'enfance ou à ceux du Département pour poursuivre l'accompagnement de ces enfants et de leur famille hors les murs de l'hôpital. Nous aimerions pouvoir partager nos premiers retours avec vous.

Mots clés : Pédopsychiatrie de liaison, Vulnérabilité, Brûlure, Chirurgie infantile, pluridisciplinarité

1- Trajectoires de soin pour adolescents et jeunes adultes : la place d'un centre de détection et intervention précoce à la frontière entre PEA et PA

LAROCHE Marie-Alix, Pédiopsychiatre, GHU Paris Psychiatrie et neurosciences

MARCHINI Simone, Pédiopsychiatre, GHU Paris Psychiatrie et neurosciences & Hôpital Universitaire de Bruxelles (Belgique), NEMORIN Harmony, Interne de psychiatrie, Université de Paris, CHARRE Mylene, Psychiatre (PH), GHU Paris Psychiatrie et neurosciences, KREBS Marie-Odile, Psychiatre (PU-PH), GHU Paris Psychiatrie et neurosciences

Introduction : Les centres de détection et intervention précoce prennent en charge les troubles psychiatriques émergents chez les adolescents et les jeunes adultes. Cette population est concernée par la transition entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) et psychiatrie adulte (PA), représentant un potentiel risque de rupture dans le parcours de soins. En décrivant les trajectoires de soin de la population du C'JAAD (Centre d'évaluation du Jeune Adulte et de l'Adolescent – GHU Paris), nous cherchons à explorer comment un centre de détection précoce permet la continuité des soins.

Méthodes : Une récolte de données rétrospective a été effectuée au sein des nouveaux patients référés au C'JAAD dans l'année 2021. Les dossiers médicaux informatisés des patients ayant fourni préalablement leur consentement ont été consultés. Les données ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives.

Résultats : L'échantillon (n=194) était composé de 57,2% d'hommes, avec un âge médian de 20 ans (17,5-22,5). 89 patients (45,9%) avaient un antécédent de suivi en PEA, avec un âge médian de début de suivi en PEA de 15 ans (11,75-16). Les soins étaient toujours en cours pour 20,2% (n=18) d'entre eux et 19,1% (n=17) n'avaient plus de suivi actif, avec un âge médian de fin de suivi de 17 ans.

Conclusion : Presque la moitié des nouveaux patients en 2021 avaient un antécédent de suivi en PEA et 1 sur 5 d'entre eux n'avait plus de suivi actif. Ainsi, le CJAAD a contribué positivement dans la continuité des soins à la transition entre PEA et PA.

Mots clés : Transition PEA-PA, Détection et intervention précoce, Continuité des soins, Trajectoires, Adolescents et jeunes adultes

2- Limites d'accès aux soins chez les MNA et développement de l'équipe mobile MEOPSY

Leconte Guillaume, Pédiopsychiatre, CHU de Lille

Les mineurs non accompagnés (MNA), de part l'absence de supports sécurisants par leurs parents ou d'autres caregivers, leurs multiples ruptures dans leur

parcours migratoire et éducatif, et leur exposition a de multiples facteurs d'adversité et d'évènements potentiellement traumatiques, présentent de nombreuses vulnérabilités, augmentant le risque de développer des troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge adaptée.

Les éléments de littérature et des recherches par notre équipe mettent en avant de nombreux facteurs limitant l'accès aux soins psychiatriques des MNA. Nous pouvons citer parmi ces facteurs les nombreuses ruptures et mouvements dans leur parcours éducatif ; un manque de confiance en l'adulte et les institutions ; des limites du système de soin psychiatrique conventionnel ; un manque de spécificité transculturelle et adolescente dans les soins proposés, un manque d'aller vers.

Afin de lutter contre ces limites, nous avons mis en place dans le département du Nord une équipe mobile pour MNA d'évaluation et d'orientation psychiatrique.

C'est un dispositif groupal composé de psychiatres, d'une infirmière et d'un.e interprète en distantiel ou présentiel, inspiré de la consultation NATMIE de la Maison de Solenn. Il y a ainsi durant la consultation la présence de l'éducateur.trice référent.e du.de la MNA, et/ou de sa.son psychologue, dans leur dimension de caregiver auprès des jeunes. L'objectif est de favoriser l'accès aux soins en apportant une valence adolescente et transculturelle, en proposant une prise en charge sur une modalité d'aller vers, les accompagnant dans leur mobilité, et avec un portage si besoin vers les soins conventionnels.

Mots clés : MNA, Equipe mobile, Accès aux soins, Adolescent, Transculturel

3- Modèle à trois niveaux de contenance des adolescents avec un trouble borderline : une approche thérapeutique holistique

ROBIN Marion, Pédopsychiatre, Institut Mutualiste Montsouris

BELLONE Laura, Pédopsychiatre, Institut Mutualiste Montsouris, BELBEZE Jean, Pédopsychiatre, Institut Mutualiste Montsouris, CORCOS Maurice, Pédopsychiatre, Institut Mutualiste Montsouris

Les troubles de la personnalité borderline représentent jusqu'à 50 % des hospitalisations d'adolescents en psychiatrie. La gravité et la complexité psychopathologique de ces symptômes indiquent la nécessité de modèles de compréhension inclusifs. Adopter une approche holistique permet de prendre en compte non seulement l'environnement du patient, mais également sa position au sein de cet environnement et son histoire de vie. Dans cette communication, un modèle écosystémique basé sur le concept de contenance thérapeutique à trois niveaux est présenté. La contenance globale fait référence à l'état d'esprit et à l'organisation de l'institution qui dispense des soins, qui fait elle-même partie de la société à un moment précis. La contenance locale se concentre sur la compréhension et les interventions thérapeutiques dans l'environnement social immédiat de l'individu. Enfin, la contenance individuelle englobe le développement de l'autonomie du patient adolescent au cours des soins. Ces trois niveaux sont intégrés dans la prise en charge des troubles de la personnalité borderline, formant une approche trans-théorique.

Mots clés : Adolescents, Trouble de personnalité borderline, Ecosystémique, Contenance thérapeutique, Holistique

4- Hyperactivité physique et trouble du comportement alimentaire : une étude pilote actigraphique

CLENQUET Arthur, Docteur Junior, CHU Amiens Picardie

LAHAYE Hélène, Praticien Hospitalier, CHU Amiens Picardie, TUAL Caroline, Docteur Junior, EPSM de la Somme, Amiens, GARNY DE LA RIVIERE Sébastien, Praticien Hospitalier, CHU Amiens Picardie, BENAROUS XAVIER, MCU-Praticien Hospitalier, Hôpital Armand Trousseau, APHP, Paris

Introduction : Si certains travaux ont montré que l'augmentation de l'activité physique diurne (AP) constituait un facteur de gravité clinique dans l'anorexie mentale (AM), l'évaluation de l'AP sur la base de données auto-rapportées est sujet à caution. L'objectif de cette étude était d'utiliser l'actigraphie pour établir le profil d'activité d'adolescent avec AM et d'évaluer les liens entre AP, la sévérité clinique de l'AM et l'existence de comorbidités psychiatriques.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle, retrospective, monocentrique. Le profil d'activité a été mesuré avec une montre-actigraphe (Actiwatch®) durant 7 jours et un auto-questionnaire l'Exercice Dependence Scale Revised (EDS-R). Les autres informations collectées étaient la sévérité des symptômes d'AM via l'Eating Disorder Inventory (EDI), des symptômes anxieux et dépressifs associés (State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y), Echelle Comportementale d'Anxiété et de Phobie (ECAP) et la Child Depression Inventory

(CDI) et de la dénutrition (Indice de Masse Corporelle (IMC), présence d'une renutrition entérale).

Résultats : Les données de 17 adolescentes ont été inclus. La moyenne d'âge était de 15,2 ans (+/- 1,3). L'IMC (en DS) moyen était de -3,12 (+/- 0,82). Nous avons observé des corrélations statistiquement significatives entre l'AP et la durée d'hospitalisation, entre l'EDI et l'AP déclarée d'une part, et l'EDI et les symptômes anxieux et dépressifs associés d'autre part et entre la CDI et l'IMC.

Conclusion : Notre travail est la première étude à établir un profil d'activité objectif via les données actigraphiques chez des adolescentes hospitalisées pour AM sévère. Nos résultats suggèrent un profil d'activité spécifique de l'AM. L'actigraphie pourrait constituer par ailleurs un outil psycho-éducatif auprès de cette population.

Mots clés : Anorexie mentale, Activité physique, Actigraphie, Rythme circadien, Adolescents

1- Résultats Préliminaires de l'Etude REVEAL

-

**Sous Ensemble Professionnels et Soignants en Pédopsychiatrie
Face aux Révélations de Violences Sexuelles sur Mineurs**

ZUBLENA Thibault, Interne de psychiatrie option PEA, CHU de Rouen

SIBEONI Jordan, Praticien hospitalier, Centre Hospitalier d'Argenteuil, MANOLIOS Emilie, Psychologue clinicienne, Centre hospitalier d'Argenteuil

INTRODUCTION : L'OMS estime qu'une femme sur cinq et un homme sur treize ont été victimes de violences sexuelles dans l'enfance. De nombreux enfants ne révèlent ces violences que des années plus tard, mais souffrent entre-temps de troubles psychiatriques et/ou somatiques, les amenant à bénéficier de soins pédopsychiatriques. Une opportunité pour eux de révéler. Pourtant, chez ces mineurs, le taux de révélation est estimé entre 16 et 25 %. A notre connaissance, aucune étude n'a exploré ces enjeux spécifiquement chez les professionnels de la pédopsychiatrie.

OBJECTIF : Explorer l'expérience vécue de ces professionnels autour de la révélation de violences sexuelles par un patient mineur.

METHODE : étude qualitative multicentrique selon l'approche IPSE, à partir d'entretiens semis-structurés individuels. Poursuite actuelle des inclusions (17 professionnels pour le moment) jusqu'à saturation des données.

RESULTATS : Les résultats préliminaires de l'analyse se structurent autour de 3 axes d'expériences : la Solitude, l'incertitude et le fait d'être éprouvé ; se retrouvant dans 3 différents temps : la révélation du jeune, la restitution à la famille et les échanges intra et inter-institutionnels.

DISCUSSION : Ces résultats suggèrent un manque de formation de ces professionnels et alerte sur les conséquences de la pratique de leur activité sur eux-mêmes (traumatismes secondaires et vicariants). Un accompagnement des soignants au sein même de leur lieu d'exercice apparaît nécessaire, de même qu'un maillage inter et intra-institutionnel afin de s'appuyer sur des lieux de recours. Les résultats définitifs seront triangulés avec une exploration similaire du vécu des patients et de leurs parents.

Mots clés : Violences sexuelles sur mineurs, Psychotraumatisme vicariant, Psychotraumatisme secondaire, Adversité au travail, Soignant

2-

Trajectoires d'adolescents auteurs de violences sexuelles – repérage des vulnérabilités et violences familiales

Bonneton Sandrine, Pédopsychiatre, EPS Ville Evrard, Neuilly sur Marne

Thomazeau Barbara, Pédopsychiatre, Centre Hospitalier Thuir, Thuir

Selon les dernières données ministérielles (2020), près de la moitié des mis en cause dans les affaires de viols et agressions sexuelles sur mineur sont des mineurs. En 2017, un état des lieux réalisé par la FFCRIAVS établissait que 75% des demandes faites par des professionnels auprès des CRIAVS sur le territoire national implique un mineur au moment des faits. Nombreux, parmi eux, ont déjà fréquenté des centres de soin par le passé. Le plus souvent, des troubles du comportement, des apprentissages, de l'attachement, un TDAH ont été évoqués. Ces diagnostics peuvent faire écran à une dynamique familiale profondément perturbée, et ce, d'autant plus que les professionnels sollicités ponctuellement ne peuvent établir une continuité thérapeutique. Dans ces configurations, les vulnérabilités familiales, violences intra-familiales ne sont pas ou peu abordées. A l'occasion de cette communication, nous reprendrons les trajectoires de plusieurs adolescents pour lesquels les CRIAVS Ile-de-France pôle Est (77,93 et 95) et Languedoc-Roussillon Perpignan (11 et 66) ont été sollicités durant les années 2023-24. Certains sont suivis sur nos structures. D'autres sont suivis sur des CMP ou en libéral. Cette communication sera l'occasion d'aborder les caractéristiques cliniques et trajectoires de soin de cette population d'adolescents qui a des taux de victimation plus élevés que la population générale mais aussi que la population d'adolescents délinquants non sexuels. A partir de ce constat, nous présenterons les facteurs de risques familiaux et discuterons des enjeux de repérage des violences faites aux enfants dont les violences sexuelles lors des premières rencontres cliniques.

Mots clés : Adolescents, Violences, Sexuelles, Familles, Repérage

3- « Si on te questionne tu diras que cette femme est ta mère. »

Palazzi Stéphanie, Praticien hospitalier service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent , 5° intersecteur du Val de Marne . Responsable de l'Unité de clinique transculturelle

Balma Alexandre, Psychologue service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 5° intersecteur du Val de Marne . Unité de clinique transculturelle, Di Chiara Mercedes, Psychologue service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 5° intersecteur du Val de Marne . Unité de clinique transculturelle, Pelan Laura, Psychologue service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 5° intersecteur du Val de Marne . Unité de clinique transculturelle, Baleyte Jean Marc, Chef du service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 5° intersecteur du Val de Marne . Unité de clinique transculturelle

Nous présenterons la situation d'enfants et d'adolescents immigrés de première génération venus entre 6 et 12 ans au domicile de quelqu'un de la famille sous une fausse identité.

Ces enfants ont pour la plupart quitté une mère ou une grand-mère (si leur mère est décédée au pays) pour venir en France rejoindre un membre de la famille. Les motivations de ce départ peuvent être multiples, les liens familiaux différents (père, frère, connaissance tante...) et l'acceptation des supposés parents pas toujours volontaire.

A leur arrivée ces enfants pour cautionner le « regroupement familial » sont sommés de mentir sur leur identité et leur filiation. Notre consultation reçoit beaucoup de ces enfants une fois qu'ils ont été placés après avoir dénoncé le mensonge. Cette révélation faite le plus souvent au moment d'une dénonciation par l'enfant de maltraitance a un effet cataclysmique sur la famille ici et au pays et doit ensuite être portée par l'enfant explicitement traité comme un paria par la famille qu'il a mise en danger tant sur le plan juridique que relationnel. A travers quelques vignettes nous montrerons les effets psychiques d'une telle configuration de migration sur les enfants et le risque majeur du passage adolescent.

1- Reconnaissance de soi et distinction soi/autrui chez les adolescents souffrant d'anorexie mentale : étude pilote utilisant le double miroir ALTER EGO

LAVENNE COLLOT Nathalie, Pédopsychiatre, praticien hospitalier, Maître de Conférences Associé, CHU Brest, Université de Bretagne Occidentale, Brest

Emilie Maubant, Psychiatre, Département de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU Brest, Stéphanie Deroulez, Psychomotricienne, Département de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU Brest, Guillaume Bronsard, Pédopsychiatre, Département de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU Brest, Moritz Wehrmann, Ingénieur, Bauhaus-Universität Weimar, Weimar, Allemagne, Michel Botbol, Pédopsychiatre, Professeur Emérite de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Université de Bretagne Occidentale, Brest, Alain Berthoz, Neurophysiologiste, Professeur Honoraire au Collège de France, Paris

Introduction

Les travaux sur les anomalies de la perception du corps chez les patients atteints d'anorexie mentale se sont principalement concentrés sur l'étude du corps en relation avec l'environnement ou des objets, mais sans référence à la dimension intersubjective pourtant prééminente dans ce trouble. Des données suggèrent que la distinction soi/autrui, c'est-à-dire la capacité de distinguer son propre corps, ses actions et ses représentations mentales de celles des autres, pourrait être altérée dans l'anorexie.

Méthode

Une étude pilote a étudié la reconnaissance de soi et la distinction soi/autrui chez sept adolescents atteints d'anorexie comparés à des témoins sains en utilisant le double miroir « Alter Ego ». Les participants regardaient un miroir dans lequel leur visage se transformait progressivement en celui d'une autre personne physiquement présente de l'autre côté du dispositif (morphing soi-autre) ou vice versa (morphing autre-soi). Ils devaient indiquer si l'image obtenue ressemblait davantage à leur propre visage ou à celui de l'autre. Dans une seconde partie, la distinction soi/autrui était réévaluée au cours de tâches sensorimotrices visant à renforcer la conscience corporelle élaborées à partir des observations des psychomotriciens.

Résultats

Les participants atteints d'anorexie se reconnaissaient plus tôt dans la séquence autre-soi et reconnaissaient l'autre plus tard durant la séquence soi-autre comparativement aux témoins. En outre, installés dans des conditions renforçant leur axe médian corporel, leur seuil de reconnaissance de soi augmentait de manière significative, se rapprochant des témoins.

Conclusions

Ces premières preuves d'altérations de la distinction soi /autrui dans un paradigme expérimental incarné seront discutées dans un cadre intégratif et multidisciplinaire allant de la phénoménologie aux neurosciences.

Mots clés : Anorexie Mentale, Conscience de soi, Distinction soi/autrui, Miroir, Phénoménologie

2- Apports de la psychomotricité à l'évaluation et au traitement du trouble de la personnalité limite à l'adolescence.

PAUMEL CHARLOTTE, Psychomotricienne DE, Titre d'experte en psychomotricité, Doctorante, CHI de Créteil (94000), service de pédopsychiatrie du Pr Baleyte,

Les troubles de la personnalité limite à l'âge adulte sont des troubles graves, qui occasionnent des souffrances significatives pour le sujet, et ont des répercussions fonctionnelles importantes. Si la possibilité de poser ce diagnostic dès l'enfance ou l'adolescence est contestée, il est, quoiqu'il en soit, essentiel de repérer ses émergences dès le plus jeune âge. Les symptômes du trouble de la personnalité limite sont polymorphes et non pathognomoniques en soi. Peuvent être cités la conjonction de diverses manifestations qui tendent à se confondre parfois avec une « crise d'adolescence » : dysrégulation émotionnelle et relationnelle, instabilité de l'image de soi et d'autrui, impulsivité et recours au passage à l'acte, en particulier autodomageable, dépressivité... Diverses thérapies globales, ou ciblées peuvent être mises en place. Il s'agit d'une indication fréquente de psychomotricité, dans les services de psychiatrie de l'adolescent, au regard des problématiques psychocorporelles, et des symptômes centrés sur le corps. Pourtant, il existe peu d'écrit sur l'approche psychomotrice auprès des adolescents états-limite, alors que les troubles de l'image et du vécu du corps sont omniprésents. Cette communication s'attachera à présenter les apports de la psychomotricité, qu'ils soient évaluatifs, contribuant à la démarche diagnostique psychiatrique ; ou préventifs et curatifs, participant à la prise en soin pluridisciplinaire. L'intégration psychocorporelle et ses avatars, sont en effet un axe de lecture complémentaire, parfois négligé ou méconnu. Or, celui-ci peut permettre de repérer des vulnérabilités identitaires, en deçà, ou en amont, de symptômes comportementaux, et de l'entrée plus franche dans la pathologie.

Mots clés : Adolescence, Etats-limite, Thérapie psychomotrice, Image du corps, Corps

3- Les expressions somatiques du malaise adolescent. Un, ou des processus ?

Maude Ludot-Grégoire, Pédopsychiatre à la maison de Solenn, Paris

Lisa Ouss, Pédopsychiatre à l'Hôpital Necker, Paris, Elise Tordjman, Pédopsychiatre à l'Hôpital Necker, Paris, Nicolas Girardon, Pédopsychiatre, chef de service du CMPA de Neufmoutiers-en-Brie, FSEF

Les « Troubles de symptômes somatiques de l'enfant et de l'adolescent » sont la dernière appellation du DSM5 pour décrire les manifestations corporelles de

souffrance psychique, qu'il existe ou non une pathologie organique sous-jacente. Nous proposons deux interventions :

-L'une théorico-clinique présentée par Lisa Ouss et Elise Tordjman, sur ces oscillations diagnostiques qui révèlent la difficulté à comprendre et accompagner ces expressions parfois énigmatiques. Leur intervention déconstruit cette nosologie, pour proposer trois mécanismes (au moins) de production des symptômes chez l'enfant et l'adolescent. Les données cliniques, familiales, éthologiques ; celles issues de l'évaluation de l'attachement ; enfin les données neurobiologiques, qui convergent vers des mécanismes distincts, répondant à l'hétérogénéité de ces symptômes et nous invitant à étudier leurs processus afin de mieux y répondre sur le plan thérapeutique.

-L'autre centrée sur les parcours de soins présentée par Maude Ludot-Grégoire et Nicolas Girardon, respectivement à la maison de Solenn avec des soins qui se pensent en binôme psychiatre/pédiatre médecin d'adolescent (en hospitalisation comme en consultation); et dans la clinique FSEF de Neufmoutiers-en-Brie où les préadolescents et adolescents douloureux chroniques sont hospitalisés en unité de double prise en charge, qui repose sur une collaboration intensive entre pédopsychiatre et médecin de médecine physique et réadaptation ou pédiatre, un accompagnement de la famille dans ce contexte de séparation thérapeutique, et une importance des médiations corporelles.

Mots clés : Expressions somatiques, Adolescence, Trajectoire de soins, Pédopsychiatrie

4- L'enveloppement comme soutien du corps vulnérable.

Etude de cas d'une adolescente au travers de l'analyse d'empreintes laissées sur les tracés des contours du corps.

EL FARHANE Soraya, Psychomotricienne, APHP Pitié-Salpêtrière, Paris

La communication proposée relate la prise en soin par médiation corporelle d'une adolescente, L. 13 ans, hospitalisée pour des gestes auto-agressifs répétés et deux tentatives de suicides avec antécédent de viol. L. présente un processus d'individuation entravé, se montrant en grande difficulté pour dire « je » et « non ». Cette dernière était vulnérable quant à la question de l'intimité du corps et des enjeux de la puberté. L'agression sexuelle se déroule dans un contexte où elle se montre dans l'impossibilité de penser l'atteinte de son intimité et d'exprimer son non consentement. Les attaques du corps à caractère de scarifications sont, en début d'hospitalisation, sa manière de « sentir son corps » de manière claire.

Devant la difficulté de la jeune L. à investir les entretiens médicaux et la psychothérapie classique, nous avons mis en place des séances d'enveloppements où nous l'enveloppons dans des draps secs et sérés. L'équipe est pluridisciplinaire et est composée d'une psychiatre, d'une psychomotricienne, d'une éducatrice, et d'un aide-soignant ou infirmier. La prise en charge s'est déroulée sur douze séances à raison d'une séance par semaine.

La prise en charge consistait à envelopper la jeune L. puis à lui proposer des appuis au niveau de la tête et des pieds par deux thérapeutes pendant toute la durée du soin afin qu'elle puisse ressentir les limites de son corps. Les deux autres

thérapeutes lui proposaient diverses stimulations tactiles et proprioceptives sur les contours de son corps afin de lui faire ressentir différentes modulations toniques et sensorielles.

En fin de séance, nous traçons les contours du corps de la jeune L. en taille réelle sur une grande bâche. Nous la laissons ensuite dessiner la trace de ses ressentis sensori-toniques sur le tracé des contours de son corps. La patiente montrait alors différentes empreintes sur différentes zones de son corps. Au fil des séances, nous avons noté dans les représentations et les verbalisations de la patiente, une variété plus importantes des éprouvés ainsi qu'une modulation des ressentis au cours d'une même séance. Aussi, cette dernière faisait de plus en plus de lien avec différents affects ressentis en séance et arrivait de plus en plus à faire des choix et à expliquer ce qui lui ferait du bien au cours de chaque séance. Laisser une trace lui permettait de mettre du sens sur des ressentis négatifs et d'exprimer plus de choix. Enfin, nous avons observé des associations entre les différentes stimulations réalisées et des images ou des souvenirs. Le travail à travers les enveloppements et les empreintes laissées sur les tracés des contours du corps lui ont permis de reconstruire une enveloppe psychocorporelle qui lui a permis de se penser comme sujet.

Mots clés : Contenance, Attaques corporelles, Corporéité, Enveloppement, Traces du corps

- 1- Les catatonies chroniques débutant dans l'enfance selon l'école Wernicke-Kleist-Leonhard (WKL), un diagnostic différentiel de l'autisme de Kanner

PHILIPPE Anne, Psychiatre, Institut Imagine, Hôpital Necker, Paris

Poursuivant ses travaux dans la lignée de Carl Wernicke (1884-1905) et de Karl Kleist (1879-1960), Karl Leonhard (1904-1988) a écrit en allemand un chapitre sur « la catatonie infantile précoce » en 1986 dans un livre intitulé « Classification des psychoses endogènes », puis traduit en anglais en 1999 (1).

L'école WKL décrit les catatonies de système comme des troubles de la volonté comprenant une vingtaine de formes cliniques évoluant de façon chronique et définies sur le plan sémiologique par la présence constante mais fluctuante d'anomalies qualitatives de la psychomotricité, par exemple des actions motrices involontaires ayant l'allure d'actes intentionnels mais réalisées sans l'influence de la volonté qui affectent la motricité expressive (mimiques faciales, etc.) et réactive (manipulation automatique d'objets, comportement d'utilisation, etc.).

Sur le plan conceptuel, elles seraient dues à un dysfonctionnement de centres psychomoteurs qui permettent de passer « de la pensée à l'action ».

La relecture de l'article de 1943 de Léo Kanner avec ce changement de regard, montre en comparant les observations par Georg Frankl, de Donald Triplett et d'Élaine C. que cette dernière présentait probablement une catatonie infantile (2). Par exemple, les paroles d'Élaine, contrairement à celles de Donald, n'étaient jamais accompagnées de gestes ou d'expression faciale.

L'école WKL souligne l'intérêt de rechercher des anomalies psychomotrices qualitatives pour le diagnostic différentiel des TSA, et invite à tester différentes hypothèses pour interpréter les symptômes. Ainsi, un visage figé ne signifie pas nécessairement de la tristesse, et un échec aux tests psychométriques n'indique pas inévitablement une déficience.

Mots clés : catatonie, autisme, mouvements anormaux, Ecole WKL, volonté

- 2- Comment une structure régionale participe à la montée en compétence des professionnels de santé du territoire en matière de guidance parentale et à la valorisation d'initiatives locales, par le développement d'une offre de formation ouverte à tous professionnels de santé (salariés ou libéraux) tout en accompagnant la mise en place d'ateliers parentalité écologiques à destination de parents d'enfant présentant un TDA/H avec TOP ?

ERARD Marine, Directrice adjointe Fonctions Ressources Normandie Pédiatrie

Les professionnels de santé accueillent dans leurs consultations de plus en plus de familles en demande de soutien, perçues comme « éduquant mal leur enfant », et des enfants en souffrance. Face à ce constat, Normandie Pédiatrie a initié en 2019 un groupe de travail réunissant l'ensemble des acteurs du territoire (les équipes des CRTLA et de pédopsychiatrie des CHU, les ESMS, les libéraux et les associations de parents) afin d'engager une réflexion autour de la mise en place d'un accompagnement dédié. Des premiers ateliers d'entraînement aux Habiletés Parentales type Barkley ont pu être déployés en région. Fort du succès de ces ateliers, l'ARS a soutenu la structure dans le déploiement d'une offre de formation ouverte à l'ensemble des professionnels de santé du territoire impliqués dans ces parcours souhaitant développer ce type de projets. 204 professionnels de santé en ont déjà pu en bénéficier. Un état des lieux récemment réalisé, a pu donner de la visibilité, de la lisibilité aux initiatives développées (en CMPP, par des libéraux, en lien avec des associations de parents...) et a aussi permis l'accompagnement de nouveaux projets, favorisant de nouvelles orientations pour les familles concernées vers une offre de proximité. Cette démarche coconstruite, ouverte à tous, a permis le renforcement du maillage territorial au travers le développement des compétences des professionnels, dans le but de développer un accès à cet accompagnement au plus grand nombre, et visant à améliorer la prise en charge de ces enfants dans une démarche écologique et partagée.

Mots clés : TDA/H –TOP, Guidance parentale, Formation, Vulnérabilité, Offre écologique de proximité

3- "Looking backward to moving forward? How associated neurodevelopmental disorders influence the clinical presentations and therapeutic outcomes of youths with mood disorders?"

Dr Lahaye Hélène, Praticien Hospitalier, CHU Amiens Picardie

LEFEBVRE Chloé, *Étudiante Master 1, UPJV Amiens, Dr BENAROUS XAVIER, MCU-Praticien Hospitalier, Hôpital Armand Trousseau, APHP, Paris*

Alors que les individus avec un trouble du neuro développement (TND) sont plus à risque de développer des troubles de l'humeur, ces comorbidités sont peu repérées et traitées.

Pour mieux identifier les barrières aux traitements dans cette population, nous avons conduit une analyse secondaire d'une étude observationnelle d'une cohorte multicentrique franco-canadienne chez 305 adolescents avec un trouble de l'humeur adressés vers des structures de soins spécialisées (14.38 ans \pm 0.13, 57% fille, 9% trouble bipolaire, 91% trouble dépressif).

Du fait des comorbidités fréquentes entre TND, nous avons construit un score pour le nombre de TND pour chaque sujet. Nous avons examiné la valeur prédictive du score TND sur les variables relatives à la clinique et la thérapeutique.

Des associations significatives étaient retrouvées entre le score TND et (i) la chronicité des symptômes (Trouble Disruptif avec Dysrégulation Emotionnelle /Trouble Dépressif Persistant vs. Episode Dépressif Majeur, irritabilité persistante/crise de colère), (ii) l'association avec des Trouble Oppositionnel avec Provocation et des Troubles de Personnalité Borderline, (iii) l'existence d'un surpoids, (iv) plus d'hospitalisations et d'orientation en ambulatoire, (v) un score à l'EGF plus bas, (vi) une durée d'hospitalisation plus longue, (vii) et un nombre de médicaments plus important à sortie.

Le score TND n'influçait pas l'accès à un traitement antidépresseur ou thymorégulateur, le score à la Clinical Global Impression-Severit (CGI-S) ainsi que les changements du score Children Global Assessment Scale (CGAS) au cours de l'hospitalisation.

Les difficultés pour distinguer un trouble de l'humeur d'éléments de dysrégulation émotionnelle ancienne et de problèmes de comportement souvent au premier plan influent probablement dans les difficultés de prise en charge des troubles de l'humeur chez les jeunes avec TND.

Mots clés : Troubles Neuro Développementaux, Troubles de l'humeur, Adolescents, Dépression

1- Le SIPAD Ado, une équipe mobile de crise pour adolescents, à la rencontre des vulnérabilités

Bregeon Nella, Pédopsychiatre, CH Daumezon, Bouguenais

Dr Le Garec Soizick, Pédopsychiatre, CH Daumezon, Bouguenais

Le SIPAD Ado est une équipe mobile pour adolescents en situation de crise, appuyée sur un intersecteur de pédopsychiatrie de Loire-Atlantique. Nous rencontrons des jeunes vivant un moment de crise suicidaire, une décompensation psychotique, un repli anxieux... Nous sommes interpellés par les services d'urgences ou les médecins généralistes afin d'évaluer la crise et d'apporter des soins rapides et intensifs en ambulatoire. Parfois ce sont les services d'hospitalisations psychiatriques adultes, ou pédiatriques, qui nous sollicitent afin d'accompagner le retour au domicile d'un jeune insuffisamment stabilisé.

L'équipe est pluridisciplinaire et agit au plus proche des jeunes : domicile, établissement scolaire, lieux publics... Elle est composée d'infirmiers, psychologue, assistante sociale et d'un pédopsychiatre, s'appuyant sur un cadre de santé et une secrétaire. Ses interventions se veulent adaptées à chaque situation particulière, incluant le système familial. Depuis son ouverture en novembre 2022, nous avons été conduits à rencontrer des jeunes en situation plus ou moins précaire, mais toujours dans un moment de grande vulnérabilité.

Le travail en réseau est essentiel, intensif à l'ouverture de l'unité puis régulièrement entretenu, afin de garantir le bon repérage de notre dispositif de soins dans le maillage local. Cela nous permet de limiter les « perdus de vue » et les retards de soin.

Nous verrons à travers un cas clinique comment ce travail vient s'effectuer concrètement. Nous échangerons aussi sur la mise au travail de nos propres vulnérabilités dans ce dispositif nouveau, amenant créativité et processus thérapeutique, lors de temps de rencontre avec des ados en grande souffrance.

Mots clés : Équipe mobile, Crise, Adolescents, Réseau, Système familial

2- Disparités régionales dans les prescriptions de lithium et de clozapine chez l'enfant et l'adolescent en France entre 2014 et 2019 : lien avec démographie médicale et mortalité par suicide

BENAROUS Xavier, Pédopsychiatre, Hôpital Pitié-Salpêtrière APHP.Sorbonne Université, Paris

GUEZ Edouard, Interne de psychiatrie, Hôpital Pitié-Salpêtrière APHP.Sorbonne Université, Paris, ROJAS-CHAVES Alejandro, Epidémiologiste, laboratoire iPLeSP, INSERM, CONSOLI, Angèle, Pédopsychiatre, Hôpital Pitié-Salpêtrière APHP.Sorbonne Université, Paris

Pour étudier les effets du lithium et de la clozapine sur le suicide en population pédiatrique, nous avons examiné les fréquences de ces prescriptions chez les moins de 19 ans entre 2014 et 2019 à partir des données de l'Assurance Maladie. Les données selon les régions ont été corrélées aux taux de mortalité des moins de 24 ans d'après les données du CepiDC (mortalité toutes causes confondues, pour troubles mentaux et du comportement, par suicide et lésions auto-infligés). Les autres indicateurs socio-démographiques régionaux collectés étaient : le nombre de psychiatre pour 100.000 habitants, le nombre de pédopsychiatre pour 100.000 habitants, le score FDep15, et le PIB. Entre 2014 et 2019, les prescriptions de lithium chez les moins de 19 ans sont restées stables (40-70 par an, soit 1.4-2,1% de l'ensemble des stabilisateurs d'humeur), alors que les prescriptions de clozapine ont légèrement augmenté (24-46 par an, soit 0.5-0.8% de l'ensemble des antipsychotiques). Les disparités régionales étaient significatives pour les deux prescriptions. Pour les deux traitements on note des associations négatives significatives avec la mortalité par suicides et lésions auto-infligées (lithium $\beta = .006$, 95%CI $-.011, -.0006$, clozapine $\beta = -.0104$, 95%CI $-.018, .003$) mais pas pour les autres cause de mortalité. Les prescriptions de lithium et de clozapine étaient plus importantes dans les régions où les taux de psychiatres étaient plus importants, le PIB plus élevé, et le score FDep15 bas. Ces résultats soutiennent l'importance de faciliter l'accès à ces traitements pour les jeunes qui présentent des troubles psychiatriques résistants.

Mots clés : Lithium, Clozapine, Schizophrénie à début précoce, Maladie rare à expression psychiatrique, Trouble bipolaire

3- Lien entre les troubles du neurodéveloppement et le risque suicidaire chez les enfants.

Lévy-Bencheton Julie, Dr Junior, service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants malades, Paris

Chaste Pauline, Chef de service, service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants malades, Paris, Sansen Mélisande, Praticien hospitalier, service de pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants malades, Paris

Introduction:

Le suicide représente un problème de santé publique majeur chez les enfants et les adolescents. Pourtant, dans cette population, si la littérature semble en faveur d'un lien entre risque suicidaire et trouble du neurodéveloppement, il y a encore peu d'études sur le sujet. La description psychopathologique des enfants ayant fait une tentative de suicide à fort potentiel de létalité, que l'on peut définir comme « grave », semblerait se rapprocher de celle des enfants s'étant suicidés. Cette étude avait pour but de caractériser les aspects dimensionnels du profil neurodéveloppemental d'une population d'enfants et d'adolescents hospitalisés à l'hôpital Necker-Enfants-Malades pour tentative de suicide « grave ».

Méthodes:

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, et monocentrique. Des questionnaires de recueil d'informations générales et des échelles dimensionnelles du neurodéveloppement (l'Autism-Tics, ADHD, and Other Comorbidities Inventory, la Social Responsiveness Scale et la Conners-3 pour les parents) ont été utilisés. Cette étude a inclus 21 patients âgés de 9 à 15 ans au moment de leur hospitalisation.

Résultats:

Les résultats étaient en faveur de la présence d'au moins un trouble du neurodéveloppement (traits autistiques, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble des apprentissages ou trouble moteur) chez 70 % (n = 14) des sujets et d'au moins un trouble du comportement (trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites) chez 65 % (n = 13) de ces sujets.

Conclusion:

La fréquence observée des traits en faveur de troubles neurodéveloppementaux dans notre population était supérieure à celle observée dans la population générale, sans que les symptômes présentés ne puissent faire l'objet d'un diagnostic catégoriel. Prendre en compte les aspects dimensionnels des symptômes du neurodéveloppement permettrait donc de mieux repérer les enfants présentant un risque suicidaire et de les prendre en charge de façon plus adaptée afin de contribuer à la prévention du suicide chez l'enfant.

Mots clés : Troubles du Neurodéveloppement, Tentatives de suicide graves, Comorbidités psychiatriques, Enfants et adolescents, Approche dimensionnelle

1- Attitudes des professionnels français de la santé mentale pour enfants et adolescents vis-à-vis des pratiques fondées sur des preuves.

Geoffray Cassar Marie-Maude, Pédopsychiatre, CH le Vinatier, Lyon 1

Piccolo Paola, Pédopsychiatre, CH le Vinatier, Lyon 1, Jurek Lucie, Pédopsychiatre, CH le Vinatier, Lyon 1, Bonis Gaëlle, Psychologue, CH le Vinatier, Lyon 1, Aarons G. A, UC San Diego School of Medicine, USA

Objectifs : L'étude vise à améliorer la mise en œuvre des pratiques basées sur des preuves (PBP) dans le système de santé. Nous avons cherché à valider la version française de l'Échelle d'Attitudes envers les Pratiques Basées sur les Preuves 36 (EBPAS- 36F), mesurer l'attitude des professionnels en psychiatrie infantile et adolescente en France, et identifier les facteurs influençant ces attitudes.

Méthodes : Dans cette étude transversale observationnelle, les données ont été recueillies via un sondage en ligne auprès de professionnels médicaux, paramédicaux, éducatifs et d'étudiants dans le domaine de la psychiatrie infantile et adolescente en France. L'échelle EBPAS-36, traduite et retraduite pour l'étude, a été utilisée. Les caractéristiques démographiques et les attitudes ont été analysées, des tests de validation de l'EBPAS-36F effectués, et une régression linéaire multiple a exploré les liens entre attitudes et divers facteurs.

Résultats : Sur 400 participants, 211 ont complété tous les items du questionnaire. La validité et la cohérence interne de l'EBPAS-36F étaient satisfaisantes, avec un niveau moyen d'attitude de 2,63 (IC à 95% = 2,57-2,69). L'affiliation à un centre universitaire et l'emploi dans un établissement de soins tertiaires étaient significativement associés à un niveau d'attitude plus élevé.

Mots clés : Pédopsychiatrie, Implémentation, Pratiques basées sur les preuves

2- La thérapie multifamiliale au sein du Centre Intégré des Troubles Alimentaires ...

Quand les familles deviennent thérapeutes des familles.

GUILLET-NICAISSE Marie-Eline, Psychologue, Centre hospitalier intercommunal de Créteil

Jérôme Payen de la Garanderie, Pédopsychiatre, Centre hospitalier intercommunal de Créteil, Valentine Olivier, Psychologue, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, Marine Capaldi, Diététicienne, Centre hospitalier intercommunal de Créteil

A partir d'un retour d'expérience sur notre pratique de la thérapie multifamiliale au sein de l'hôpital de jour CITTA

(Centre Intégré des Troubles Alimentaires), cette communication vise à montrer l'intérêt de l'utilisation de cet outil thérapeutique innovant en pédopsychiatrie auprès d'adolescents présentant un trouble anorexique. Son objectif est de susciter une réflexion conjointe sur l'utilité à considérer la thérapie multifamiliale comme l'organisateur du projet de soin proposé à l'hôpital de jour. Elle se fait le point de convergence des aspects suivants : pluridisciplinarité, transversalité, compétences

des familles, apprentissages collectifs, co-construction, créativité et relations d'appartenance.

En restaurant l'apprentissage organique par imitation et par différenciation grâce à des jeux collectifs avec des pairs, on vise à restaurer indirectement le sentiment d'appartenance intrafamiliale qui précède la nécessaire (re)construction d'une verticalité intégrée dès lors par le système. Pour conclure, lors de cette communication nous exposerons à la fois le dispositif pensé au sein de l'unité, au travers d'une illustration clinique.

Mots clés : Trouble des conduites alimentaires, Transversalité du soin, Pluridisciplinarité, Thérapie multifamiliale, Systèmes d'appartenance

3- Développement d'un programme de thérapie multifamiliale pour la boulimie et l'hyperphagie

ISAAC Clémence, psychologue, pôle 93105, EPS Ville Evrard (Bondy)

SAGUET Valériane, psychologue, pôle 93105, EPS Ville Evrard (Hôpital Jean Verdier (Bondy)), SINET Juliette, infirmière diplômée d'état pôle 93105, EPS Ville Evrard (Bondy)

La Thérapie Multifamiliale (TMF), approche collaborative réunissant plusieurs familles autour d'une problématique commune, est encore peu répandue en France. Cette prise en charge permet un partage d'expérience entre pairs, un soutien social et l'apprentissage mutuel de nouvelles compétences émotionnelles et relationnelles. Cette approche semble particulièrement utile pour les troubles du comportement alimentaire (TCA). Alors que les programmes de TMF se développent pour l'anorexie mentale, c'est moins le cas pour les adolescents souffrant de boulimie et leur famille pour qui les soins sont encore insuffisamment accessibles, développés et spécialisés.

Après avoir présenté la littérature portant sur la TMF pour les TCA, nous décrivons le programme pour les jeunes souffrant de boulimie et d'hyperphagie élaboré au sein du pôle de psychiatrie infanto-juvénile 93105 (EPS Ville-Evrard). Ce programme de 13 séances cible la compréhension de la maladie, la communication parent-enfant et la gestion des émotions.

Nous décrivons les résultats d'une première évaluation qualitative menée à l'issue de la TMF. Les adolescents, les parents et les soignants ayant animé les séances ont participé à des focus group abordant les attentes et le vécu de la thérapie. Une analyse de contenu thématique des groupes révèle un ressenti partagé d'effets thérapeutiques tels que l'amélioration de la compréhension et de la communication dans le système familial. On observe également des similitudes concernant la représentation du cadre thérapeutique et des ateliers. Ces évaluations croisées ont permis aux équipes d'ajuster les séances et de porter une réflexion sur la composition des groupes pour améliorer les futures prises en charge.

Mots clés : approche familiale, boulimie, thérapie multifamiliale, étude qualitative, recherche-action

La promotion de la culture humaniste dans le champ de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Prs G Bronsard, P Duverger, T Baubet, JP Raynaud, P Gerardin

1/ Présentation de la culture humaniste en PEA

Elle impose une approche et une compréhension de l'Homme dans sa globalité, biologique, sociale, culturelle et psychologique et défend certaines valeurs que sont la dignité humaine, la tolérance, la fraternité, l'égalité et la pensée critique.

Elle se situe au plus près de l'enfant, de ses parents et de son entourage, dans une clinique de la rencontre et une culture psychodynamique.

Elle combat l'opposition entre organogénèse et psychogénèse des troubles psychiques et revendique une culture de la complexité. Elle accorde une importance égale et non réductible à l'objectivité et à la subjectivité.

Elle impose un intérêt et une connaissance des données issues des biosciences et de leur application dans le champ du diagnostic et des traitements des pathologies et l'objectif de les rendre accessible à tous, sur le terrain

Elle intègre les connaissances du champ des sciences humaines et sociales (psychologie, philosophie, anthropologie, sociologie, histoire) dans la compréhension des situations et leurs traitements

Elle place la vulnérabilité, non pas comme une donnée à supprimer mais comme interface et véritable organisateur de la relation entre l'enfant et son environnement

Elle soutient une anthropologie de l'altérité plutôt qu'une pratique visant l'idéal normatif

Elle reconnaît la dimension politique de la discipline et l'importance de sa dimension éthique impliquant les précautions nécessaires dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques

Elle pose l'ambition de rechercher et soutenir les qualités et les ressources des individus, et est installée dans une dynamique résolument positive, réaliste et optimiste

2/Ses orientations thérapeutiques

Elle impose de travailler avec et par la relation entre le soignant et le soigné, incluant sa dimension intersubjective. Cette dimension est étendue à la famille et de façon générale aux personnes ressources de l'environnement de l'enfant
Elle promeut les suivis multidisciplinaires de proximité, en respectant la complexité des situations et en favorisant l'inclusion dans l'environnement ordinaire

Elle considère la psychothérapie et l'accompagnement proximal prioritaire

Elle promeut les supports thérapeutiques favorisant la créativité et les ressources des individus, en particulier, les supports artistiques et culturels

Elle intègre les chimiothérapies et toutes formes de traitements techniques visant à apaiser l'état de l'enfant dès que nécessaire

Elle se préoccupe des urgences comportementales et de l'accès à l'hospitalisation temps plein de tout jeune le nécessitant

Elle s'implique dans les champs professionnels du social (ASE, PJJ) et du médico-social (IME, ITEP)

Elle s'oppose au développement de dispositifs de bilans et de centres d'expertises quand ils sont déconnectés des dispositifs de soins

1- Expression somatique de la détresse chez les jeunes migrants : une démarche exploratoire entravée.

Lambert Mathilde, Pédiopsychiatre, Maison de Solenn, Paris

LUDOT Maude, Pédiopsychiatre, Maison de Solenn, Paris, MORO Marie-Rose, Pédiopsychiatre, Maison de Solenn, Paris

Les professionnels de santé sont couramment confrontés à l'expression somatique de la détresse, mais la littérature met en évidence une perte des repères diagnostiques et des retards de prise en charge lorsqu'elle touche les jeunes patients d'origine migrante.

Les résultats d'une étude qualitative menée auprès de professionnels de santé d'Ile-de-France (généralistes, psychiatres, pédiatres, internistes et psychologues) ont permis de dépeindre à la fois une démarche exploratoire entravée par les représentations occidentales ; la singularité et le versant éprouvant de la rencontre du fait d'expressions corporelles déroutantes et de l'absence fréquente de la famille dans les soins ; ainsi que la complexité du parcours thérapeutique.

Cette étude appuie la nécessité de la formation des professionnels aux troubles à symptomatologie somatique, mais également aux préjugés et aux discriminations qui peuvent être mobilisés au fil de ces rencontres.

Un détour par l'histoire du « syndrome méditerranéen », préjugé raciste actuellement très évoqué dans la société, permettra d'en extraire des clés pour améliorer le diagnostic des troubles à symptomatologie somatique en situation migratoire.

2- Trajectoires diagnostiques dans le trouble de conversion de l'enfant et de l'adolescent

LEGRAND-VYSKOC Aurore, Pédiopsychiatre, CCU-AH au CHU de Clermont-Ferrand

Le trouble de conversion (TC) ou Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle (TSNF), est une pathologie caractérisée par la survenue de symptômes physiques non simulés d'allure neurologique en l'absence de pathologie organique sous-jacente. Il est peu fréquent chez l'enfant et l'adolescent et concerne principalement les filles. Ce trouble est mal connu des médecins somaticiens qui auraient tendance à ne pas l'évoquer dès le début du parcours de soins. Nous avons appris que pour poser un diagnostic psychiatrique il fallait dans un premier temps éliminer les pathologies organiques qui pourraient être en cause. Dans le cas du trouble de conversion les explorations somatiques peuvent se prolonger, avec une multiplication des examens complémentaires et le parcours de soins s'en trouve allongé sans que le patient n'entende parler de l'hypothèse psychiatrique. Cela peut avoir

de graves répercussions sur le fonctionnement global du patient et la suite de la prise en charge.

Il est important de requestionner la trajectoire diagnostique du trouble de conversion chez l'adolescent avec tous les acteurs du parcours de soins afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Mots clés : Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle, Trouble de conversion, Hypothèse diagnostique, Diagnostic psychiatrique, Parcours de soin

3- La perspective pédiatrique sur le diagnostic de trouble somatoforme

LOISEL Alexandra, Pédiatre Maison de Adolescents Paris

MORO Marie-Rose, Psychiatre chef de service Maison de Adolescents Paris

La prise en charge des adolescents consultant pour des symptômes chroniques physiques invalidants (douleurs, malaises, déficiences diverses, troubles digestifs etc) sans pathologie organique sous-jacente appelle souvent à un travail conjoint entre pédiatre et professionnels de la santé mentale (psychiatre ou psychologue). Le diagnostic de ces situations n'est pas toujours évident à énoncer ni à expliquer, ni dans la communication entre praticiens ni envers les adolescents ou leurs familles.

Ces situations complexes n'appellent souvent pas à un diagnostic psychiatrique classique. Le terme de « trouble somatoforme » n'est pas toujours parlant ou acceptable pour le patient et la famille et il ne caractérise parfois pas l'ensemble de la situation. Les positions des pédiatres et psychiatres dans ces situations sont souvent amenées à être distinctes pour pouvoir être complémentaires. Les pédiatres ont souvent tout intérêt à construire un positionnement spécifique pour pouvoir caractériser et prendre en charge ces troubles du point de vue somatique.

Nous allons voir à travers quelques exemples : douleur chronique inexpliquée, symptômes somatiques dans le cadre d'une pathologie chronique (mais non expliqués par celle-ci), obésité morbide, comment ce travail pluridisciplinaire s'articule pour caractériser la situation du patient et lui proposer un diagnostic et une prise en charge.

Mots clés : Douleur chronique, Trouble somatoforme, Diagnostic, Pluridisciplinarité, Adolescents

4- Complexité diagnostique des troubles de stress post-traumatiques chez les mineurs non accompagnés

SIBUT Romain, Pédiopsychiatre, CCU-AH, CHU Clermont-Ferrand

LACHAL Jonathan, Pédiopsychiatre, PU-PH, CHU Clermont-Ferrand

Les migrants mineurs non accompagnés (MNA) – qui arrivent en Europe sans le ou les adultes qui en ont la responsabilité – sont le groupe de migrants le plus vulnérable. Ils accumulent le plus souvent le triple fardeau des épreuves traumatiques pré migratoires, per migratoires et post migratoires. Leur prise en charge impose souvent de composer avec des éléments post-traumatiques complexes et une expression symptomatique imprégnée d'éléments culturels. Le Trouble de Stress Post Traumatique complexe (TPSTc) survient généralement en réponse à des expositions prolongées ou répétées à une série d'événements traumatisants.

La reconnaissance de la dimension culturelle de toute interaction, donc de la relation ne semble encore aujourd'hui pas toujours suffisamment prise en compte, alors même qu'elle impacte profondément le lien, la lecture de la maladie, et l'expression de la souffrance.

Le parcours de Moussa vient interroger l'émergence de la psychose, dans un contexte scientifique en pleine ébullition actuellement. Le surdiagnostic de psychose dans les populations migrantes est bien documenté, et partiellement expliqué par le concept de misdiagnosis développé dans les années 1970. Au contraire, les études plus récentes autour de la psychose émergente et de l'Ultra Haut Risque (UHR) de Transition Psychotique montrent même des chiffres inférieurs aux populations autochtones, bien que chaque contexte soit spécifique et que toute comparaison doive se faire avec prudence.

Nous proposons ici de discuter la démarche diagnostique chez Moussa, un jeune MNA reçu en urgence devant des symptômes d'allure psychotique dans un contexte de migration traumatique.

Mots clés : Ultra Haut Risque, Mineurs Non Accompagnés, Trauma Complexe, Misdiagnosis, Transculturel

1-

BEAUQUIER Bérengère

B. Beauquier abordera les effets des traumatismes parentaux dans la construction des interactions précoces et la manière dont la thérapie de guidance interactive les conforte dans leur engagement interactif.

2-

SARAZIN Florence

La psychopathologie des conjoints et en particulier la dépression paternelle sera présentée par S. Viaux et Fl. Sarrazin. Une situation clinique viendra illustrer des données théoriques.

3-

OUSS Lisa

L Ouss se focalisera, quant à elle sur les trajectoires développementales des bébés « à risque » en particulier en questionnant les enjeux du dépistage précoces et l'intérêt de l'étude des mouvements généraux.

Mots clés : Périnatalité, Traumatisme périnatal, Dépression périnatale paternelle, Troubles précoces du neurodéveloppement, Soins conjoints

Au-delà des vulnérabilités, de l'adversité et des traumatismes complexes : comprendre les trajectoires de vie proximales et les défis des adolescents suicidants

1-

NOTREDAME Charles-Édouard, Pédiopsychiatre, MCU-PH
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
CHU de Lille, Psyhub

Charles-Edouard NOTREDAME présentera l'étude TAPAS qui étudie les trajectoires d'adversité dans l'année précédant un geste suicidaire chez des jeunes de 15 à 24 ans. Les résultats préliminaires montrent des niveaux de fardeau d'adversité ascendants entre le 12ème et le 6ème mois avant la tentative de suicide (TS) des adolescents, puis une stabilisation jusqu'au passage à l'acte. En parallèle on observe une augmentation continue de l'intensité des idées suicidaires et de la douleur psychologique sur l'année et le mois précédent le geste.

2-

SPODENKIEWICZ Michel, MD, PhD
Postgraduate Medicine Fellow in Child and Adolescent Psychiatry
Child and Adolescent Depressive Disorders Outpatient Clinic
Douglas Mental Health University Institute - McGill University Pavillon Frank B. Common - 6875,
boul. LaSalle - Montréal (Québec) H4H 1R3
CESP Inserm U1018 et le CIC-EC 1410 CHU & Université de La Réunion.

Michel SPODENKIEWICZ présentera des analyses qualitatives décrivant les expériences vécues par 20 jeunes au cours de l'année précédant leur première TS (TAPAS-Quali). L'analyse des verbatims retrouve trois axes d'expériences : les expériences relationnelles marquées par l'isolement, les expériences émotionnelles avec cognitions dépressives, et l'expérience de la souffrance liée à l'intentionnalité suicidaire

3-

Julie ROLLING, Pédiopsychiatre, MCU-PH
Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Centre Psychotrauma Grand Est
CNRS UPR 3212, Equipe 9
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
1 place de l'hôpital, BP 46
67091 Strasbourg Cedex

Julie ROLLING présentera les modifications physiopathologiques telles que les modifications neurobiologiques du système de régulation du stress, et les conséquences sur la perception de soi et des autres, observées chez les jeunes avec trauma complexe et contribuant à les rendre plus vulnérables au

suicide. Elle présentera les interventions et les soins ciblés actuellement préconisés pour ces adolescents.

Mots clés : Adolescents suicidants, Trajectoire proximale, Évènements de vie adverses, Trauma complexe, Interventions thérapeutiques ciblées

Jean Marc BALEYTE et Laurence CAEYMAEX

Historiquement, l'UFR de médecine de l'Université Paris Est Créteil accorde une place importante à l'enseignement des sciences humaines et de l'éthique, notamment à la relation soignant-soigné, auquel participent les enseignants de pédopsychiatrie.

Parmi les valeurs du soin et de la santé, la reconnaissance des vulnérabilités, celles du patient comme du soignant, bouleverse l'organisation des soins. L'enseignement de la médecine se doit de faire sa place à cet apprentissage de la reconnaissance de la vulnérabilité parmi les questionnements éthiques que rencontrent les soignants et les étudiants.

Parmi les médiations proposées, nous proposons à Créteil aux étudiants une UE « éthique et cinéma », à l'initiative et sous la direction de Laurence Caeymaex, professeure de réanimation néonatale.

Ainsi, en partenariat avec des professionnels de la FEMIS, école de cinéma, les étudiants réalisent un court-métrage de 5 minutes : ils choisissent pour thématique une question éthique rencontrée ou imaginée, dans leur parcours d'étudiants en santé ; celle-ci donne lieu à une narration cinématographique, avec l'aide de théoriciens du cinéma, scénaristes, comédiens, chef-opérateurs, monteurs et assistant de production.

L'étudiant, en réalisant son film, éprouve les richesses de la narration cinématographique au service de la réflexion éthique. Certains soignants ou enseignants l'ont également expérimenté.

Le partage des films en groupe, entre les étudiants, les enseignants et les professionnels du cinéma, avec le public, propose de porter un regard différent sur les espaces et relations de soin. La verbalisation des intentions de l'étudiant qui l'accompagne participe à une réflexion collective. Ceci permet une éducation à l'éthique et à la construction d'une éthique institutionnelle par la narration cinématographique. .

Nous proposons dans cet atelier la projection de quelques films réalisés dans l'UE « éthique et cinéma » sur le thème des « vulnérabilités » et leur discussion par les participants.

ATELIER n°15

Les recherches actions dans la prévention des violences en protection de l'enfance, retour sur les enjeux et perspectives pour nos pratiques de soins et d'accompagnement des enfants et des familles en France, au Québec et au Brésil

1- Les professionnels de santé face à la vulnérabilité de l'enfant et de sa famille.

Katia Tarouquella

Face à des situations cliniques de plus en plus complexes mettant en jeu des violences intrafamiliales et des traumatismes relationnels précoces, nous sommes confrontés à des insécurités dans les pratiques professionnelles des soignants et éducateurs, provoquant mal être en retour et mettant en péril les accueils et suivis des familles les plus vulnérables. Dans cet atelier, nous discuterons du choix de recherches /actions et formations que nous avons pu mener en France (sécurisation des parcours des enfants dans le placement et pratiques d'accompagnement basées sur l'approche de la mentalisation), au Québec (Ibid) et au Brésil (formations des soignants en périnatalité pour lutter contre les pratiques stigmatisantes et les violences faites aux femmes). Autrement dit, les problématiques de ces recherches /action et formation s'articulent autour de deux registres complémentaires : 1) comment mieux sécuriser les parcours des sujets accueillis dans les accompagnements et prises en charge ; 2) quelle compréhension donner aux processus en jeu dans les familles afin que les acteurs professionnels retrouvent du sens à penser des pratiques de soin plus en adéquation aux besoins des sujets accueillis. Nous souhaitons dans cet atelier dégager avec vous les enjeux communs à nos recherches de façon à pouvoir en appréhender les perspectives.

2- L'intérêt des recherches-actions pour l'amélioration des pratiques et conditions d'accompagnement des enfants vulnérables

Ludovic Jamet

3- Les processus en jeu dans les liens avec l'environnement (famille, groupes): conséquences sur les pratiques de soins et/ou d'accompagnement.

Didier Drieu

Mots clés : parcours, insécurité, violences, mentalisation, Pratiques professionnelles

1- Validation d'une échelle d'évaluation des qualités d'interactions précoces parent-enfant : la PIM

Dufait Emmanuelle, Psychologue clinicienne Doctorante, CPN (Centre psychothérapeutique de Nancy)

BUCHHEIT Sophie, Psychologue PhD, CPN, Nancy, LIGIER Fabienne, PU PH, CPN, Nancy, KABUTH Bernard, PH PH, CPN, Nancy

Comment mieux évaluer et soutenir les interactions précoces pour prévenir les troubles du développement ?

La recherche PERL (Petite Enfance, Recherche Action en Lorraine) s'intéresse au suivi de familles, à leur domicile, durant les quatre premières années de vie de l'enfant. Elle s'appuie sur l'idée que la prévention en périnatalité est essentielle pour prévenir les troubles du développement et favoriser les compétences parentales.

Dans ce contexte, l'évaluation de la qualité des interactions précoces entre l'enfant et son parent est apparue comme un élément crucial. L'échelle PIM (Parent-Infant early Interactions Measure) a été construite, par l'équipe de Nancy pour répondre à ce besoin, en palliant les limites des outils existants retrouvés dans la littérature :

- Formations longues et coûteuses
- Absence de traduction et de validation en français
- Qualification des professionnels de santé
- Focus sur l'un des deux partenaires plutôt que sur la dyade

L'échelle prend en compte des critères comme l'attachement, la sensibilité maternelle et les interactions précoces.

Dans le cadre du travail de thèse du premier auteur, nous travaillons sur la validation de cette échelle avec comme base de données (PERL) les 123 vidéos de dyades mère-enfant filmées en situation d'interactions (situation de jeux) d'enfants âgés de 4 et 24 mois.

L'échelle PIM pourrait devenir un outil pragmatique pour les professionnels de la périnatalité, en leur offrant un moyen d'évaluer les interactions précoces et d'intervenir de manière préventive (accompagnement, orientation vers des structures spécialisées pour une approche thérapeutique des interactions précoces, etc.).

Cette contribution s'inscrit dans la continuité de la recherche PERL et vise à renforcer les connaissances et les interventions dans le domaine de la périnatalité.

2- Comment améliorer les soins de santé mentale périnatale ? Présentation des résultats de la recherche participative LENA

DUBREUCQ Marine, GCSMS REHACOOR 42, Saint Etienne
INSERM U1290, Research on Healthcare Performance (RESHAPE), Université Lyon 1

*THIOLLIER Mathilde, GCSMS REHACOOR 42, Saint Etienne
INSERM U1290, Research on Healthcare Performance (RESHAPE), Université Lyon 1, TEBEKA Sarah, Université de Paris, INSERM UMR1266, Institut of Psychiatrie et Neurosciences
AP-HP, Hôpital Louis Mourier, Colombes, FOURNERET Pierre, Hôpital Femme Mère Enfant (HFME), Hospices Civiles de Lyon
Institut des sciences cognitives Marc Jeannerod, UMR 5229, CNRS & Université Claude Bernard Lyon 1
, LEBOYER Marion, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor
Fondation FondaMental
Université Paris Est Créteil, INSERM U955, IMRB, Translational NeuroPsychiatry, Créteil
, VIAUX-SAVELON Sylvie, Hôpital de la Croix-Rousse, Hospices Civils de Lyon
Institut des sciences cognitives Marc Jeannerod, UMR 5229, CNRS & Université Claude Bernard Lyon 1
, MASSOUBRE Catherine, CHU de Saint Etienne
EA 7423, Troubles du Comportement Alimentaire, DUPONT Corinne, Réseau périnatal AURORE, Hôpital de la Croix-Rousse, Hospices Civils de Lyon
INSERM U1290, Research on Healthcare Performance (RESHAPE), Université Lyon 1, DUBREUCQ Julien, CHU de Saint Etienne
Institut des sciences cognitives Marc Jeannerod, UMR 5229, CNRS & Université Claude Bernard Lyon 1*

Comme rappelé dans le rapport de la commission des 1000 premiers jours, améliorer la santé mentale périnatale est un enjeu sociétal majeur. Cependant, les troubles psychiques périnataux restent encore trop souvent non repérés, non diagnostiqués et non traités, avec les conséquences négatives que l'on connaît sur la triade parents-enfants. Cette communication aura pour objectif de présenter les résultats de la recherche participative LENA "Comment améliorer les soins de santé mentale périnatale ? »

Cette recherche se base sur une étude qualitative participative (n=84 participants dont 24 personnes avec expérience vécue ; co-chercheuse avec expérience vécue ; analyse thématique selon la méthode de Braun & Clarke, 2006 avec une triple triangulation des données). Un des principaux résultats de cette étude est qu'il existe des différences dans les priorités identifiées par les personnes avec expérience vécue et les professionnels de périnatalité et de santé mentale concernant les soins de santé mentale périnataux et les besoins de formation.

Cette étude a permis la co-construction de plusieurs outils numériques sur la santé mentale périnatale : un site web pour les parents, leurs proches, les employeurs et les professionnels de périnatalité et de psychiatrie et une application mobile pour la prévention et le traitement des problèmes de santé mentale périnataux. Un programme de formation a également été coconstruit sur la base de cette recherche et d'une revue systématique de littérature sur les besoins de formation des sages-femmes et l'efficacité des programmes de formation existants.

Mots clés : Santé mentale périnatale, Recherche participative, Rétablissement personnel, Désigmatisation, Amélioration du système de soins

3- Caractéristiques des mères et des nouveau-nés dans une Unité d'hospitalisation temps plein mère-bébé : impacts neurodéveloppementaux précoces

VITTE Lisa, Pédiopsychiatre, Hôpital Jacques-Monod, Groupe Hospitalier du Havre

HAUGUEL Cyriaque, Pédiopsychiatre, Hôpital Jacques-Monod, Groupe Hospitalier du Havre, HENRY Anaïs, Pédiopsychiatre, Hôpital Jacques-Monod, Groupe Hospitalier du Havre, HENRI Bruel, Pédiatre, Chef de service Néonatalogie – Unité Kangourou – Groupe hospitalier du Havre, DEVOUCHE Emmanuel, MCU – Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé, Université Paris Cité, APTER Gisèle, PU-PH – Groupe hospitalier du Havre, Faculté de médecine de Rouen

Contexte et Objectif : En Normandie, nous avons créé un modèle novateur d'Unité d'hospitalisation temps plein mère-bébé appelé Unité PANDA. L'objectif principal de notre étude est de montrer que les nouveau-nés pris en charge dans cette unité sont dès le post-partum précoce à risque émotionnel et neurodéveloppemental.

Méthode : A partir des données maternelles et néonatales des dyades prises en charge entre mai 2021 et décembre 2023, nous avons analysé les résultats de la naissance (par exemple, l'âge gestationnel, le poids à la naissance, le sexe). Toutes les données ont été comparées à l'enquête nationale périnatale française publiée en 2021 [6].

Résultats : Parmi les 79 dyades prises en charge, près d'un quart des mères avaient moins de 20 ans ($p < 0,0001$). Plus d'un tiers avaient des antécédents de services de protection de l'enfance et 8,9 % avaient été confrontés à une menace d'accouchement prématuré nécessitant une hospitalisation prénatale ($p = 0,12$). Bien que la proportion de bébés pris en charge en UHMB nés prématurément semble comparable aux données de l'enquête nationale de 2021 ($p = 0,50$), nous avons constaté un taux beaucoup plus élevé de faible poids à la naissance ($p = 0,004$) et de petite taille pour l'âge gestationnel ($p=0,002$) dans notre population.

Discussion / Conclusion : Notre analyse révèle des disparités significatives dans les caractéristiques des mères et des nourrissons par rapport aux données nationales. Ces résultats illustrent l'intérêt de soins proactifs intégrés psychiatriques, obstétricaux et néonataux.

Mots clés : Unité d'hospitalisation temps plein mère-bébé, Psychiatrie périnatale, Risque neurodéveloppemental, Soins précoces périnataux

1- Pédopsychiatrie en oncopédiatrie. Le soin psychique en préventions

CRAUS Yann, Pédopsychiatre, GHU PPN, Institut Curie, Paris

La maladie oncologique et ses traitements constituent une vulnérabilité singulière pour l'enfant ou l'adolescent et sa famille. Nous souhaitons témoigner d'une pratique pédopsychiatrique spécifique entre activités de liaison et approches institutionnelles au sein d'une équipe pédopsychiatrique au chevet d'enfants et de parents suivis dans un service de soins oncopédiatriques à l'institut Curie (Paris). Trois formes de préventions donnent le cadre de nos soins pour cette population de patients, en proie aux particularités des maladies cancéreuses, et cependant tout à fait générale sur le plan psychopathologique.

La prévention primaire consiste à aller à la rencontre de chaque patient pour une évaluation et un accompagnement qui peut intéresser directement le patient ou passer par l'équipe de soins somatiques. Une prévention secondaire revient à intervenir pour des symptômes ou des troubles manifestes ou installés, selon différents moments : autour de l'annonce diagnostique, pendant les traitements, après les traitements, après la maladie curable. Enfin, la vie après le cancer ainsi que les séquelles physiques ou psychiques peuvent être l'objet de soins psychiques plus tardivement. Les situations palliatives et de fin vie peuvent être également considérées dans le cadre d'une prévention tertiaire auprès du patient et de sa famille.

La temporalité s'avère constamment primordiale à prendre en compte, parce que la temporalité psychique n'est pas celle de la maladie somatique et des traitements, et parce qu'il existe une temporalité particulière des soins oncologiques que le sujet doit trouver à accorder avec sa propre temporalité.

Mots clés : Somato-psychique, Oncopédiatrie, Psycho-oncologie, Prévention ; Intervention précoce, Temporalité

2 Repérage précoce des signes d'alertes dans le développement du bébé:
- réflexions éthiques.

Marjorie RAINA , Psychologue clinicienne, CH Valvert Marseille

Dr Broder Gaëlle, Pédopsychiatre, cheffe de service, CH Valvert, Marseille, Dr Girona Alexia, Pédopsychiatre, CH Valvert, Marseille, Cousture Justine, Psychologue comportementale, CH Valvert, Msl, Boutté Emmanuelle, Psychomotricienne, CH Valvert, Marseille, Escarguel Nathalie, Assistante Sociale, CH Valvert, Marseille, Raquel Cassel, Psychologue clinicienne, CH Valvert, Marseille, Mohammedi Yanis, Psychomotricien, CH Valvert, Marseille, Floch Emma, Psychologue clinicienne, CH Valvert, Marseille, Baldomar Marie, Psychologue du développement, CH Valvert, Msl

A l'heure où l'HAS recommande de sensibiliser et former les acteurs de l'intervention précoce au repérage des troubles du développement, l'Unité de Soutien au Développement du Bébé a réalisé un important travail de collaboration avec les professionnels de la petite enfance. Des actions de sensibilisation au repérage très précoce des signes d'alertes sont dispensées auprès des professionnels des crèches depuis plusieurs années. De plus, dans le cadre d'une recherche action sur les enfants de 4 à 14 mois, l'unité a créé des outils de repérage destinés aux professionnels de crèche. Ce travail de partenariat ainsi que les outils fournis ont permis de détecter des décalages dans le développement psychique ou psychomoteur chez des bébés et de les orienter sur l'unité pour une évaluation clinique. En fonction de cette évaluation, ils ont pu bénéficier de soins au sein de l'unité Bébé. Ces actions ont fait émerger plusieurs questionnements éthiques. Tout d'abord, la notion de repérage précocissime (moins d'un an). Comment poser une indication de soin dans le cadre d'une démarche de prévention, sans diagnostic établi? Quelle peut-être l'influence du repérage précoce sur la trajectoire de l'enfant et les représentations parentales? Les signes d'alertes étant encore discrets et peu invalidants, il n'est pas rare que les parents n'aient pas eu d'inquiétudes préalables. Quel cadre de soin permettrait l'adhésion de parents sans demande initiale? Enfin, comment préserver le partenariat entre le lieu de socialisation chargé du repérage et le lieu de soin lorsque la circulation des informations est soumise au secret professionnel?

Mots clés : éthique, repérage précoce, signes d'alerte, développement du bébé, petite enfance

1- Traitement de l'anxiété sociale : quelle thérapie cognitivo-comportementale en hôpital de jour ?

JOVER Chloé

AVEROUS Priscillia, Psychologue, APHM, hôpital Salvator, Marseille, BAT PITAULT Flora, PUPH, APHM, hôpital Salvator, Marseille

Le trouble d'anxiété sociale touche 5 à 10% (Scaini et al., 2016) des enfants et adolescents et provoque un handicap majeur tant il nuit aux relations sociales et/ou à la scolarité. Afin de traiter le TAS, la prise en charge psychothérapique et plus particulièrement les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont efficaces (pour une méta-analyse, voir Scaini et al., 2016). Classiquement, le travail en TCC implique une relation duelle avec un psychothérapeute qui s'étend sur plusieurs semaines (par ex. Vera, 2014). Néanmoins, d'autres modalités de TCC sont possibles puisque le traitement peut être proposé en groupe (Hoffman et Otto, 2018), ou en s'appuyant sur l'exposition massive (Trybou, 2023). Dans l'hôpital de jour (HDJ) dans lequel nous intervenons, nous avons mis en place ces trois modalités de traitement, ce qui permet d'étayer les parcours de soins des adolescents suivis. Dans cette communication nous nous proposons de développer ces prises charges et leur mise en place dans un HDJ . Nous terminerons par un retour d'expérience.

Mots clés : Trouble anxieux, Adolescent, Exposition, Hospitalisation, Groupe

2

- De l'intérêt du binôme dans une approche de soin transculturelle

Céline CHEVILLARD, Pédiopsychiatre GHH Le Havre

Delphine CLERGUE, IDE GHH Le Havre, Sarah VOLLE, assistante sociale GHH Le Havre, Samuel LE MEVEL, IDE GHH Le Havre

La consultation transculturelle MNA est une unité de consultation de première ligne. Le public accueilli est constitué de Mineurs Non Accompagnés et de jeunes majeurs. Ils se caractérisent par une grande vulnérabilité psychique liée à leur enfance, la rupture culturelle, leur parcours migratoire et à leur grande précarité sociale notamment.

Ces jeunes présentent principalement de l'anxiété, des troubles de l'attachement, et des troubles liés au trauma. La verbalisation des émotions, des affects, liés à leurs histoires de vie est difficile. Pour les accompagner dans cette prise de parole, le recours régulier à des interprètes atténue la barrière de la langue et mobilise davantage leurs affects infantiles.

Dans une approche complémentariste, nous nous efforçons de prendre en compte les aspects culturels et/ou religieux apportés par le patient, pour nous expliquer ses troubles et ses difficultés.

Cela engendre des dynamiques transférentielles et contre transférentielles imposant un cadre de soin spécifique. Raison pour laquelle, le jeune est toujours reçu par un binôme de professionnels composé, selon les cas, d'un pédopsychiatre, d'une assistante sociale et d'un(e) infirmier(e)s. Ce fonctionnement présente un intérêt majeur à la fois pour le patient et pour l'équipe.

Mots clés : MNA, transculturelle, binôme, transfert/contre transfert, trauma

3- Le groupe au service des états limites : transformer les cliques en équipe

JARLAN Pierre

TIEZZI Alice, Psychomotricienne alice.tiezzi@ch-fondationvallee.fr, PARIS / GENTILLY, LE ROUX Julian, IDE julian.teroux@ch-fondationvallee.fr, PARIS /GENTILLY, BRUNO FALISSARD, PUPH Pédopsychiatrie & Santé Publique Paris-Saclay, BOUKHALFA Naima, Médecin Cheffe Pedopsychiatrie naima.boukhalfa@ch-fondationvallee.fr FONDATION Vallee, LEFEBVRE Aline, Pédopsychiatrie & Santé Publique, Paris-Saclay

Au sein du service USIA, nous accueillons des adolescents présentant une symptomatologie d'états limites. Ces jeunes ont tendance à fonctionner en cliques, groupes soudés par des symptômes communs (scarifications, troubles alimentaires...), des loyautés négatives et une forte dépendance mutuelle, entravant leur individuation.

Notre enjeu thérapeutique est de leur permettre d'expérimenter un nouveau mode relationnel : le fonctionnement en équipe, c'est-à-dire un groupe articulé par des règles partagées, où chacun trouve sa place en mettant ses compétences singulières au service du groupe et d'un projet commun, créant ainsi un modèle identificatoire positif.

À travers différents ateliers à médiation (corps et émotions, affirmation de soi, relaxation, écriture, expression de soi) et des prises en charge individuelles et familiales, nous cherchons à faire émerger et à leur faire prendre conscience de leurs ressources individuelles en lien avec leur histoire familiale et personnelle. L'objectif est qu'ils sachent valoriser leurs compétences propres et les mettre au service de l'équipe qu'ils forment avec les autres jeunes, dans une dynamique de coopération à travers des projets communs comme dans les ateliers autogestion, sortie thérapeutique et expression de soi.

En s'appuyant sur les concepts de la psychanalyse, de la thérapie institutionnelle, de la systémie et des neurosciences, nous travaillons à instaurer un cadre groupal visant à faire émerger un sentiment de sécurité interne au sein du groupe.

Notre travail ouvre sur de nombreuses questions cliniques et de recherche, comme l'étude des processus de changement ou l'évaluation du devenir des patients, afin d'affiner la compréhension des leviers thérapeutiques et d'améliorer le pronostic de ces adolescents vulnérables.

Mots clés : Troubles de l'attachement, États limites, Adolescence, Thérapie institutionnelle, Systémie

4- Efficacité d'un groupe d'affirmation de soi sur le sommeil parmi une population adolescente avec refus scolaire anxieux : une étude pilote

GUYON Valentin, Interne PEA, CHU Amiens

LAHAYE Hélène, Pédiopsychiatre, CHU Amiens, HAUVETTE-VERNIER Marie-Pierre, Psychologue, PhD, CHU Amiens, MOREIRO Antonio, Interne de psychiatrie, CHU Amiens Picardie, GARNY de la RIVIERE Sébastien, Pédiopsychiatre, CHU Amiens

INTRODUCTION : Le refus scolaire anxieux (RSA) est une réticence ou un refus d'aller à l'école liée à une détresse émotionnelle. Les répercussions sur la scolarité (absentéisme) et le fonctionnement adolescent en font une problématique pédiopsychiatrique majeure. Le RSA est sous-tendu par des pathologies anxieuses, les plus fréquentes étant l'anxiété sociale et l'anxiété de séparation. Cliniquement, les adolescents souffrant de RSA se plaignent fréquemment de trouble du sommeil. Les liens entre troubles du sommeil et anxiété sont bidirectionnels et ont été mis en évidence dans la littérature. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'effet sur les variables sommeil mesurées en actigraphie d'un groupe d'affirmation de soi (ADS) sur une population adolescente avec RSA. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'efficacité du groupe sur la qualité de vie, l'intensité du RSA, la re-scolarisation à 6 mois et la sévérité des comorbidités anxio-dépressives.

MATERIELS ET METHODES : Pouvaient être inclus les patients avec RSA entre 12 et 17 ans, adressés par un thérapeute référent. Tous les patients ont répondu à des auto et hétéro questionnaires autour des comorbidités psychiatriques (K-SADS-PL), anxio-dépressive (CDI, ECAP, échelle de Liebowitz...), et des caractéristiques du RSA (nombre de demi-journées d'absence par semaine, durée ...). Les adolescents devaient porter une montre actigraphique (Actiwach2) pour une durée de 7 jours et remplir un agenda du sommeil. Le groupe d'ADS était un programme de groupe de Thérapie Cognitive Comportementale animé par deux pédiopsychiatres et une psychologue formée en TCC pour 13 séances hebdomadaires.

RESULTATS : 9 patients avec RSA ont été inclus dans une première session de groupe. Les résultats attendus sont une amélioration des variables sommeil (latence d'endormissement, temps total du sommeil, efficacité du sommeil) actigraphiques, des scores aux échelles anxio-dépressive, de qualité de vie et de l'intensité du RSA.

Mots clés : Refus scolaire anxieux, Anxiété, Sommeil, Actigraphie, Groupe

1- Penser les relations partenariales pour l'accès aux soins des adolescents

Steve MUNICH, Educateur spécialisé, Hôpitaux universitaire de Strasbourg

Anne-Claire WILHELM, Psychologue, Hôpitaux universitaire de Strasbourg

Les relations partenariales représentent un maillage essentiel dans le travail de l'Equipe Mobile Pour Adolescents de pédopsychiatrie bas-rhinoise, qui vise à favoriser l'accès aux soins des adolescents. Notre équipe se déplace vers l'adolescent suite à la sollicitation de partenaires, notamment de la protection de l'enfance. La question de l'articulation de ce travail partenarial aux différents temps de nos interventions soulève un certain nombre de réflexions que nous exposerons à partir de notre expérience clinique, notamment quand nous intervenons sur le même lieu (foyer, domicile). Quelles sont les représentations en jeu du travail de chacun ?

Les liens avec les partenaires s'inscrivent dans une complémentarité entre le soin psychique et le social en préservant des places et des fonctions distinctes.

Mots clés : Partenariat, Adolescence, Mobilité, Représentations, Protection de l'enfance

2- Repérer le risque prostitutionnel et accompagner les mineur(e)s en situation d'exploitation sexuelle

BIENVENU Anna, Doctorante au Laboratoire de Psychologie Clinique, de Psychopathologie et de Psychanalyse, à l'Université d'Aix-Marseille Et Psychologue clinicienne à la Protection Judiciaire de la Jeunesse

BOUTEYRE Evelyne, Professeure de psychopathologie et directrice du Laboratoire de Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychanalyse

Problématique sociale et sanitaire ayant fait l'objet d'une attention récente de la part des politiques publiques françaises, la prostitution des mineurs recouvre différentes formes et réalités. Depuis 2015, ce phénomène s'est intensifié, touchant des enfants de tous les milieux sociaux. Cette diversification doit amener les professionnels à penser ce phénomène au-delà de la logique du « sexe de survie » dans lequel peuvent s'engager les mineurs étrangers par exemple. Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé (2022), chaque année, entre 7 000 et 10 000 enfants seraient victimes de prostitution ; une évaluation approximative et probablement en deçà de la réalité.

Dans le cadre de cette communication orale, nous aborderons les faisceaux d'indices permettant de repérer le risque prostitutionnel. En appui sur la littérature scientifique, nous présenterons également les facteurs de vulnérabilité (socio-démographiques, familiaux et environnementaux, comportementaux et psychologiques, et

traumatogènes) qui infléchissent la trajectoire de ces mineurs et concourent à l'adoption de conduites sexuelles dans un contexte prostitutionnel.

En opérant le choix sémantique de parler d'exploitation sexuelle lorsqu'il s'agit de la prostitution d'enfants et d'adolescents, nous axerons ensuite notre communication sur les accompagnements socio-éducatifs et judiciaires prévus en France pour cette population. Enfin, nous présenterons les propositions thérapeutiques formulées par la littérature scientifique, axées plus spécifiquement sur la prise en compte des traumatismes, des troubles de l'attachement et des conduites à risque.

Mots clés : Prostitution des mineurs, Exploitation sexuelle des mineurs, Vulnérabilités, Repérage, Accompagnement

3- EMI-ECO : Une équipe mobile au cœur du soin des enfants confiés

Guivarch Jokthan, Pédopsychiatre, MCU-PH, Hôpital Salvator APHM, Aix-Marseille Université

Esberard Lara, Psychomotricienne, CHS Valvert, Triaire Frédérique, Psychologue, Hôpital Salvator APHM, Encely Laure, Pédopsychiatre, Hôpital Salvator APHM, Sauve Anouk, Pédopsychiatre, Hôpital Salvator APHM et CHS Valvert, Leblond Laurence, Infirmière, CHS Valvert, Vanoye Violette, Psychologue, Hôpital Salvator APHM, Henry Catherine, AMA, Hôpital Salvator APHM, Romani Julie, Pédopsychiatre, CHS Valvert, Krouch Tiphaine, Pédopsychiatre, CHS Valvert

L'équipe Mobile Intersectorielle pour Enfants Confiés de Marseille (EMI-ECO) déploie des soins pluridisciplinaires - psychothérapie, psychomotricité, remédiation cognitive, rééducation - au bénéfice des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance accueillis en famille d'accueil, en MECS ou maintenus à domicile. Les soins, individuels ou en groupe, utilisent des médias variés notamment des sorties thérapeutiques.

Nous présenterons les modalités d'interventions écosystémiques et partenariales de notre équipe, souvent hors les murs de l'institution hospitalière.

Les soins proactifs tiennent compte des particularités psychopathologiques de ces enfants, porteurs de traumatismes multiples et complexes.

Les vignettes cliniques illustreront ces situations. Nous présenterons des enfants dans leurs parcours de placement fait de ruptures multiples et d'effondrements psychiques nécessitant une grande flexibilité d'intervention, pour créer un lien d'attachement suffisamment sécurisant pour mettre en place des soins signifiants pour l'enfant.

L'exercice auprès d'enfants multi-traumatisés nous confronte aux limites de notre cadre d'intervention et à celui de nos partenaires nécessitant des temps d'échanges et de construction d'un réseau étayant et vivant au service de l'enfant.

Mots clés : Equipe mobile, Soins psychiques, ASE, Traumatisme psychique, Maltraitance

1- Les troubles du psycho-développement à l'ère de la génomique

PHILIPPE Anne, Psychiatre, Institut Imagine, Hôpital Necker, Paris

Avec le plan France Médecine Génomique 2025, tout sujet présentant une déficience intellectuelle quel que soit son degré, un trouble du spectre de l'autisme (avec ou sans déficience intellectuelle), une schizophrénie à début précoce syndromique, ou un trouble « multi-dys », a accès aux plateformes de séquençage du génome via Seqoia pour le nord-ouest, ou Auragen pour le sud-est de la France.

Ces techniques de séquençage de nouvelle génération ont radicalement modifié nos connaissances sur les troubles du psycho-développement. Ainsi, 60% des sujets accueillis dans les IME ont un diagnostic génétique sous la forme d'une multitude de variants rares dans un grand nombre de gènes impliqués dans des processus physiologiques variés.

Dans la foulée, cela ouvre un nouveau champ clinique dédié à la sémiologie différentielle pour identifier les cadres conceptuels psychopathologiques correspondant aux conséquences de ces variants sur le développement cognitif, les émotions, les perceptions, ou la volonté, et apportera des connaissances essentielles à des troubles psychopathologiques plus fréquents.

Parallèlement, les pédopsychiatres seront amenés à comprendre les résultats d'un examen génomique, à rechercher les gènes affectés par une délétion chromosomique via les bases de données pour mieux comprendre le tableau clinique, à s'informer sur la fonction d'un gène (peut guider une prescription si celui-ci est impliqué par exemple dans une transmission synaptique spécifique), et enfin, à apporter des éléments cliniques au bio-informaticien chargé de l'interprétation des variants, en particulier lorsque l'analyse de génome révèle des variants de signification inconnue dans plusieurs gènes, ne lui permettant pas de trancher.

Mots clés : Troubles du psycho-développement, génomique, Maladies rares, Corrélation phénotype-génotype, autisme

2- Aux frontières du Trouble du spectre de l'autisme : retour sur l'ancien diagnostic de Trouble Envahissant du Développement Non-Spécifié

Coutelle Romain, Professeur de Territoire, GHRMSA, Mulhouse

Fritz Marie-Sarah, Interne DES en psychiatrie, Strasbourg

Le trouble du spectre de l'autisme est relativement consensuel dans sa forme typique. Par contre, les marges du spectre et leurs étendues sont bien plus controversées. Ceci constitue un problème majeur en pratique clinique car les formes périphériques d'autisme sont plus fréquentes que celles au cœur du spectre. Dans le DSM-IV-TR, les marges de l'autisme étaient étudiées au sein de la catégorie du Trouble Envahissant du Développement – Non Spécifié (TED-NS). Aussi, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature, selon les recommandations PRISMA, dont le but était d'explorer les caractéristiques du TED-NS en comparaison du Trouble Autistique (TA).

Cette revue a inclus 81 études couvrant 6644 enfants et adolescents avec un TED-NS. Les études transversales et longitudinales comparant les TED-NS au TA montrent que les TED-NS correspondent à des formes plus légères d'autisme avec moins d'impact dans le quotidien et moins de troubles associés à l'exception de la schizophrénie et des troubles de l'humeur.

Notre revue souligne à la fois la pertinence clinique du TED-NS pour appréhender les marges et les limites ce diagnostic (faible fiabilité, instabilité du diagnostic dans le temps et faible acceptabilité). Ces considérations nous amènent à proposer des changements taxonomiques dans le DSM-5 en introduisant une nouvelle catégorie basée sur trois dimensions correspondant au déficit de socialisation, à la labilité émotionnelle et aux symptômes psychotiques. Ceci permettrait la réalisation de nouvelles études destinées à tester les critères pertinents pour cette nouvelle catégorie et à identifier des trajectoires de développement, des interventions et des traitements spécifiques.

Mots clés : Trouble du spectre de l'autisme, Trouble Envahissant du Développement – Non Spécifié, DSM-5, Hétérogénéité de l'autisme, Classifications

3- VULNERABILITE ET REPERAGE DANS L'ENFANCE DES TSA SDI DIAGNOSTIQUES A PARTIR DE L'ADOLESCENCE

DUBOIS Yvon, Pédiopsychiatre Honoraire des Hôpitaux SAMSAH TSA de l'ADMR
13 - ROGNAC (13)

La rencontre dans le cadre du travail en SAMSAH pour adultes TSA Sans Déficience Intellectuelle (appelés jusqu'ici syndrome d'Asperger) a permis de mettre en évidence dans leur histoire :

- Harcèlement à partir du collège
- Dépression dans l'adolescence avec souvent tentative de suicide
- Arrêt de la scolarité devant leurs difficultés de relations sociales qui deviennent majeures à partir du Bac

Ces difficultés sont source de souffrance dépressive persistante, d'absence d'autonomie sociale et d'impossibilité d'entrer dans la vie socio-professionnelle constituant une situation de handicap « invisible ».

Un repérage plus précoce dans l'enfance d'une présomption de spectre de l'autisme est donc important afin de susciter des mesures d'accompagnement préventives.

Les marqueurs, quasiment tous présents dans leur enfance, mais rarement l'objet de mise en évidence symptomatique, sont de 3 ordres :

- Particularités sensorielles
- Intérêts « passionnels »
- Difficultés majeures d'interactions sociales

On relève souvent un autre indicateur indirect : un diagnostic de troubles multidys (une dyspraxie est quasiment constante) ou de TDAH. Le diagnostic de TSA sera beaucoup plus tardif et cette comorbidité s'inscrira dans le concept de trouble complexe du neurodéveloppement.

Nous sommes donc en train de sensibiliser une plateforme de coordination et d'orientation (7 -12 ans) au repérage des particularités du spectre de l'autismes corrélées aux troubles neurocognitifs. Cela permettra de mieux prendre en compte la vulnérabilité de ces enfants et d'améliorer leur trajectoire développementale. Une meilleure compréhension du fonctionnement autistique favorisera la construction psychique du jeune et ses interactions avec son entourage familial social.

Mots clés : TSA SDI, Souffrance dépressive, Handicap invisible, Fréquence des comorbidités avec troubles multidys, Repérage précoce dans l'enfance et étayage de la trajectoire développementale

Vulnérabilités familiales et trajectoires

1- Adolescence, sommeil et les facteurs de précarité : une approche familiale

Elif EYUBOGLU, Psychologue clinicien, ATER Université de Picardie Jules Verne, doctorante, laboratoire CRFDP ROUEN

L'adolescence est une période charnière entre l'enfance et l'âge adulte durant laquelle les rythmes biologiques mais aussi sociaux et familiaux se réorganisent. Parmi ces changements, le décalage de phase des rythmes veille-sommeil chez les adolescents est à risque d'engendrer un manque de sommeil qui entraîne des répercussions sur leur santé physique mais aussi psychique. D'autre part, la précarité sociale est une réalité de plusieurs familles aujourd'hui dans les sociétés néolibérales. Les raisons de précarité sociale sont multiples : un travail précaire, les horaires de travail décalés, la séparation des parents, l'immigration... Les adolescents vivent la plupart du temps dans le domicile familial. L'adolescent, bousculé par les modifications de son corps, aura besoin du sommeil mais il a également besoin des liens qu'il peut retrouver dans la sphère sociale, familiale, scolaire. En mettant en lien ces quatre variables, (famille, adolescence, sommeil, précarités sociales) cette thèse a pour but de questionner les liens se jouant entre mauvaise/bonne qualité de sommeil et précarité sociale ou psychosociale.

Dans cette communication, à partir de deux études de cas familiales, je vais tenter de répondre aux questions suivantes : Quel lien existe entre les indicateurs de la précarité sociale et les indicateurs de la précarité psychique ? Quels sont les éléments d'un niveau socioéconomique qui fait qu'on passe de la précarité sociale à la précarité psychique ?

Mots clés : Sommeil, adolescence, famille, vulnérabilités, précarité sociale et psychique

2- Adolescent incasable, « en quête biographique » et vulnérabilités familiales : les D-CLIC au service des enfants à risque de complexité.

PAVOINE Séverine, Psychiatre de l'Enfant et de l'adolescent, Pôle Ressource D-CLIC Occitanie, Montauban

FLORENCIO Laurence, Chargée de suivi, Résado82, Montauban, GATINOT Mathilde, Psychologue, Parcours Ados 81, Albi, GUILLAUME Céline, Chargée de suivi, Résado82, Montauban

Les Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée ou D-CLIC sont dédiés aux enfants et adolescents en difficultés multiples, anciennement appelés « incasables ». Au nombre de 6 en Occitanie, ils proposent un espace neutre de concertation aux partenaires concernés par l'accompagnement et le soin de ces jeunes aux multiples vulnérabilités. Les professionnels appartiennent aux secteurs du soin, de la protection de l'enfance, du médico-social, de l'Education Nationale, de la Protection judiciaire de la Jeunesse et de l'insertion socio-professionnelle.

A partir de la situation d'une famille d'un adolescent de 16 ans et de deux frères de 10 et 8 ans, les auteurs illustreront comment le cadre et la méthode de travail des D-CLIC soutiennent les professionnels.

Le D-CLIC offre un espace de réflexivité pour aider les partenaires à penser et prendre en compte les traumatismes vécus par les membres de la famille (parcours migratoire, maltraitances), et ainsi sortir de la sidération. Il leur permet de réinvestir les accompagnements de chaque membre de la famille, en construisant un dispositif pluri- partenarial ad-hoc pour l'adolescent, soutenant sa trajectoire singulière.

Enfin, il sensibilise les partenaires aux besoins des cadets de cette fratrie, favorisant ainsi des interventions précoces, dans un objectif de prévention des troubles graves de l'adolescence.

Mots clés : Enfants et adolescents en difficultés multiples, Vulnérabilités, Psychotrauma, Interventions précoces, Concertation pluriprofessionnelle

3- Porter à bras-le-corps

LEVIVIER Ana Paula, Psychologue, CHU-Reims

BOUCHET Marie Laure, Psychomotricienne, CHU-Reims, PATINET DOUCET Julie, Assistante Social, CHU-Reims, NOUVION Magali, Infirmière, CHU-Reims, WAUTHIER Astrid, Pédiopsychiatre, CHU-Reims

Nous parlerons d'un tissage pluridisciplinaire dans le suivi d'une mère isolée, se trouvant dans une situation de très grande vulnérabilité et précarité. Elle était arrivée en pédopsychiatrie en raison de l'état très chaotique de son premier enfant.

Mots clés : Liens, Étranger, Guidance parentale, Visite à domicile, Souffrance

1- Comportements auto-agressifs chez les femmes hospitalisées pour anorexie mentale

HIROT France, - Fondation Santé des Etudiants de France (FSEF). Service hospitalo-universitaire de Santé Mentale de l'Adolescent et du Jeune Adulte (SHU-SMAJA). Paris
 - INSERM 1018, Centre de Recherche en Épidémiologie et Santé des Populations (CESP), Université Paris-Saclay, Villejuif

*Aminata ALI, FSEF SHU-SMAJA, Paris INSERM 1018, CESP, Université Paris-Saclay, Villejuif, Corinne BLANCHET, Maison de Solenn-Maison des Adolescents, Cochin- APHP, Paris
 - INSERM 1178, CESP, Université Paris Cité, Paris, Salomé GRANDCLERC, - Maison de Solenn-Maison des Adolescents, Cochin- APHP, Paris
 - INSERM 1178, CESP, Université Paris Cité, Paris, Ludovic GICQUEL, Service de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent, Hôpital Laborit, Poitiers
 - INSERM CIC 1402, Université de Poitiers, Poitiers, Groupe EVALHOSPITAM, Sylvie BERTHOZ, Service de Psychiatrie, Institut Mutualiste Montsouris, Paris
 - INCIA CNRS UMR 5287, Université de Bordeaux, Bordeaux, Nathalie GODART, - FSEF SHU-SMAJA, Paris
 - INSERM 1018, CESP, Université Paris-Saclay, Villejuif - Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, UFR Simone Veil-Santé, Montigny-le-Bretonneux*

Introduction : Les comportements auto-agressifs (Non-suicidal self-injuries, NSSI) sont fréquents dans les troubles des conduites alimentaires (TCA). L'objectif était de décrire les NSSI chez les sujets hospitalisés pour anorexie mentale (AM) et les facteurs associés. Méthode : Cette étude faisait partie de l'étude multicentrique longitudinale française EVALHOSPITAM. Entre 2009 et 2011, 202 femmes souffrant d'AM ont été recrutées dans des services spécialisés dans les TCA. Les NSSI ont été évalués par des questions extraites de l'Ottawa Self-Injury Inventory (OSI). Les caractéristiques des sujets avec et sans NSSI ont été comparées dans des analyses bivariées. Une analyse de régression logistique avec une méthode Stepwise a ensuite été utilisée pour identifier les facteurs associés aux NSSI. Résultats : Les participantes avaient en moyenne 20,8 ans ($\pm 6,58$), un IMC de 14,3 ($\pm 1,52$) et 2,73 ($\pm 4,30$) hospitalisations antérieures. La moitié souffrait d'AM restrictive, l'autre moitié d'AM avec accès hyperphagiques, et 36,1% avaient eu des comportements auto-agressifs au cours des six derniers mois. Les principaux facteurs qui déclenchaient les NSSI étaient des sentiments de malaise physique ou psychologique (45,2%), de colère (24,7%), une tentative de soulagement de l'inconfort (19,2%) et une faible estime de soi (16,4%). Le syndrome dépressif majeur vie entière, les tentatives de suicide et les préoccupations alimentaires étaient significativement à une augmentation des NSSI. Discussion : Les symptômes TCA sont liés aux NSSI mais les antécédents psychiatriques jouent également un rôle-clé. Ceci est cohérent avec les hypothèses de mécanismes transdiagnostiques sous-jacents reliant dysrégulation émotionnelle, comportements auto-agressifs et TCA.

Mots clés : Anorexie mentale, Dysrégulation émotionnelle, Comportements auto-agressifs, Adolescents, Jeunes adultes

2- Le modèle de Denver à début précoce (ESDM) chez les jeunes enfants autistes : Résultats d'un vaste essai contrôlé randomisé multicentrique dans pays européens

Geoffray Cassar Marie-Maude, Pédiopsychiatre, CH le Vinatier, RESHAPE, UCBL1, LYON

Oreve Marie-Joelle, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CH Versailles, Versailles, France, Lucie Jurek, Pédiopsychiatre, CH le Vinatier, Lyon, Sonié Sandrine, Pédiopsychiatre, CH le Vinatier, Lyon, Schröder Cai, Department for Child and Adolescent Psychiatry, University Hospitals Strasbourg and Strasbourg University, France, Véronique Delvenne, Child and Adolescent Department, Hôpital Universitaire de Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, Carlier Sc, Child and Adolescent Department, Hôpital Universitaire de Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, Dochez Sara, Assistan recherche, CH le Vinatier, Lyon, Jay Agathe, Pédiopsychiatre, CH le Vinatier, Lyon, Manificat Sabine, Pédiopsychiatre, Saint de Dieu, Lyon, Gallifet Natacha, Orthophoniste, CH le Vinatier, Lyon, Bahrani Stephan, Public Health Department, GH HP, Paris-Saclay, AP- HP, France, Speranza Mario, Nouredine M., Service de biostatistiques de Lyon, Hospices civils de France, Denis Angélique, Service de biostatistiques de Lyon, Hospices civils de Lyon, France, Febvey-Combes Olivia, Service de Recherche et Epidémiologie Cliniques, Pôle de Santé Publique, Hospices civils de Lyon, France

Contexte : L'efficacité de l'ESDM, une intervention précoce pour les enfants autistes, nécessite une validation par des essais à grande échelle. Nous avons examiné son efficacité en France et Belgique.

Méthodes : Dans un essai contrôlé randomisé, avec un design Zelen modifié, 12 heures d'ESDM et le traitement habituel (TAU) ont été comparés au TAU seul pour des enfants autistes de 15 à 36 mois. L'ESDM était dispensé par des thérapeutes formés, combinant des sessions en centre et à domicile. La randomisation, établie par une séquence informatique et gérée par un statisticien masqué, visait à comparer l'évolution du quotient de développement (DQ) sur l'échelle de Mullen.

Résultats : Entre 2015 et 2019, 180 enfants ont été assignés à l'ESDM+TAU ou au TAU seul. Après 24 mois, l'amélioration du DQ, premier critère de jugement, n'était pas significativement différente dans le groupe ESDM+TAU versus TAU. Toutefois, une meilleure interaction sociale a été notée chez ces enfants, ainsi que des progrès en interaction et en fonctionnement symbolique d'après les parents.

Interprétation : L'ESDM n'a pas induit d'effet à court terme sur le développement global, l'adaptation et le langage, mais a favorisé l'interaction sociale.

Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact à long terme de l'ESDM et identifier les enfants qui en bénéficieraient le plus.

Mots clés : Autisme, Intervention précoce, intensité, Développement de l'enfant

1- A quoi peut servir une Unité de Thérapies Innovantes dans un service universitaire de pédopsychiatrie ?

DRE BOUAZIZ NORA, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
23 avenue Sainte Marie
94 000 Créteil

MARTIROSYAN AVGUSTINA, TOSCANA SCILA, PR BALEYTE JEAN-MARC

« L'innovation » en pédopsychiatrie implique a priori l'introduction de nouvelles idées voire des changements de paradigme au travers de nouveaux dispositifs thérapeutiques ou de nouveaux modes de fonctionnement au sein des équipes. Ces « innovations » visent à améliorer l'offre dans les domaines de l'évaluation diagnostique, des prises en charge ou de la prévention des troubles mentaux.

Lorsque nous avons créé l'Unité de Thérapies Innovantes au sein de notre pôle Autismes, la construction de l'équipe a été centrée sur l'implémentation de thérapies nouvelles (TED, PACT, TMF...) sur un mode intégratif pour répondre aux besoins spécifiques de notre population d'enfants avec autisme et leurs parents. Parallèlement, il nous fallait développer les possibilités concrètes d'accès à ces thérapies pour les familles en formant d'autres professionnels du service à l'un ou l'autre des dispositifs en nous appuyant sur l'expertise acquise et une proposition de cothérapie. L'équipe a donc été un levier pour promouvoir et diffuser de façon horizontale et collaborative de nouvelles pratiques.

La question de l'évaluation des TSA/TND, associée aux soins, sans clivage ou antagonismes, nous a semblé tout aussi cruciale à investir en notre sein comme au sein des équipes du service (CMP, HDJ, CATTP...) en soutenant l'accès aux formations et un compagnonnage dans la mise en œuvre des bilans. L'axe de la recherche clinique a été aussi d'emblée un pilier pour penser les thérapies à investir et les acclimations des dispositifs, en prenant notamment en compte l'expérience recueillie des parents.

Mots clés : innovation, pédopsychiatrie, Dispositifs thérapeutiques innovants, Diffusion des pratiques

2- L'articulation de PACT dans une prise en charge pluridisciplinaire et intégrative

LAMBERT ANNA GAELLE, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE- POLE AUTISME- Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
anna-gaelle.lambert@chicreteil.fr

Bouaziz Nora, Pédopsychiatre- Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil nora.bouaziz@chicreteil.fr, Pr JM Baleyte, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

L'enfant ayant reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) nécessite la mise en place de soins précoces, intensifs et pluridisciplinaires pour soutenir son développement. Les approches thérapeutiques incluant la participation des parents et focalisées sur la relation parent-enfant ont été associées à des effets positifs sur l'amélioration des interactions et de la communication sociale des enfants avec un TSA.

A travers la présentation du cas clinique d'un enfant de 3 ans avec trouble du spectre de l'autisme, accompagné au sein de notre service de pédopsychiatrie (CHIC- Créteil), nous proposons d'offrir un regard croisé sur des pratiques complémentaires de deux psychologues, pour soutenir cet enfant et sa famille. Il a pu ainsi bénéficier, avec l'une des psychologues, de PACT qui est une thérapie médiée par les parents et fondée sur le vidéofeedback afin de stimuler le développement des prérequis de la communication sociale. Parallèlement il a eu un suivi par une autre psychologue d'orientation psychodynamique et s'appuyant sur l'approche Bullinger.

3- Approche transculturelle du jeu parent-enfant dans les thérapies médiées par les parents dans le champ de l'autisme

NEGRESCU LORENA

DRE BOUAZIZ NORA, PR BALEYTE JEAN-MARC

PACT (Preschool Autism Communication Therapy) est une thérapie médiée par les parents qui les place au cœur du travail quand les soins dans le champ de l'autisme sont majoritairement centrés sur l'enfant. A chaque séance, un temps de jeu parent-enfant est filmé par le thérapeute pour être visionné avec le parent. Par un questionnement socratique du soignant, se déploie un travail réflexif du parent qui analyse ce qui dans l'interaction avec son enfant soutient les capacités de communications de ce dernier. Nous faisons donc appel aux capacités réflexives et expressives des parents et à leurs capacités de jeu parent-enfant. PACT postule que le jeu parent-enfant est un prérequis chez tous. Certes, le jeu entre parent et enfant est universel dans son essence. Toutes les cultures reconnaissent le jeu de comme un moyen fondamental de développement, d'apprentissage et d'acquisition de compétences (psychomotrices, langagières, cognitives, émotionnelles...), et de socialisation pour l'enfant. Mais selon les conditions socio-économiques, la disponibilité et les attentes parentales, les valeurs du groupe, les types de jeux et les styles parentaux varient.

Ainsi les parents, majoritairement migrants de notre service, nous ont incités à développer une approche transculturelle du jeu parent-enfant pour prendre en compte leur contexte culturel et social, certains parents peinant à investir cette modalité relationnelle avec leur enfant avec autisme. L'indication comme les modalités doivent être adaptées pour renforcer le sentiment de compétence parentale et non pas accroître le stress et le sentiment de détresse des parents. plus encore pour les populations les plus vulnérables.

Mots clés : Jeu parent-enfant, TSA, thérapie médiée par les parents, transculturel

4- LA PLACE DU PARENT DANS LE PROCESSUS D'ÉVALUATION D'UN TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME DE LEUR ENFANT : PARTICIPATION ET VECU DU PARENT EN TANT QUE LEVIER POUR LE TRAVAIL PARENT/ENFANT

MARTIROSYAN AVGUSTINA

BOUAZIZ NORA, BALEYTE JEAN-MARC

Les parents d'enfants avec autisme sont des partenaires de soins à part entière dans la thérapie médiée par les parents, PACT. Leur compréhension des troubles du spectre de l'autisme et des spécificités communicationnelles de leur enfant favorise un meilleur engagement de leur part. Les parents nous parlent souvent d'un simple retard de langage : les accompagner pour saisir et appréhender les éléments non verbaux de la communication est une étape importante avant la mise en place de la thérapie PACT.

Pour ce faire, au sein de notre Unité de Thérapies Innovantes, nous proposons aux familles souhaitant investir PACT, cinq séances d'évaluation et d'observation (avec ADI, ADOS, BECS et Vineland...) auxquelles sont associées les parents afin de découvrir ensemble les compétences, les émergences et les difficultés développementales de leur enfant. Ce temps de bilan est pensé comme une rencontre privilégiée avec l'enfant et ses parents afin de construire une première alliance thérapeutique. Nous avons une

attention particulière au vécu et aux mouvements des parents qui découvrent dans le même temps le diagnostic et les soins pédopsychiatriques. Cette alliance thérapeutique soutient la mise en place de la thérapie. Après l'annonce du diagnostic et des résultats des évaluations développementales, les familles sont immédiatement accompagnées via PACT dans le développement de la communication avec leur enfant, ainsi que dans le partage de jeux et d'activités. Une réévaluation des progrès de l'enfant est proposée à l'issue de PACT. Evaluations et soins sont ainsi pensées dans une interaction synergique.

Mots clés : évaluation, Troubles du spectre de l'autisme, Alliance thérapeutique, PACT, Vécu parental

1- Lorsque l'inceste fraternel met au défi les ressources familiales: Quelle place pour la thérapie Familiale ?

Dr TRIMECH Chiraz, Psychiatre et thérapeute familiale, GHH

FATRAS Joanne, Thérapeute familiale, GHH, AUFFRET Blandine, Thérapeute familiale, GHH

L'agir sexuel au sein de la fratrie est un sujet complexe qui a fait l'objet de multiples études interrogeant les mécanismes psychiques et relationnels sous-jacents et l'accompagnement thérapeutique.

L'approche systémique, utilisée en thérapie familiale, propose une lecture multidimensionnelle de l'inceste fraternel, aussi bien contextuelle que transgénérationnelle. Quand bien même la famille représente un haut lieu d'investissement affectif, celle-ci est régulièrement en proie à des turbulences successives : crise passagère en lien avec le cycle de vie, ou inscrite dans des répétitions du transgénérationnel. Le défi, dans ce cercle intime, est de parvenir à identifier ces situations de vulnérabilité, souvent cachées et tues, afin d'inviter chacun à en prendre conscience et proposer un processus de changement.

Nous vous proposons, à travers une vignette clinique, d'explorer et analyser le processus thérapeutique déployé lors d'une thérapie familiale systémique auprès d'une famille fragilisée par l'inceste fraternel.

Mots clés : inceste, fratrie, vulnérabilité, famille, systémie

2- "Chocs culturels" : approche compréhensive des familles issues de la migration

Nawel HAROUCHI, Psychologue clinicienne, formatrice (Avenir Santé Formation), chargée d'Enseignement et de Recherche en Psychologie (Institut Catholique de Toulouse)
TOULOUSE

Les trajectoires d'exil, de migration marquent la construction identitaire des enfants et des adolescents du sceau de l'interculturalité. Les défis relevés par cette population touchent autant à des enjeux identitaires (crainte d'une désaffiliation du groupe d'origine, peur du rejet de la société d'accueil), qu'à des enjeux socio-historiques liés aux origines culturelles en jeu. Dans ce contexte, la rencontre avec des professionnels de la santé mentale peut être un espace mettant en exergue, d'un côté comme de l'autre, certains « chocs culturels » (Margalit Cohen-Emerique). Les différences en jeu peuvent être sources de mise à distance de la réalité de l'autre, du fait d'incompréhensions et de malaises. Le rôle de soignant peut

être essentiel pour ces populations vulnérabilisées par l'absence de portage du groupe parfois resté au pays. Les dispositifs thérapeutiques d'accueil et d'accompagnement des enfants/adolescents/familles issus de la migration peuvent se constituer comme des espaces aidant à créer et à soutenir des ressources- clés dans les processus d'acculturation et d'intégration. Une approche humaniste de ces publics permet de mieux éclairer les problématiques intimes se jouant derrière ce qui se donne à voir. Les défis relevés par les professionnels touchent à la construction d'une alliance pérenne évitant à l'enfant/l'adolescent des conflits de loyauté à l'égard de sa famille, et permettant aux parents de pouvoir évoquer et élaborer, dans une relation de confiance, leurs positions éducatives. Ces rencontres mettent au travail les représentations en œuvre dans la société française, en termes de parentalité et de représentations de l'enfant et de son développement.

Mots clés : migration, approche clinique interculturelle, alliance thérapeutique, choc culturel, co-éducation

3- Thérapie familiale systémique : un entraînement à co-construire le futur des soins pour enfants et adolescents

ANDREI Suzana, Médecin psychiatre, Psychothérapeute de famille et de couple - membre titulaire et du CA de la SFTF (Société Française de Thérapie Familiale), membre titulaire EFTA, AIFI, AFPBN.

- Médecin référent Equipe de Thérapie Familiale du CHLVO - Challans (85)

Les soixante dernières années, en France et au niveau mondial, la thérapie familiale est venue élargir notre vision des soins. A une place différente de la psychanalyse ou des TCC, la systémie en tant que courant humaniste insiste sur le caractère singulier de la rencontre thérapeutique. Le thérapeute considèrera la famille comme un partenaire, ni responsable ni coupable des maladies qui peuvent atteindre ses enfants.

Dans les milieux psychiatriques, ainsi que de protection d'enfance, services sociaux et judiciaires, les intervenants du siècle dernier pouvaient « oublier » ou exclure les familles en les considérant démunies, instables dans leur participation, voir dangereuses. Aujourd'hui, associer à l'équipe institutionnelle un ou plusieurs consultants familiaux (différenciés de l'équipe soignante) pourra permettre des formes personnalisées de collaboration. On évitera une focalisation sur les symptômes ou quelque recherche des causes. La famille s'entraînera à améliorer la communication et le fonctionnement interne, mais aussi avec l'extérieur : apprivoiser et coconstruire plus facilement les soins pédopsychiatriques.

Dans la clinique des rencontres thérapie familiale – pédopsychiatrie, on va distinguer plusieurs types de demandes : gestion de crise familiale (précédant le soin psychique), accompagnement d'annonce de diagnostic pédiatrique (psychiatrique, oncologique), collaboration aux soins et protection de l'enfant (en contexte de séparation conflictuelle ou d'aide contrainte), l'arrivée à l'âge adulte (des enfants porteurs de handicap). Seront discutés les facteurs qui favorisent l'accès et les facteurs qui freinent cette collaboration, ainsi que les vulnérabilités appartenant tantôt aux familles et patients, tantôt institutionnels en environnementaux.

Mots clés : psychothérapie, systémie, collaboration, compétences, vulnérabilités

4- Repérage et soin des enfants victimes : un outil, le livret « Quand on te fait du mal »

Fall Sokhna, 32 rue Notre-Dame de Nazareth 75003 Paris (cabinet libéral)

La Dre Muriel Salmona, en créant l'association « Mémoire Traumatique et Victimologie » souhaitait permettre aux personnes victimes de violences d'accéder librement à des informations médicales claires et aussi complètes que possibles sur les conséquences psychotraumatiques de ces actes. Dre Salmona a rédigé dès 2009 des plaquettes synthétiques afin que les adultes souffrant d'un psychotraumatisme puissent comprendre elles-mêmes leurs symptômes douloureux, leurs réactions déroutantes ou « paradoxales ». L'association a ensuite proposé des plaquettes pour les adolescents et les jeunes adultes.

Avec le livret « Quand on te fait du mal », Dre Salmona et moi-même, avec le concours généreux de l'illustrateur pour enfants Claude Ponti, avons voulu que ces informations soient également accessibles aux enfants victimes et à leur entourage protecteur ou soignant. Plus de 100 000 livrets ont été déjà demandés à Mémoire Traumatique et Victimologie et distribués gratuitement.

Je propose de présenter ce livret et son utilisation, tant pour le dépistage de maltraitances que pour soutenir l'accompagnement thérapeutique — pour cet aspect, j'évoquerai le contexte de ma pratique clinique systémique avec des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Mots clés :

1- Effets de la psychothérapie parent-enfant du point de vue des parents, une étude qualitative.

Vicentini Livia, Interne en Psychiatrie, Centre Hospitalier de Novillars, Service de Pédopsychiatrie

Monika Szymanska, Ingénieure de recherche, CHU de Besançon, Service de pédopsychiatrie, Aline Chassagne, Maître de Conférences des Universités, UFC, CHU de Besançon, Lauriane Vulliez, Professeur des Universités, UFC, Pédopsychiatre, CHU de Besançon, Service de pédopsychiatrie

Introduction : L'objectif des psychothérapies parent-enfant est de réduire le stress et la souffrance du parent et de l'enfant et d'améliorer leur relation. Peu d'études ont exploré la perception des parents sur l'effet de ces prises en charge sur eux-mêmes, sur leur enfant et sur la relation à leur enfant.

Objectifs : L'objectif est d'analyser le vécu des parents, ayant fait l'objet d'une psychothérapie parent-enfant, concernant leur perception d'éventuels changements survenus au cours du suivi, des facteurs associés à ces changements et de la réduction du stress perçu par le parent.

Matériels et méthode : Nous avons réalisé des entretiens avec 10 parents ayant terminé une psychothérapie parent-enfant. Neuf parents ont été inclus dans notre étude. Les entretiens semi-dirigés ont été transcrits intégralement. Nous avons réalisé une analyse thématique de leur contenu.

Résultats : Nous avons organisé les thématiques issues des évaluations subjectives des parents en 4 catégories principales : a) la demande des parents avant la prise en charge et leurs attentes concernant la psychothérapie ; b) la perception des changements liés à la psychothérapie ; c) la représentation des facteurs ayant participé aux changements ; d) l'évolution du stress parental au cours et après la prise en charge.

Conclusion : Les différences de perception des changements et de la diminution du stress parental ont permis de mettre en évidence différents profils de parents. Nous prévoyons de réaliser des entretiens avec les pédopsychiatres ayant pris en charge les parents inclus pour comparer leur vécu à celui des parents.

2- Les outils numériques sont-ils un mode majeur de prévention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ?

JOUAN Valentin, Interne, CHU d'Angers

LE FLOCH Marine, Pédopsychiatre, CHU d'Angers, LE NERZÉ Thomas, Pédopsychiatre, CHU d'Angers, RIQUIN Élise, Pédopsychiatre, CHU d'Angers

« Les jeunes passent trop de temps sur les écrans » : cette phrase, tout le monde l'a déjà entendue et l'a sûrement même prononcé auprès de ses propres enfants.

Dans une société où le numérique occupe une place de plus en plus importante, il semble intéressant de se saisir de ce moyen de communication incontournable pour accompagner les patients que nous suivons en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le monde de la santé, et notamment celui de la santé mentale, n'échappe pas à l'essor du numérique.

Nous allons nous intéresser au cours de cette communication orale aux outils numériques comme moyen de prévention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. La première partie de la présentation permettra d'aborder quelques généralités sur le thème de la prévention. Dans une seconde partie, nous développerons des exemples de dispositifs numériques (applications mobiles, objets connectés...). Pour finir et pour aller plus loin, nous discuterons des limites qui ont pu être décrites au cours des différentes recherches sur la question du numérique jusqu'à présent. Cette communication orale permettra également, lors du temps des questions, d'échanger tous ensemble sur les outils numériques en santé et éventuellement partager vos expériences avec ces outils et les effets sur votre pratique professionnelle.

Mots clés :

ATELIER n°25

Débat éthique à propos des notions de vulnérabilités, prédictions, trajectoires (groupe de travail éthique de la SFPEADA)

- 1- Atelier organisé par le groupe éthique de la SFPEADA : débat éthique à propos des notions de vulnérabilité, prédiction, trajectoires.

RAYNAUD Jean-Philippe, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) CHU de Toulouse Hôpital Purpan TSA 40031 31059 Toulouse Cedex 9

La SFPEADA a mis en place un groupe de travail pluriprofessionnel pour réfléchir aux questions éthiques qui traversent notre discipline.

Une des missions du groupe éthique de la SFPEADA est de s'emparer des thèmes des congrès annuels pour les interroger d'un point de vue éthique. Lors de chaque congrès français de psychiatrie et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ce groupe organise un atelier/débat qui s'appuie sur les pratiques et la recherche.

Cette année, après la présentation de quelques vignettes cliniques illustrant la problématique de la vulnérabilité et des trajectoires en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, c'est l'ensemble des membres du groupe et des participants qui se livreront à un « débat éthique » pendant une heure trente.

Après un rapide tour de table au cours duquel chacun témoignera de son expérience sur le terrain et donnera sa position, un large temps sera donné à l'échange avec les participants.

Divers thèmes susceptibles de susciter des questionnements éthiques pour les professionnels de la PEA pourront être abordés :

- Peut-on prédire une trajectoire ? Quelles conséquences ?
- Vulnérabilité et trajectoire des enfants confiés à l'ASE et dispositifs innovants (équipes mobiles).
- Ecart entre la trajectoire de soins idéale et ce qui est possible.
- Comment les établissements médico-sociaux et la PEA peuvent-ils mieux accompagner ensemble les trajectoires complexes ?
- Transition vers l'âge adulte.
- Refus de soins des parents et parcours de soins.

ATELIER n°26

La violence systémique en famille : réflexions à partir de témoignages de parents violentés par leurs enfants (symposium de la FNEPE)

Carole WIART, Responsable téléphonie sociale et développement à la Fnepe – Paris (*intervenante*)

Philippe Duverger, Chef de service en pédopsychiatrie au CHU d'Angers,

professeur des universités et Président de la Fnepe

Angers (animateur), Antoine Devos, Pédopsychiatre, Président de l'EPE du Calvados et Président du Conseil scientifique de la Fnepe – Caen (intervenant)

L'atelier proposé par la Fnepe, partenaire de la SFPEADA articulera la thématique du congrès, « Trajectoires et vulnérabilités : du repérage aux soins » avec celle de la parentalité et du soutien à la parentalité.

Le réseau des Écoles des parents et des éducateurs (EPE) propose un accompagnement aux parents et aux familles sur toutes les questions liées à la vie familiale. Les professionnels sont régulièrement sollicités par des parents en grande souffrance, dans des situations très diverses dont celle des violences intrafamiliales.

Un soutien au parent victime de violences conjugales est proposé mais ce dernier vient également interroger les professionnels des EPE sur les conséquences de ces violences sur le développement et le bien-être de leur(s) enfant(s). Lorsque les jeunes, co-victimes des violences conjugales, adoptent à leur tour des attitudes de domination, accompagnées de violences physiques, verbales et psychologiques à l'encontre d'un des membres de la sphère familiale (un parent ou un membre de la fratrie) et que le traumatisme du parent victime resurgit, la question de la reproduction des comportements se pose. Ébranlée dans sa parentalité, il est envahi par la culpabilité de ne pas avoir réussi à protéger son enfant, exprime sa difficulté à concilier amour filial et représentation de ce jeune violent, craignant aussi pour son avenir. Cette vulnérabilité parentale questionne sa propre autorité et fragilise son sentiment de légitimité dans sa fonction parentale.

Comment accompagner cette parentalité fragilisée ? Quelle posture professionnelle adopter ? Nous tenterons de répondre à ces interrogations en nous appuyant sur les principes d'intervention et l'expérience des EPE, notamment des groupes d'échanges pour les parents violentés par leur enfant.

ATELIER n°27

Pour une psychopathologie revisitée (Collège de psychopathologie de la SFPEADA)

1- Présentation d'une grille d'analyse psychopathologique

Jean Yves CHAGNON et Lisa OUSS

Le collège de psychopathologie travaille actuellement à la mise en œuvre d'une grille d'analyse psychopathologique (intégrant psychanalyse et théories développementales) inspirée des travaux d'Anna Freud, du groupe Suisse de psychopathologie de l'enfant (Palacio Espasa, Dufour, Manzano) et des psychologues projectivistes de l'école de Paris. Cette tentative de formalisation s'associe à la mise en œuvre d'un guide d'entretien permettant un repérage des principales dimensions psychopathologiques de l'enfant ou l'adolescent consultant ouvrant vers des propositions de soins multidimensionnelles élargies au-delà de la seule normalisation symptomatique.

2- La psychopathologie en pratique

Fanny Labarraque et Angelo Molinaro

Afin de faire lien entre la théorie et la pratique clinique, nous proposerons un dialogue psychopathologique entre deux pédopsychiatres. Après avoir présenté la place que pourrait occuper aujourd'hui la psychopathologie dans notre pratique, nous commenterons une situation clinique, notamment via une illustration d'une grille inspirée des travaux d'Anna Freud et de Palacio Espasa, afin de faire des ponts entre la théorie et la pratique. Nous tenterons ainsi de démontrer comment le pédopsychiatre intègre la psychopathologie dans son exercice clinique, à la fois dans une perspective compréhensive mais également thérapeutique.

3- Lecture clinique et psychopathologique de dessins d'enfants.

Catherine Weismann-Arcache

À partir de dessins d'enfant, du gribouillage au dessin à consigne comme le dessin de la famille, et du discours de l'enfant sur son dessin nous illustrerons le développement et ses aléas. Notre grille de lecture s'inspirera de la grille d'évaluation psychopathologique d'Anna Freud, en ciblant plus particulièrement les identifications, le développement pulsionnel et le développement des fonctions du moi (symbolisation, adaptation à la réalité). Nous verrons à cette occasion que, comme Monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir, nous sommes tous « annafreudiens » à notre insu.

4- Les épreuves projectives en psychopathologie de l'enfant

Jean Yves Chagnon

De longue date les psychologues projectivistes de l'école dite de Paris ont proposé une méthodologie d'analyse psychanalytique des épreuves projectives. Celles-ci permettent de mettre en évidence des dimensions non immédiatement sensibles à

l'examen clinique (Image du corps, équilibre entre investissements narcissiques et objectaux, problématiques, etc.). Elles concourent à la mise en œuvre d'un diagnostic de fonctionnement mental (Lagache) qui peut secondairement être rapporté à un diagnostic psychopathologique tel que proposé par la CFTMEA, lui-même complémentaire des systèmes diagnostics internationaux. La grille synthétique d'analyse psychanalytique des projectifs, elle-même inspirée par les travaux d'Anna Freud, inspire la tentative de formalisation d'une grille d'analyse synthétique des données de l'entretien clinique proposée par le collège de psychopathologie.

ATELIER n°28

Les enfants HPI : vulnérabilités et ressources (groupe de travail HPI de la SFPEADA)

- LES ENFANTS A HAUTS POTENTIELS INTELLECTUELS : VULNERABILITES ET RESSOURCES

WEISMANN-ARCACHE Catherine ,

Psychologue, Professeur Émérite en psychologie Clinique et Psychopathologie Université de Rouen ,

TORDJMAN Sylvie

Professeur en Pédopsychiatrie, Université de Rennes ; Integrative Neuroscience and Cognition Center (INCC), Université Paris Cité et CNRS UMR 8002 ; et Protection de l'Enfance de Paris.

,

LEPASTIER Samuel

,

Psychiatre, Pôle Santé Sciences Po, Paris. chercheur associé (HDR) UTRPP, Université Sorbonne Paris Nord

Le haut potentiel intellectuel (HPI) ne relève pas d'un diagnostic, mais d'une identification psychométrique. On s'interrogera quant à son impact sur les troubles mentaux de l'enfant : est-il un facteur de vulnérabilité ou une ressource, et comment colore-t-il le développement typique ou psychopathologique ? Ces questions seront traitées selon trois axes :

1) Un axe développemental (Weismann-Arcache, C) : la trajectoire d'une enfant HPI, rencontrée à l'âge de 7 ans puis à 13 ans, permettra d'aborder l'impact du haut potentiel intellectuel sur le développement, de l'enfance à l'adolescence. L'effondrement dépressif observé à l'âge de 13 ans interroge sur la valeur antidépressive ou anti-traumatique de ce HPI, dans un contexte de mésentente parentale et de fratrie à HPI.

2) Un axe psychopathologique (Tordjman, S.) : une recherche a été menée sur le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) dans une cohorte importante d'enfants à haut potentiel intellectuel et/ou créatif comparée à un groupe contrôle. L'hypothèse d'un TDAH relevant d'un besoin de stimulations externes et internes sera discutée, notamment au regard de ses implications thérapeutiques.

3) Un axe métapsychologique (Lepastier S.) : C'est à partir du moment où le trouble névrotique a été limité à ses manifestations les plus comportementales (les compulsions prenant le pas sur les obsessions) que s'est progressivement développé l'intérêt pour le HPI, en d'autres termes les opérations mentales de la névrose obsessionnelle marquées par l'érotisation de la pensée. Le HPI est-il réductible à une organisation obsessionnelle et quels sont les liens entre intelligence et érotisation de la pensée ?

ATELIER n°29

Recherche sur la santé mentale des enfants placés, il est temps de s'y intéresser ! (atelier de la FHU)

Venez découvrir les défis et les opportunités de la recherche chez les enfants placés en protection de l'enfance lors de cet atelier.

Cet atelier composé de 3 communications présente les résultats préliminaires de l'étude EvolASE-PEA, menée en Seine-Maritime et dans l'Eure. L'objectif

principal est d'évaluer les trajectoires développementales des enfants et adolescents nouvellement confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Cette étude multicentrique menée par la Fédération Hospitalo-Universitaire Protection Ensemble Avançons (FHU-PEA) explore la santé mentale et physique des enfants confiés à l'ASE dans les régions de Rouen, Le Havre, Lille, Amiens, et Caen. Les données sont recueillies longitudinalement pour une cohorte de 300 enfants primo-arrivants.

Lors de cet atelier nous aborderons les enjeux éthiques et cliniques de la mise en place d'une cohorte d'enfants placés à l'ASE, puis nous présenterons des résultats préliminaires sur les données des 100 premiers enfants inclus dans cette cohorte. Enfin, nous vous présenterons le protocole d'une nouvelle cohorte abordant plus spécifiquement le parcours de soins des enfants placés à l'ASE.

Votre participation et vos retours sont essentiels pour enrichir cette étude et contribuer à l'amélioration des soins prodigués aux enfants vulnérables.

Rejoignez-nous pour cette communication orale lors du prochain congrès.

ATELIER n°30

Vers la structuration d'une filière nationale de soins et de prévention pour les troubles des conduites alimentaires (atelier de la FFAB)

Les troubles des conduites alimentaires (TCA), tels l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique, débutent le plus souvent chez les enfants et les adolescents. Ils sont fréquemment associés à des troubles dépressifs, anxieux ou des troubles de la personnalité. Ils sont souvent sévères, parfois mortels, et impactent fortement la santé (physique et mentale) et la vie quotidienne de ceux qui en souffrent, et menacent leur avenir. Des traitements spécialisés existent, mais la méconnaissance de ces troubles et les difficultés d'accès aux soins font que seul 10% à 30% des personnes atteintes de TCA reçoivent un traitement pour ces troubles. Or, seuls le repérage et la prise en charge précoces garantissent une meilleure efficacité des soins et peuvent prévenir les complications et la chronicité, qui ont un coût considérable pour les personnes, leurs familles et la société. La période récente de pandémie mondiale de COVID a encore augmenté la fréquence et la gravité des TCA. Depuis plus de quinze ans, la FFAB (FEDERATION FRANÇAISE ANOREXIE BOULIMIE) rassemble les professionnels spécialisés dans la prise en des TCA, pour répondre aux besoins des personnes concernées et des familles en développant une filière de soins pluridisciplinaire coordonnées et articulée avec les soins psychiatriques et pédiatriques non spécialisés. Notre objectif est de permettre en France un repérage précoce, un accès rapide à des soins adaptés, gradués, et personnalisés Nous proposons ici de présenter les actions et les outils développés par la FFAB qui restent trop mal connue des professionnels non spécialisés.

Index des auteurs principaux de communications

	Nom	Page
1	Julien EUTROPE	6
2	Aline LEFEBVRE	6
3	Rahmet RADJACK	8
4	Kardiata DIAKITE,	8
5	Fanny RABINEAU	9
6	Fabienne BARBARINI	10
7	Elina HERAULT	11
8	Benjamin LANDMANN	12
10	Graziella GILORMINI	13
11	Marie Alix LAROCHE	14
12	Guillaume LECONTE	14
13	Marion ROBIN	16
14	Arthur CLENQUET	16
15	Thibault ZUBLENA	18
16	Sandrine BONNETON	19
17	Stéphanie PALAZZI	19
18	Nathalie LAVENNE COLOT	21
19	Maude LUDOT GREGOIRE	22
20	Charlotte PAUMEL	22
21	Soraya EL FARHANE	23
22	Anne PHILIPPE	25
23	Marine ERARD	26
24	Hélène LAHAYE	26
25	Nella BREGEON	28
26	Xavier BENAROUS	29
27	Julie LEVY BENCHETON	30
28	Marie Maude GEOFFRAY CASSAR	31
29	Marie Eline GUILLET NICAISSE	31
30	Clémence ISAAC	32
31	Psychiatrie humaniste (Guillaume BRONSARD)	33
32	Mathilde LAMBERT	35
33	Aurore LEGRAND	35
34	Alexandra LOISEL	36
35	Romain SIBUT	37
36	Groupe de la WAIMH	38
37	Charles Edouard NOTREDAME	39
38	Michel SPODENKIEWICZ	39
39	Julie ROLLING	39
40	Jean Marc BALEYTE	41
41	Didier DRIEU	42
42	Emmanuelle DUFAIT	44
43	Marine DUBREUCQ	45
44	Lisa VITTE	46

Index des auteurs de communications affichées

	Nom	Page
45	Yann CRAUS	47
46	Marjorie RAINA	47
47	Chloé JOVER	49
48	Céline CHEVILLARD	49
49	Pierre JARLAN	50
50	Valentin GUYON	51
51	Steve MUNICH	52
52	Anna BIENVENU	52
53	Joktan GUIVARCH	53
54	Anne PHILIPPE	54
55	Romain COUTELLE	55
56	Yvon DUBOIS	55
57	Elif EYUBOGLU	57
58	Séverine PAVOINE	57
59	Ana Paula LEVIVIER	58
60	France HIROT	59
61	Marie Maude GEOFFRAY CASSAR	60
62	Nora BOUAZIZ	61
63	Anna Gaelle LAMBERT	61
64	Lorena NEGRESCU	62
65	MARTIROSYAN AVGUSTINA	63
66	Chiraz TRIMECH	65
67	Nawel HAROUCHI	65
68	Suzana ANDREI	66
69	Sokhna FALL	67
70	Livia VICENTINI	68
71	Valentin JOUAN	68
72	Groupe éthique de la SFPEADA (Jean Philippe RAYNAUD)	70
73	Symposium de la FNEPE	71
74	Collège de psychopathologie de la SFPEADA	72
75	Groupe HPI de la SFPEADA	74
76	Atelier FHU	76
77	Atelier de la FFAB	77