

corrélation positive entre le score Tics vocaux de la YGTSS et le score total à la CHAQ. Les adolescents avec des scores CBCL total et symptômes internalisés limites/pathologiques avaient des scores significativement plus bas sur plusieurs dimensions de QVS.

**Conclusion** Les dimensions physiques, psychologiques et sociales de la QVS sont altérées chez les adolescents SGT. La sévérité des tics, les difficultés émotionnelles et comportementales ont un impact négatif sensible sur les dimensions physiques, psychologiques et sociales de la QVS chez les adolescents SGT.

**Mots clés** Syndrome de Gilles de la Tourette ; Qualité de vie liée à la santé ; Adolescents ; Comportement ; Émotions

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.184>

## P054

### L'entraînement de la mémoire de travail assisté par ordinateur : chez des enfants et des adultes présentant un Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) : résultat de deux études

A. Dentz<sup>1,\*</sup>, L. Romo<sup>2</sup>, V. Parent<sup>3</sup>, B. Gauthier<sup>4</sup>, V. Gaillac<sup>5</sup>, F. Rouillon<sup>5</sup>, M.-C. Guay<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Paris Ouest Nanterre La Défense, Université du Québec à Montréal, Centre hospitalier Sainte-Anne et Hôpital Rivière-des-Prairies, Paris, France, Montréal, Canada

<sup>2</sup> Paris-Ouest Nanterre-La Défense, Département de Psychologie, Nanterre, France

<sup>3</sup> Université de Sherbrooke, département de psychologie, Longueuil, Canada

<sup>4</sup> Hôpital Rivière-des-Prairies, Québec, Canada

<sup>5</sup> Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, France

<sup>6</sup> Université du Québec à Montréal (UQAM), Montréal, Québec, Canada

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [ameliedentz@hotmail.com](mailto:ameliedentz@hotmail.com) (A. Dentz)

Depuis une dizaine d'années, l'entraînement cognitif est un type d'intervention non pharmacologique qui s'est développé afin de favoriser la réhabilitation après un traumatisme crânien ou un accident vasculaire cérébral. Le but de cette intervention est l'amélioration du fonctionnement cognitif par la répétition d'exercices généralement informatisés [1]. Cette intervention peut être envisagée dans le traitement du Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) car ce trouble est associé à un déficit du fonctionnement cognitif [2]. À ce jour, la majorité des études TDAH portent sur l'entraînement de la mémoire de travail par le programme Cogmed. Mais, les résultats des études sont controversés quant à l'impact du programme sur : le fonctionnement cognitif, les symptômes liés au TDAH et les performances scolaires [3]. Face à ces constats, une première étude est réalisée au Québec auprès d'enfants présentant un Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH). Une seconde étude est réalisée en France auprès d'adultes présentant ce même trouble. L'objectif principal commun de ces deux études est d'évaluer l'efficacité d'un entraînement de la mémoire de travail assisté par ordinateur (Cogmed) sur les symptômes liés au TDAH et le fonctionnement cognitif auprès (1) d'enfants, et (2) d'adultes présentant un TDAH. Les objectifs secondaires de l'étude réalisée auprès d'enfants sont d'évaluer l'efficacité du programme sur le rendement scolaire. Pour l'étude réalisée auprès d'adultes, les objectifs secondaires sont d'évaluer les effets du programme sur : (1) la symptomatologie anxieuse et (2) dépressive. Les deux études sont réalisées en double insu et comprennent une assignation aléatoire des participants. Pour chacune des deux études un groupe témoin actif durant lequel les participants réalisent également des exercices d'entraînement assistés par ordinateur est consti-

tué. Toutefois, dans ce programme les exercices d'entraînement demeurent à un niveau de difficulté limité, ce qui a pour impact d'en réduire les effets. Les résultats de ces deux études sont présentés.

**Mots clés** Trouble de Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) ; Entraînement cognitif ; Fonction cognitive ; Mémoire de travail ; Enfant ; Adulte

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

**Références**

- [1] Rutledge KJ, Bos W, van den, McClure SM, Schweitzer JB. Training cognition in ADHD: current findings, borrowed concepts, and future directions. *Neurotherapeutics* 2012;9(3):542–58, <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0134-9>.
- [2] Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry* 2013;170(3):275–89, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070991>.
- [3] Chacko A, Feirsen N, Bedard A-C, Marks D, Uderman JZ, Chiklis A. Cogmed working memory training for youth with ADHD: a closer examination of efficacy utilizing evidence-based criteria. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2013;42(6):769–83, <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2013.787622>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.185>

## P055

### Étude dimensionnelle des phases précoces des troubles affectifs et de la schizophrénie – Étude rétrospective comparative à propos de 100 cas

C. Divo<sup>1,\*</sup>, C. Obaszcz<sup>2</sup>, F. Ligier<sup>3</sup>, B. Kabuth<sup>3</sup>

<sup>1</sup> CHS Jury, Metz, France

<sup>2</sup> CHS Ravenel, Epinal, France

<sup>3</sup> CPN-Nancy, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [cdivo@hotmail.fr](mailto:cdivo@hotmail.fr) (C. Divo)

**Objectif** Comparer rétrospectivement la clinique de l'enfance et de l'adolescence d'une population d'adultes schizophrènes avec celle d'adultes bipolaires, afin de mettre en évidence des manifestations pré-morbides et des prodromes plus spécifiques à l'une ou l'autre des pathologies.

**Méthode** Divers symptômes ont été recueillis dans les anciens dossiers pédopsychiatriques de 50 patients schizophrènes et de 50 patients bipolaires, grâce à une grille de recueil réalisée et évaluée par les auteurs. Ces symptômes ont ensuite été comparés entre les deux populations.

**Résultats** La clinique de l'enfance du groupe schizophrène est marquée par un plus grand nombre de symptômes cognitifs tels qu'un Quotient Intellectuel bas, des troubles logicomathématiques, un retard de langage et des troubles de la concentration. L'énurésie et l'encoprésie semblent également plus spécifiques d'une évolution vers une schizophrénie par rapport à un trouble du spectre bipolaire. La clinique de l'adolescence du groupe schizophrène est marquée par un plus grand repli social, un quotient intellectuel bas et des troubles logicomathématiques. Les symptômes négatifs et positifs (éléments évoquant une discordance, bizarreries du comportement et des propos) sont des prodromes assez spécifiques de la schizophrénie par rapport aux troubles bipolaires. Les fluctuations thymiques constitueraient le seul symptôme réellement spécifique d'une évolution vers un trouble du spectre bipolaire par rapport à une schizophrénie.

**Conclusion** Les phases pré-morbide et prodromique de la schizophrénie se caractérisent par des symptômes psychocomportementaux qualitativement et quantitativement plus sévères que celle des troubles du spectre bipolaire.

En outre, les troubles bipolaires et la schizophrénie semblent précédés, à l'adolescence, d'une phase prodromique constituée de symptômes déjà évocateurs de ceux caractérisant la pathologie à l'âge adulte mais dans une expression atténuée. Ceci marquant une continuité entre l'adolescence et l'âge adulte.

**Mots clés** Schizophrénie ; Troubles du spectre bipolaire ; Phase prémorbide ; Phase prodromique ; Étude comparative

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

**Pour en savoir plus**

Cannon M, Jones P, Gilvarry C, Rifkin L, McKenzie K, Foerster A, et al. Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences. *Am J Psychiatry* 1997;154(11):1544-1550.

Guerra A, Fearon P, Sham P, Jones P, Lewis S, Mata I, et al. The relationship between predisposing factors, premorbid function and symptom dimensions in psychosis: an integrated approach. *Eur Psychiatry* 2002;17(6):311-320.

Correll CU, Penzner JB, Frederickson AM, Richter JJ, Auther AM, Smith CW, et al. Differentiation in the preonset phases of schizophrenia and mood disorders: evidence in support of a bipolar mania prodrome. *Schizophr Bull* 2007;33(3):703-714.

Rubino IA, Frank E, Croce Nanni R, Pozzi D, Lanza di Scalea T, Siracusano A. A comparative study of axis I antecedents before age 18 of unipolar depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Psychopathology* 2009;42(5):325-332.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.186>

## P056

### Carer perspective on treatment, comorbidities and diagnosis of Paediatric ADHD in France

K. Gajria<sup>1</sup>, E. Flood<sup>2</sup>, C.N. Dietrich<sup>2</sup>, B. Romero<sup>2</sup>, S. Paillé<sup>3,\*</sup>, V. Sikirica<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Shire, Wayne, USA

<sup>2</sup> ICON Commercialisation and Outcomes, Bethesda, USA

<sup>3</sup> Shire, Boulogne-Billancourt, France

\* Corresponding author.

E-mail address: [spaille@shire.com](mailto:spaille@shire.com) (S. Paillé)

**Objectives** To examine treatment, comorbidity status and diagnosis among the French sample of the Caregiver Perspective of Pediatric ADHD (CAPP) survey.

**Methods** Carers in 10 EU countries, including France, completed an Internet survey regarding ADHD diagnosis, treatment and comorbidities. Descriptive statistics were calculated for categorical [*n* (%)] and continuous variables [mean, standard deviation (SD), median, range].

**Results** EU carers representing 3688 children/adolescents (6–17 years) with ADHD completed the survey; 486 were from France (median age 10 years, 84% male). Most (77%) French children/adolescents were currently receiving pharmacological treatment(s): 74% stimulant, 15% non-stimulant and 22% antipsychotic. Across countries, stimulant use ranged from 60% (Italy) to 93% (Germany/Netherlands), non-stimulant use from 1% (Germany) to 18% (Sweden) and antipsychotic use from 8% (Germany) to 46% (Italy). Many French children/adolescents received behaviour therapy (BT) after ADHD diagnosis (59%). Among those receiving BT, 52% began prior to starting medication. BT was often discontinued within 6 months (44%) or 6–12 (30%) months. 52% of carers reported  $\geq 1$  comorbidity; they reported the highest rates of conduct (24%), sleep (11%), eating (6%) and motor-coordination (6%) disorders, and the second-highest rates of anxiety (22%), learning difficulties (15%), oppositional defiant disorder (5%), bipolar disorder (4%) and epilepsy (2%). Time to diagnosis from first doctor's visit averaged 7 months (SD 11, median 3). 81% received a specialist referral. French carers reported the highest perceived difficulty ('great deal'/'a lot' of difficulty) obtaining a diagnosis (43%) and a specialist referral (53%).

**Conclusions** This sample of French children/adolescents with ADHD had higher non-stimulant and antipsychotic use than most other countries and higher reports of certain comorbid conditions. Carers perceived greater difficulty in obtaining a diagnosis and seeing a specialist, although time to diagnosis was lower compared with a number of other countries.

**Keywords** Attention-deficit/hyperactivity disorder; Children/adolescents; Treatment; Comorbidities; Diagnosis; Survey

**Disclosure of interest** The authors declare that they have no conflicts of interest concerning this article.

**Further reading**

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases (DSM-IV), 4th ed. Washington, DC; American Psychiatric Publishing; 1994.

Kieling R, Rohde LA. ADHD in children and adults: diagnosis and prognosis. *Curr Top Behav Neurosci* 2012;9:1–16.

Polanczyk P et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942–948.

Riley AW et al. The family strain index (FSI), reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006;15(suppl. 1):72–78.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.187>

## P057

### Perspective relationnelle de l'hallucination de l'enfant et de l'adolescent : à propos de deux cas

M.-A. Madigand-Tordjman<sup>\*,1</sup>, P.-J. Egler<sup>2,3,4</sup>, J.-M. Baleyte<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup> Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Caen, Caen, France

<sup>2</sup> Inserm U1077, Caen

<sup>3</sup> EPHE, UMR 1077, Paris

<sup>4</sup> Université de Caen Basse Normandie, UMR 1077, Caen, France

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [matordjman@yahoo.fr](mailto:matordjman@yahoo.fr)

(M.-A. Madigand-Tordjman)

**Introduction** La prévalence des hallucinations chez les enfants et les adolescents est de 4,9% à 9% [1]. Il s'agit d'un symptôme polysémique dont le repérage précoce reste un enjeu majeur du fait du risque évolutif vers un trouble psychotique cependant rare.

**Observation** Nous rapportons deux cas d'hallucinations auditives et cénesthésiques. Dans le premier cas, une adolescente de 13 ans présentait un syndrome de stress post-traumatique suite à une agression. Les hallucinations survenaient lorsqu'elle était seule dans la rue. L'approche systémique du symptôme mettait à jour un mythe familial de menace. En effet, l'agression renforçait un sentiment ancien de persécution par la société, notamment concernant ses parents handicapés par une surdité congénitale. Dans le second cas, un enfant de 9 ans présentait des hallucinations auditives se manifestant par une mélodie agréable et s'inscrivant dans un contexte de violents conflits entre sa mère et son beau-père. Contemporain d'un repli sur soi et de mouvements anxieux et tristes, ce symptôme semblait également traduire une souffrance familiale.

**Discussion** Concomitamment à l'amendement des hallucinations, la mise en perspective relationnelle du symptôme a permis de retrouver une vitalité du lien. En effet, par ce premier lien de vulnérabilité établi avec les soignants, les familles ont retrouvé confiance dans leur capacité à s'ouvrir au monde extérieur offrant ainsi une opportunité pour le changement.

**Conclusion** Une vision intégrative tenant compte non seulement des avancées de l'imagerie et des nombreux modèles neurobiologiques et neurocognitifs [2,3], mais aussi du contexte relationnel du patient, semble fondamentale à la prise en charge globale des hallucinations de l'enfant et de l'adolescent.