

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

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

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

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

R12

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

O. Bonnot

CHU de Nantes, Nantes, France

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

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

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

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

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

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

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

Pour en savoir plus

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

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

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

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

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

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

R15

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

V. Garcin

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

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

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

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

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

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

Sessions thématiques

S7

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

J.-J. Laboutière

3, rue Bauderon de Sennecé, Macon, France

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

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

séquences au fil des séparations et des recompositions conjugales vécues par ses parents.

Cette intervention vise à conceptualiser les caractéristiques de ces constellations familiales complexes qui se différencient de celles des familles par au moins deux aspects :

- la question des appartenances subjectives de chacun ;
- celle du partage des mythes familiaux.

Il est temps de construire une clinique prenant en compte l'existence de ces constellations familiales, de leur fonctionnement, de leurs aspects spécifiques sur le plan de l'exercice de la parentalité, de façon à apporter à l'enfant une aide adaptée à la réalité de sa situation familiale.

L'importance de ces familles complexes sera étudiée dans un CMP pour jeunes enfants de moins de trois ans en pédopsychiatrie. Les caractéristiques familiales y seront étudiées afin d'en percevoir l'impact et la proportion. Comment le contexte familial intervient dans le développement du bébé ? Y a-t-il des facteurs de risque ou ce contexte est-il le reflet d'une psychopathologie parentale influant directement la construction du bébé ? Comment le pédopsychiatre peut en tenir compte dans sa pratique ?

Au moment de l'adolescence apparaît de plus en plus fréquemment une vulnérabilité du lien filial après la traversée sans heurts apparents de la petite enfance. Cette vulnérabilité lorsque elle s'exacerbe conduit l'adulte parfois à vouloir démissionner et donc de ne plus assumer son rôle de parent. Ces appels à l'aide, lancés souvent dans l'urgence, manifestent l'incapacité à vivre plus longtemps des relations familiales devenues insoutenables. Ils nous amènent à réfléchir et à analyser les facteurs qui sont à l'origine de ces situations conflictuelles afin de proposer les aides les plus adaptées possibles.

Mots clés Familles complexes ; Séparation parentale ; Adolescence ; Troubles du comportement ; Filiation ; Autonomisation

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

Pour en savoir plus

Roussel L. La famille incertaine. Odile Jacob; 1989, 283 p.

Schmit G. Qui inviter ce soir ? avec A.C. Roland, C. Jeckel. Rev Neuropsychiat Enfance Adolesc 2003;51:170–177.

Tort M. Les familles monoparentales en question, Dialogue 101;1988. pp. 28–44.

Garret-Gloanec N, Pernel AS, Parent A. Impact des négligences parentales chez l'enfant de moins de trois ans. EMC Psychiatrie/Pédopsychiatrie 2013;0(0):1-11 [Article 37-208-A-85].

Steinhauer PD. Guide d'évaluation de la compétence parentale. Toronto: Institut pour la prévention de l'enfance maltraitée; 1995.

Palacio-Quintin E, Couture G, Paquet J. Projet d'intervention auprès de familles négligentes présentant ou non des comportements violents. In: Rapport de recherche présenté à Santé Bien-être. Trois-Rivières: Université du Québec à Trois-Rivières; 1995.

Philippe Jeammet. Pour nos ados, soyons adultes. Odile Jacob; 2008. Daniel Marcelli. Il est permis d'obéir. Livre de Poche; 2012.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.207>

S7A

Constellation familiale complexe

G. Schmit

CHU de REIMS, Pédopsychiatrie, Reims, France

Adresse e-mail : gerard.schmit.reims@orange.fr

Les enfants issus de couples parentaux séparés sont sur-représentés dans les consultations de pédopsychiatrie. Aussi la séparation parentale a-t-elle été longtemps considérée par les professionnels comme un facteur de risque ou une situation défavorable pour le développement de l'enfant. En fait, au delà des effets émotionnels immédiats ou plus ou moins prolongés qu'elle produit chez les membres de la famille, la séparation parentale crée une nouvelle situation familiale pour l'enfant. L'appartenance familiale de

l'enfant relève alors d'une constellation familiale complexe qui ne répond pas aux définitions habituellement utilisées : familles éclatées, familles monoparentales, familles recomposées... La complexité de cette constellation formée par au moins deux noyaux familiaux autour de chacun des parents, réside dans le fait qu'elle diffère des caractéristiques traditionnellement reconnues à la famille, à savoir le partage d'une appartenance unique et la construction commune des mythes familiaux. Au sein de la constellation familiale complexe, il existe des appartenances multiples et une hétérogénéité des mythes familiaux. La prise en compte de cette complexité est un élément important du travail avec les environnements familiaux des enfants concernés.

Mots clés Séparations parentales ; Divorces ; Appartenances ; Mythes familiaux

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.208>

S7B

Étude des familles complexes chez les 0–3 ans dans une unité de pédopsychiatrie

N. Garret-Gloanec

CHU de Nantes, CNP, secteur 2 de psychiatrie infanto-juvénile, Nantes, France

Adresse e-mail : nicole.garret@wanadoo.fr

L'unité de pédopsychiatrie du CHU de Nantes dénommée « les âges premiers – Centre Nantais de la Parentalité » reçoit des enfants de zéro à trois ans avec leurs parents. Elle s'est créée en 2001 en collaboration avec le Conseil Général. Le projet fut porté par un groupe dont deux pédiatres de PMI et deux pédopsychiatres afin de répondre aux besoins des familles dites à « problèmes multiples ou vulnérables ou complexes ou sans qualité », déterminations peu psychiatriques mais très parlantes pour les professionnels.

Treize ans après où en sommes-nous de l'étude des familles que nous recevons ? Tenons-nous notre projet ? Sur le plan clinique et théorique, cette unité a progressivement affiné ses connaissances et produit de nombreux travaux concernant l'impact des négligences sur les bébés. Nous vous présenterons une analyse du profil de ses nouveaux consultants de l'année 2013 en fonction des diagnostics portés. Nous en extrairons les caractéristiques de groupe de populations (origine de la demande, caractéristiques familiales simples, proposition de prise en charge immédiate).

Les caractéristiques familiales y seront étudiées afin d'en percevoir l'impact et la proportion. Comment le contexte familial intervient dans le développement du bébé ? Y a-t-il des facteurs de risque ou ce contexte est-il le reflet d'une psychopathologie parentale influant directement la construction du bébé ? Comment le pédopsychiatre peut en tenir compte dans sa pratique ?

Mots clés Familles complexes ; Vulnérables ; Négligences ; Bébé ; Psychopathologie parentale ; Pédopsychiatrie

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.209>

S7C

Difficultés dans les relations parents-adolescents dans les familles complexes : vers un nouveau paradigme familial ?

J. Chambry

Centre hospitalier Fondation Vallée, Gentilly, France

Adresse e-mail : j.chambry@wanadoo.fr

À partir de la pratique des consultations pédopsychiatriques familiales au sein des urgences hospitalières un phénomène semble se manifester dans les interactions familiales à l'adolescence. Ce