



HAL
open science

Le devenir à l'adolescence d'enfants atteints de troubles envahissants du développement : l'exemple de l'hôpital de jour d'Aix-en-Provence.

Claire Carbonnel Chabas, Bruno Gepner

► To cite this version:

Claire Carbonnel Chabas, Bruno Gepner. Le devenir à l'adolescence d'enfants atteints de troubles envahissants du développement : l'exemple de l'hôpital de jour d'Aix-en-Provence.. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2009, 57, pp.118-127. 10.1016/j.neurenf.2008.09.008 . hal-00484205

HAL Id: hal-00484205

<https://hal.science/hal-00484205v1>

Submitted on 18 May 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Référence de l'article :

Carbonnel-Chabas, C., Gepner, B. (2009). Le devenir à l'adolescence d'enfants atteints de troubles envahissants du développement : l'exemple de l'hôpital de jour d'Aix-en-Provence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 118–127.

**LE DEVENIR A L'ADOLESCENCE
D'ENFANTS ATTEINTS DE
TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT :
L'EXEMPLE DE L'HOPITAL DE JOUR D'AIX-EN-PROVENCE**

**THE FUTURE FOR CHILDREN AFFECTED BY PERVASIVE
DEVELOPMENTAL DISORDERS
THE EXAMPLE OF THE DAY CARE UNIT OF AIX-EN-
PROVENCE**

C. Carbonnel-Chabas¹ & B. Gepner²

¹ Centre Hospitalier Valvert, 11 boulevard des libérateurs 13011 Marseille

² Centre Hospitalier Montperrin et Laboratoire Parole et Langage, UMR CNRS 6057, Aix-en-Provence

Claire Carbonnel-Chabas

Tel : 0681374892

Tel et Fax : 0491255955

E-mail : claire.chabas@neuf.fr

Résumé

Quel est le devenir à l'adolescence des enfants atteints de troubles envahissants du développement ? Nous avons souhaité contribuer à répondre à cette question en étudiant le devenir des enfants pris en charge à l'hôpital de jour de l'hôpital Montperrin d'Aix-en-Provence entre 1988 et 2005.

Notre étude porte sur 32 patients dont 29 garçons. Pour décrire leur état clinique initial à l'hôpital de jour, nous avons réalisé des grilles d'évaluations comprenant la symptomatologie présentée lors de leur hospitalisation de jour, le diagnostic selon la CIM-10 et la CFTMEA-R, le niveau verbal, intellectuel, scolaire et d'interaction sociale. Puis nous avons rempli ces grilles grâce aux informations obtenues dans les dossiers archivés à l'hôpital Montperrin. Pour connaître leur état actuel, nous avons établi des questionnaires reprenant les mêmes items ainsi que le type de prise en charge, les activités pratiquées et les orientations envisagées, et nous avons envoyé ces questionnaires aux responsables médicaux des structures où sont actuellement placés les patients.

Les résultats de cette enquête montrent que globalement, le devenir à l'adolescence des enfants atteints de TED n'est pas aussi sombre que ce qui était décrit dans les premiers résultats de la littérature. Ainsi, le nombre de patients mutiques a été divisé par deux. Les adolescents interagissent plus avec leurs pairs (plus de 80% des enfants n'avaient pas de relation sociale à l'entrée de l'hôpital de jour contre 50% actuellement). Certains symptômes se sont nettement atténués comme les troubles du comportement auto- et hétéro-agressifs, l'instabilité. En revanche, on observe souvent la persistance de comportements inadaptés, de mouvements stéréotypés et de bizarreries qui limitent leur capacité d'adaptation sociale et professionnelle.

Comme cela a déjà été souligné dans d'autres études, nous retrouvons qu'un QI bas et une absence de langage après 5 ans semblent être des facteurs de mauvais pronostic. La catégorie diagnostique est aussi un facteur pronostique, l'autisme infantile étant la pathologie la plus grave. Nous pensons que le changement de repères nosographiques, *via* les représentations qu'ils sous-tendent et les changements de pratiques qu'ils suscitent, peuvent expliquer au moins en partie l'amélioration actuelle du pronostic des TED à l'adolescence. Le problème majeur que vient confirmer cette enquête est le manque de structures véritablement adaptées à leurs troubles.

MOTS CLES : Autisme - Troubles envahissants du développement – Devenir – Adolescence-Evaluation clinique – Evaluation socio-professionnelle – Hôpital de jour

Abstract

What is the future for children affected by pervasive developmental disorders (PDD)? In this paper, we wish to contribute answering this question by studying how children with PDD being treated into the child day care unit of Montperrin Hospital at Aix en Provence between 1988 and 2005 evolved when reaching adolescence and adulthood.

Our study includes 32 subjects (29 boys and 3 girls) with PDD. In order to describe their initial clinical status at the day care unit during childhood, we built individual assessment scales including the following items i) diagnosis according to ICD-10 (WHO, 1994) and CFTMEA-R (2000), ii) verbal and intellectual levels, iii) level of social interaction, and iv) scholar status, and we fulfilled these scales according to information found in their files archived at Montperrin Hospital. To describe their current clinical status, we established individual questionnaires including the same items plus their current type of care, the various activities they practice, and their life project, and we sent the questionnaires to the psychiatrists of the medico-social structures and services where the subjects are currently treated.

Results of our study overall show that the outcome of children with PDD is not that dark comparatively to what was first described in the literature. For instance, the number of mute subjects was divided by two. When reaching adolescence, subjects interact more with their peers (more than 80% of the children did not have any social interaction at the day care unit *versus* 50 % now). Several symptoms significantly improved such as self-injury, hetero-aggressive behaviours and hyperactivity. On the other hand inadequate, stereotyped and odd behaviours and movements mostly persisted, which constitute limitations for their social and professional adaptation. As already underlined in previous studies, a low IQ and the absence of language after 5 years old are bad prognosis factors. The diagnosis category is also a prognosis factor, infantile autism having the worst prognosis. We also suggest that the change of nosographic references, which corresponds to changes of representations and of type of treatments and education, is able to explain the better prognosis of PDD. The main problem confirmed by our study is the lack of structures and services really adapted to their disorders.

KEYWORDS: Autism – Pervasive developmental disorders-Adolescence-Clinical assessment - Social assessment- Day care hospital.

Introduction

Le travail que nous présentons ici a pour objet l'étude du devenir clinique et socio-professionnel à l'adolescence des enfants atteints de troubles envahissants du développement (TED) qui ont été pris en charge à l'hôpital de jour de l'hôpital Montperrin d'Aix en Provence entre 1988 et 2005.

Dans la littérature scientifique, le résultat final de l'évolution des enfants atteints de TED n'est pas totalement éclairci. En effet, les résultats des différentes études sont variables, et donc peu comparables. Certaines montrent des résultats pessimistes, ne constatant que peu d'évolution favorable [1,2]; d'autres sont plus optimistes [3-8]. Ceci est en partie dû, tout d'abord, à l'hétérogénéité dans les échantillons proposés. En effet, les enfants sont choisis selon des critères qui varient avec chaque auteur. Certains incluent dans leur population des arriérés mentaux par lésions cérébrales [9], d'autres y incluent des névroses graves [1]. Les études sont faites soit chez des enfants diagnostiqués précocement, soit chez des enfants vus très tardivement ou à l'âge adulte. Certaines concernent des enfants suivis en pratique libérale, d'autres en cliniques ou centres spécialisés. D'autre part, certaines statistiques concernent l'évolution spontanée sans traitement, et elles sont alors très péjoratives comme l'a décrit D. Imbert en 1981 (cité par E. Rocchesani [10]), d'autres au contraire, concernent des enfants traités [3-4,11-12]. Lorsque les enfants sont traités, ils peuvent l'être selon des techniques psychanalytiques variant selon les conceptions personnelles de l'auteur, ou selon des techniques non psychanalytiques, ou encore médicamenteuses. Certains enfants sont hospitalisés, d'autres non. De même les méthodes d'étude sont variables, il peut s'agir soit d'études rétrospectives effectuées sur des adultes psychotiques [2,8], soit d'études catamnestiques sur des populations étendues étudiées transversalement [13-15], soit d'études longitudinales sur un nombre réduit de cas [16]. Enfin jusque dans la fin des années 90 il n'y avait pas de langage nosographique homogène, les auteurs utilisaient des classifications différentes.

Tout ceci limite les possibilités de comparaisons entre les différentes études.

Il ressort néanmoins de toutes ces études que les enfants atteints de TED ne sont pas voués à la démence, comme le croyaient certains psychiatres avant la dernière guerre mondiale. Ils n'évoluent plus vers un état déficitaire voire grabataire, enfermés dans des asiles, restant mutiques, encoprétiques et énurétiques, leurs activités se limitant à des stéréotypies, des cris et des automutilations. Ces enfants peuvent, dix ou vingt ans plus tard, présenter des tableaux psychopathologiques et des modes d'adaptation variés. Nombre d'entre eux ont cependant encore une évolution grave et sévère. La plupart resteront dépendants des structures dans lesquelles ils vivent ou de leur famille. Très peu auront une intégration professionnelle, et la plupart du temps celle-ci ne pourra se faire que dans un milieu protégé [10]. D'autre part de nombreux enfants évoluent de manière positive au cours du temps, certains symptômes pouvant s'atténuer (troubles du comportement, auto- et hétéro-agressivité...) ou s'améliorer (langage, compréhension), certains peuvent atteindre un bon niveau scolaire (acquisition lecture, écriture...), mais le plus souvent des comportements inadaptés (bizarrerie, stéréotypies) persistent limitant leur intégration sociale, professionnelle et leur autonomie, comme l'ont montré Rutter et al. [15], Wolf et Goldberg [17], Fombonne et al. [18], Korkmaz [19], Mises [20], Howlin et al. [21] ou Billstedt et Gillberg [5]. Et il faut rappeler que les TED, et en particulier l'autisme comme l'a dit Lotter [13], sont des pathologies chroniques, handicapantes tout au long de leur vie.

L'hôpital de jour d'Aix-en-Provence est ouvert depuis 1988, les premiers enfants pris en charges sont maintenant âgés de 25 ans. Nous avons donc pensé avoir un recul suffisant pour tenter de répondre de manière particulière à cette question générale du pronostic des TED, c'est-à-dire celle du devenir à l'adolescence et à l'âge adulte des enfants atteints de TED ?

A travers cette étude, nous souhaitons aussi tenter de répondre à la question complexe suivante : la modification des repères nosographiques sur les TED, des représentations épistémologiques et cliniques sur ces syndromes qu'ils sous-tendent, a-t-elle entraîné des modifications dans la prise en charge et le pronostic de ces patients ? Un pronostic assez pessimiste se dégage en effet des premiers travaux sur le devenir des patients autistes et psychotiques : des termes comme « pauvre adaptation », « déficit permanent », « schizophrénie ou psychose démentielle » en sont les éléments les plus saillants [1]. Mais une différence de plus en plus marquée semble se dessiner entre les observations les plus anciennes et celles publiées plus récemment. Ces dernières présentent des résultats clairement plus positifs que les précédentes [3-6]. Nous avons donc aussi cherché à savoir si cette évolution globalement plus favorable du pronostic des TED pourrait être liée aux changements de représentation sur ces troubles.

METHODOLOGIE ET POPULATION

L'hôpital de jour d'Aix en Provence a ouvert en 1988, il fait partie du secteur de psychiatrie infanto-juvénile 13108 du Centre Hospitalier Spécialisé Montperrin (Chef de service : Dr. Rousselot). Il est dirigé par le Docteur Gepner depuis 1996. Il prend en charge 15 enfants âgés de 3 ans à 12 ans ayant des pathologies lourdes, essentiellement des TED et plus spécialement des troubles autistiques.

L'objectif de notre travail est d'étudier le devenir à l'adolescence des enfants pris en charge à l'hôpital de jour depuis son ouverture jusqu'en 2005 sans limite d'âge ou de date de sortie.

La population initiale était composée de 55 cas. Ce nombre s'est réduit au fur et à mesure de nos recherches pour différentes raisons :

- quatre familles ont déménagé dans d'autres régions ou dans d'autres pays, nous nous sommes limités aux enfants vivant dans la région
- quatre enfants ont été retirés de l'hôpital de jour par leurs parents
- neuf enfants ont été perdus de vue (dans la plupart des cas nous ne savons où ils ont été adressés à la sortie des structures où ils avaient été pris en charge après l'hôpital de jour), pour des raisons éthiques nous avons décidé de ne pas rentrer en contact avec ces familles
- deux médecins n'ont pas souhaité répondre à nos questions
- quatre enfants sont décédés à la suite de fausses routes avec inhalation, de crises d'épilepsie, ou de troubles cardiaques.

Notre population s'est donc réduite à 33 patients. Sur ces 33 enfants, 32 présentaient un TED (autisme infantile, autisme atypique, syndrome d'Asperger, autre TED, TED sans précision) isolé ou associé à une pathologie organique. Un enfant présentait un handicap psychomoteur lié à une hémorragie cérébrale sans TED associé, nous l'avons donc écarté de notre étude.

Notre étude porte donc sur 32 adolescents ou jeunes adultes. Ce groupe est composé de 3 filles et de 29 garçons.

A leur entrée à l'hôpital de jour, ils étaient âgés de 3 ans à 7 ans. Actuellement ils ont entre 12 ans et 25 ans. Ils ont bénéficié de l'hospitalisation de jour pendant des durées variables allant de 1 an ½ à 7 ans.

Pour apprécier l'état de chaque enfant durant sa prise en charge à l'hôpital de jour, nous nous sommes reportés aux dossiers archivés au C.H. Montperrin contenant les comptes-rendus successifs des différentes antennes de consultation du secteur et les documents établis à l'hôpital de jour. Nous avons pu ainsi élaborer une grille d'évaluation de l'état initial de chaque enfant. Elle comprend outre le nom, le sexe, la date de naissance et les dates

d'admission et de sortie de l'institution, la symptomatologie avec son évolution au cours de la prise en charge, l'intensité des troubles, le ou les diagnostics portés selon la CIM-10 (OMS, 1992) [22] et la CFTMEA-R (Misès et al. 2000) [23]. A l'ouverture de l'hôpital de jour et jusqu'en 1996, les diagnostics étaient portés selon la CFTMEA de 1988, de même actuellement de nombreux psychiatres l'utilisent encore dans les institutions. Nous avons donc, dans tous les cas où un diagnostic était porté seulement avec la CFTMEA, recherché la correspondance diagnostique avec la CIM-10. Il a été aussi recherché : des troubles qualitatifs et quantitatifs du langage, des troubles de l'établissement des relations interpersonnelles et sociales, des comportements répétitifs et stéréotypés, des troubles du sommeil, de l'alimentation, du comportement (instabilité, conduite auto- et hétéro-agressive), le degré d'autonomie, l'âge de début des troubles. Nous nous sommes également intéressés à leur niveau verbal, intellectuel, scolaire et d'interaction sociale. Enfin nous avons tenté de relever des informations concernant la famille.

A partir de cette grille d'évaluation nous avons pu établir un questionnaire que nous avons envoyé aux médecins des différentes structures où sont actuellement placés ces anciens enfants. Ce questionnaire reprend les mêmes items auxquels nous avons rajouté : le type de prise en charge actuelle, le type d'activités, d'ateliers pratiqués, les orientations envisagées. Nous avons fait le choix méthodologique de ne pas demander aux médecins d'avoir un entretien systématique avec les adolescents, nous ne voulions pas risquer d'interférer avec leur prise en charge. D'autre part les patients autistes se découvrent dans la durée, dans les interactions avec les adultes référents et leurs pairs ; leur comportement est variable dans le temps, ils ne se laissent pas découvrir facilement ni rapidement ; la plupart sont mutiques ou ont une communication verbale pauvre. Dans le cadre de notre enquête, ce sont les discussions avec les adultes référents qui sont les plus informatifs pour les connaître et non une consultation de 30 minutes.

RESULTATS

▪ Diagnostic

Ces 32 adolescents ou jeunes adultes présentent différents TED associés ou non à des pathologies organiques :

- 18 patients ont un autisme infantile typique dont 4 associés à une encéphalopathie et 1 à une myopathie de Duchenne
- 2 patients ont un autisme infantile atypique isolé
- 1 patient a un syndrome d'Asperger isolé
- 3 patients ont un autre TED (dysharmonie psychotique selon la CFTMEA-R) dont 1 associé à une encéphalopathie épileptique et 1 à une toxoplasmose congénitale
- 8 patients présentent un TED sans précision, dont 1 associé à un syndrome d'Angelman, 1 à un syndrome de Smith Magenis et 1 à une sclérose tubéreuse de Bourneville.

Ainsi, plus de la moitié des patients pris en charge à l'hôpital de jour présentaient un autisme infantile et comme nous le savons, il s'agit de la pathologie la plus grave et la plus handicapante parmi les TED.

- **Degré d'autonomie selon l'échelle Stéphanoise de dépendance** (Tableau 1) [24]

Les résultats sont médiocres, en particulier pour ceux qui ont un autisme infantile typique. En effet, parmi les 6 patients qui sont totalement dépendants, 5 sont autistes.

Les 2 patients relativement autonomes sont intégrés dans des collèges ordinaires avec un auxiliaire de vie scolaire (AVS), 1 a un syndrome d'Asperger.

- **Type de prise en charge** (Tableau 2)

Plus de la moitié des patients (N=20) sont placés dans des institutions en internat. Dans ces structures ils participent aux activités proposées selon leur capacité. Les autres sont pris en charge en ambulatoire en SESSAD ou SAMSAAD, et vivent chez leurs parents, soit parce que leurs troubles sont minimes, soit parce qu'ils sont en attente de place dans des structures spécialisées, soit parce que les familles ont refusé les projets proposés. Aucun ne vit seul et n'a d'intégration professionnelle.

Aucun patient n'est hospitalisé en psychiatrie adulte. Ce résultat est à nuancer car devant l'importance des troubles du comportement, 2 adolescents avaient nécessité une hospitalisation et sont morts durant leur séjour (fausses routes).

A l'exception du patient ayant un syndrome d'Asperger qui est intégré dans un collège ordinaire, il ne semble pas y avoir de différence dans la prise en charge en fonction des autres catégories diagnostiques.

- **Orientations envisagées**

A l'heure actuelle, quand elles sont envisagées, les orientations se font toutes vers des structures spécialisées type institut médico-professionnel (IMPro), maison d'accueil spécialisé (MAS), foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou beaucoup plus rarement centre d'aide par le travail (CAT, actuellement ESAT).

Il ne semble pas y avoir de différence en fonction des catégories diagnostiques.

Il est difficile d'aller plus loin dans l'analyse des résultats parce que de nombreux patients sont encore jeunes et aucune orientation n'est encore envisagée.

D'autre part les familles ne sont pas toujours d'accord avec les projets proposés ce qui peut rendre difficile les prises en charge.

- **Niveau cognitif**

Très peu d'adolescents ont été testés, il est donc difficile d'évaluer et de comparer leur niveau intellectuel.

Pour évaluer leur niveau cognitif, nous nous sommes basés sur le type de scolarité et leur évolution cognitive en évaluant l'acquisition de la lecture, de l'écriture et du calcul.

- *Scolarité*

Durant leur séjour à l'HDJ, 80% des enfants étaient scolarisés et la plus grande partie (plus de 90 %) l'était dans des structures spécialisées de type classe d'intégration scolaire (CLIS). Seuls 3 enfants étaient intégrés dans des écoles ordinaires avec AVS. 6 enfants ne sont plus scolarisés, l'arrêt est lié soit à l'importance des troubles du comportement (agressivité, intolérance à la frustration), soit à la gravité de la pathologie (myopathie de Duchenne,

sclérose tubéreuse de Bourneville). Dans la plupart de ces cas, une scolarisation en maternelle ordinaire avait été tentée mais la symptomatologie (altération de la communication et des relations sociales, troubles du comportement) était trop importante pour permettre de poursuivre cette intégration.

A l'exception de 3 enfants les patients ont poursuivi leur scolarité à la sortie de l'HDJ. Ainsi, 2 sont en 6^{ème} avec AVS dans un collège ordinaire (ils présentent un syndrome d'Asperger ou un autre TED), 4 sont intégrés à mi-temps dans une unité pédagogique d'intégration (UPI) et à mi-temps dans une classe privée, 2 sont dans des CLIS spécialisées, les autres participent à l'activité classe dans les IME.

Il ne semble pas y avoir de différence quant à l'intégration scolaire en fonction des catégories diagnostiques sauf pour le syndrome d'Asperger. En effet, cette pathologie est le plus souvent compatible avec une scolarisation en milieu ordinaire.

- *Evolution cognitive* (Tableau 3)

Globalement, on remarque que les patients ont fait des progrès significatifs dans les différents domaines (lecture, écriture, calcul) depuis leur séjour à l'HDJ. Ainsi près de 65 % des patients ne savaient pas lire ou écrire durant leur séjour à l'HDJ et pour les autres leur niveau était faible (ils lisaient ou écrivaient des mots). Actuellement seulement 50 % n'ont toujours aucune acquisition et 25 % ont un relativement bon niveau scolaire.

Pour le calcul, les acquisitions étaient très faibles durant leur séjour à l'HDJ et les progrès sont moins importants.

On remarque qu'il existe peu de différences en fonction des catégories diagnostiques à l'exception toujours du patient atteint d'un syndrome d'Asperger qui a le meilleur niveau scolaire.

■ **Evolution des symptômes** (tableau 4)

Certains symptômes se sont atténués au fil des années, notamment les troubles du comportement avec auto- et hétéro-agressivité, l'hyperactivité et l'intolérance à la frustration, sous l'effet ou non de traitements médicamenteux. Ainsi 65% présentaient des manifestations auto- ou hétéro-agressives pendant l'enfance contre 16% actuellement, ceci laisse penser que les patients ont trouvé d'autres moyens pour exprimer leur souffrance et leurs pulsions.

Les autres symptômes comme l'anxiété, les stéréotypies et les rituels sont stables et sont toujours présents chez ces jeunes adultes, limitant leur capacité d'adaptation sociale et professionnelle.

D'autre part, deux patients ont développé un syndrome dépressif dont un adolescent qui présente un syndrome d'Asperger et qui est conscient de sa différence et de ses difficultés d'intégration.

Un patient présente actuellement des idées délirantes de persécution avec probablement des hallucinations. Nous ne savons pas encore si cela signe une entrée dans la schizophrénie.

■ **Evolution du langage** (Tableau 5)

On constate des progrès de langage importants chez les patients depuis leur séjour à l'HDJ. Ainsi près de 60% des patients ne parlaient pas ou ne disaient que quelques mots à leur entrée à l'HDJ, 15% seulement parlaient dans un but de communication avec un langage plus ou moins immature. Les autres avaient un langage essentiellement écholalique.

Actuellement, seuls 30% des adolescents ou jeunes adultes sont toujours mutiques ou ne disent que quelques mots, ils compensent le plus souvent par d'autres modes de communication (des gestes ou des signes). 30% ont un discours essentiellement écholalique. 30% parlent dans un but de communication avec un langage plus ou moins immature, leur nombre a doublé.

Si on étudie l'évolution du langage en fonction des catégories diagnostiques, on remarque que les enfants atteints de TED sans précision ou d'autre TED font des progrès plus importants que ceux atteints d'autisme infantile ou d'autisme atypique. Le patient ayant un syndrome d'Asperger a le meilleur niveau, il parlait déjà couramment lors de son séjour à l'HDJ.

▪ **Evolution de la socialisation** (Tableau 6)

Les adolescents ou jeunes adultes interagissent plus avec leurs pairs : plus de 80% des enfants n'avaient pas de relation sociale à l'entrée à l'HDJ contre 50% actuellement. Seul 3 avaient des échanges limités avec quelques amis, ce nombre a quadruplé aujourd'hui, mais ils interagissent encore souvent de manière inadaptée, avec bizarrerie.

Il existe peu de différences au niveau de l'évolution de la socialisation selon les différentes catégories diagnostiques à l'exception des TED sans précision qui ont la meilleure évolution.

Il est intéressant de noter que le patient qui a un syndrome d'Asperger et qui avait les meilleures performances jusqu'à présent interagit peu avec ses pairs (et n'avait aucune relation à l'HDJ).

DISCUSSION

▪ **Devenir à l'adolescence des enfants atteints de TED**

Comme nous l'avons déjà dit, il est difficile de prédire le devenir des enfants atteints de TED à partir des données de la littérature. Un pronostic assez pessimiste se dégage des travaux antérieurs : des termes comme « pauvre adaptation », « déficit permanent », « schizophrénie ou psychose démentielle » en sont les éléments les plus saillants [1]. Mais une différence de plus en plus marquée semble se dessiner entre les observations les plus anciennes et celles publiées plus récemment. Ces dernières présentent des résultats clairement plus positifs que les précédentes [3-6].

De même elles mettent en évidence les réaménagements du fonctionnement psychique liés notamment à la nature des prises en charge institutionnelles, surtout lorsqu'elles débutent précocement et sont poursuivies et adaptées de manière cohérente [4].

Notre étude est en accord avec les résultats des études les plus récentes. En effet, les enfants atteints de TED qui ont été pris en charge à l'hôpital de jour (HDJ) d'Aix en Provence semblent au premier abord avoir un pronostic sombre. Très peu d'adolescents ou de jeunes adultes sont autonomes ou le deviendront sur le plan professionnel et social (logement). Tous les patients vivent dans une institution ou sont dépendants de leur famille et rien ne semble laisser penser que cette situation changera. Le seul lieu de travail envisageable est le CAT, mais une minorité est capable d'y travailler. Mais, lorsque nous étudions plus précisément leur évolution, nous voyons qu'ils ont fait au cours de leur prise en charge de nombreux progrès. Ainsi, le nombre de patients mutiques a été divisé par deux (30 % actuellement contre 60 % lors de leur entrée à l'HDJ) et le nombre de patients ayant un bon langage commun a doublé (30 % actuellement). De même les adolescents interagissent plus avec leurs pairs (plus de 80 % des enfants n'avaient pas de relation sociale à l'entrée de l'HDJ

contre 50 % actuellement). Certains ont fait des progrès dans les apprentissages scolaires (50 % n'ont pas d'acquisition en lecture et écriture contre 65 % à l'entrée de l'HDJ). Certains symptômes se sont nettement atténués comme les troubles du comportement auto- et hétéro-agressifs, l'instabilité. En revanche, on observe souvent la persistance de comportements inadaptés, de mouvements stéréotypés et de bizarreries qui limitent leur capacité d'adaptation sociale et professionnelle.

Leur tableau clinique s'est donc amélioré, mais de nombreux progrès restent à faire au niveau de l'efficacité thérapeutique, et de l'orientation à l'adolescence et encore plus à l'âge adulte. En effet, un problème majeur est la difficulté de plus en plus importante pour orienter les enfants à partir de l'HDJ et les adresser dans d'autres structures adaptées à leurs difficultés. Faute de structures adaptées pour les adolescents et adultes atteints de TED, il devient de plus en plus difficile de les placer. Dans le meilleur des cas, ils restent à l'HDJ ou dans les IME (grâce à l'amendement Creton). Dans les autres cas, après l'IME ils retournent dans leur famille ou risquent d'être placés dans des lieux inadaptés comme les pavillons d'entrants en psychiatrie générale. Ces enfants qui avaient été pris en charge de manière intensive en hôpital de jour, et qui avaient pu y faire des progrès, risquent à terme de se retrouver « laissés à l'abandon » et de régresser. D'autre part, ces difficultés de placement se produisent à l'adolescence, moment de changement physique et psychique qui est une étape difficile pour ces patients : à cette époque de leur vie et de celle de leurs parents, ils ont besoin d'être soutenus de manière plus importante et adaptée et souvent rien ne peut leur être proposé. Il est donc urgent, prioritaire et important de développer des structures accueillant ces patients à tous les âges de la vie.

En particulier, le pourcentage de patients décédés est plus important que dans la population générale (4 patients sur 55). Pour deux d'entre eux, l'explication en est une succession d'étapes allant de l'exacerbation de troubles du comportement à l'adolescence, au placement en service de psychiatrie avec une réponse médicamenteuse massive entraînant des fausses routes : pour ces deux cas, c'est *in fine* l'inadéquation de la réponse thérapeutique aux troubles du comportement qui est en cause, et qui justifie de manière dramatique le propos précédent.

▪ Etude des facteurs pronostiques

De nombreuses études, dont celles de Lestang-Gaultier et Duche [26], Rutter et al. [15], Korkmaz [19], Billstedt et al. [5], Rivière et al. [2], Lockyer et Rutter [27], ont montré qu'un quotient intellectuel bas et l'absence de langage après 5 ans étaient des facteurs de mauvais pronostic.

Nous avons tenté d'étudier ces deux variables dans notre étude, ainsi que l'influence de la famille et des changements nosographiques.

- Age d'apparition du langage

Dix patients n'avaient toujours pas de langage à 5 ans (7 sont autistes, 3 atteints de TED sans précision) : ils sont actuellement tous dépendants d'une structure d'accueil ou de leur famille. Ils n'ont pas d'intégration sociale ou professionnelle, ils sont relativement dépendants, passifs et doivent être stimulés. Ils ne sont plus intégrés dans des écoles, 1 seul sait lire et écrire.

Dix-sept patients parlaient avant 5 ans mais leur langage était rudimentaire, pauvre, sans valeur de communication (8 sont atteints d'autisme typique, 2 sont atteints d'autisme atypique, 5 de TED sans précision, 2 d'autre TED). Leur devenir est relativement pauvre, ils sont dépendants d'une structure ou de leurs parents, ils n'ont pas d'intégration sociale ou professionnelle envisagée (sauf pour une minorité), ils sont relativement passifs.

Cinq patients avaient un langage relativement correct avant 5 ans qu'ils utilisaient dans un but de communication (3 sont autistes, 1 a un syndrome d'Asperger, 1 un autre TED). Il semble que leur devenir soit meilleur, même si la plupart d'entre eux sont encore dépendants d'une structure ou de leur famille du fait de leur âge. Ainsi, 2 sont dans des collèges normaux, 1 est en attente de place en CAT et 2 dans des IMPro.

Il semble donc dans cette étude que l'absence de langage après 5 ans soit un facteur de mauvais pronostic. Mais la présence de langage avant 5 ans n'est pas pour autant la garantie d'une évolution toujours favorable.

- Niveau intellectuel

Très peu d'enfants ont été testés sur le plan intellectuel, nous avons donc tenté d'évaluer le niveau intellectuel des patients en fonction de leurs acquisitions scolaires et des renseignements que nous avons sur leur niveau cognitif.

Neuf patients semblent avoir un niveau intellectuel correct : 2 ont un niveau équivalent aux adolescents de leur âge et sont intégrés dans des collèges normaux (un présente un autre TED, l'autre un syndrome d'Asperger) ; 7 semblent avoir un retard mental léger, ils savent lire et écrire (4 ont un autisme, 1 un autisme atypique, 2 un TED sans précision). Trois sont en attente d'intégration professionnelle dans un CAT, les autres ont des troubles du comportement trop importants, et les orientations envisagées sont des foyers ou des IME.

Huit adolescents semblent avoir un retard mental léger à moyen, ils ont quelques acquisitions scolaires (4 ont un autisme, 2 un TED sans précision et 2 un autre TED).

Quinze patients semblent avoir un retard mental sévère, ils n'ont pas d'acquisitions scolaires (11 ont un autisme, 3 un TED sans précision, 1 un autisme atypique). Ils ne sont pas intégrés professionnellement ou socialement, le langage est pauvre ou absent, 6 ne sont pas autonomes ; les orientations envisagées sont les foyers ou les IME.

Il semble donc dans cette étude qu'un niveau intellectuel bas soit un facteur de mauvais pronostic. En effet seuls les enfants ayant un niveau intellectuel correct sont relativement autonomes et intégrés, ou en attente d'intégration professionnelle ou scolaire.

- En fonction des catégories diagnostiques

Le patient présentant un syndrome d'Asperger a le meilleur pronostic : il est intégré dans une école ordinaire avec AVS, il a un bon niveau scolaire et un bon langage courant, même si ses capacités de socialisation sont faibles.

Les patients atteints d'autisme infantile semblent avoir le moins bon pronostic : on note une faible amélioration dans les domaines de la communication, de la socialisation, de l'autonomie et des acquisitions scolaires. Ces résultats sont en accord avec les études de Lotter [13] et De Myer et al. [28].

Il ne semble pas y avoir de différence entre les autres catégories diagnostiques.

- Impact de la famille sur le pronostic des patients

Il est difficile d'évaluer précisément l'impact de la famille sur le devenir des enfants atteints de TED car nous avons relativement peu de renseignements actualisés sur les familles. Mais il semble que les familles ayant un niveau socio-économique bas, une faible insertion ou des pathologies graves, entravent la prise en charge des patients en refusant les projets proposés ou de se séparer de leurs enfants. D'autre part elles semblent avoir des capacités d'adaptation et de compréhension moins importantes.

▪ Impact du changement de nosographie sur la prise en charge des patients

Du point de vue de l'impact du changement progressif de nosographie sur le devenir des adolescents et jeunes adultes étudiés ici, l'utilisation exclusive avant 1996 de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA, 1988), qui n'avait que peu d'équivalence avec les classifications utilisées dans les pays anglo-saxons et dans le reste du monde (DSM et CIM) (défauts que la CFTMEA-R (2000) a en partie corrigés), a probablement entraîné un flou sémantique et nosographique et une univocité dans l'approche clinique et thérapeutique. L'utilisation de la CIM-10 à l'HDJ d'Aix-en-Provence à partir de 1996 (complétée par la classification française) a participé d'un changement progressif des représentations sur la nature des troubles dont sont atteints les enfants (avec l'apparition de la notion de troubles envahissants du développement du système nerveux central), mais aussi de leur origine supposée (origine multifactorielle et non plus seulement psychogénétique), de leurs mécanismes psychopathologiques mais aussi physiopathologiques sous-jacents, ainsi que sur leur prise en charge.

Ainsi, avant 1996, la prise en charge à l'hôpital de jour était principalement tournée vers le soin psychique (psychothérapies individuelles intensives) et soutenue par une approche psychanalytique post-kleinienne et psychothérapique institutionnelle. Après 1996, sans renier cet héritage, et en y ayant toujours recours, la prise en charge à l'hôpital de jour s'est progressivement enrichie d'approches évaluatives, éducative et rééducative spécialisées, en partie inspirées ou issues de la littérature internationale, et de partenariats renforcés avec l'école et le monde associatif. Le travail avec les familles a aussi sensiblement changé, passant d'une approche psychothérapeutique exclusivement centrée sur les défauts supposés ou réels de maternage et d'interactions précoces mère-enfant, à une offre d'aides plus diversifiées (guidance, relation d'aide, soutien psychologique, entretiens thérapeutiques,...).

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2005 d'utiliser la CIM-10 pour effectuer le diagnostic d'autisme et autres TED, venant conforter notre choix de recourir à la CIM-10 dès 1996, devraient avoir plusieurs conséquences :

- premièrement, les diagnostics sont portés selon des critères précis, basés sur l'absence ou la présence de symptômes et non plus selon la présence ou l'absence de traits psychopathologiques variant selon la formation ou les convictions des praticiens. Ceci permet d'une part de centrer la prise en charge sur les signes cliniques présentés par les patients pour les faire évoluer, et d'autre part d'adapter la prise en charge à chaque enfant.
- deuxièmement, l'utilisation par les équipes françaises de la nosographie internationale permet de comparer leurs travaux avec ceux des autres équipes, d'utiliser d'autres techniques thérapeutiques adaptées aux handicaps cognitifs et sociaux, et non plus seulement aux troubles psycho-affectifs.
- enfin, l'élaboration de ces classifications permet de réétudier les grands syndromes présentés par les enfants, et de remettre en question l'univocité des théories antérieures.

CONCLUSION

Plusieurs points importants ressortent de notre étude. Tout d'abord, le devenir des enfants atteints de TED semble s'être nettement amélioré depuis les premières études : même si, à l'adolescence et l'âge adulte, ils restent dépendants des structures ou de leur famille, ils font de nombreux progrès dans différents domaines (verbal, comportemental, relationnel et social).

L'étude des facteurs pronostiques a confirmé en partie que l'absence de langage après 5 ans et un QI bas étaient des facteurs de mauvais pronostic.

Parmi les différentes catégories de TED, le syndrome d'Asperger est la pathologie qui a le meilleur pronostic, tandis que le groupe des autistes typiques a les résultats les moins bons. D'autre part, il existe un grand nombre de perdus de vue (18 patients). Il est donc nécessaire de développer une coordination entre tous les professionnels de la santé mentale et également que des personnes référentes puissent suivre le parcours des patients tout au long de leur vie. La création de la Maison Départementale de la Personne Handicapée (MDPH) en 2005 devrait à ce titre, nous l'espérons, améliorer le suivi de ces personnes atteintes d'affections handicapantes, et argumenter leurs besoins d'accompagnement sur leur vie entière.

Le devenir à l'adolescence et à l'âge adulte des personnes atteintes de TED, malgré certains progrès non négligeables obtenus par les professionnels depuis 30 ans, reste un sujet épineux, sous-tendu par la persistance d'une carence de soins spécifiques, d'une carence de places et de prise en charge véritablement adaptés pour ces personnes, et ce malgré une prise en compte par les pouvoirs publics de ces carences depuis la circulaire Veil de 1995.

Il n'est pas étonnant que, dans ce contexte, la France ait été condamnée par le conseil de l'Europe en 2003 pour insuffisance de prise en charge des personnes handicapées. La question du devenir et de la prise en charge des personnes atteintes de TED à l'adolescence et l'âge adulte, reste un problème crucial et assez souvent dramatique. Il est essentiel que les psychiatres, relayés par les organismes de tutelle et les pouvoirs publics, continuent de se saisir de ces problèmes encore trop ignorés et relégués à un secteur médico-social insuffisamment préparé et outillé pour s'occuper de ces personnes : il existe une forme d'hypocrisie dans le fait que les personnes atteintes de TED soient considérées comme malades et donc soignées dans le secteur de psychiatrie infanto-juvénile jusqu'aux environs de 12 ans, et deviennent des personnes handicapées et relevant donc du champ médico-social après cet âge. Des moyens conceptuels, humains et techniques, tant du point de vue sanitaire que socio-éducatif et professionnel, doivent être consacrés plus largement et sur leur vie entière à ces personnes atteintes de TED, dont on voit grâce à notre étude et à d'autres qu'elles peuvent évoluer favorablement du moment qu'elles font l'objet d'une attention et de soins aussi adaptés que possible, en l'état actuel de nos connaissances. Le récent rapport du Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé [29] (Avis N°102 « Sur la situation en France des personnes, enfants et adultes, atteintes d'autisme ») du 8 novembre 2007 et le nouveau plan autisme 2008-2010 (« *Construire une nouvelle étape de la politique des troubles envahissants du développement et en particulier de l'autisme* ») destiné à améliorer la connaissance, la formation, le repérage et l'accompagnement des personnes atteintes de TED en France, vont tout à fait dans le sens de nos conclusions.

Remerciements : Nous tenons à remercier tout particulièrement l'équipe de l'hôpital de jour qui, jour après jour, essaie et parvient à trouver de nouvelles voies pour accompagner, soigner et éduquer ces enfants que nous confient leurs parents.

BIBLIOGRAPHIE

1. Amado G.- Le devenir de 55 cas sévères de psychiatrie infantile. *Psychiatrie de l'Enfant* 1967 ; X (2) : 465-537.
2. Rivière P, Braconnier A, Duche DJ.- Evolution des psychoses infantiles précoces : étude rétrospective. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1980; 28 (3) : 117-131.
3. Arbousse-Bastide H.- L'enfant psychotique devenu adulte : limite et spécificité de sa prise en charge en hôpital de jour. *Nervure* 1998; XI (3): 43-44.
4. Ballaban-Gil K, Rapin I, Tuchman R.- Longitudinal examination of the behavioral, language and social changes in population of adolescents and young adults with autistic disorder. *Pediatric Neurology* 1996; 15 (3): 217-223.
5. Billstedt E, Gillberg C, Gillberg C. - Autism after adolescence : population based 13 to 22 year follow up study of 120 individuals with autism diagnosed in childhood. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2005; 35 (3): 351-360.
6. Carbonnel-Chabas, C.- Le devenir à l'adolescence d'enfants atteints de TED : l'exemple de l'HDJ d'Aix en Provence. Thèse méd, Marseille, 2007. CIM-10. Masson, ed Paris 1994.
7. Lechevalier B, Flavigny H. Evolution de la schizophrénie infantile chez le grand enfant et l'adolescent (Etude de 70 cas observés à la clinique de neuropsychiatrie infantile entre 1954 et 1964). *Revue de Neuropsychiatrie Infantile* 1967 ; 15, n° 1-2 : 51-75.
8. Lucas G, Talan I.-L'enfant traité en institution, étude rétrospective dans un hôpital de jour. In : Lebovici S, Kestemberg E. le devenir de la psychose de l'enfant. Paris, Presses universitaires de France 1978 : 53-126.
9. Lebovici S.- L'enfant psychotique devenu adulte. In : Le devenir de la psychose de l'enfant. Paris, Presses universitaires de France 1978 : 15-35.
10. Rocchecani E. L'évolution de l'autisme infantile à propos de la réévaluation de 22 cas d'autisme infantile après leur sortie de l'hôpital de jour. Thèse méd., n°3020, Bordeaux II, 1990.
11. Richer S. Evolution de 25 enfants perturbés traités en soins intensifs de jour (rapport d'une étude de réévaluation). *Psychiatrie de l'Enfant* 1997 ; XX (2) : 433-477.
12. Tedo P, Faraggi P.- Evolution de la psychose infantile : A propos de 53 cas de sorties d'hôpitaux de jour pour adolescents. *Information Psychiatrique* 1991 ; n° 2 : 125-128.
13. Lotter V. - Social adjustment and placement of autistic children in Middlesex: a follow-up study. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 1974; 4 (1): 11-32.
14. Manzano J, Lamunière MC, Peckova M.- L'enfant psychotique devenu adulte, résultats d'une étude catamnétique de 20 années sur 100 cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1987 ; 35 (10) : 429-443.
15. Rutter M, Greenfeld D, Lockyer L.- A five to fifteen year follow-up study of infantile psychosis. II. Social and behavioural outcome. *British Journal of Psychiatry* 1967; 113: 1183-1199.
16. Kanner L. - Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 1971; 1 (2): 119-145.
17. Wolf L, Goldberg B. Autistic children grow up: an eight to twenty-four year follow-up study. *Can. J. Psychiatry* 1986; 31: 550-556.
18. Fombonne E.- Etude des itinéraires d'enfants autistiques et psychotiques et de leur devenir à l'adolescence et à l'âge adulte. Rapport final du contrat de recherche n° 88-i attribué par le CTNERHI mai 1994.
19. Korkmaz B. - Infantile Autism: Adult outcome. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 2000; 5 (3): 164-170.
20. Mises R.- Evolution de l'autisme et des psychoses précoces à l'adolescence et à l'âge adulte. *Le carnet Psychiatrique* 2002 ; nov : 13-15.
21. Howlin P, Goode S, Hutton J. - Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004; 45:2:212-229.
22. World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (ICD-10)*, Geneva: WHO.
23. Mises R, Quemada N, Botbol M., Bursztejn C, Durand B, Garrabé J, Golse B, Jeammet P, Plantade A, Portelli C, Thevenot J-P. Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA-R 2000. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2002; 50 (1) : 1-24.
24. Blanchon Y.C, Gibert G, D'Hondt. Niveau de dépendance des enfants et adolescents porteurs d'autisme. Suivi longitudinal à 5 ans. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2001 ; 49 : 218-225.
25. Tardif C, Gepner B.- L'autisme. Ed Nathan, 2003.
26. Lestang-Gaultier E, Duche DJ.- Contribution à l'étude du diagnostic et de l'évolution des psychoses infantiles. *Revue de Neuropsychiatrie Infantile* 1967 ; 15, (1-2) : 19-49.
27. Lockyer L, Rutter M. - A five to fifteen-year follow-up study of infantile psychosis. III. Psychological aspects. *British Journal of Psychiatry* 1969; 115: 865-882.
28. DeMyer MK, Barton S, DeMyer WE. - Prognosis in autism: a follow-up study. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 1973; 3 (3): 199-246.
29. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (2007). « Sur la situation en France des personnes, enfants et adultes, atteintes d'autisme », Avis N° 102.

Tableau 1 : Degré d'autonomie

| | Autisme infantile | Autisme atypique | Syndrome d'Asperger | Autre TED | TED sans précision |
|----------------------------------|-------------------|------------------|---------------------|-----------|--------------------|
| Dépendance totale | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Dépendance partielle continue | 9 | 2 | 0 | 2 | 4 |
| Dépendance partielle discontinue | 4 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Relativement autonome | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |

Tableau 2 : Type de prise en charge

| | Autisme infantile | Autisme atypique | Syndrome d'Asperger | Autre TED | TED sans précision |
|--------------------|-------------------|------------------|---------------------|-----------|--------------------|
| Psychiatrie adulte | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| IME | 11 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| IMPro/EMPro | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| EEAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Foyer de vie | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| SESSAD ou SAMSAD | 5 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| CAT | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

IME : institut médico-éducatif

IMPro : Institut Médico-professionnel

EEAP : Etablissement d'Enfants et d'Adolescents Polyhandicapés

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SAMSAD : Service d'Aide Mobile et de Soins pour Adultes Autistes à Domicile

CAT : Centre D'aide par le Travail (actuel ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail)

Tableau 3 : Niveau scolaire

| | Autisme infantile | | Autisme atypique | | syndrome d'Asperger | | autre TED | | TED sans précision | |
|---|-------------------|---------|------------------|---------|---------------------|---------|----------------|---------|--------------------|---------|
| | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 |
| Lecture | | | | | | | | | | |
| Ne lit pas | 12 | 10 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 4 |
| Lit des mots | 5 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| Lit des phrases | 1 | 6 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| Ecriture | | | | | | | | | | |
| N'écrit pas | 12 | 10 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 4 |
| Écrit son nom | 5 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| Écrit des phrases | 1 | 6 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| Calcul | | | | | | | | | | |
| Ne sait pas compter | 16 | 13 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 8 | 4 |
| Fait des additions | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Fait des multiplications, des divisions | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |

Tableau 4 : Evolution des symptômes

| | A l'entrée de l'HDJ | Actuellement |
|--|----------------------------|---------------------|
| 1. Tristesse, dépression | 0 | 2 |
| 2. Anxiété, angoisse | 12 | 12 |
| 3. Peurs, phobies | 0 | 0 |
| 4. Intolérance à la frustration | 12 | 7 |
| 5. Plaintes somatiques | 1 | 3 |
| 6. Troubles du comportement alimentaire | 2 | 4 |
| 7. Troubles du sommeil | 2 | 1 |
| 8. Enurésie, encoprésie | 5 | 5 |
| 9. Hyperactivité, instabilité | 18 | 13 |
| 10. Agressivité envers les autres | 20 | 5 |
| 11. Manifestations auto-agressives | 17 | 6 |
| 12. Rituels, compulsions | 10 | 9 |
| 13. Mouvements stéréotypés | 22 | 21 |
| 14. Troubles du cours de la pensée | 0 | 2 |
| 15. Hallucinations | 0 | 0 |
| 16. Syndrome de référence | 0 | 1 |
| 17. Opposition, manifestations caractérielles | 3 | 3 |
| 18. Inhibition | 3 | 2 |

Tableau 5 : Niveau de langage

| | Autisme infantile | | Autisme atypique | | syndrome d'Asperger | | autre TED | | TED sans précision | |
|---|-------------------|---------|------------------|---------|---------------------|---------|----------------|---------|--------------------|---------|
| | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 |
| Utilise des phrases globalement correctes | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 5 |
| Discours surtout écholalique | 5 | 5 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Quelques mots seulement | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 1 |
| Pas de langage | 7 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 1 |

Tableau 6 : niveau de socialisation

| | Autisme infantile | | Autisme atypique | | syndrome d'Asperger | | autre TED | | TED sans précision | |
|---|-------------------|---------|------------------|---------|---------------------|---------|----------------|---------|--------------------|---------|
| | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 | à l'entrée HDJ | En 2006 |
| A des vrais échanges avec des amis de son âge | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 5 |
| A des échanges limités avec quelques amis | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 | 2 |
| pas de relations sociales avec les pairs | 18 | 12 | 2 | 2 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 1 |

