



## Étude des comportements-problèmes de 148 adultes atteints de troubles du spectre autistiques institutionnalisés

L. Longuépée, M. Bouvard, B. Assouline

### ► To cite this version:

L. Longuépée, M. Bouvard, B. Assouline. Étude des comportements-problèmes de 148 adultes atteints de troubles du spectre autistiques institutionnalisés. *Psychologie Française*, 2019, 64, pp.71 - 83. <10.1016/j.psfr.2017.09.003>. <hal-03486749>

**HAL Id: hal-03486749**

**<https://hal.science/hal-03486749v1>**

Submitted on 21 Dec 2021

**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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

Etude des comportements problèmes de 148 adultes atteints de troubles du spectre autistiques  
institutionnalisés.

Title: Study of problem behaviors in 148 adults inpatients with autistic spectrum disorders.

Lucie Longuépée, Laboratoire de Psychologie et NeuroCognition (LPNC), doctorat en  
psychologie, Université de Savoie Mont Blanc, Département de psychologie,

BP 1103, 73011 Chambéry, France

Autisme, fonctions exécutives

Martine Bouvard\*, Laboratoire de Psychologie et NeuroCognition (LPNC), professeure de  
psychologie, Université de Savoie Mont Blanc, Département de psychologie,

BP 1103, 73011 Chambéry, France

Psychopathologie cognitive, Psychométrie, fonctions exécutives

Brigitte Assouline, responsable du Centre Alpin de Diagnostic précoce de l'Autisme  
(CADIPA), médecin responsable, Centre Hospitalier Alpes Isère

BP 100 38521 Saint Egrève cedex, France

Autisme, pédopsychiatrie

\*Auteur pour la correspondance

Martine Bouvard

[Martine.Bouvard@univ-smb.fr](mailto:Martine.Bouvard@univ-smb.fr)

Tel : 04/79/75/83/42

Remerciements : cette recherche a bénéficié d'une bourse CIFRE avec le Centre Hospitalier  
Alpes Isère

Etude des comportements problèmes de 148 adultes atteints de troubles du spectre autistiques  
institutionnalisés.

Title: Study of problem behaviors in 148 adult inpatients with autistic spectrum disorder.

## Résumé (149 mots)

Des adultes atteints de trouble du spectre de l'autisme et vivant dans des institutions spécialisées ont été le sujet de notre étude. L'évaluation comportementale des résidents a été réalisée avec l'Echelle Pour l'Observation des Comportements-problèmes d'Adultes avec Autisme (EPOCAA) de Recordon-Gaboriaud et Granier-Deferre. Il apparaît que notre échantillon obtient des résultats très différents de celui de l'échantillon de Recordon-Gaboriaud et Granier-Deferre. Notre principal objectif a été d'étudier l'effet de la sévérité de la déficience intellectuelle et de la médication sur l'échelle d'évaluation des comportements problèmes. La première hypothèse porte sur le degré de la déficience intellectuelle : plus elle sera sévère et plus la probabilité d'avoir des comportements problèmes sera grande. Nous faisons également l'hypothèse que les différentes médications interagissent avec les comportements problèmes évalués à l'EPOCAA. Il ressort que la déficience intellectuelle profonde associée à l'autisme majore les comportements problèmes. La seconde hypothèse concernant la médication est invalidée.

### Résumé long (347 mots) :

**Objectifs :** Des adultes atteints de trouble du spectre de l'autisme (TSA) et vivant dans des institutions spécialisées ont été le sujet de notre étude ( $n= 148$ ). L'évaluation des comportements problèmes a été réalisée au moyen d'un nouvel outil, l'Echelle Pour l'Observation des Comportements-problèmes d'Adultes avec Autisme (EPOCAA) de Recordon-Gaboriaud et Granier-Deferre. Un premier objectif a été de répliquer les données de l'EPOCAA sur un nouvel échantillon adulte institutionnalisé. L'objectif principal de la présente étude a été d'étudier les effets de la sévérité du retard mental (ou déficience intellectuelle) et de la médication en fonction de la fréquence et la diversité des comportements problèmes évalués au moyen de l'EPOCCA. La première hypothèse porte sur le degré de la déficience intellectuelle : plus elle sera sévère et plus la probabilité d'avoir des comportements problèmes sera grande. La seconde hypothèse porte sur la médication (psychotrope et/ou antiépileptique) : nous faisons l'hypothèse que les différentes médications (ou leur absence) interagissent avec les comportements problèmes évalués à l'EPOCAA.

**Méthode :** Premièrement, nous avons comparé les résultats de notre échantillon avec le manuel de l'EPOCAA avec un  $d$  de Cohen. Deuxièmement, nous avons réalisé une analyse de covariance multivariée (MANCOVA) en introduisant comme facteurs fixes le retard mental, le genre, la prise d'antiépileptiques (variable binaire en oui/non), la prise de psychotropes (variable binaire en oui/non) avec l'âge en covariable.

**Résultats :** Tous les participants souffrent d'un retard intellectuel de profond à sévère nécessitant leur séjour dans des établissements spécialisés. L'évaluation comportementale des résidents à partir de l'EPOCAA montre que dans l'ensemble les notes obtenues sont beaucoup moins élevées dans notre échantillon que dans l'échantillon de Recordon-Gaboriaud et Granier-Deferre. La déficience intellectuelle profonde associée à l'autisme

maïore les comportements problèmes par rapport à la déficience sévère. Il ressort que le retard mental des résidents affecte deux domaines : activités sensorimotrices/stéréotypies et utilisation d'objets ainsi que la sévérité des difficultés des interactions sociales. La seconde hypothèse (les différentes médications ou leur absence interagissent avec les comportements problèmes) est invalidée. L'ensemble de ces résultats est discuté en vue d'une amélioration des conditions d'accueil des résidents.

**Mots-clés :** Troubles du Spectre Autistique (TSA) de l'adulte ; comportements problèmes ; niveau verbal ; Centre de soins.

Abstract (317 mots)

**Objectives:** We studied adults with autism spectrum disorder living in a specialized residential care home (n=148). The participants' behavioral problems were assessed using the French-language Scale for the Observation of Behavioral Problems in Adults with Autism (*Échelle Pour l'Observation des Comportements-problèmes d'Adultes avec Autisme*, EPOCAA; Recordon-Gaboriaud & Granier-Deferre). The study's main objectives were to (i) replicate the data from the EPOCAA reference group in a new sample of institutionalized adults, and (ii) study the impact of intellectual disability and medication on the EPOCAA scale. Our first hypothesis was that the severity of intellectual impairment would be associated with a greater likelihood of major behavioural problems. Our second hypothesis was that treatment (or the absence of treatment) with psychotropic and/or antiepileptic medications would interact with the behavioural problems evaluated on the EPOCAA.

**Method:** We first used Cohen's d to compare the results from our sample with those given in the EPOCAA. Next, we performed a multivariate analysis of covariance with

intellectual impairment, sex, the use of anti-epileptic medications (as a yes/no binary variable), and the use of psychotropic medications (as a yes/no binary variable) as fixed factors, and age as a covariate.

Results: All patients suffered from profound to severe intellectual impairment and low autonomy, which justified their permanent residence in a care home. A behavioral assessment of the study participants showed that the overall EPOCAA scores were much lower in the study sample than in the scale's reference sample. The combination of profound intellectual disability and autism was associated with more behavioral problems than severe intellectual impairment. The residents' intellectual impairments were predominantly related to two domains (object use and sensorimotor activities/stereotypy) and to the severity of difficulties in the social interactions domain. The second hypothesis was not confirmed: the presence or absence of the various medications did not appear to influence behavioral problems. These results are discussed with a view to improving the residents' quality of life.

**Keywords:** adult autism spectrum disorders (ASD); problem behaviors; verbal level; care center.

## **1. Introduction**

Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) se caractérise par une altération qualitative du développement et du fonctionnement qui se manifeste essentiellement par une altération des interactions sociales et de la communication, le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des intérêts et des activités de l'individu. Spécifiquement, ce noyau symptomatique entrave le développement de l'enfant et constitue au cours de la vie une caractéristique envahissante du fonctionnement de la personne. Chaque élément de ce noyau peut survenir avec un degré de sévérité variable et présenter différents types de manifestations au niveau individuel (Haute Autorité de Santé [HAS], 2010). Cette triade symptomatique persiste à l'âge adulte (Billstedt, Gillberg & Gillberg, 2007 ; Matson, Wilkins & Ancona, 2008) lorsqu'aucune prise en charge efficace n'a été faite au cours de la vie en particulier dans la petite enfance.

Les troubles du comportement ou comportements problèmes fréquemment observés au sein de la population autiste adulte sont relatifs aux automutilations, aux stéréotypies, aux comportements agressifs/destructeurs envers les autres ou le matériel, aux comportements répétitifs, aux comportements d'autostimulation, à l'isolement, aux comportements sociaux inappropriés (Baghdadli, Pascal, Grisi, & Aussilloux, 2003 ; Brinkley et al., 2007 ; Hartley, Sikora, & McCoy, 2008 ; LoVullo & Matson, 2009 ; Matson et al., 2011 ; Matson, Wilkins & Macken, 2009). Une définition des comportements problèmes (ou comportements-défis) serait un écart par rapport à la norme de ce qui est attendu. Ils mettent en danger la sécurité physique de la personne et/ou celle d'autrui, limitant le fonctionnement social de l'individu et rendant les apprentissages impossibles (Willaye & Magerotte, 2008).

Il ressort de la littérature qu'une déficience intellectuelle sévère à profonde associée au diagnostic de l'autisme majore la présence de comportements problèmes. Ainsi, selon Hartley et collaborateurs (2008) les troubles du comportement observés chez les personnes atteintes de TSA sont significativement corrélés avec un fonctionnement cognitif plus altéré, un niveau

de langage expressif moins développé et des capacités d'adaptation plus altérées. Il apparaît que plus la déficience est sévère et plus il y a de probabilité que la personne présente des comportements problèmes et une communication inadéquate (Willaye & Magerotte, 2008). Cette comorbidité entraîne la présence de comportements problèmes tels que les automutilations, les comportements antisociaux et la destruction de matériel (Howlin, Goode, Hutton & Rutter, 2004 ; Matson & Shoemaker, 2009). L'étude de Borthwick-Duffy sur la prévalence des conduites destructrices, rapportée par Willaye et Magerotte (2008) montre que les comportements destructeurs (agression, automutilation et destruction de matériel) sont plus fréquents chez les personnes ayant un double diagnostic (déficience intellectuelle et trouble mental) par rapport à celles ne présentant qu'une déficience intellectuelle. La synthèse de Carr et collaborateurs sur le Support Positif au Comportement également résumée par Willaye et Magerotte (2008) rapporte une proportion croissante de comportements problèmes chez des personnes souffrant d'autisme seul (11,3%), d'autisme associé à un retard mental (15,3%) et de retard mental et/ou d'autisme associé à d'autres troubles mentaux (22,1%).

La Haute Autorité de Santé dans son argumentaire publié en 2011, rapporte que l'utilisation de médication psychotrope est très fréquente chez les adultes souffrant de TSA (Haute Autorité de Santé, 2011). Ainsi, la réponse la plus fréquente des institutions aux troubles du comportement d'adultes souffrant d'autisme et de retard mental est la prise d'une médication psychotrope (Willaye & Magerotte, 2008). Les études de cohorte d'adultes institutionnalisés souffrant d'autisme font état d'une polymédication variant de 50% des cas (Baghdadli, Gonnier, Valancogne, & Aussilloux, 2005) à 61,8% des cas (Spencer et al., 2013). Rappelons également, que la synthèse de Carr et collaborateurs résumée par Willaye et Magerotte (2008) montre que l'autisme associé à la déficience mentale et à d'autres troubles mentaux obtient une plus grande prévalence de comportements problèmes par rapport à l'autisme seul. Ainsi il semblerait que la médication est une réponse aux comportements

problèmes d'adultes en institution. Les troubles épileptiques sont une autre comorbidité fréquemment associé au TSA (American Psychiatric Association, 2013). Des études ont mis en évidence que les individus présentant la combinaison TSA et troubles épileptiques manifestent significativement plus de troubles comportementaux relatifs aux automutilations, aux comportements perturbateurs, à l'irritabilité, à l'hyperactivité, aux comportements répétitifs/stéréotypés, à l'utilisation répétitive et inappropriée d'objets, et aux intérêts sensoriels inhabituels, que les sous-groupes d'individus atteints de TSA sans troubles épileptiques associé (Cuccaro et al., 2012 ; Smith & Matson 2010b, 2010c). Les individus présentant un TSA avec déficience intellectuelle et épilepsie présentent des compétences sociales significativement plus limitées par rapport aux individus atteints de TSA (Hara, 2007 ; Smith & Matson, 2010a). D'autres auteurs ont observé que les anomalies électroencéphalogrammes et les troubles épileptiques surviennent à des taux significativement plus élevés chez les enfants caractérisés par la gamme du spectre de l'autisme la plus altérée sur les domaines symptomatiques inhérents à ce handicap (Gabis, Pomeroy & Andriola, 2005 ; Parmeggiani et al., 2010 ; Viscidi et al., 2013). Ainsi, les troubles épileptiques apparaissent être un des facteurs négatifs pour les prédictions du développement cognitif, adaptatif, comportemental et émotionnel pour les personnes atteintes de TSA (Hara, 2007). Les personnes présentant la combinaison d'un diagnostic de TSA, déficience intellectuelle et troubles épileptiques, constituerait un sous-groupe clinique très gravement handicapé et caractérisé par un niveau adaptatif de fonctionnement relativement limité dans leurs divers environnements de vie (Danielsson et al., 2005). En plus de la déficience intellectuelle, de l'épilepsie et des troubles mentaux associés à l'autisme, d'autres facteurs risquant d'augmenter la probabilité d'apparition des comportements problèmes ont été mis en évidence telles les particularités sensorielles (hypersensibilité ou hyposensibilité au bruit et à la lumière

par exemple), voire la présence de maladie somatique (O'Neill et al., 2008 ; Willaye & Magerotte, 2008).

Actuellement, des prises en charge permettent de diminuer les comportements problèmes d'une personne adulte souffrant d'autisme. Si les comportements problèmes sont vus comme une conséquence de l'autisme et l'environnement comme non adapté à l'autisme, il est possible de proposer une évaluation des comportements problèmes de l'adulte souffrant d'autisme et une intervention visant à les atténuer. La modélisation des comportements problèmes comprend trois éléments : les antécédents (contexte, événements) ; la description des comportements problèmes et les conséquences qui maintiennent les comportements problèmes (O'Neill et al., 2008 ; Willaye & Magerotte, 2008). Trois outils d'évaluation disponibles en français permettent l'évaluation des comportements problèmes : l'IMPACT de Willaye et Magerotte (2008), l'entretien d'évaluation fonctionnelle de O'Neill et collaborateurs (2008) et l'échelle pour l'observation des comportements problèmes d'adultes avec autisme (EPOCAA, Recordon-Gaboriaud & Grenier-Deferre, 2012). L'IMPACT est organisé en différents niveaux d'évaluation fonctionnelle. Il aborde les trois éléments du modèle fonctionnel à savoir les antécédents (événements contextuels et antécédents immédiats), le comportement et les conséquences (modèle ABC) et représente une synthèse de différents outils existants. Les questions abordées dans la première évaluation (évaluation abrégée) sont reprises dans une évaluation fonctionnelle détaillée si l'évaluateur obtient un score de confiance moyen vis-à-vis des hypothèses issues de l'évaluation abrégée. A l'issue de la version détaillée, il cote à nouveau son degré de confiance vis-à-vis des hypothèses émises (objectifs thérapeutiques). Il est invité à réaliser des observations directes des comportements problèmes s'il obtient à nouveau un score de confiance moyen. L'IMPACT comprend aussi une version modifiée de la « Motivation Assessment Scale » de Durand et Crimins (1988) qui permet de mieux cerner la fonction des comportements problèmes (obtenir

ou éviter une sensation, de l'attention ou du matériel). La dernière partie de l'outil concerne l'évaluation des renforçateurs et les compétences (forces) de la personne observée. L'IMPACT est un outil d'évaluation fonctionnelle aboutissant à une hypothèse concernant la fonction des comportements problèmes avec la connaissance des leviers sur lesquels s'appuyer pour proposer une modification des comportements problèmes. Son objectif est de permettre une intervention pour améliorer les comportements. L'entretien d'évaluation fonctionnelle (EEF ; O'Neill et al., 2008) a pour principal objectif de recueillir des informations sur les événements (lieu, état physique, caractéristiques sensorielles et environnement) présents lors de l'apparition des comportements problèmes. Il commence par la description précise des comportements problèmes. Ensuite une description des événements contextuels est réalisée (problèmes physiques, médicaments, sommeil, alimentation, activités) associée au repérage des antécédents immédiats des comportements problèmes. De plus, l'EEF recherche la fonction du comportement problème en identifiant les conséquences de ce dernier. Il recense les comportements fonctionnels déjà présents ainsi que les moyens de communication et les renforçateurs spécifiques à la personne observée. Il se termine par l'élaboration d'une hypothèse (repérer les antécédents et les conséquences des comportements problèmes) de manière à élaborer un programme thérapeutique. L'échelle pour l'observation des comportements problèmes d'adultes avec autisme (EPOCAA) permet d'évaluer la fréquence des comportements problèmes dans les treize domaines suivants : Recherche de l'isolement, Interactions sociales, Contact visuel, Troubles thymiques et manifestations de l'anxiété, Conduites auto-agressives, Conduites agressives envers autrui, Manifestation de l'affectivité et contacts corporels, Activités/réactivités sensori-motrices/Stéréotypies/Autostimulations, Réactivité au changement et à la frustration, Utilisation des objets, Réactivité aux stimuli sensoriels, Conduites inadaptées en collectivité, Autonomie personnelle. Elle donne une description en termes de fréquence et de sévérité des

comportements problèmes et comprend 190 items. Cette grille d'observation permet de repérer les domaines où les comportements problèmes sont les plus fréquents et d'identifier ainsi les troubles du comportement qui demandent une prise en charge. Recordon-Gagoriaud et Granier-Deferre (2012) ont réalisé une Analyse en Composantes Principales sur 95 items de l'EPOCAA définissant « une typologie » de l'individu observé permettant de le situer sur cinq types de réactivité comportementale. L'EPOCAA a été étudiée sur un groupe d'adultes autistes déficitaires (N=120) vivant en institution spécialisée, 81% de l'échantillon présentant un autisme sévère. La moyenne d'âge des participants est de 29,46 ans avec une étendue de 16 à 54 ans. La majorité des participants (73%) est dans la catégorie jeunes adultes (35 ans ou moins). L'échantillon est composé d'autant d'hommes que de femmes, ce qui n'est pas représentatif de l'autisme (Recordon-Gagoriaud & Granier-Deferre, 2012). Le principal intérêt de l'EPOCCA est de donner la fréquence et la sévérité des comportements problèmes dans treize domaines et d'avoir été étudié sur une population d'adultes présentant un autisme.

Dans cet article nous présenterons un descriptif d'une population adulte présentant un diagnostic principal de TSA et vivant au sein de structures spécialisées françaises. Nous nous intéresserons aux comportements problèmes et aux facteurs risquant d'augmenter leur probabilité. Dans un papier précédent [REDACTED] nous avons étudié l'impact du profil sensoriel des participants sur les comportements problèmes aussi n'aborderons nous pas ici ce point. Outre les données recueillies dans les dossiers médicaux et auprès d'un tiers référent principal du résident, nous donnerons un descriptif des caractéristiques cliniques recueillies au moyen de l'échelle d'évaluation centrée sur les comportements problèmes des adultes présentant un TSA (EPOCAA). Un premier objectif sera de répliquer (ou non) les données de l'EPOCAA sur un nouvel échantillon adulte institutionnalisé. L'EPOCCA a été développé récemment et n'a bénéficié que d'une étude princeps décrivant essentiellement la mise au point de l'outil. De plus, il nous a paru

intéressant de vérifier si cette évaluation des comportements problèmes permettait de retrouver les données de la littérature concernant la déficience intellectuelle associée à l'autisme (à savoir une augmentation des comportements problèmes en fonction de la sévérité de la déficience intellectuelle). Enfin, du fait de la fréquence de la polymédication chez les adultes institutionnalisés souffrant d'autisme, nous avons voulu vérifier s'il existait des différences dans les comportements problèmes en fonction des différentes médications. Ainsi, notre principal objectif sera d'étudier l'effet de la sévérité de la déficience intellectuelle (ou retard mental) et de la médication sur l'échelle d'évaluation des comportements problèmes. La première hypothèse porte sur le degré de la déficience intellectuelle : plus elle sera sévère et plus la probabilité d'avoir des comportements problèmes sera grande. La seconde hypothèse porte sur la médication (psychotrope et/ou antiépileptique) : nous faisons l'hypothèse que les différentes médications (ou leur absence) interagissent avec les comportements problèmes évalués à l'EPOCAA.

## **2. Méthodologie**

### **2.1. Participants**

La population ciblée par la recherche concerne des personnes adultes ayant un diagnostic de TSA nécessitant leur accueil et leur prise en charge en institution spécialisée. Les résidents devaient fréquenter leur établissement d'accueil à temps complet depuis au moins 6 mois (temps d'adaptation de la personne à son environnement quotidien). Un total de 148 résidents a été inclus dans notre étude répartis au sein de 20 établissements spécialisés.

### **2.2. Matériel**

Les éléments d'anamnèse (par exemple, âge, diagnostic, sexe) des participants ont été recherchés dans les dossiers médicaux et institutionnels. La sévérité du retard mental (ou déficience intellectuelle) a été estimée par l'évaluateur (psychologue) auprès des référents de chacun des participants et de leurs dossiers, selon les critères du DSM-IV-TR (American

Psychiatric Association, 2000). La médication actuelle des résidents a été classée selon le Système de Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (Collaborating Center for Drug Statistics Methodology de l'Organisation Mondiale de la Santé [Source internet : <http://www.whocc.no/>]). Ainsi, la catégorie Neurologique/psychiatrique se subdivise en Psycholeptiques ((N05), Psychoanaleptiques (N06), Anti-parkinsoniens (N04), Antiépileptiques (N03), Analgésiques (N02) et Autres médicaments en relation avec le système nerveux (N07).

*Échelle Pour l'Observation des Comportements-problèmes d'Adultes avec Autisme (EPOCAA)* de Recordon-Gaboriaud et Granier-Deferre (2012). Cette échelle d'évaluation permet de noter la présence ou non d'un grand nombre de troubles du comportement autistique répartis au sein de 13 domaines décrits précédemment. La cotation s'effectue dans un premier temps selon une échelle binaire (présence ou absence du comportement). Puis la fréquence d'apparition du comportement (gravité des symptômes) est notée sur une échelle de 1 (parfois : le comportement s'observe une fois par semaine ou quelque fois dans le mois) à 3 (très souvent : le comportement est observé plusieurs fois par jour). Les résultats obtenus aux différents items des treize domaines sont additionnés selon un score de diversité (somme de la présence des comportements) et un score de sévérité (somme de fréquence d'apparition des comportements). Quatre notes globales ont été retenues pour les besoins de la présente étude : la note de sévérité des difficultés (score total des notes de sévérité des difficultés obtenues aux 13 domaines), la note de diversité des difficultés (score total des notes de diversité des difficultés obtenues aux 13 domaines), la note de difficultés typiques (nombre de difficultés parmi celles qui sont les plus fréquentes de l'échantillon de l'étude princeps) et la note de difficultés rares (nombre de difficultés parmi celles très rarement rencontrées de l'échantillon de l'étude princeps) ainsi que les notes de sévérité et de diversité pour chacun des treize domaines. L'EPOCAA a été étudiée sur une population française d'adultes autistes vivant en

structures spécialisées considérée comme l'étude princeps.

### 2.3. Outils statistiques

Dans un premier temps nous avons comparé les résultats de notre échantillon avec le manuel de l'EPOCAA. La comparaison des données de notre échantillon avec celles du manuel de l'EPOCAA a été faite au moyen d'un  $d$  de Cohen, cette comparaison a été interprétée selon les standards d'Ellis (2009). Afin d'étudier le lien (éventuel) entre le genre et l'EPOCAA nous avons effectué un  $t$  de Student. Une correction de Bonferroni a été appliquée lors de l'étude des 13 domaines de l'EPOCAA ( $0,05/13 = 0,003$ ). Dans un second temps, nous avons réalisé une analyse de covariance multivariée (MANCOVA) en introduisant comme facteurs fixes le retard mental, le genre, la prise d'antiépileptiques (variable binaire en oui/non), la prise de psychotropes (variable binaire en oui/non) avec l'âge en covariable. Ceci nous a permis d'étudier les éventuels effets d'interactions sur les troubles du comportement en général et sur les sous-échelles de l'EPOCAA en particulier, tout en tenant compte des effets de l'ensemble des facteurs en même temps.

### 2.4. Procédure

Les données démographiques et cliniques ont été recueillies dans les dossiers médicaux ou auprès des référents des participants alors que l'EPOCCA a été remplie par un tiers, référent principal de chacun des participants. Le protocole de recherche a été agréé par un Comité Ethique de Recherche (29/01/2012). Nous avons dans un premier temps comparé nos données à celles du manuel de l'EPOCAA et étudié l'effet du genre sur les troubles du comportement. L'objectif principal de la présente étude a été d'étudier les effets de la sévérité du retard mental (ou déficience intellectuelle) et de la médication en fonction de la fréquence et la diversité des comportements problèmes évalués au moyen de l'EPOCAA.

## 3. Résultats

### 3.1. Statistiques descriptives des résidents adultes atteints de TSA et institutionnalisés

Nous avons regroupé l'ensemble des diagnostics recueillis sous le terme de Trouble envahissant du développement (American Psychiatric Association, 2000). Plus précisément, 70% (N=103) des diagnostics correspondent à une classification de l'autisme dans sa forme « typique » et 30% (N=45) des diagnostics restant correspondent à une classification de l'autisme dans sa forme « atypique » (données disponibles sur demande). La moyenne d'âge est de 10 ans lors du diagnostic. Dans le tableau I, nous présentons le récapitulatif des informations caractéristiques des résidents. Plus de la majorité des résidents sont des hommes (N=104 ; 70%). La moyenne d'âge des 148 résidents est de 32,97 (8,82), (étendue de 19 à 59 ans). Nous avons également présenté la répartition des effectifs des résidents selon trois classes d'âge (19-28 ans / 29-38 ans / 39-59 ans). Quatre-vingt-quinze participants (64%) ont moins de 35 ans. Tous les participants présentent une déficience intellectuelle associée au diagnostic de l'autisme : 31 % présentent un retard mental grave (F72.x [318.1]) et 69% sont dans la catégorie « retard mental profond » (F73.x [318.2]) selon les critères du DSM-IV-TR. Au niveau de la médication actuelle des résidents, 83% d'entre eux ont une prescription de médicaments à visée neurologique/psychiatrique et seulement 17% des résidents n'ont aucune prescription médicale. D'après les dossiers médicaux, 49% des résidents ont une médication antiépileptique (N=72) et 75% prennent des psychotropes (N=111). Parmi les médications psycholeptiques (N05), 62% des prescriptions concernent des antipsychotiques, 38% des anxiolytiques et 11% des hypnotiques/sédatifs. La prescription de psychoanaleptiques (N06) concerne seulement 11% des participants. La prise de médicaments est très fréquente dans notre échantillon puisque seulement 17% des résidents n'ont aucune médication, 8% ont une médication antiépileptique seule, 34% des résidents ont une médication psychotrope sans antiépileptique et 41% des résidents ont une médication combinée psychotrope et antiépileptique.

Insérer par ici le tableau I

### 3.2. Echelle Pour l'Observation des Comportements-problèmes d'Adultes avec Autisme (EPOCAA)

Le tableau II présente les résultats obtenus par les 148 résidents en termes de diversité des difficultés et de sévérité des difficultés selon les 13 domaines de l'EPOCAA et les quatre notes globales retenues : scores totaux de sévérité et de diversité des difficultés, note des difficultés typiques et note des difficultés rares. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes à l'exception du domaine 4 (*troubles thymiques et manifestations de l'angoisse*) pour la diversité des difficultés ( $t(146) = 2,94$  ;  $p = 0,003$ ) et la sévérité des difficultés ( $t(146) = 3,19$  ;  $p = 0,001$ ) où les femmes obtiennent une moyenne plus élevée que les hommes. La comparaison de la note totale de diversité des difficultés de notre échantillon avec celle du manuel de l'EPOCAA (Recordon-Gaboriaud & Granier-Deferre, 2012) donne un  $d$  de Cohen égal à 1,37 (très grand effet). Il est égal à 1,04 (grand effet) pour la note totale de la sévérité des difficultés, à 0,96 (grand effet) pour la note des difficultés typiques et à 0,44 (petit effet) pour la note des difficultés rares. En ce qui concerne la sévérité des difficultés de chacun des 13 domaines, nous obtenons un seul effet de grande taille ( $d = 0,91$ ) pour le domaine 8 (*activités et réactivités sensorimotrices*), sept effets de taille moyenne ( $d = 0,52$  à  $0,78$ ) pour les domaines 1, 2, 3, 4, 9, 11 et 12 et trois effets de petite taille ( $d = 0,21$  à  $0,46$ ) pour les domaines 5, 6 et 7. Enfin, deux domaines (10 (*utilisation d'objets*) et 13 (*conduites inappropriées*)) obtiennent un  $d < 0,20$  (pas d'effet). En résumé, l'échantillon de l'étude princeps (Recordon-Gaboriaud & Granier-Deferre, 2012) obtient des notes moyennes plus élevées que notre échantillon sauf pour les domaines 10 et 13. La note de diversité des difficultés, de sévérité des difficultés, la note des difficultés typiques et la note de sévérité du domaine 8 (*activités et réactivités sensorimotrices*) sont beaucoup moins élevées dans notre échantillon que dans le groupe de l'étude princeps avec une grande taille de l'effet. Les notes de sévérité des difficultés des autres domaines sont

également moins élevées, avec une taille de l'effet moyenne pour sept domaines et une taille de l'effet petite pour le domaine 5 (*conduites auto-agressives*), 6 (*conduites agressives envers autrui*) et 7 (*manifestations de l'affectivité*). Le genre n'apparaît pas avoir d'effet sur les troubles de comportement à l'exception du domaine 4 (*troubles thymiques et manifestations de l'angoisse*). Ce résultat apparaît être un résultat attendu en accord avec les données de la littérature.

Insérer par ici le tableau II

### 3.3. Effet du retard mental et de la médication sur les scores totaux de diversité et de sévérité des difficultés et les treize domaines de l'EPOCAA

Nous avons recherché l'effet de la déficience intellectuelle sur les comportements problèmes évalués à l'EPOCAA conjointement à l'effet de la prise de médication antiépileptique, de la prise de médication psychotrope et du genre avec l'âge comme covariant. Il n'existe pas d'interaction entre le retard mental, le genre, la médication antiépileptique et la médication psychotrope pris deux par deux, trois par trois ou tous ensembles sur les troubles du comportement. Il apparaît que ni la médication (antiépileptique et psychotrope) ni l'âge ou le genre n'ont un effet sur les troubles du comportement lorsque l'on applique la correction de Bonferroni. Le retard mental a un effet dans le total de la sévérité des difficultés ( $F= 13,57$ ,  $p= 0,0003$ ), dans la sévérité des difficultés du domaine 2 (*interactions sociales* ;  $F= 10,46$ ,  $p= 0,001$ ), le domaine 8 (*activités et réactivités sensorimotrices* ; diversité des difficultés,  $F= 10,84$ ,  $p= 0,001$  et sévérité des difficultés,  $F= 10,89$ ,  $p= 0,001$ ) et le domaine 10 (*utilisation d'objets* ; diversité des difficultés,  $F= 11,02$ ,  $p= 0,001$  et sévérité des difficultés  $F= 11,37$ ,  $p= 0,0009$ ). Ainsi, dans les domaines 8 (*activités sensorimotrices*) et 10 (*utilisation d'objets*), il existe un effet du retard mental dans la diversité des difficultés comme dans la sévérité des difficultés de comportement. Pour le score total comme pour les domaines, les résultats vont

dans le sens attendu, à savoir que les participants ayant un niveau de retard profond obtiennent des scores plus élevés que les participants ayant un niveau de retard grave.

#### **4. Discussion**

La population ciblée par notre recherche concerne des personnes adultes ayant un diagnostic parmi le Trouble du Spectre de l'Autisme et une répercussion fonctionnelle de leur handicap nécessitant leur accueil et leur prise en charge institutionnelle à temps complet. Nous avons observé que 70% des diagnostics correspondent à une classification de l'autisme dans sa forme « typique » et 30 % correspondent à une classification de l'autisme dans sa forme « atypique » et fait le constat d'un âge tardif du diagnostic par rapport aux recommandations actuelles de bonnes pratiques. Comme le souligne Fleurentdidier (2011) le diagnostic demeure fréquemment trop tardif, alors même que sa précocité est reconnue comme susceptible d'améliorer l'évolution ultérieure des symptômes autistiques. Tous les participants présentent une déficience intellectuelle grave à profonde associée au diagnostic de l'autisme, ce qui pourrait expliquer le placement en institution. En général, la proportion de TSA associée à une déficience intellectuelle grave à profonde est de 40% dans l'autisme (Fombonne, 2003). Le ratio hommes/femmes (70% d'hommes et 30% de femmes) montre une prévalence des genres cohérente avec les données de littérature (HAS, 2010 ; Fombonne, 2003, 2009 ; Fleurentdidier, 2011). La moyenne d'âge des 148 résidents est de 32,97 ans, ce qui fait l'originalité de notre étude. En effet, la majorité des recherches concerne l'enfant ou l'adolescent et peu s'intéresse aux adultes atteints de TSA. La proportion de prescription de psychotropes (75%) est sensiblement plus élevée que les données issues de la revue de littérature, certainement dû au fait que notre échantillon est composé d'adultes. En effet, les taux de prévalence observés par les études antérieures varient selon l'âge des participants : 55,1% au sein d'une cohorte de jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans (Bachmann et al., 2013), 64,1% au sein d'une cohorte d'adultes âgés de 21 à 61 ans (Lake, Balogh & Lunskey, 2012) et

70% au sein d'une cohorte d'adultes âgés de plus de 20 ans (Esbensen, Greenberg, Seltzer, & Aman, 2009). La répartition des psychotropes chez nos participants est sensiblement semblable aux données issues de la littérature : les neuroleptiques sont prescrits dans 56,3 % ou 85% des cas, les anxiolytiques dans 30,3% ou 40% des cas, les hypnotiques dans 10% des cas et les antidépresseurs dans 10% ou 24,6% des cas (Baghdadli et al., 2005 ; Lake et al., 2012). La polymédication ou cumul de prescriptions est présente chez 58% des résidents de notre cohorte, ce qui est également concordant avec les taux recensés par les études antérieures, tels que 50% de cas de polymédication au sein d'une cohorte d'adultes âgés de 20 à 35 ans (Baghdadli et al., 2005), 61,8% de cas de polymédication au sein d'une cohorte d'adultes âgés de 18 à 20 ans (Spencer et al., 2013), ou 40,6% au sein d'une cohorte d'adolescents et d'adultes (Esbensen et al., 2009). Les taux de prescription de psychotropes sont significativement plus élevés chez les personnes ayant une médication antiépileptique par rapport à celles qui n'en ont pas. Cette observation est en accord avec les données de la littérature (Spencer et al., 2013 ; Bachmann et al., 2013 ; Rosenberg et al., 2010). Presque la moitié des participants de l'étude, (49%) prennent une médication antiépileptique, ce qui correspond aux données de la littérature compte tenu de l'âge de nos sujets. En effet, les taux de prévalence de l'épilepsie varient de 38,3% (Giovanardi-Rossi, Posar, & Parmeggiani, 2000) chez des enfants et adolescents à 58,5% chez des individus TSA âgés de 20 ans ayant fait l'expérience d'au moins une crise d'épilepsie (Parmeggiani et al., 2010). Au final, il ressort que tous les participants ont une déficience intellectuelle de grave à profonde associée au diagnostic de TSA. La prise d'une médication antiépileptique et les taux de prescription médicamenteuse sont en accord avec la littérature, compte tenu de l'âge de nos sujets.

Nous nous sommes intéressées plus particulièrement à l'évaluation comportementale des résidents à partir de l'EPOCAA. La moyenne du total de la diversité des difficultés, celle du total de la sévérité des difficultés et la note de difficultés rares sont statistiquement

beaucoup moins élevées dans notre échantillon que dans l'échantillon de l'étude princeps (Recordon-Gaboriaud & Granier-Deferre, 2012). Il en est de même pour l'ensemble des moyennes de sévérité des difficultés obtenues dans onze domaines. Les deux domaines où les deux groupes sont les plus semblables sont les domaines 10 (*utilisation des objets*) et 13 (*autonomie personnelle*). Ainsi apparaît-il que notre échantillon obtient des résultats très différents de celui de l'échantillon de Recordon-Gaboriaud et Granier-Deferre (2012). Cet échantillon est composé de sujets ayant pour la plupart un autisme sévère (81%) évalué à l'échelle « Childhood Autism Rating Scale » (CARS) et accueillis en institution. Le nombre de femmes est comparable au nombre d'hommes, la médiane de l'âge est de 27,5 ans. Aucune autre donnée n'est fournie concernant les participants de l'étude princeps (déficience intellectuelle associée et médication actuelle). La sévérité de la pathologie autistique n'a pas été évaluée dans notre étude, ce qui est représenté une limite. Nous retrouvons les résultats de l'échantillon de Recordon-Gaboriaud et Granier-Deferre (2012) en ce qui concerne la comparaison hommes/femmes à l'EPOCAA. Cependant notre échantillon est plus représentatif de l'autisme puisque le groupe est composé de 70% d'hommes et apparaît plus âgé (médiane de l'âge = 32 ans) que l'échantillon de Recordon-Gaboriaud & Granier-Deferre. Il ressort que notre échantillon aurait moins de comportements problèmes que l'échantillon de l'étude princeps en termes de diversité et de sévérité des difficultés comportementales. Deux hypothèses peuvent être avancées : notre groupe est plus âgé que le groupe de l'étude princeps et il serait peut-être plus « polymédiqué ». Il est également probable que le biais de sélection de l'échantillon de l'étude princeps (choix d'adultes autistes déficitaires les plus sévères) explique en partie cette différence. Néanmoins cette divergence entre les deux groupes interroge. En effet, le calcul de deux notes retenues (note de difficultés typiques et note de difficultés rares) a été réalisé à partir des participants de l'étude princeps. Or, la comparaison de la note de difficultés typiques (nombre de difficultés parmi celles qui sont les plus

fréquentes de l'échantillon de l'étude princeps) des deux groupes de participants montre une grande divergence contrairement à la note de difficultés rares (qui pourrait s'expliquer par l'effet plancher). D'autres études seraient nécessaires pour déterminer les caractéristiques d'un échantillon représentatif de la population adulte autiste accueillie en institution et vérifier leurs réponses à l'EPOCAA. Présentement, les deux domaines (*utilisation des objets* et *autonomie personnelle*) pourraient être considérés comme les points faibles de notre échantillon alors que le domaine 8 (*activités/réactivités sensorimotrices, stéréotypies, autostimulations*) représenterait le point fort de nos participants (score de sévérité des difficultés moindre) par rapport au groupe de l'étude princeps. Il nous a semblé intéressant de rapporter les indices de diversité et de sévérité des difficultés pour chacun des treize domaines afin de permettre des comparaisons ultérieures avec d'autres échantillons. La diversité des manifestations de l'autisme rend nécessaire des études de nombreuses équipes afin d'avoir une meilleure représentativité du phénomène. L'échelle d'évaluation des comportements problèmes pour les adultes est la seule à avoir été étudiée sur une population française parmi les échelles recommandées par la HAS (2011) sur un échantillon de taille comparable au nôtre. Elle permet un recueil standardisé des comportements problèmes caractéristiques de l'autisme à l'âge adulte. Il reste, nous semble-t-il, à établir des normes de référence pour cet outil. L'EPOCAA se différencie de l'IMPACT et de l'EEF dans la mesure où elle ne permet pas d'avoir des hypothèses sur la fonction des comportements problèmes ni sur leur maintien. Elle apparaît utile pour obtenir globalement un relevé des comportements problèmes. Elle pourrait être améliorée en tenant compte du lieu où l'on note un comportement problème (salle à manger versus salle d'activités par exemple). De notre point de vue, l'IMPACT et l'EEF sont plus utiles aux équipes pour une intervention sur les comportements problèmes alors que l'EPOCAA serait plus utile pour une évaluation clinique.

La première hypothèse (plus la déficience intellectuelle sera sévère et plus les comportements problèmes seront nombreux) est partiellement validée. En effet, les résidents ayant une déficience intellectuelle profonde présentent plus de comportements problèmes en termes de sévérité des difficultés (note totale) par rapport à ceux ayant une déficience intellectuelle grave ; ils présentent plus de comportements problèmes en termes de sévérité des difficultés dans le domaine des *interactions sociales* (domaine 2) et ils présentent plus de comportements problèmes en termes de sévérité et de diversité des difficultés dans deux domaines : *activités/réactivités sensori-motrices/stéréotypies et autostimulations* (domaine 8) et *utilisation des objets* (domaine 10). Pour les autres domaines, il n'existe pas d'effet de la déficience intellectuelle sur les comportements problèmes lorsque l'on tient compte de l'âge, du genre et de la médication (antiépileptique et psychotrope). Rappelons cependant que tous les participants présentaient un retard mental, ce qui peut limiter la portée de l'étude. Ces résultats sont concordants aux données de la littérature rapportée dans l'introduction. La seconde hypothèse (les différentes médications ou leur absence ont un effet sur les comportements évalués) est invalidée. Aucun effet de la médication n'apparaît sur les différents domaines évaluant les troubles du comportement lorsqu'on prend également en compte la déficience intellectuelle, le genre et l'âge. Remarquons que la médication antiépileptique est en général associée à des psychotropes puisque seulement 8% des résidents de notre étude ont une médication antiépileptique seule. Aussi, apparaît-il difficile d'évaluer les effets d'une épilepsie ou d'un autre trouble mental (troubles anxieux par exemple) sur les comportements problèmes (et inversement) du fait de l'intrication des médications et de la présence d'une déficience intellectuelle.

Les comportements problèmes des adultes résidant dans des structures spécialisées pourraient être améliorés par le support positif au comportement (Willaye & Magerotte, 2008). Le support positif au comportement essaie d'augmenter les comportements alternatifs

appropriés tout en utilisant des stratégies de contrôle des situations qui déclenchent le comportement problème et a pu être appliqué à des adultes institutionnalisés (pour une documentation détaillée, nous renvoyons à l'ouvrage de Willaye et Magerotte, 2008). A notre connaissance, cette technique est encore peu utilisée dans les structures recevant des adultes présentant un TSA en France. Il est également possible de modifier les comportements problèmes avec la méthode TEACCH et améliorer ainsi la qualité de vie d'adultes vivant en institution (Panerai, Ferrente & Zingale, 2002). Gerber et collaborateurs (2011) ont mis au point un programme pour diminuer les comportements problèmes d'adultes autistes avec déficience intellectuelle. Ce programme apparaît efficace dans la diminution des comportements problèmes (Gerber et al., 2011). Enfin, les institutions dédiées à l'accueil d'adultes ayant un TSA auraient avantage à privilégier la mise en place de stratégies de communication non verbale pour diminuer les comportements problèmes (Magerotte, Bouchez & Willaye, 2010) ou modifier les comportements verbaux et non verbaux « nuisant » à la communication, tels les stéréotypies et écholalies (Walton & Ingersoll, 2013).

En conclusion, notre étude est la première à avoir utilisé l'EPOCAA et à retrouver les résultats de la littérature concernant la déficience intellectuelle. Des interventions basées sur les comportements problèmes pourraient améliorer la qualité de vie des adultes présentant un autisme et celle de leur entourage.

Pas de conflit d'intérêt

## **Bibliographie**

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: Fourth edition Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: Fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bachmann, C.J., Manthey, T., Kamp-Becker, I., Glaeske, G., & Hoffmann, F. (2013). Psychopharmacological treatment in children and adolescents with autism spectrum disorders in Germany. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2551-2563.

Baghdadli, A., Gonnier, V., Valancogne, F., & Aussilloux, C. (2005). Etude descriptive de l'utilisation de psychotropes chez les personnes autistes de 20 à 35 ans en institution du Languedoc-Roussillon. *Encéphale*, 31(3), 302-308.

Baghdadli, A., Pascal, C., Grisi, S., & Aussilloux, C. (2003). Risk factors for self-injurious behaviours among 222 young children with autistic disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(8), 622-627.

Billstedt, E., Gillberg, I.C., & Gillberg, C. (2007). Autism in adults: symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1102-1110.

Brinkley, J., Nations, L., Abramson, R.K., Hall, A., Wright, H.H., Gabriels, R., Gilbert, J.R., Pericak-Vance, M.A.O., & Cuccaro, M.L. (2007). Factor Analysis of the Aberrant Behavior Checklist in Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1949-1959.

Collaborating Center for Drug Statistics Methodology de l'Organisation Mondiale de la Santé. Système de Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique [Source internet : [http ://www.whocc.no/](http://www.whocc.no/)]

Cuccaro, M.L., Tuchman, R.F., Hamilton, K.L., Wright, H.H., Abramson, R.K., Haines, J.L., Gilbert, J.R., & Pericak-Vance, M. (2012). Exploring the Relationship Between Autism

Spectrum Disorder and Epilepsy Using Latent Class Cluster Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 1630-1641.

Danielsson, S., Gillberg, C., Billstedt, E., Gillberg, C., & Olsson, I. (2005). Epilepsy in Young Adults with Autism: A Prospective Population-based Follow-up Study of 120 Individuals Diagnosed in Childhood. *Epilepsia*, 46(6), 918-923.

Ellis P.D. (2009). Thresholds for interpreting effect sizes. Polytechnic University, Hong Kong. [www.polyu.edu.hk/.../thresholds\\_for\\_interpreting\\_eff](http://www.polyu.edu.hk/.../thresholds_for_interpreting_eff)

Esbensen, A.J., Greenberg, J.S., Seltzer, M.M., & Aman, M.G. (2009). A Longitudinal Investigation of Psychotropic and Non-Psychotropic: Medication Use among Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1339-1349.

Fleurentdidier, N. (2011). *L'autisme : une priorité de santé publique au point de jonction du sanitaire et du médico-social. Projet d'une structure dédiée aux adultes autistes au Centre Hospitalier Guillaume Régnier*. Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Fombonne, E. (2003). Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4), 365-382.

Fombonne, E. (2009). Epidemiology of Pervasive Developmental Disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591-598.

Gabis, L., Pomeroy, J., & Andriola, M.R. (2005). Autism and epilepsy: Cause, consequence, comorbidity, or coincidence ? *Epilepsy & Behavior*, 7, 652-656.

Gerber, F., Bessero, S., Robbiani, B., Courvoisier, D.S., Baud, M.A., Traoré, M.C., Blanco, P., Giroud, M., & Galli Carminati, G. (2011). Comparing residential programmes for adults with autism spectrum disorders and intellectual disability: outcomes of challenging behavior and quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(9), 918-932.

Giovanardi-Rossi, P., Posar, A., & Parmeggiani, A. (2000). Epilepsy in adolescents and young adults with autistic disorder. *Brain & Development*, 22, 102-106.

[REDACTED]

Hara, H. (2007). Autism and epilepsy: A retrospective follow-up study. *Brain & Development*, 29, 486-490.

Hartley, S.L., Sikora, D.M., & McCoy, R. (2008). Prevalence and risk factors of maladaptive behavior in young children with Autistic Disorder. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(10), 819-829.

Haute Autorité de Santé [HAS], (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*. Argumentaire Janvier 2010.

Haute Autorité de Santé (2011). *Recommandations pour la pratique clinique : Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte*. Argumentaire Juillet 2011.

Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 212-229.

Lake, J.K., Balogh, R., & Lunskey, Y. (2012). Polypharmacy profiles and predictors among adults with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 1142-1149.

LoVullo, S.V., & Matson, J.L. (2009). Comorbid psychopathology in adults with Autism Spectrum Disorders and intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1288-1296.

Magerotte, G., Bouchez, M.H., & Willaye, E. (2010). *L'intervention psycho-éducative : des pratiques pour favoriser le développement des personnes avec autisme*. In Tardif, C. (ed), *Autisme et pratiques d'intervention*. Marseille : Solal, 85-126.

Matson, J.L., Kozlowski, A.M., Worley, J.A., Shoemaker, M.E., Sipes, M., & Horovitz, M. (2011). What is the evidence for environmental causes of challenging behaviors in persons with intellectual disabilities and autism spectrum disorders?. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 693-698.

Matson, J.L., & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1107-1134.

Matson, J.L., Wilkins, J., & Ancona, M. (2008). Autism in adults with severe intellectual disability: an empirical study of symptom presentation. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 33, 36-42.

Matson, J.L., Wilkins, J., & Macken, J. (2009). The Relationship of Challenging Behaviors to Severity and Symptoms of Autism Spectrum Disorders. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2(1), 29-44.

O'Neill, R.E., Horner, R.H., Albin, R.W., Sprague, J.R., Storey, K., & Newton, J.S. (2008). *Évaluation fonctionnelle et développement de programmes d'assistance pour les comportements problématiques*. Bruxelles : de Boeck.

Panerai, S., Ferrente, L., & Zingale, M. (2002). Benefits of the treatment and education of autistic and communication handicapped children (TEACCH) program as compared with a non-specific approach. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 318-327.

Parmeggiani, A., Barcia, G., Posar, A., Raimondi, E., Santucci, M., & Scaduto, M.C. (2010). Epilepsy and EEG paroxysmal abnormalities in autism spectrum disorders. *Brain & Development*, 32, 783-789.

Recordon-Gaboriaud, S., & Granier-Deferre, C. (2012). *Echelle Pour l'Observation des Comportements-problèmes d'Adultes avec Autisme (EPOCAA)*. Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée (ECPA).

Rosenberg, R.E., Mandell, D.S., Farmer, J.E., Law, J.K., Marvin, A.R., & Law, P.A. (2010). Psychotropic Medication Use Among Children With Autism Spectrum Disorders Enrolled in a National Registry, 2007–2008. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 342-351.

Smith, K.R.M., & Matson, J.L. (2010a). Social skills: Differences among adults with intellectual disabilities, co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1366-1372.

Smith, K.R.M., & Matson, J.L. (2010b). Psychopathology: Differences among adults with intellectually disabled, comorbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 743-749.

Smith, K.R.M., & Matson, J.L. (2010c). Behavior problems: Differences among intellectually disabled adults with co-morbid autism spectrum disorders and epilepsy. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1062-1069.

Spencer, D., Marshall, J., Post, B., Kulakodlu, M., Newschaffer, C., Dennen, T., Azocar, F., & Jain, A. (2013). Psychotropic Medication Use and Polypharmacy in Children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 132(5), 833-840.

Viscidi, E.W., Triche, E.W., Pescosolido, M.F., McLean, R.L., Joseph, R.M., Spence, S.J., & Morrow, E.M. (2013). Clinical Characteristics of Children with Autism Spectrum Disorder and Co-Occurring Epilepsy. *PloS ONE*, 8(7), e67797, 1-11.

Walton, K.M., & Ingersoll, B.R. (2013). Improving social skills in adolescents and adults with autism and severe to profound intellectual disability: a review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 594-615.

Willaye, E., & Magerotte, G. (2008). *Evaluation et intervention auprès des comportements-défis. Déficience intellectuelle et/ou autisme*. Bruxelles, De Boeck.

Tableau I : Récapitulatif des informations caractéristiques des résidents (N=148 résidents)

Table I: Summary of the patients' characteristics (N = 148 inpatients)

		N	%
Genre	Hommes	104	70
	Femmes	44	30
Age	19-28 ans	55	37
	29-38 ans	53	36
	39-59 ans	40	27
Retard mental	Grave	46	31
	Profond	102	69
Médication présente		123	83
Pas de médication		25	17
Psychotrope	Oui	111	75
	Non	37	25
Antiépileptique	Oui	72	49
	Non	76	51
Médication	N05A : antipsychotiques	92	62
	N05B : anxiolytiques	56	38
	N05C : hypnotiques et sédatifs	16	11
	N06A : antidépresseurs	17	11
	N03 : Antiépileptiques	72	49
	Médication antiépileptique seule	12	8
	Médication psychotrope seule	51	34
	Médication psychotrope et antiépileptique	60	41

Tableau II : Moyenne et écart-type aux domaines de l'EPOCAA et scores totaux  
Table II: Mean and standard deviations of the EPOCAA's domains and total scores

	Groupe total N= 148		Femmes N= 44		Hommes N = 104	
EPOCAA	Diversité des difficultés	Sévérité des difficultés	Diversité des difficultés	Sévérité des difficultés	Diversité des difficultés	Sévérité des difficultés
Total	52,42 (14,38)	100,95 (31,42)	56,06 (16,64)	110,22 (38,25)	50,88 (13,10)	97,03 (27,32)
Difficultés typiques	13,23 (3,38)		13,63 (3,71)		13,06 (3,23)	
Difficultés rares	0,39 (0,00)		0,40 (0,65)		0,38 (0,61)	
Domaine1	3,28 (1,38)	7,09 (3,58)	3,15 (1,34)	6,95 (3,49)	3,33 (1,40)	7,15 (3,64)
Domaine2	6,72 (2,81)	14,52 (7,25)	7,04 (3,14)	14,95 (7,95)	6,59 (2,66)	14,34 (6,96)
Domaine3	2,61 (1,31)	5,54 (3,14)	2,72 (1,33)	5,90 (3,37)	2,56 (1,30)	5,39 (3,04)
Domaine4	3,82 (1,79)	6,17 (3,43)	4,47 (1,89)	7,52 (3,73)	3,54* (1,68)	5,60* (3,15)
Domaine5	3,16 (2,01)	5,84 (3,89)	3,25 (2,33)	6,18 (4,80)	3,12 (1,86)	5,70 (3,45)
Domaine6	2,34 (2,35)	3,22 (3,81)	2,27 (2,03)	3,34 (3,63)	2,37 (2,48)	3,17 (3,90)
Domaine7	3,68 (1,95)	7,33 (4,29)	4,00 (1,90)	8,02 (4,40)	3,54 (1,97)	7,04 (4,23)
Domaine8	8,83 (4,07)	17,91 (9,35)	9,68 (4,55)	20,04 (10,73)	8,48 (3,82)	17,01 (8,61)
Domaine9	9,20 (4,13)	16,68 (8,37)	9,61 (3,98)	18,13 (8,95)	9,03 (4,20)	16,07 (8,08)
Domaine10	2,83	5,33	3,47	7,09	2,56	4,58

	(2,64)	(5,69)	(3,15)	(7,22)	(2,36)	(4,74)
Domaine11	1,33 (1,29)	2,39 (2,57)	1,36 (1,38)	2,38 (2,62)	1,31 (1,25)	2,40 (2,56)
Domaine12	2,39 (1,83)	3,93 (3,28)	2,54 (2,02)	4,09 (3,72)	2,33 (1,75)	3,87 (3,10)
Domaine13	2,16 (1,50)	4,93 (3,84)	2,45 (1,69)	5,59 (4,32)	2,04 (1,41)	4,65 (3,60)

\*  $p < \text{ou égal à } 0,003$

Domaine 1 : Recherche d'isolement ; Domaine 2 : Interactions sociales ; Domaine 3 : Contact visuel ; Domaine 4 : Troubles thymiques ; Domaine 5 : Conduites auto agressives ; Domaine 6 : Conduites hétéro agressives ; Domaine 7 : Manifestation de l'affectivité ; Domaine 8 : Activités sensorimotrices ; Domaine 9 : Réactions aux changements ; Domaine 10 : Utilisation des objets ; Domaine 11 : Réactions aux stimuli sensoriels ; Domaine 12 : Conduites inappropriées ; Domaine 13 : Autonomie personnelle.