



Présentation des résultats de la recherche

“ AUTISME - PREPS 2013 ”

en secteur de pédopsychiatrie

“Évaluation clinique des pratiques intégratives
en unités de soins infanto-juvéniles pour des enfants
présentant un autisme typique ou atypique”

« EPIGRAM »

Lundi 13 mai 2019

9 h 00 à 17 h00

Journée ouverte à tous les professionnels
de pédopsychiatrie et à leurs partenaires

**Ministère de la Santé et des Solidarités
Salle LAROQUE – 14 avenue Duquesne - 75007 PARIS**

PREPS 2013

FINESS : 440000289

Établissement de santé coordonnateur : CHU DE NANTES

Porteur de projet/Investigateur coordonnateur : GARRET Nicole

Titre du projet : Évaluation clinique des pratiques intégratives en unités de soins infanto-juvéniles pour des enfants présentant un autisme typique ou atypique.

Numéro du projet : 13-0205

Acronyme : AUTISME

Design de la recherche

Le projet de recherche s'inscrit dans le cadre des démarches d'évaluation des thérapeutiques en santé mentale. Elle a pour cadre les unités infanto-juvéniles qui ont mis au point des « dispositifs intégratifs », tenant compte des avancées récentes des connaissances et offrant soins, éducation et approche pédagogique. L'évolution des enfants autistes bénéficiant de ces dispositifs intégratifs est étudiée, afin de déterminer la validité des dispositifs cités. La méthodologie s'appuie sur des études de cas en situation naturelle. Les cliniciens engagés se constituent en réseau, entre eux et avec les chercheurs, dans le cadre d'une étude multicentrique.

Objectif principal : L'évaluation des pratiques de soin, à partir de l'évolution sur un an, d'enfants âgés de 3 à 6 ans maximum le jour du consentement des parents, présentant un diagnostic d'autisme typique ou atypique (F 84-0 et F 84-1), soignés dans une unité de soins pratiquant les approches intégratives (Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiel CATTP, Hôpital de Jour).

Critère d'évaluation principal : Évaluation développementale dans le domaine de la cognition verbale et préverbale (CVP) et des comportements inadaptés dans le domaine des expressions affectives (EA) des enfants entre le temps M0 (mois d'inclusion) et M12 (12e mois de suivi) selon l'échelle PEP 3.

Objectifs secondaires : - Montrer l'efficacité des pratiques intégratives par l'évaluation de l'évolution globale des enfants appréciée selon des critères cliniques et des outils d'évaluation validés et sélectionnés.

Évaluation par les familles

- de l'état de l'enfant et son évolution

- de la qualité de la relation établie par l'équipe avec la famille.

Contribuer à homogénéiser les pratiques de soins.

Critères d'évaluation secondaires : Évolution globale de l'enfant appréciée par domaine de développement (langage et communication, sensori-moteur, interactions sociales, comportements, domaine cognitif, angoisses et émotions) à l'aide des échelles, ECA-R, CARS et des bilans orthophonique (ELO) et psychomoteur (Brunet-Lézine) à M0 et M12.

Critères d'inclusion généraux :

- Enfants de 3 à 6 ans avec diagnostic F84.0 et F84.1 selon les critères de la CIM-10. Le diagnostic devra avoir été fait selon les critères établis par les recommandations sur le diagnostic (FFP/HAS 2005).
- Dans des unités de soins répondant aux critères définis de pratiques intégratives.
- Enfants recevant un volume d'heures d'intervention entre deux et quatre demi-journées par semaine.
- Recueil du consentement des parents.

Critères de non inclusion : présence de co-morbidité telle qu'épilepsie, atteinte organique grave, somatique et sensorielle.

Définition

Les pratiques de soin intégratives sont un dispositif multidisciplinaire dont l'approche se définit par un ensemble d'interventions coordonnées proposées à un enfant qui est appréhendé dans sa globalité et sa singularité, en relation avec ses parents et le milieu habituel de vie. Elles s'appuient sur des perspectives complémentaires : psychopathologiques, physiques et physiologiques et associe une pluralité d'interventions (thérapeutiques, éducatives, pédagogiques) et une pluralité coordonnée d'intervenants.

Manuel des Pratiques de soin intégratives (PSI)

Instrument d'aide à l'évaluation et à la prise de décision.

Les différentes actions soignantes qui devraient se réaliser et s'articuler tout le long d'un parcours de soins optimal sont formalisées à partir de l'expérience partagée et enrichie par les données de la littérature validée.

Les domaines impliqués dans le soin sont délimités à partir de la description clinique classique de l'autisme, des contributions des classifications des maladies (CIM 10, CFTMEA, DSM4) ainsi que de la classification internationale des fonctionnements (CIF EA). Ils sont les suivants :

- Sensori-moteur
- Communication
- Sphère émotionnelle, angoisse et comportement
- Cognitif/Pédagogie
- Éducatif/Autonomie proximale
- Socialisation/Autonomie distale
- Ressources familiales
- Suivi somatique et pharmacologique
- Articulations internes et externes

Construction d'une version longue explicative et une version courte sous forme de fiches.

Exemple :

Fiche Domaine sensori-moteur

1- SEMIOLOGIE

Il est recommandé d'explorer dans le domaine sensoriel :

- les hypo ou les hypersensibilités (audition, vision, toucher, goût, odeur) et/ou les particularités sensorielles
- les comportements secondaires : évitement, défense, répétition, passivité

Il est recommandé d'explorer dans le domaine moteur :

- les anomalies de l'image du corps et de soi, du tonus
- les comportements secondaires : indifférenciation entre soi et l'autre, troubles de l'apprentissage de la propreté, difficultés à interagir avec l'environnement, stéréotypies, mises en danger.

2- BILANS

Il est recommandé de réaliser :

- un bilan psychomoteur
- une observation du quotidien
- les items correspondants du PEP
- les items correspondants de la Vineland, de la CARS

3- ACTIONS THERAPEUTIQUES

Il est recommandé de mettre en œuvre les ateliers thérapeutiques adaptés à l'enfant, parmi un choix qui permettra de travailler les fonctions de percevoir, distinguer, relier et éprouver, tels que : éveil sensoriel, patageoire, cuisine thérapeutique, équitation etc.

Psychomotricité

Principaux instruments utilisés

Observation clinique structurée

Elle est construite en plusieurs rubriques avec des items cotés oui-non associés à un espace commentaires.

Anamnèse, interactions sociales, communication, comportements et autres

PEP-3

Le PEP-3, profil psycho-éducatif, évaluation psycho-éducative individualisée pour enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme (E.Schopler).

Il est administré directement à partir d'un matériel spécifique et les résultats sont issus de l'observation et de la cotation par l'évaluateur formé.

Deux parties, celle des sous-tests de performance comporte 10 rubriques.

Les six premiers sous-tests mesurent les capacités de :

- Développement cognitif verbal / préverbal (CVP),
- Langage expressif (LE),
- Langage réceptif (LR),
- Motricité fine (MF), motricité globale (MG),
- Imitation oculo-motrice (IOM).

Les quatre derniers sous-tests mesurent les comportements inadaptés :

- Expression affective (EA),
- Réciprocité sociale (RS),
- Comportements moteurs caractéristiques (CMC) et
- Comportements verbaux caractéristiques (CVC).

Ces dix sous-tests sont combinés en trois catégories :

- CATC : catégorie communication (CVP + LE + LR),
- CATM : catégorie motricité (MF + MG + IOM),
- CATCI : catégorie comportements inadaptés (EA + RS + CMC + CVC).

CVP : développement cognitif verbal / préverbal comporte 34 items, met l'accent sur la cognition et la mémoire verbale. Les items mesurent la

résolution de problèmes, la désignation verbale, la sériation et la coordination oculo-motrice.

Les items comprennent, par ex, les activités suivantes : reconstituer des puzzles, trouver des objets cachés, répéter des phrases et répéter des chiffres.

EA : expression affective a 11 items qui évaluent la capacité de l'enfant à manifester des réponses affectives appropriées. Parmi les items, on retrouve, par ex, le fait d'utiliser des expressions faciales ou des postures corporelles pour exprimer des sentiments, de manifester une réaction de peur appropriée à la situation et d'apprécier les chatouillements de l'examineur.

CATCI (EA, RS, CMC, CVC) : traduit en rangs percentiles peut déterminer si, oui ou non, l'enfant est susceptible de recevoir le diagnostic d'autisme et aussi où il se situe sur le spectre de l'autisme. Pour cela les rangs percentiles sont classés en niveaux développementaux/adaptatifs.

La note seuil est de 90.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- De 89 à 75 la cotation correspond à un niveau léger- De 74 à 25 niveau modéré- De 24 à 0 niveau sévère |
|--|

Plus le chiffre est élevé, plus le niveau est léger.

CARS-T

La childhood autism rating (CARS) est composée de 14 domaines d'évaluation : les relations sociales l'imitation, les réponses émotionnelles, l'adaptation aux changements, l'utilisation du corps, des objets, les réponses visuelles, auditives, goût, odorat, toucher, peurs et anxiété, communication verbale et non verbale, niveau d'activités, niveau intellectuel. Une 15ème échelle mesure l'impression générale de l'examineur concernant la gravité de l'autisme. Chaque sous échelle est coté de 1 à 4, 4 étant le sévèrement anormal.

Le total des points varie entre 15 et 60, la note seuil est 30.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- De 30 à 36,5 autisme léger-modéré,- De 37 à 60 autisme sévère. |
|---|

Elle peut être remplie par plus d'un observateur ce qui permet de vérifier l'accord inter juge.

Plus le chiffre est élevé, plus le niveau est sévère

ELO

L'évaluation du langage oral de PSM au CM2 (ELO) est un outil non spécifique de l'autisme, il est utilisé assez couramment en pédopsychiatrie. Une place centrale est donnée à la compréhension et l'hétérogénéité du développement peut être appréhendé avec cet outil. Trois axes sont explorés, le vocabulaire, la phonologie et la morpho-syntaxe.

Vocabulaire

- **LexR** : vocabulaire avec l'étude du lexique en réception (par désignation),
- **LexP** : lexique en production (par dénomination) ;

Phonologie

- Répétition de mots (RepM) ;

Morpho-syntaxe

- **CI** : compréhension (par choix d'image après un énoncé) et la production linguistique par répétition d'énoncés (RepSyn) et
- **MorSyn** : par production d'énoncés (en complétant une phrase).

Cet instrument nous a permis d'avoir une analyse plus ciblée de l'évolution du langage oral de l'enfant.

ECA-R

L'échelle d'évaluation des comportements autistiques révisée (ECA-R) est une échelle comportant 29 items qui mesurent l'intensité des comportements. La fréquence de ces comportements est cotée de 0 (jamais) à 4 (toujours).

Un score total est produit. Elle est utile pour obtenir une analyse de l'évolution du profil produit. Il est possible de suivre l'évolution de critères rassemblés sous deux scores :

- **Déficiência relationnelle** (13 items) : explique l'incapacité de l'enfant à être dans une relation adaptée avec autrui.
- **Insuffisance modulatrice** (3 items) : témoigne de la faible capacité de régulation émotionnelle et du comportement moteur.

Nous avons choisi cette échelle pour rendre compte de l'évolution de l'enfant tous les trois mois. C'est un outil utilisé par les soignants de pédopsychiatrie qui, comme la CARS, permet de rassembler les professionnels intervenant auprès d'un enfant, autour d'un instrument objectivant les changements selon les différentes dimensions et l'ajustement conséquent.

SIGLES UTILISES A L'ECA-R

- (1_ISO) Recherche isolement
- (2_IGN) Ignore les autres
- (3_SOC) Interaction sociale insuffisante
- (4_REG) Regard inadéquat
- (5_VOI) Ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole
- (6_GES) Difficulté à communiquer par les gestes et la mimique
- (7_ECH) Émissions vocales ou verbales stéréotypées ; écholalies
- (8_ATC) Manque d'initiative. Activité spontanée réduite
- (9_OBJ) Trouble de conduite vis à vis des objets
- (10_RIT) Utilise les objets de manière irrésistible et/ou ritualisée
- (11_CHA) Intolérance au changement, à la frustration
- (12_STE) Activité sensori-motrice stéréotypée
- (13_AGI) Agitation, turbulence
- (14_POS) Mimique, posture, démarche, bizarres
- (15_AGR) Auto-agressivité
- (16_HGR) Hétéro-agressivité
- (17_ANG) Petits signes d'angoisse
- (18_HUM) Troubles de l'humeur
- (19_ALI) Trouble des conduites alimentaires
- (20_PRO) N'essaie pas d'être propre
- (21_COR) Activités corporelles particulières
- (22_SOM) Trouble du sommeil
- (23_ATT) Attention difficile à fixer, détourner
- (24_AUD) Bizarreries de l'audition
- (25_VAR) Variabilité (des comportements)
- (26_IMI) N'imité pas les gestes, la voix d'autrui
- (27_MOU) Enfant trop mou, amorphe
- (28_EMO) Ne partage pas l'émotion
- (29_TOU) Sensibilité paradoxale au toucher et aux contacts corporels

La déficience relationnelle, somme de 13 items : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 22, 23, 24, 26, 28), est significativement corrélé au quotient de développement (QD)

L'insuffisance modulatrice est la somme de 3items : 11, 13, 16

Le Questionnaire famille et celui adapté aux professionnels

Le questionnaire famille a été élaboré à partir de l'outil mis au point par la Tavistock Clinic and Portman NHS Trust (London). Il permet de prendre en compte les observations des parents au sujet de la perception des symptômes de l'enfant, de l'évolution des manifestations, et de donner leur appréciation sur la qualité de la relation des professionnels avec eux.

Il comporte un questionnaire soumis aux parents au début de l'inclusion de leur enfant avec 30 questions.

Le questionnaire à la fin de la période de l'étude est composé de 44 questions. La section-2 comprend une **évaluation du service** en 7 questions avec un espace libre pour les commentaires à la fin.

Merci de cocher la case qui correspond le mieux à votre expérience

Par ex : Le traitement a eu des retombées bénéfiques sur mon enfant

- 0 au contraire
- 1 pas du tout
- 2 en partie
- 3 en grande partie
- 4 totalement
- NA non applicable

Plus le chiffre est élevé, plus l'avis est positif.

La section-4 est une **évaluation de l'état de l'enfant** à M12 demande en 10 questions (alimentation, sommeil, agressivité, colère, comportements étranges, problèmes relationnels, comportements ritualisés, gestion des émotions, difficulté dans le langage, développement plutôt lent) :

Comment qualifiez-vous l'évolution de l'enfant au terme de cette année ?

Elles sont cotées de 0 à 4 :

- 0 aggravation
- 1 aucune évolution
- 2 peu d'évolution
- 3 évolution satisfaisante
- 4 évolution très satisfaisante

Plus le chiffre est élevé, plus l'avis est positif.

Le questionnaire professionnel est identique, il a été adapté uniquement sur le plan linguistique.

L'usage de ces questionnaires au-delà de la richesse des retours et de la facilitation pour l'adaptation des soins à l'enfant au regard de comment il se présente dans son milieu naturel, nous a permis d'ajuster l'évolution du projet de soin et d'avoir une évaluation des interventions par les parents ; enfin il a objectivé la dimension de collaboration et de soutien aux parents dans les pratiques intégratives.

CGI-amélioration

Il s'agit d'un score plutôt que d'une échelle, présentant l'avantage de la simplicité d'emploi et son adaptation à toutes les formes de pathologie avec ou sans co-morbidité.

Le score « Clinical Global Impressions » est une évaluation GLOBALE sur une échelle de 7 points qui doit prendre en compte :

- La symptomatologie actuelle
- Le comportement
- L'impact du trouble sur le fonctionnement

Évaluez l'amélioration totale du patient, qu'elle soit ou non, selon votre opinion, due entièrement au traitement des pratiques intégratives : « Comparé à son état au début du traitement, de quelle façon le patient a-t-il changé ? »

- | |
|-----------------------------|
| 0 - Non évalué |
| 1 - Très fortement amélioré |
| 2 - Fortement amélioré |
| 3 - Légèrement amélioré |
| 4 - Pas de changement |
| 5 - Légèrement aggravé |
| 6 - Fortement aggravé |
| 7 - Très fortement aggravé |

Plus le chiffre est élevé, plus l'avis est négatif.

Les pratiques de soin intégratives PSI

Structuration du cahier d'observation pour le relevé des actions

Projet de soin individualisé

Pour chaque rubrique : code, fréquence, durée de la séance

Ateliers et PEC par domaine

- Domaine moteur
- Domaine sensoriel
- Communication
- Émotion, angoisse, comportement
- Socialisation
- Éducatif
- Cognitif
- Scolarisation
- Psychothérapie

Interventions spécifiques en individuel ou en groupe

- Psychomotricité
- Orthophonie
- Psychologue

Entretiens

Entretiens parents-enfants

- Visite à domicile ou sur le lieu d'accueil
- Coordonnateur (sans infirmier/éducateur)
- Coordonnateur avec infirmier ou éducateur

Entretiens parents seuls

- Coordonnateur avec ou non infirmier ou éducateur
- Infirmier ou éducateur (sans médecin/psychologue)
- Assistante sociale

Autre (préciser)

Accueil en lieu de socialisation (structures de droit commun) et interventions extérieures

- Multi-accueil
- Scolarisation oui/non
- Classe PSM/MSM/GSM/CP/Classe spécialisée/classe intégrée au service

Interventions extérieures oui/non

- Orthophonie
- Psychomotricien
- Psychothérapeute

Ergothérapeute

Autre

Articulations intra et extra-institutionnelles

Articulations internes

Synthèse

Staffs, réunions cliniques, réunions d'équipe

Supervision atelier

Articulations externes

Dossier MDPH

Articulation avec l'école

Articulation avec une institution médico-sociale

Autre

Somatique – prise en charge pharmacologique

Douleur exploration clinique

Examens somatiques

Traitements médicamenteux psychotropes

Liste de traitement : Risperidone, Mélatonine,

Methylphénidate, autre

Synthèse des résultats

Description de la population incluse

- Enfants de 4 ans, majoritairement des garçons (82/7).
- Porteurs d'un autisme typique (65) ou atypique (24).
- Des signes précoces touchant le langage, la cognition, les relations sociales.
- Des troubles alimentaires, du sommeil et de la propreté.
- Des événements somatiques autour de la naissance.
- Un environnement fragilisé demandant un soutien.
- Une absence de langage (51) ou un langage émergent (38).
- Deux groupes : sévère (50) / non sévère (39).
- Une moyenne d'intensité cotée à 44 (CARS), à 30 (PEP-3, CAT-CI)
- Comportements inadaptés plus marqués que l'atteinte de la communication et de la motricité.

Description de la prise en charge

- 9 ateliers par enfant
- Plus de 5 domaines par enfant
- Durée supérieure à 9 heures par semaine.
- Interventions spécifiques plus en psychomotricité et plus en individuel.
- Scolarisés en grande majorité dans un circuit ordinaire.
- Entretiens avec les parents fréquents, diversifiés, conjoints.
- Articulations internes nombreuses, diverses,
- Articulations externes avec l'école, accompagnement pour la MDPH
- Suivi somatique présent, traitements focalisés sur la mélatonine.

Résultats des analyses statistiques

- **Critères principaux, CVP et EA** : évolution hautement significative.
- Les pratiques de soin intégratives : amélioration marquée de la cognition, de l'expression et la reconnaissance émotionnelle
- **Critères secondaires**, sous-tests du PEP-3 : évolution hautement significative
- Sous-tests développementaux : évolution plus marquée sur le langage réceptif, moins sur la motricité globale
- Sous-tests comportements inadaptés : évolution plus marquée sur la réciprocité sociale. Les différences significatives pour CMC et CVC.
- Évolution du langage oral hautement significative, plus marquée sur le langage productif
- **CARS** : évolution hautement significative de 44 à 37
- **CAT-CI** : idem de 30,02 à 43,29
- **ECA-R** : diminution hautement significative des comportements autistiques (score total), de la déficience relationnelle corrélée au Quotient de Développement (QD)

Résultats des projets de soin

- **Objectif secondaire** : l'ECA montre une évolution progressive sur les items touchant les interactions sociales, la communication, la cognition et la régulation des émotions.
- L'amélioration hautement significative de la déficience relationnelle est corrélée à une évolution du quotient de développement (QD).
- **Les interventions spécifiques** : augmentent plus en psychomotricité (groupe), puis en orthophonie (individuel=groupe), en psychologie (individuel).
- **La scolarisation** donne lieu à plus d'aides pour le groupe du niveau sévère et la grande majorité change de classe.
- **Les ateliers entre M0 et M12** augmentent dans les domaines des émotions et de la cognition, diminuent dans ceux du sensoriel et de la communication.
- Ils sont différenciés suivant le niveau sévère ou non sévère à la CAT-CI du PEP-3 et leur poids correspond à des évolutions différenciées.
- **Le résultat marquant est l'importance de leur pluralité** et de l'appui sur les dimensions relationnelles et cognitives.

Résultats des questionnaires famille et professionnel

- Avis des parents à M0

- Inquiétudes parentales, majoritairement sur le langage, les problèmes relationnels, la gestion des émotions.
- Enfant montre plus de compétences envers le parent qu'envers les autres dans le développement social et la communication.
- Avis positif centré sur les compétences de l'enfant pour s'amuser, sa curiosité et ne pas trop jouer à l'ordinateur
- Avis négatif sur l'amitié qu'il peut montrer, se mettre à la place, avoir une sensibilité au monde et être capable de personnifier les jouets

- Avis des parents à M12 sur une échelle de 1 à 4 (très positif)

- L'évaluation de l'évolution de l'enfant est autour 3 et plus sur les problèmes relationnels et le développement.
- L'évaluation du service est proche de 4 essentiellement pour recommander le service, les bénéfices des réunions de bilan, le constat de l'amélioration de l'enfant par les non proches.
- Les professionnels expriment plus d'inquiétudes (différence parfois marquée) et sont moins positifs sur l'évolution de l'enfant à M12.
- La satisfaction des familles sur une échelle de 0 à 10 (très satisfait) est pour tous au-dessus de 5, avec 45% score à 10

Synthèse globale

Idées fortes de la recherche PREPS Autisme

Les enfants autistes accueillis en hôpital de jour bénéficient des points suivants :

- **Des interventions, diversifiées, décidées et ajustées** à leur profil après bilan pluridisciplinaire, sous la forme d'ateliers ciblant différents domaines qui touchent aussi bien la dimension cognitive que celle des interactions sociales et des suivis spécifiques (psychomotricité, orthophonie, psychologique).
- **Des articulations** nombreuses en intra mais aussi en extra, l'école étant le partenaire central.
- **Un soutien parental** multiforme et régulier.
- **Une scolarisation** en milieu ordinaire, avec ou sans AVS, soutenue, pour les plus sévères, en intra par des unités et des ateliers scolaires.

Ce dispositif permet après un an :

- **Une évolution très significative** sur les deux axes du développement de la cognition et des relations socio-affectives (en particulier CVP et EA), évalués aussi sur le plan clinique. La régulation émotionnelle est de meilleure qualité.
- **Le langage se développe** sur les versants réceptif et expressif. Les capacités de communication ont évolué de façon hautement significative.
- **La diminution des comportements inadaptés** est particulièrement marquée.
- **Cohérence** des différentes échelles entre elles avec des résultats d'une haute significativité.
- **Le point fort qualitatif est la satisfaction des parents** sur les différents axes dont l'évolution constatée de leur enfant, avis corroboré par l'évolution des sous-tests du PEP-3, et l'évaluation positive du service à travers des items précis.

Aux questions restées soulevées par ce travail, d'autres recherches de cette ampleur sont à promouvoir. Les pédopsychiatres sont prêts à s'y engager.

Abstract de la publication en anglais

Évaluation clinique des Pratiques IntéGRatives dans les troubles du spectre Autistique EPIGRAM

N.Garret-Gloanec, M.Péré, M.Squillante, F.Roos-Weil, L.Ferrand, G.Apter, O.Bonnot

Argument

Les pratiques de soins intégratives (PSI) dans la prise en charge des troubles du spectre autistique (TSA) ne bénéficient pas suffisamment d'évaluations rigoureuses actuellement. Par ailleurs, elles manquent de formalisation. Compte tenu de leur place importante dans la pratique clinique, en particulier en France, nous avons mis en place une recherche d'évaluation dans le cadre d'un financement DGOS (PREPS 2013).

Méthode

Dans un premier temps, nous avons rédigé un manuel suivant la méthodologie du chemin clinique et selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Dans un second temps, nous avons réalisé une étude d'efficacité des PSI dans les TSA pour les enfants de 3 à 6 ans en soins courants, ouverte, multicentrique, en milieu naturel. Les principaux critères d'inclusion ont été le diagnostic (autisme typique ou atypique, selon la CIM10) et les soins (2 à 4 demi-journées) au cours de la première année de prise en charge. L'absence de groupe de contrôle, pour des raisons éthiques, a été compensée par des vidéos du PEP-3, réparties selon un mode aléatoire et cotées par des psychologues indépendantes. Les enfants ont été évalués cliniquement et avec des échelles, dont les principales sont la CARS et le PEP-3. Un questionnaire, rempli séparément par les familles et les professionnels à l'inclusion M0 et à un an M12, complète l'étude.

Résultats

Nous avons inclus 89 enfants avec autisme d'un niveau sévère à la CARS. Les principaux résultats sont une évolution très significative sur les deux versants complémentaires de la cognition verbale/préverbale et sur l'expression affective. La valeur de cette évolution a été évaluée sur le plan clinique, confirmant les résultats des échelles.

Conclusion

Le dispositif spécifique à la pédopsychiatrie a une efficacité pour les enfants avec TSA entre 3 et 6 ans tant sur le domaine de la cognition que sur celui des expressions affectives. D'autres études sont nécessaires, en particulier contrôlées, pour confirmer ces résultats.

Investigateur coordonnateur : Dr N.Garret-Gloanec

Responsable scientifique : Pr Olivier Bonnot

Investigateurs co-coordonateurs : Drs F.Roos-Weil et M.Squillante

Méthodologiste : Mr JB.Hardouin

Chef de projet : Mme L.Ferrand

Data-managers : Mme M.Rigot, Mr Ch.Pelletreau

Bio-statisticienne : Mme M.Péré

Psychologue de la recherche : Mme C.Sauviat

Investigateurs-pédopsychiatres : M.Squillante, F.Roos-Weil, N.Bapt-Cazalets, R.Buferne, L.Carpentier, C.Chauvin, V.Cruveiller, E.Damville, D.Deyon, O.Duretete, C.Fourny, J.Hassoun, S.Legarec, A.Legrand, A.Marchal, F.Medjkane, B.Miscopein, F.Moreau, AS.Pelloux, AS.Pernel, AM.Royer, A.Rozencwajg, A.Vaillant-Juteau, V.Triffaux,

Centres Hospitaliers : CHU de Nantes, CH G.Marchant Toulouse, CH de Gonesse, CH du Vinatier Lyon, CH Maison Blanche, CH Ste Marie Le Puy-en-Velay, CH de Niort, CH de Daumezon Nantes, CH de St Nazaire, Fondation Vallée, CH R.Ballanger, Hôpitaux de St Maurice, CHU de Brest, ASM 13, Hôpital Cesame – Angers, CHU de Lille, EPSM Agglomération Lilloise, CH EPSAN Établissement Public de Santé Alsace Nord