

La pratique du diagnostic de l'autisme en pédopsychiatrie

Elodie Huss

▶ **To cite this version:**

Elodie Huss. La pratique du diagnostic de l'autisme en pédopsychiatrie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01564705

HAL Id: dumas-01564705

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01564705

Submitted on 19 Jul 2017

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.

UFR de Médecine
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
BIBLIOTHÈQUES UNIVERSITAIRES Grenoble Alpes
UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
Grenoble INP

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2016 N°

LA PRATIQUE DU DIAGNOSTIC DE L'AUTISME EN PEDOPSYCHIATRIE

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par ELODIE HUSS

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 4 juillet 2016

Devant le jury composé de :

Président du jury : M. le Professeur Thierry BOUGEROL

Directrice de thèse : Mme le Docteur Isabelle GRIMALDI

Membres : M. le Professeur Nicolas GEORGIEFF

M. le Professeur Mircea POLOSAN

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

A ma maman,

Ce travail est pour toi,

Si je suis arrivée au bout de ce chemin c'est grâce à ton soutien, ta confiance et ton amour,

A la fois fière et soucieuse, tu m'as encouragée à chaque étape de mes études ; il est si injuste que la vie ne t'ait pas laissée en voir l'aboutissement,

L'essentiel est que je garde en moi tout ce que tu m'as transmis, ma reconnaissance envers toi est infinie…

A M. le Professeur Thierry Bougerol, pour me faire l'honneur de présider ce jury, merci pour vos conseils tout au long de mon parcours d'interne,

A M. les professeurs Mircea Polosan et Nicolas Georgieff, pour avoir accepté de faire partie de mon jury, et pour l'attention que vous avez porté à mon travail,

A Mme le Dr Isabelle Grimaldi, pour avoir relevé le défi de reprendre la direction de ma thèse, merci beaucoup pour ton implication, tes commentaires pertinents et constructifs,

A Mme le Dr Brigitte Assouline pour avoir inspiré le choix de ce sujet, et avoir dirigé le début de ce travail,

A tous les médecins qui m'ont transmis leur savoir et m'ont fait aimer la psychiatrie lors de mon passage dans leurs services, Dr Claire Buis, Dr Samuel Bulteau, Dr Emmanuelle Pages, Dr Laurence Gourdon, Dr Lucie Laot, Dr Virginie Deleplanque, merci pour votre patience et votre engagement,

A tout ceux qui m'ont fait découvrir et ont éveillé mon intérêt pour la pédopsychiatrie, Dr Isabelle Grimaldi, Dr Laurent Metzger, mes premières consultations de pédopsychiatrie à vos côtés ont été pour moi un réel honneur, Dr Lise Machet, Dr Aurélie Mellier et Dr Brigitte Assouline, pour m'avoir transmis vos connaissances sur l'autisme,

Au Dr Calin Barna, pour m'avoir enseigné ce travail si particulier avec les adolescents, merci pour tout ce que j'ai pu apprendre à tes cotés lorsque j'étais interne et merci pour ta confiance à l'occasion de mes premiers pas de médecin.

Au Dr Andia Kastler, Dr Olivia Chal, Dr Jean Bourgade et Dr Sonia Jaussent pour vos enseignements de l'addictologie, un merci tout particulier à Andia tout ton soutien si précieux lors des moments difficiles.

Au Dr Benjamin Gouache, Dr Julien Dubreucq et Sylvain Leignier, merci pour ce que vous avez su me transmettre, les quelques mois en tant qu'interne à vos cotés ont été très agréables.

A Caroline Rzepa, pour votre grande implication dans ce travail, merci de m'avoir initié au mystère des statistiques,

Un grand merci à toutes les équipes avec qui j'ai eu la chance de travailler et d'apprendre, équipes du CHU DV 1er, équipe du service De Boigne, équipe du Cadipa, équipe de l'Espace Victor, équipe de Belleflore au Grésivaudan, équipe de Groddeck et l'équipe du C3R.

A l'ensemble de mes co-internes, pour tous les moments partagés pendant ces 4 ans d'internat.

A mon père, ton soutien et ta confiance en mes capacités m'ont permis de trouver mon chemin,

A mes grands parents, pour toutes les belles valeurs que vous avez su transmettre à notre famille, avec tendresse et attachement,

A Christelle, ma grande sœur, merci d'avoir été mon modèle et d'avoir placé la barre si haut ! Et un merci particulier pour les multiples relectures de mon travail !

A Franck, avec toi aussi, aller au bout de soi-même prend tout son sens,

A Maëline et Baptiste et toute votre énergie déployée à rendre chaque petit moment de la vie plus amusant,

A tous les membres de ma famille, pour toute votre affection, et tout particulièrement Nicole, Jean-Claude, Gilles et Jean, pour votre présence à mes cotés à chaque étape de mon parcours,

A ma belle famille, Florence, Bernard, Estelle, Luc, Louane et Elina, pour m'avoir accueillie dans votre famille, merci Estelle pour ton travail de relecture,

A mes amies de toujours, Delphine, Virginie, Amandine, Ellie, Adèle, Muriel, pour toutes ces années d'amitié, quel chemin parcouru depuis notre rencontre en maternelle !

A Arnaud, pour tes encouragements dans chacun de mes choix, merci pour toutes les aventures dans lesquelles tu m'as entraîné et pour toutes celles à venir,

A Mila, ma plus grande fierté, te voir évoluer dans ce monde chaque jour est un immense bonheur.

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE 9
PREMIERE PARTIE : Approche théorique des troubles du spectre autistique 12
A. Historique 13
B. Clinique de l'autisme 14
1. Troubles des interactions sociales 14
2. Troubles de la communication verbale et non verbale 14
3. Intérêts restreints et comportements répétitifs 15
4. Symptômes associés 15
C. Les classifications 16
D. La question de la prévalence 17
E. Les hypothèses étiologiques de l'autisme 18
1. Un déterminisme génétique 18
2. Des facteurs environnementaux 19
3. Des causes neurobiologiques 19
F. Les tentatives de modélisation de l'autisme 19
1. Le déficit des fonctions exécutives 19
2. Les modèles sociocognitifs 20
3. Les modèles neurocognitifs 20
DEUXIEME PARTIE : Contexte de l'étude 23
A. Généralités sur le diagnostic de l'autisme 24
B. Contexte de l'étude 24
C. Les représentations de l'autisme 25
D. Les associations de parents d'enfants autistes 27
E. Une politique autour de l'autisme 28
F. Les recommandations diagnostiques 30
G. Les outils diagnostiques 32
TROISIEME PARTIE : Article 35
A. Résumé en français 36
B. Résumé en anglais 37
C. Introduction 38
D. Matériel et méthodes 39

1. Echantillons et méthode de sélection 39
2. Méthodes d'interventions 39
3. Analyse statistique et méthodes d'évaluation 40
E. Résultats 41
1. Description de la population 41
2. La pratique du diagnostic 42
3. La démarche diagnostique 43
4. Connaissance et utilisation des outils 46
5. Annonce du diagnostic 48
6. Utilisation du diagnostic pour la prise en charge 49
7. Liens avec le Centre Ressource Autisme 49
8. Impact de la formation 50
F. Discussion 51
1. Résultat principal et impact des représentations de l'autisme 51
2. Points forts et limites de l'étude 52
3. Les effets repérés à chaque niveau sur la pratique diagnostique 53
4. Résultats secondaires 55
5. Axes d'amélioration 57
CONCLUSION 58
Bibliographie 61

Table des illustrations

Tableau 1 Description de la population 42
Tableau 2 Bilans et examens complémentaires pratiqués dans la démarche diagnostique 46
Tableau 3 Connaissance et utilisation des outils diagnostiques et d'évaluation du développement 47
Tableau 4 Annonce du diagnostic 48
Tableau 5 Informations transmises après l'annonce diagnostique 49
Tableau 6 Impact de la formation sur la connaissance et l'utilisation des outils 50

Figure 1 : Utilisation des classifications en 2008 et en 2015 44

Liste des abréviations

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ADBB : échelle Alarme Détresse BéBé
ADI : Autism Diagnostic Interview-Revised
ADOS : Autism Diagnostic Observation Schedule
ARAPI : Association pour la Recherche sur l'Autisme et les Psychoses
ASAS : Australian Scale for Asperger's Syndrome = Echelle d'Atwood
BECS : Batterie d'Evaluation du développement Cognitif et Social
CADIPA : Centre Alpin de Diagnostic Précoce de l'Autisme
CAMSP : Centres d'Action Médicaux-Sociaux Précoces
CARS : Childhood Autism Rating Scale
CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CCNE : Comité Consultatif Nationale d'Ethique
CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CHAI : Centre Hospitalier Alpes Isère
CHAT : Check-list for autism in Toddlers
CIM : Classification Internationale des Maladies
CMP : Centres Médicaux Psychologiques
CRA : Centre Ressource Autisme
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA : Echelle d'évaluation des Comportements Autistiques
EPF : Enhanced Perceptual Functioning
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAS : Haute Autorité de Santé
HC : Hospitalisation Complète
HDJ : Hôpital De Jour
IME : Institut Médico-Educatif
MDPH : Maisons Départementales des Personnes Handicapées
PEP-R : Psychoeducational Profile – Revised
PIJ : Pôle Infanto-Juvénile
RCCT : Réunions de Concertation Clinque et Thérapeutique pluridisciplinaires
TDAH : Trouble Déficit de l'Attention Hyperactivité
TEACCH : Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children
TED : Trouble Envahissant du Développement
TSA : Trouble du Spectre Autistique
UPI : Unité Pédagogique d'Intégration
USSAA : Unité de Soins Spécifiques et Ambulatoire de l'Autisme
VABS : Vineland Adaptive Behavioural Scale
WISC IV : Wechsler Intelligence Scale for Children

INTRODUCTION GENERALE

L’autisme est un trouble neurodéveloppemental à début précoce, caractérisé par des déficits touchant les habiletés sociales, la communication verbale et non verbale ainsi que par la présence d’intérêts restreints et/ou de comportements stéréotypés.

C'est une pathologie qui fait beaucoup parler d'elle depuis quelques années. Elle occupe une place croissante dans les politiques de santé publique et à été reconnue grande cause nationale en 2012. Pourtant, c'est aussi une pathologie qui reste une énigme sur différents plans, notamment étiologique et pronostic, et qui alimente bien des controverses.

D'autre part, de nombreux professionnels du milieu psychiatrique semblent à ce jour encore trop peu sensibilisés aux particularités des enfants avec autisme. Le diagnostic précoce est reconnu depuis quelques années comme un objectif premier pour une prise en charge plus efficiente des enfants avec autisme. Il semble que nous ayons encore bien des progrès à faire à ce niveau.

Dans notre société où la sphère publique prend de l'importance et laisse de moins en moins de place à la sphère privée, les témoignages se multiplient. Ceux des personnes affectées par le syndrome sont parfois d’une richesse surprenante, ils nous permettent d'entrer à petits pas dans leur monde si étrange à nos yeux. Ceux de l’entourage des personnes avec autisme et en particulier de leurs parents sont souvent très critiques envers les professionnels de santé qu’ils ont rencontrés. Ils racontent l’expérience douloureuse d’un parcours diagnostique qu’ils ont fréquemment vécu comme un long combat, précédant l’annonce d’un diagnostic qui vient enfin poser un mot sur les difficultés de leur enfant. On peut alors se demander ce qui achoppe dans la démarche diagnostique. Ces difficultés persistent-elles depuis les recommandations sur la pratique diagnostique proposées par l’HAS en 2005 ? Ces recommandations ont-elles eu un impact sur la façon dont les pédopsychiatres posent le diagnostic ? Comment peut-on encore améliorer nos pratiques ? Ces questionnements ont été à l’origine de notre étude.

Dans un premier temps, nous tenterons de définir à travers une revue de la littérature, l'histoire de l'autisme, son contexte, son épidémiologie et quelques pistes étiologiques. Nous tenterons ensuite de comprendre les évolutions des représentations de l'autisme dans la société ainsi que leur impact. Nous verrons quelles sont les

recommandations actuelles au niveau de la pratique du diagnostic de l'autisme. Nous présenterons dans un deuxième temps notre étude menée à partir d'un questionnaire proposé aux pédopsychiatres du Centre Hospitalier Alpes Isère ainsi que ses résultats et leur impact.

PREMIERE PARTIE : Approche théorique des troubles du spectre autistique

A. Historique

Le mot « autisme » vient du grec « autos » et signifie « soi-même ». Ce terme est employé en psychiatrie pour la première fois en 1911 par le psychiatre suisse Eugène Bleuler. Il l'utilise pour désigner, dans la schizophrénie, la perte de contact avec la réalité extérieure qui rend difficile ou impossible pour le patient toute communication avec l'autre. En 1943 à Baltimore, le psychiatre d'origine autrichienne Léo Kanner, observe les cas de 11 enfants chez qui il repère des caractéristiques communes et fournit une description très riche de leur tableau clinique. Il nomme ce syndrome « autisme infantile précoce » et le définit par les caractéristiques suivantes :

- un début précoce des troubles avant la fin des deux premières années de la vie,
- un isolement extrême : attitude marquée par une profonde indifférence et un désintérêt total vis-à-vis des personnes et des objets extérieurs,
- une grande immuabilité,
- des stéréotypies gestuelles,
- des troubles du langage,

Il décrit également l'intelligence et la mémoire exceptionnelle de ces enfants. (Kanner, 1943)

De façon indépendante mais quasi simultanée, Hans Asperger décrit en 1944 à Vienne, un groupe d'enfant aux caractéristiques très proches des 11 enfants décrits par Kanner. Il note chez ces enfants, une difficulté d'adaptation au milieu social, des troubles de la communication, la présence d'exploits intellectuels dans des domaines restreints à côté de capacité intellectuelles pourtant très lacunaires, la pauvreté du contact visuel, une empathie et une anticipation limitées (Asperger, 1944). Ses travaux rédigés en allemand n'auront pas le même impact que ceux de Kanner mais seront repris en 1981 par Lorna Wing, psychiatre anglaise, qui utilise pour la première fois le terme de Syndrome d'Asperger.

La richesse et la précision de leurs observations, font que les travaux de Kanner et d'Asperger sont actuellement toujours employés comme référence.

B. Clinique de l'autisme

Même si la dernière classification internationale, le DSM 5 (APA, 2013) structure ses critères diagnostiques en seulement deux domaines, on parle encore habituellement de la « triade autistique ». Ceci ne change en rien la description clinique mais est simplement une manière différente de regrouper les signes ou critères diagnostiques. Nous allons décrire cette triade plus précisément.

1. Troubles des interactions sociales

Ces perturbations se manifestent par des déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle et des déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations sociales.

Les personnes autistes présentent d'importantes difficultés à entrer en relation avec leur entourage, à démontrer une réciprocité sociale ainsi qu'à utiliser et traiter de manière appropriée les comportements verbaux et non verbaux tels que le contact visuel et les expressions faciales.

Les enfants autistes ne savent pas comment jouer de façon interactive avec les autres enfants, ils ont tendance à s'isoler, ne répondent pas à l'appel de leur prénom, fuient le regard.

2. Troubles de la communication verbale et non verbale

L'atteinte de la communication est souvent caractérisée d'abord par un retard de langage qui sera typiquement suivi d'un usage répétitif et stéréotypé du langage oral, ou parfois par l'absence totale de son développement

Les personnes avec autisme sont également gênées dans leur communication non verbale : elles utilisent peu de gestes sociaux, peu de gestes interactifs, peu ou pas d'imitation. Chez les enfants, on constate des anomalies dans le jeu du « faire semblant ».

3. Intérêts restreints et comportements répétitifs

Ces perturbations se manifestent par le caractère stéréotypé ou répétitif du mouvement, de l'utilisation des objets ou du langage, l'intolérance au changement, l'adhésion à des routines, des intérêts restreints et fixes.

Les enfants avec autisme peuvent être fascinés par des objets inhabituels (bouts de ficelle, plumes, miettes…), ou utiliser de façon inhabituelle des objets ou des jouets (faire tourner indéfiniment une roue de petite voiture…).

Les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance, mais peuvent n'être pleinement manifestes qu'avec l'augmentation des demandes sociales. Ils limitent et altèrent le fonctionnement au quotidien.

4. Symptômes associés

En plus de ces critères, il est important de noter chez les personnes avec autisme :

- des spécificités de leur quotient intellectuel : certaines études indiquent 70% de déficit intellectuel associé. Ceci est difficile à définir car les échelles de mesure du quotient intellectuel ne sont pas adaptées aux personnes avec autisme. Mêmes si certains apparaissent déficients, on retrouve parfois dans l'autisme des pics d'habiletés, c'est-à-dire des aptitudes dans certains domaines bien supérieures au niveau de fonctionnement global de l'individu. Il est cependant observé, chez la plupart des personnes autistes, une hétérogénéité des habiletés ou une dysharmonie cognitive ;
- des troubles de la sensorialité : les enfants avec troubles autistiques peuvent présenter des seuils perceptifs variables (faibles ou élevés) induisant

respectivement une hyper ou une hyposensibilité pour un canal sensoriel donné. A noter que ces troubles ont été inclus dans les critères diagnostiques depuis le DSM 5 ;

- des troubles de l'alimentation : leur fréquence est de 80% chez les enfants avec difficultés développementales. Ils peuvent être de différents types ; difficultés alimentaires précoces, sélectivité alimentaires, rituels autour des repas ou troubles du comportement au cours des repas (Nadon, 2011) ;

- des troubles de la motricité et de la posture : difficultés de coordination, raideur et utilisation de la posture pour réguler les émotions, atteinte de la motricité fine ;

- des troubles du comportement : souvent liés aux difficultés de communications et aux particularités sensorielles ;

- des troubles épileptiques : environ 1/3 des personnes autistes présentent des manifestations épileptiques plus ou moins graves ;

- d'autres diagnostics peuvent s'ajouter et lorsque les critères diagnostiques pour deux pathologies sont présents simultanément on parle de comorbidité. On peut citer parmi les comorbidités les plus fréquemment associées le TDAH, les troubles anxieux ou dépressifs, les troubles psychotiques.

C. Les classifications

D'un point de vue nosologique, l'autisme était relié aux psychoses infantiles, terme qu'on retrouve dans les classifications officielles jusqu'à la fin des années 1970. La différenciation entre autisme et psychoses infantiles a eu lieu tardivement. Dans le DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et le DSM-II, l'autisme était classé sous la rubrique « réaction schizophrénique ou schizophrénie, forme de l'enfance ». Ensuite, le DSM-III puis le DSM-IV, et la Classification Internationale des Maladies (CIM9 puis CIM 10) (OMS, 1994) décrivent un cadre nosographique plus large avec la création de la catégorie

des TED : troubles envahissants du développement. Le concept de TED se réfère à l'idée que les troubles de la socialisation et de la communication « envahissent » tous les aspects de la vie des enfants, et fait envisager l'autisme comme un trouble neurodéveloppemental. La conception actuelle de l'autisme est qu'il existe un continuum entre plusieurs catégories. On parle de « troubles du spectre autistique ». Le terme « spectre » suggère que des entités sont reliées entre elles sur le plan de leurs étiologies même si elles présentent des différences importantes dans la présence et l'intensité des symptômes.

D. La question de la prévalence

Il est important avant de traiter la question de la prise en charge diagnostique des troubles autistiques de s'intéresser à leur prévalence. Cette prévalence est d'autant plus délicate à estimer que le diagnostic est difficile à objectiver. De nombreuses études se sont intéressées à la prévalence de l'autisme et de l'ensemble des troubles du spectre autistique au cours de la dernière décennie. L'une des premières investigations de la prévalence de l'autisme à été menée en 1966, par Lotter au Royaume-Uni. Il a utilisé les critères définis par Kanner et a retrouvé un taux de prévalence pour l'autisme de 4-5 enfants sur 10000 (Lotter, 1966). L'équipe de Wing et Gould, en 1979, identifie trois fois plus d'enfants qui présentent des difficultés de la triade autistique mais pour lesquels l'ensemble des critères de l'autisme selon Kanner ne sont pas remplis (Wing et Gould, 1979). Selon les estimations les plus récentes basées pour la plupart sur des études Nord-américaines ou Européennes, on retrouve des chiffres allant de 20 à 30 sur 10000 pour l'autisme et de 90 à 120 sur 10000 pour l'ensemble des troubles du spectre autistique (Fombonne, 2012). L'étude SNAP (Special Needs Autism Project) menée par Baird et collègues en 2006, utilise les instruments diagnostiques recommandés de façon internationale : l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) et L'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule). Cette étude retrouve une prévalence de 25 sur 10000 pour l'autisme. Ce chiffre augmente à 39 sur 10000 lorsque le diagnostic est posé par un groupe d'expert même si les seuils de l'ADI et de l'ADOS ne sont pas atteints (BAIRD et al, 2006). Le sex ratio est stable avec un rapport de 4,2 garçons pour une fille (Fombonne, 2009). Il est intéressant de constater qu'une revue de la littérature

récente qui estime la prévalence à l'échelle mondiale retrouve des chiffres similaires voir légèrement inférieurs : 17 sur 10000 pour l'autisme et 62 sur 10000 pour l'ensemble des troubles du spectre autistique. Quand aux recommandations pour la pratique clinique sur l'autisme rédigées par l'HAS en 2005, elles retiennent les chiffres de 10 à 30 pour 10 000 pour l'autisme et 60 à 70 pour 10 000 pour l'ensemble des TED en France (FFP, Baghdadli, 2005).

Le constat d'augmentation de la prévalence au fil des ans, basé sur des études aux méthodologies strictes, a engendré d'importantes spéculations autour des raisons de cette évolution. Différentes hypothèses ont été avancées et ont alimenté le débat autour de la question suivante : « l'augmentation de la prévalence de l'autisme peut-elle être assimilée à une hausse de son incidence ? ». Les médias se sont emparés de cette question en parlant « d'épidémie d'autisme » en s'appuyant sur des études incriminant toutes sortes de facteurs environnementaux (alimentation, vaccins, pollution…). Comme par exemple la question de l'implication du ROR soulevée en 1998 (Wakefield et coll, 1998) et qui a depuis été infirmée par de nombreuses études (Taylor et al, 1999 ; DeStefano et Thompson, 2004). Cette évolution de la prévalence ainsi que l'élargissement des critères diagnostiques ont entrainé de profondes transformations dans les représentations de l'autisme.

E. Les hypothèses étiologiques de l'autisme

Les causes de l'autisme ne sont à l'heure actuelle pas élucidées et sont à l'origine de nombreuses recherches. Il semble y avoir un consensus dans la communauté médicale pour admettre une origine multifactorielle.

1. Un déterminisme génétique

À ce jour, on reconnaît l'origine génétique de ce trouble ; les études rapportant un taux d'héritabilité allant jusqu'à 90% chez les jumeaux monozygotes (Rosenberg et al, 2009) signifiant que les facteurs génétiques jouent un rôle majeur dans l'apparition du phénotype.

Un certain nombre de gènes ont été identifiés, par exemple le gène Shank3, localisé sur le chromosome 22.

2. Des facteurs environnementaux

De nombreux facteurs de l'environnement ont été incriminés comme étant des facteurs de risque de l'autisme. Peu d'entre aux ont été validées et certaines hypothèses ont été infirmées. On peut citer les souffrances néonatales, les expositions toxiques (polluants atmosphériques, exposition à des médicaments in utéro) ou encore les expositions à certains virus ou à certains vaccins. Cette hypothèse du rôle du vaccin ROR a été infirmée par Taylor et son équipe en 1999 (Taylor et al, 1999).

3. Des causes neurobiologiques

Un grand nombre d'études neurobiologiques visent à comprendre ce qui dysfonctionne dans le cerveau d'une personne autiste. L'hypothèse qui sous-tend la majeure partie de ces recherches est celle d'un trouble de la maturation cérébrale : le cerveau ne se développerait pas normalement, et présenterait des anomalies, tant au niveau de la structure qu'au niveau du fonctionnement des aires cérébrales. Des défauts de croissance neuronales dans certaines régions du cerveau comme ont été retrouvés (Wegiel et al, 2014). D'autres chercheurs évoquent une altération du développement de synapses excitatrices dans certaines régions du cortex cérébral (Tang et al, 2014).

F. Les tentatives de modélisation de l'autisme

1. Le déficit des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives interviennent pour initier, inhiber, diriger ou planifier une action. Elles correspondent aux capacités nécessaires à une personne pour s'adapter à des situations nouvelles, c'est-à-dire non routinières, pour lesquelles il n'y a pas de réponse

toute prête. Un déficit des fonctions exécutives a été mis en évidence dans l'autisme (Mottron, 2004).

2. Les modèles sociocognitifs

Déficit de mentalisation ou trouble de la théorie de l'esprit :

L'hypothèse de base de cette théorie est que les personnes atteintes d'autisme présenteraient un déficit ou un retard sévère dans le développement de la Théorie de l'Esprit, c'est-à-dire dans la capacité à attribuer des états mentaux, tels que « désirs » ou « croyances », aux autres comme à eux mêmes (Baron-Cohen, 1985).

Le déficit des neurones miroirs :

Les "neurones miroir" sont adjacents aux neurones moteurs. Ils sont en action chez un observateur qui ne fait rien d'autre que regarder une autre personne agir (par exemple, prendre un verre). Cela permet de comprendre les intentions de l'autre. Plusieurs études ont montré l'existence d'anomalies structurelles dans les régions cérébrales corrélées avec le système des neurones miroirs chez les sujets atteints de troubles autistiques (Rizzolatti et al, 2009). Cette hypothèse fournie des mécanismes neuro-biologiques explicatifs aux déficits retrouvés chez les autistes au niveau des phénomènes suivants : lire l'état d'esprit et les intentions d'autrui, entrer en résonance avec les émotions d'autrui, appréhender une action observée de façon à pouvoir l'imiter, et donc établir un contact intersubjectif.

3. Les modèles neurocognitifs

Le défaut de cohérence centrale :

La cohérence centrale réfère à la compréhension globale d'une situation. Frith et Happé ont supposé l'existence d'une cohérence altérée chez les sujets atteints d'autisme qui traiteraient les informations « morceau par morceau », plutôt que dans leur contexte (Frith et Happé, 2006). La capacité à trouver une signification globale à un stimulus serait alors

altérée, avec une tendance à privilégier les parties qui composent le stimulus et des informations isolées et fragmentaires.

Le modèle de surfonctionnement perceptif (*Enhanced Perceptual Functioning*) :

Selon ce modèle développé par Mottron et ses collègues, les autistes présenteraient une supériorité au niveau du traitement perceptif ce qui provoquerait un biais vers les processus perceptifs, entraînant ainsi une plus grande implication des mécanismes cérébraux associés à la perception lors de la réalisation de tâches cognitives diverses. Le modèle EPF propose que, chez les autistes, l'information est traitée « par défaut » au niveau perceptif, entraînant une plus grande efficacité et un plus grand rôle de ces processus au sein de la cognition (Mottron et al, 2006).

Le modèle déclencheur-seuil-cible :

Plus récemment, l'équipe de Laurent Mottron à Montréal, a élaboré le modèle trigger-threshold-target ou déclencheur-seuil-cible, à partir d'une analyse rétrospective des travaux de génétique, d'imagerie cérébrale et de la cognition de l'autisme. Ce modèle propose comme facteur étiologique de l'autisme une anomalie de la plasticité neuronale. L'hypothèse est que des mutations génétiques déclenchent la réorganisation du cerveau chez les personnes ayant un seuil de plasticité faible, principalement dans les régions sensibles aux réaffectations corticales. Ces changements seraient à l'origine des particularités cognitives et des difficultés dans les interactions sociales associées à l'autisme. Ce modèle suggère que la perception supérieure des personnes autistes est en compétition avec l'apprentissage du langage parce que les ressources neuronales sont dirigées vers la dimension perceptive du langage et non vers sa dimension de communication » (Mottron et al, 2014).

La limite de ces modèles est qu'elles n'expliquent souvent qu'une partie de la symptomatologie et si l'ensemble de ces processus semblent jouer un rôle dans l'apparition de la symptomatologie autistique, reste à définir s'il existe un processus primaire ou une somme de processus à l'origine de cette pathologie. Les recherches récentes soutiendraient

l'hypothèse d'une coexistence de différents types d'altérations neuropsychologiques dans les TSA plutôt que la présence d'un déficit unique « primaire », d'où dériveraient tous les autres déficits.

DEUXIEME PARTIE : Contexte de l'étude

A. Généralités sur le diagnostic de l'autisme

Les troubles du spectre autistique représentent un challenge considérable pour les services de pédopsychiatrie autant au niveau thérapeutique que diagnostique. Même s'il apparait actuellement comme un trouble développemental à forte composante génétique, aucun marqueur ou test biologique ne permet de mettre en évidence un trouble du spectre autistique. L'approche diagnostique nécessite souvent le recours à une multitude de professionnels et l'utilisation de différents tests et échelles diagnostiques.

La présentation clinique peut fortement varier d'une personne à une autre. La coexistence de pathologies comorbides complique parfois la présentation clinique. Le degré d'atteinte est différent selon l'âge, les caractéristiques cognitives et comportementales. Les manifestations peuvent évoluer avec le temps, et cette population présente une importante hétérogénéité dans ses trajectoires développementales. Les personnes avec autisme représentent un groupe tellement hétérogène qu'on dit souvent qu'il y a autant de formes d'autisme que de personnes autistes.

B. Contexte de l'étude

L'intérêt autour de la question « comment est pratiqué aujourd'hui le diagnostic d'autisme par les pédopsychiatres ? » est parti du constat d'un fossé entourant l'autisme. Fossé qu'on retrouve à différents niveaux : entre l'enfant avec autisme et le monde qui l'entoure, entre les parents et les psychiatres, entre les représentations des associations de parents et les représentations des professionnels. Lorsqu'on interroge les parents d'enfants avec autisme, le parcours qu'ils ont traversé avant qu'un diagnostic ne soit posé ressemble habituellement à un parcours d'obstacles et le récit qu'ils en font est souvent teinté d'amertume. En 1997, au Royaume Uni, une étude interrogeant 1300 parents a montré que 49% d'entre eux n'étaient pas satisfaits de la procédure diagnostique. La principale critique avancée par les parents était le long délai d'attente avant l'obtention du diagnostic (Howlin

and Moore, 1997). Osborne et Reed, au Royaume-Uni, évaluent le stress parental lié à la procédure diagnostique. Ils montrent que le stress parental est très élevé au moment de la procédure diagnostique. Le stress parental peut être diminué par la rapidité de la procédure diagnostique, par la qualité de l'annonce et la clarté des informations transmises lors de l'annonce diagnostique. De plus, les enfants dont les parents ont un niveau inférieur de stress, montrent des progrès plus important sur le plan comportemental que les enfants dont les parents ont un haut niveau de stress (Osborne and Reed, 2012). En France, peu d'études se sont intéressées au discours des parents quand à la procédure diagnostique. Une enquête menée en 2006 par le Centre Régional d'Etudes et d'Action pour l'Insertion (CREAI) en Normandie montre que 4 parents sur 10 considèrent que le diagnostic ne leur a pas suffisamment été explicité. Plus d'un tiers n'étaient pas satisfaits avec les informations et la guidance qu'ils ont reçu et la moitié des parents déplorent qu'ils n'aient pas pu participer aux décisions prises aux différentes étapes de la vie de leur enfant (Chamak, 2011).

C. Les représentations de l'autisme

Dès les premières descriptions de l'autisme, un clivage s'opère entre différents courants. En France, les conceptions psychanalytiques ont fortement marqué la psychiatrie et la compréhension de l'autisme. Dans ses premiers écrits, lorsqu'il tente de caractériser les familles des enfants avec autisme, Kanner introduit le terme de « réfrigérator mothers » (mères réfrigérateurs). Bruno Bettelheim reprend ce terme et diffuse l'idée d'une cause acquise de l'autisme relative aux parents. A partir de son expérience des camps de concentration, il met en avant l'impact des circonstances extérieures sur l'état mental des individus et compare le repli autistique de l'enfant à celui de certains déportés, plongés dans l'environnement hostile des camps de concentration. Ce terme de « mères réfrigérateurs » qui part d'une observation clinique : le retrait de la mère face à un nourrisson peu présent dans la relation, sera mal interprété et jugé comme mettant en cause les parents, et surtout la mère, dans la survenue de l'autisme chez l'enfant (Chamak et Cohen, 2003). A partir de cette même observation clinique, les travaux de Trevarthen proposent une explication

différente qui amène un autre regard sur l'autisme et surtout sur les mères des enfants autistes. L'hypothèse de Trevarthen est que le bébé à devenir autistique manque d'une certaine intersubjectivité primaire (appétence pour autrui). L'intersubjectivité primaire désigne l'ajustement des interactions mères-bébés. Le bébé, sensible aux expressions de sa mère et à leur rythme, parvient à se synchroniser avec elle pour échanger des proto-conversations. Ce manque, chez l'enfant à risque autistique, nuirait au développement de l'intersubjectivité secondaire (ou intersubjectivité coopérative) à l'origine du partage d'intérêt (Trevarthen, 2003). Les travaux de Laznik vont dans le même sens et montrent que les bébés à risque autistique ont des compétences relationnelles qu'ils exploitent insuffisamment et que le manque de réactivité primaire du bébé autiste ainsi que la difficulté à entrer en contact et à communiquer avec lui, pourrait provoquer un essoufflement maternel et une diminution de la qualité du mamanais maternel engendrant ainsi une spirale interactive négative. Le mamanais (ou motherese) étant cette forme de langage avec un rythme et une intonation particulière qu'utilise la mère quand elle s'adresse à son bébé. Elle a été mise en évidence par les recherches de Fernald, qui ont permis de poser la voix comme premier objet pulsionnel. Fernald a observé chez les nourrissons, une appétence orale exacerbée pour cette forme particulière de parole maternelle (Fernald et al, 1989).

Comme nous l'avons vu précédemment avec l'évolution des classifications, on est passé d'une représentation de l'autisme telle une maladie rare, associée à un déficit intellectuel sévère et une absence totale de langage, à une vision élargie où sont rassemblées dans une même catégorie aussi bien des personnes sans langage, que des personnes sans déficit intellectuel, ayant des capacités langagières mais des particularités de communication ou des intérêts restreints. Ce changement au niveau des classifications entraîne de profondes transformations dans les représentations de l'autisme à différents niveaux.

Pour la communauté scientifique, l'autisme devient un syndrome aux contours flous, beaucoup plus fréquent puisqu'il s'agit d'un phénotype élargi.

Du coté des parents d'enfants autistes, ils s'emparent de cette nouvelle conception plus radicalement que les professionnels qui émettent des réserves à enfermer l'enfant dans

une catégorie et à poser un diagnostic qui peut être lourd de conséquences. L'obligation fréquente pour les parents de faire état d'un diagnostic pour pouvoir obtenir une allocation et bénéficier de certaines interventions spécifiques non prises en charge par la sécurité sociale et/ou non proposées par les services publics, renforce encore le décalage entre les représentations des parents et celle des professionnels. Un mouvement naît alors, avec l'apparition des associations comme un moyen pour les familles de faire entendre leurs voix et d'intervenir en tant que médiateur institutionnel reconnu par les pouvoirs publics (Chamak, 2008).

D. Les associations de parents d'enfants autistes

En France, la première association de parents d'enfants autistes a vu le jour en 1963. Celle-ci a lutté pour que les enfants ne soient pas séparés de leur famille en soutenant la création d'hôpitaux de jour. Cette association est devenue plus tard Sesame Autisme. Dans les années 80, à partir de la collaboration entre parents et professionnels, a été crée l'Association pour la Recherche sur l'Autisme et les Psychoses Infantiles (ARAPI) avec pour but de favoriser la recherche sur l'autisme. Et dans la même période, Pro AID Autisme qui a créé des structures spécialisées utilisant la méthode TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children). La dernière génération d'associations, plus active et plus revendicatrice, est apparue en 1989 avec la création d'Autisme France. Cette association est orientée vers les méthodes éducatives et comportementales et vers l'intégration scolaire (Chamak, 2007).

Dans notre société actuelle où l'autonomie individuelle est valorisée, le mouvement des associations de parents a pris de l'ampleur. Des parents qui, autrefois, avaient l'impression de subir les décisions et les contraintes imposées par le milieu médical, réclament une meilleure information et un droit de contrôle. Leurs actions ont débouché sur des avancées et quelques belles réalisations. Comme le souligne la sociologue Brigitte Chamak dans ses travaux, leur influence se fait sentir à différents niveaux. Elles jouent un rôle dans les changements de représentations de l'autisme, l'orientation de la recherche, des financements, et des thérapies. Elles veulent peser sur le choix de l'approche

thérapeutique, contestent les théories et interprétations psychanalytiques et se tournent vers des méthodes éducatives et comportementales. Elles insistent sur l'intégration scolaire en milieu ordinaire et se réfèrent au modèle nord-américain de l'autisme considéré comme un exemple de modernité. Des représentants d'associations sont présents dans différents comités de travail sur l'autisme, aussi bien dans les instituts de recherche que dans les instances comme la Haute Autorité de santé.

La prise de pouvoir par le secteur associatif a contribué à façonner les politiques publiques mais a également permis à l'Etat de se désinvestir tout en donnant satisfaction aux associations. Les revendications des associations sont soutenues par les pouvoirs publique car si leurs objectifs ne sont pas les mêmes, leurs intérêts convergent. En effet, la volonté exprimée par les associations de s'éloigner de la psychiatrie permet aux pouvoirs publics de réaliser des économies en réduisant le nombre de lits d'hospitalisation. Le risque qui se présente est que ce qui était pris en charge par la collectivité devienne un marché privé qui profite de la détresse des parents.

E. Une politique autour de l'autisme

La pression des associations a conduit à l'émergence d'une véritable politique nationale de santé publique induisant une succession de rapports, de recommandations, de circulaires et de lois au cours des 20 dernières années. La circulaire Veil de 1995 proposait un plan d'action sur 5 ans pour améliorer la prise en charge de l'autisme, puis la loi Chossy en 1996 reconnait l'autisme comme un handicap. Cette reconnaissance permet alors à l'autisme de passer du statut de maladie psychiatrique à celui de handicap et ainsi s'éloigner de la psychiatrie.

En 1995, l'association Autisme France saisit le Comité Consultatif Nationale d'Ethique (CCNE) en dénonçant les difficultés à obtenir un diagnostic précoce, l'utilisation par la communauté médicale française de sa propre classification et non de la classification internationale, une prise en charge d'inspiration psychanalytique, et la méconnaissance de l'origine organique de l'autisme. L'avis rendu par le CCNE va dans le sens des demandes de l'association Autisme France. En 2003, le rapport parlementaire de Jean-François Chossy,

propose un panorama de solutions concrètes autour de différents domaines dont le diagnostic, la recherche sur le syndrome, l'accompagnement ou l'intégration des autistes (Chossy, 2003). La Loi handicap de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a institué un droit à compensation par un financement du projet de vie individuel, un droit à la scolarisation et à l'insertion en milieu ordinaire. Elle a créé les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) (FFP, Baghdadli, 2005).

Il est important de noter également que la France a été condamnée en 2004 par le Conseil de l'Europe pour non respect de ses obligations d'accès à l'éducation à l'égard des enfants souffrant d'autisme. Cette condamnation a été confirmée en 2014.

Les plans autisme sont des programmes nationaux comportant un ensemble de mesures pour améliorer la prise en charge globale des personnes avec autisme. De 2005 à 2013, 3 plans autisme se sont succédés :

1. En 2005 - 2006 : Nouveau regard, nouvel élan

   Ce premier Plan Autisme a permis des réalisations importantes :

   - Le renforcement des places d'accueil dans le champ médico-social
   - L'installation dans chaque région d'un Centre Ressource Autisme (CRA)
   - L'élaboration de recommandations professionnelles pour le dépistage et le diagnostic infantile.

   Toutefois, ces avancées restent insuffisantes et un 2e plan autisme voit le jour.

2. En 2008 – 2010 : 30 mesures pour mieux connaitre, former, accueillir, accompagner…

   Ce plan comporte 3 axes majeurs :

   - Mieux connaitre pour mieux former
   - Mieux repérer pour mieux accompagner
   - Diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne.

   30 mesures sont élaborées à partir de ces 3 axes.

3. En 2013 – 2017 : dans le 3e plan autisme sont élaborées des recommandations qui visent à proposer à tous les âges, des interventions évaluées et contrôlées. Ces propositions s'articulent autour de 5 axes :
    - Diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne.
    - Diagnostiquer et intervenir précocement
    - Soutenir les familles
    - Poursuivre la recherche
    - Sensibiliser et former l'ensemble des acteurs de l'autisme

C'est donc en 2005, lors du premier plan autisme, qu'ont été élaborées en partenariat avec la HAS, les recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. Ces recommandations ont été publiées en Juin 2005 (FFP, Baghdadli, 2005).

F. Les recommandations diagnostiques

Ces recommandations ont été établies par des groupes de travail constitués de professionnels multidisciplinaires à partir de données issues de la littérature ainsi que sur l'opinion d'experts. Elles concernent les différentes étapes de la démarche diagnostique. Nous pouvons retenir quelques points essentiels.

L'établissement du diagnostic nosologique :

- Le diagnostic s'établit à partir des observations de professionnels multidisciplinaires complété par les observations parentales. Pour recueillir ces observations parentales de façon structuré, l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised) est le guide d'entretien structurée le mieux reconnu sur le plan international. L'observation du comportement peut se faire en situation structuré et c'est l'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) qui est l'outil standardisé le mieux reconnu internationalement.

- Les recommandations citent également l'échelle diagnostic CARS, simple d'utilisation.

- C'est à partir de 3 ans qu'un diagnostic fiable peut être posé.

- Afin d'homogénéiser la formulation des diagnostics reçus, il est recommandé d'utiliser une seule classification : la CIM10.

L'évaluation individualisée fonctionnelle :

- Les différents domaines du développement de l'enfant doivent être examinés à l'aide de l'observation clinique directe, un examen psychologique (Brunet-Lézine, Weschler, K-ABC…), un examen orthophonique et un examen psychomoteur.

Les investigations complémentaires :

- Il est recommandé de réaliser de façon systématique un examen de la vision et de l'audition, une consultation neuropédiatrique et génétique avec caryotype et recherche de X-fragile.

Les instruments de dépistage :

- L'échelle CHAT est citée comme étant l'examen le plus pertinent.

L'annonce du diagnostic :

- L'annonce doit se faire dans un cadre permettant un temps de discussion suffisante avec les parents. L'annonce au patient doit tenir compte de son âge et de ses capacités cognitives. Une information spécifique peut être apportée à la fratrie.

G. Les outils diagnostiques

	Description	Population concernée	Référence
Outils de dépistage			
M-Chat Modified Check-list for autism in Toddlers	Instrument développé à des fins de repérage systématique.	Enfants de 18 mois dans la population générale	(Baron-Cohen, 1992)
ADBB Échelle alarme détresse bébé	Echelle de dépistage et d'évaluation du retrait relationnel du jeune enfant	Enfants âgés de 2 mois à 2 ans en population générale	(Guedeney, 2001)
ASAS (Echelle d'Atwood) Australian Scale for Asperger's Syndrome	Questionnaire conçu pour identifier des comportements et des capacités indicatifs du syndrome d'Asperger.	Enfants pendant leurs années d'école primaire	(Attwood, 1998)
Outils diagnostiques			
ADI-R Autism Diagnostic Interview – Revised	Outil de confirmation diagnostique spécifique à l'autisme. Entretien semi-structuré fait par un clinicien avec les parents de l'enfant chez qui on suspecte un autisme.	Enfants à partir de 3 ans ayant un âge développemental d'au moins 18 mois.	(Lord, 1994)
ADOS Autism Diagnostic Observation Schedule	Outil d'évaluation semi-structuré utilisé en complémentarité avec l'ADI-R. L'ADOS fournit un contexte standardisé dans lequel le clinicien peut objectiver les difficultés de la personne évaluée.	L'ADOS permet d'évaluer des enfants à partir de 2 ans, et des adultes (en fonction des modules).	(Lord, 1989)
CARS Childhood Autism Rating Scale	Outils de mesure de l'intensité des troubles spécifiques à l'autisme. Echelle d'évaluation basée sur les comportements.	Enfants à partir de 24 mois	(Schopler, 1980)

	Description	Population concernée	Référence
Outils d'évaluation du développement			
ECA Echelle d'évaluation des comportements autistiques	Outils d'évaluation de l'état actuel des enfants atteints de troubles envahissants du développement.	L'ECA s'adresse à des enfants de 2 ans et plus. Elle permet de suivre l'évolution des enfants présentant des troubles graves du développement.	(Lelord, 2003)
VABS (Vineland) Vineland Adaptive Behavioural Scale	Outil d'évaluation du développement psychologique non spécifique à l'autisme. L'échelle de Vineland permet de mesurer les comportements socioadaptatifs en examinant spécifiquement les domaines de la socialisation, de la communication, des aptitudes de la vie quotidienne et de la motricité.	De l'enfance à l'âge adulte	(Carter, 1998)
Questionnaire de Rimland	Questionnaire anamnestique servant au diagnostic de l'autisme	Couvre la période d'âge de la naissance à 5 ans.	(Larmande, 1979)
WISC IV Wechsler Intelligence Scale for Children	Batterie d'évaluation de l'efficience intellectuelle non spécifique à l'autisme	Enfants âgés entre 6 et 16 ans	(Wechsler, 2005)
PEP-R Psychoeducational Profile – Revised	Outil d'évaluation du processus d'apprentissage pour l'élaboration d'un programme éducatif (programme individualisé et personnalisé).	Enfants de niveau pré-scolaire âgés de 6 mois à 7 ans, présentant des troubles envahissants du développement.	(Schopler, 1994)
Grille de G. Haag Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité	Outil de suivi de l'évolution des enfants et adolescents, particulièrement dans le registre de l'image du corps. Lecture psychodynamique.		(Haag, 1995)

	Description	Population concernée	Référence
BECS Batterie d'évaluation du développement cognitif et social	Outil spécifique pour les enfants présentant des troubles envahissants du développement et des retards mentaux. La B.E.C.S permet d'évaluer, au travers de séquences de jeux et d'interactions avec l'enfant, les composantes des domaines cognitif et socio-émotionnel.	Enfants âgés de 4 mois à 10 ans, présentant un retard de maturation, les situant dans la zone de développement de 4 mois à 24 mois.	(Adrien, 1996)
Grille de G. Haag Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité	Outil de suivi de l'évolution des enfants et adolescents, particulièrement dans le registre de l'image du corps. Lecture psychodynamique.		(Haag, 1995)
Grille d'évitement relationnel du nourisson	Grille regroupant un ensemble de signes dont le repérage fait appel à des niveaux d'observation différents, objectivant ou plus interprétatif en fonction de l'attention portée par le clinicien aux mouvements intersubjectifs	Nourrissons	(Carel, 1996)
Grille de Préaut	Grille d'évaluation pour la détection des signes autistiques précoces.	Nourrissons de 4 à 12 mois	(Laznik, 2006)

TROISIEME PARTIE : Article

A. Résumé en français

Les troubles du spectre autistique forment un ensemble hétérogène de troubles dont le diagnostic est clinique. La pratique de ce diagnostic a été l'objet de recommandations de bonnes pratiques publiées en 2005. **Objectif :** L'objectif de notre étude a été de déterminer si la pratique du diagnostic s'est améliorée au cours des dernières années. **Méthode :** Cette enquête descriptive a été réalisée à l'aide d'un questionnaire adressé en 2008 puis en 2015 à tous les pédopsychiatres du Centre Hospitalier Alpes Isère. Le questionnaire interrogeait les médecins sur la pratique du diagnostic, leur démarche diagnostique, leur connaissance et utilisation des outils diagnostiques et des outils d'évaluation du développement, l'annonce diagnostique et leur participation à une formation sur l'autisme. 30 questionnaires ont été analysés en 2008 et 19 en 2015. **Résultats :** Nos résultats ont montré que le diagnostic était majoritairement pratiqué : par 80% des médecins en 2008 et par 94,7% en 2015. Les praticiens se référaient moins à la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) en 2015 qu'en 2008, ce qui va dans le sens des recommandations. Ils étaient seulement 59% à utiliser la Classification Internationale des Maladies, 10^{e} révision (CIM10) qui est la classification recommandée. Les outils diagnostiques étaient bien connus par les praticiens et une augmentation significative a été retrouvée en 2015 par rapport à 2008 pour l'Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) et l'échelle d'Atwood. Enfin, la pratique du diagnostic et la connaissance de certains outils, augmentait significativement avec la participation à une formation sur l'autisme au cours des 5 dernières années.

Mots-clés : autisme, troubles du spectre autistique, pratique diagnostique, pédopsychiatrie, outils diagnostiques.

B. Résumé en anglais

Autism Spectrum Disorders (ASD) are a heterogeneous group of disorders. An accurate diagnosis remains primarily clinical. Guidelines that make recommendations for diagnostic practice in ASD were published in 2005. **Aims:** The objective of this study was to determine if the diagnostic practice improved in recent years. **Materials and methods:** This is a descriptive unicentric study, based on several written requests sent in 2008 and in 2015 to all child psychiatrists from Centre Hospitalier Alpes Isère. The written request asked first the child psychiatrists about their diagnostic and assessment practice, afterwards their knowledge and their use of diagnostic tools, then their diagnostic communication, and finally their participation in training about autism. **Results:** 30 written requests have been analysed in 2008 and 19 in 2015. Our results show that diagnoses were mainly practiced: by 80% of psychiatrists in 2008 and 94,7% in 2015. Psychiatrists took less the "Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA)" as reference in 2015 than in 2008, in agreement with guidelines, but only 59% took the International Classification of Diseases, 10th revision (ICD 10) in reference, which is actually the recommended classification. Diagnostic tools were known by child psychiatrist and a significant increase was found in 2015 compared to 2008 for Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) and Atwood's scale. Finally, diagnostic practice and knowledge of some tools, increased significantly with following training programs over the last 5 years.

Key words: autism, autism spectrum disorders, diagnostic practice, child psychiatry, diagnostic tools

C. Introduction

L'autisme est un trouble sévère et précoce du développement de l'enfant apparaissant avant l'âge de 3 ans. Il se caractérise par une perturbation des interactions sociales, des troubles de la communication verbale et non verbale, ainsi que des activités stéréotypées et/ou des intérêts restreints. La pratique diagnostique désigne l'ensemble du processus médical permettant d'identifier la nature de l'affection dont un patient est atteint.

La prévalence estimée actuellement est de 90 à 120 sur 10000 pour l'ensemble des troubles du spectre autistique (Fombonne, 2012). Le champ de l'autisme a été traversé par de fortes tensions. En 2004 puis en 2014, la France a été condamnée par le Conseil de l'Europe pour le non respect de ses obligations vis à vis des autistes. Une véritable politique nationale de santé publique a été mise en place et l'un de ses objectifs principaux est l'amélioration du dépistage et du diagnostic infantile.

L'autisme est un trouble d'origine neurobiologique dont le diagnostic se fait sur la mise en évidence de caractéristiques du comportement et du développement. Dans la conception actuelle, on parle de « trouble du spectre autistique » : ce terme rend compte de la variabilité des tableaux retrouvés ce qui complique la démarche diagnostique. Des recommandations sur la pratique du diagnostic ont été publiées.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser comment la pratique diagnostique de l'autisme par les pédopsychiatres du Centre Hospitalier Alpes Isère a évolué au cours des dernières années et d'identifier d'éventuelles faiblesses dans le parcours des patients et de leur famille. L'objectif secondaire est de réfléchir à des axes d'amélioration dans l'accompagnement de la démarche diagnostique.

D. Matériel et méthodes

1. Echantillons et méthode de sélection

Notre étude descriptive s'est adressée aux médecins du pôle infanto-juvénile (PIJ) du Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI). Elle a porté sur l'analyse statistique d'un questionnaire administré en 2008 puis en 2015.

Les critères d'inclusion étaient les médecins du pôle infanto juvénile du CHAI, ont été exclu les médecins somaticiens et les internes pour des raisons de formation en cours.

30 questionnaires ont été inclus en 2008 et 19 en 2015.

2. Méthodes d'interventions

Le questionnaire a été élaboré en 2008 (Annexe 2) dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), à partir des recommandations pour la pratique professionnelle de l'autisme (FFP, Baghdadli, 2005). Au travers de ce questionnaire, l'EPP avait pour objectif d'évaluer la pratique du diagnostic de l'autisme par les praticiens du pôle PIJ, la démarche diagnostique, la connaissance et l'utilisation des outils diagnostiques et d'évaluation spécifiques à l'autisme, l'annonce diagnostique, et la participation récente à une formation sur l'autisme. La première période d'évaluation s'est étendue du 12 décembre 2007 au 20 mai 2008.

En 2015, ce questionnaire a été repris et retravaillé (Annexe 3). Nous n'avons apporté que peu de modifications pour limiter les biais. Nous avons créé une version informatique afin que le questionnaire puisse être renvoyé soit par mail, soit par courrier. 2 questions ont été ajoutées afin d'évaluer les liens des médecins avec le Centre Alpin de Diagnostic Précoce de l'Autisme (Cadipa), antenne iséroise du Centre Ressource Autisme (CRA) Rhône-Alpes. La deuxième période d'évaluation s'est étendue du 4 novembre 2015 au 15 janvier 2016.

3. Analyse statistique et méthodes d'évaluation

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS version 11.5.

Les analyses des données ont été effectuées en trois étapes.

Une première analyse à été faite sur les questionnaires de 2008. 30 questionnaires ont été analysés. Pour les questions 2 à 5 (voir annexe 1) portant sur la pratique du diagnostic, les questionnaires des praticiens ayant répondus qu'ils ne pratiquaient pas le diagnostic de l'autisme ont été retiré de l'analyse, soit 6 questionnaires. L'analyse des questions 2 à 5 a donc porté sur un total de 24 questionnaires.

La seconde analyse a porté sur les questionnaires de 2015. 19 questionnaires ont été analysés. De même, pour les questions 3 à 6 (voir annexe 2) portant sur la pratique du diagnostic, les questionnaires des praticiens ayant répondus qu'ils ne pratiquaient pas le diagnostic de l'autisme ont été retiré de l'analyse, soit 1 questionnaire. L'analyse des questions 3 à 6 a donc porté sur un total de 18 questionnaires.

Enfin, une analyse comparative a été réalisée entre les années 2008 et 2015 afin de mettre en évidence une évolution. Une analyse croisée de la question 1 avec les questions 16, 19, 20 et 21 a été faite pour tenter mettre en évidence certaines caractéristiques dans le groupe pratiquant le diagnostic. Enfin une analyse croisée de la question portant sur le suivi d'une formation récente sur l'autisme avec les questions connaissance et utilisation des outils a été faite pour mettre en évidence un éventuel impact de la formation sur les connaissances, la pratique ou la prescription des outils diagnostiques.

Les variables étaient des variables qualitatives nominales ou ordinales. Le test d'adéquation du Khi-deux a été effectué pour tester l'indépendance entre les variables. La correction pour la continuité de Yates (khi2 corrigé) a été utilisée lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5 et supérieurs ou égaux à 3. Et le test exact de Fisher a été appliqué lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 3. Dans toutes les analyses, les résultats ont été considéré comme significatifs lorsque la valeur du seuil de significativité p était inférieure à 0,05.

Un regroupement des modalités des variables ordinales a été effectué. Nous avons regroupé les modalités toujours et souvent d'un côté et les modalités parfois et jamais de l'autre, afin de faire apparaître une notion de fréquence lors de l'analyse des données.

E. Résultats

1. Description de la population

En 2008, le questionnaire a été envoyé à 35 médecins. 32 ont renvoyé le questionnaire dont 2 internes qui ont été retirés de l'analyse pour des raisons de formation en cours. Ceci a porté à 30 le nombre de questionnaire inclus dans l'analyse soit un taux de participation de 91% si l'on ne tient pas compte des internes.

En 2015, 36 médecins composaient le pôle PIJ dont 2 internes et 3 médecins somaticiens. Le questionnaire a été envoyé aux 31 pédopsychiatres. 19 ont rempli le questionnaire, soit un taux de participation de 61%.

Les caractéristiques de la population de praticiens en 2008 et en 2015 sont décrites dans le tableau 1. Il n'y a pas eu de non réponses à ces questions. Il n'a pas été retrouvé de différence significative dans la pratique du diagnostic selon les catégories de sexe, d'âge et de lieu de pratique.

La variable « formation les 5 dernières années » est également détaillée dans le tableau 1. Nous avons pu montrer qu'en 2008, il y a significativement plus de praticiens qui posent le diagnostic parmi ceux qui ont fait une formation les 5 dernières années que parmi ceux qui n'en ont pas faite. (khi 2 corrigé = 3.828, ddl = 1, p = 0.5).

Tableau 1 Description de la population

Caractéristiques de l'échantillon						
	2008	Pratique du diagnostic		**2015**	Pratique du diagnostic	
	Total % (n=30)	OUI	NON	Total % (n=19)	OUI	NON
Sexe						
Homme	20 (n=6)	6	0	15,8 (n=3)	3	0
Femme	80 (n=24)	18	6	84,2 (n=16)	15	1
Age						
Entre 30 et 40 ans	20 (n=6)	4	2	21,1 (n=4)	4	0
Entre 40 et 50 ans	30 (n=9)	7	2	10,5 (n=2)	1	1
Entre 50 et 60 ans	23,3 (n=7)	5	2	47,4 (n=9)	9	0
Plus de 60 ans	26,7 (n=8)	8	0	10,5 (n=2)	4	0
Lieu de pratique						
CMP	86,7 (n=26)	21	5	78,9 (n=15)	14	1
CATTP	33,3 (n=10)	9	1	36,8 (n=7)	6	1
HDJ	26,7 (n=8)	7	1	47,4 (n=9)	9	0
IME	3,3 (n=1)	1	0	5,3 (n=1)	1	0
HC pour adolescents	10 (n=3)	2	1	5,3 (n=1)	1	0
UPI	6,7 (n=2)	2	0	5,3 (n=1)	1	0
Cliss	3,3 (n=1)	1	0	5,3 (n=1)	1	0
Autre	30 (n=9)	7	2	10,5 (n=2)	2	0
Formation les 5 dernières années						
Oui	60 (n=18)	17	1	73,7 (n=14)	14	0
Non	40 (n=12)	7	5	26,3 (n=5)	4	1

2. La pratique du diagnostic

En 2008, 80% des médecins pédopsychiatres (n=24) qui ont répondu au questionnaire pratiquaient le diagnostic de l'autisme contre 20% (n=6) qui ne le pratiquaient pas. Cette différence est significative (khi2 = 10,8, ddl=1, p=0.001). Les raisons avancées par ceux qui ne le pratiquent pas sont les suivantes : 4 praticiens privilégient la démarche de soin, 2 praticiens craignent de fixer l'enfant dans un handicap, pour 2 praticiens la procédure diagnostique fait référence à des classifications de type descriptif, pour 2 praticiens la procédure diagnostique est trop complexe, 1 praticien évoque l'absence de ressources pour organiser les prises en charge, et 3 praticiens évoquent des critères d'âges.

En 2015, 18 médecins pédopsychiatres (94,7%) pratiquaient le diagnostique de l'autisme contre 1 (5.3%) qui ne le pratiquait pas. Cette différence est significative (khi 2

=15.211, ddl = 1, p<0.0001). Celui qui ne le pratique pas, n'évoque aucune des raisons citées en 2008.

La proportion de médecins pratiquant le diagnostic de l'autisme a augmenté de 2008 à 2015 en passant de 80% à 94.7% mais cette différence n'est pas significative (khi 2 = 2.063, ddl = 1, p = 0.151).

En 2008, le diagnostic de l'autisme est significativement plus retenu à partir de l'âge de 3 et 4 ans (53.3%) (Khi 2 = 29, ddl = 4, p<0.0001). En 2015, on ne retrouve pas de différence au niveau de l'âge à partir duquel les praticiens retiennent le diagnostic.

La question du dépistage précoce révèle une quasi unanimité chez les pédopsychiatres. En 2008, 97% des sujets interrogés pensent que le dépistage précoce est utile. Ils sont 100% à le penser utile en 2015.

3. La démarche diagnostique

Lors d'une consultation avec un enfant de moins de 3 ans, en 2008, 90% des praticiens portent leur attention sur les signes de la triade autistique (anomalies de la communication, anomalies de la socialisation et anomalies des intérêts et comportements répétitifs). En 2015, ils sont 95% à porter leur attention sur ces 3 signes cliniques.

Parmi ceux qui pratiquent le diagnostic :

- En 2008, les praticiens utilisaient en majorité la classification CFTMEA (79%). Seuls 46% d'entre eux utilisaient la CIM 10 et 13% le DSM IV (voir figure 1). En 2015, les praticiens sont moins nombreux à utiliser la classification CFTMEA qu'en 2008 et cette différence est statistiquement significative (khi2= 6.19, ddl = 1, p=0.013). En 2015, il y a une augmentation du nombre de praticiens qui utilisent la CIM 10 et le DSM V, respectivement 59% et 35% mais cette différence n'est pas significative.

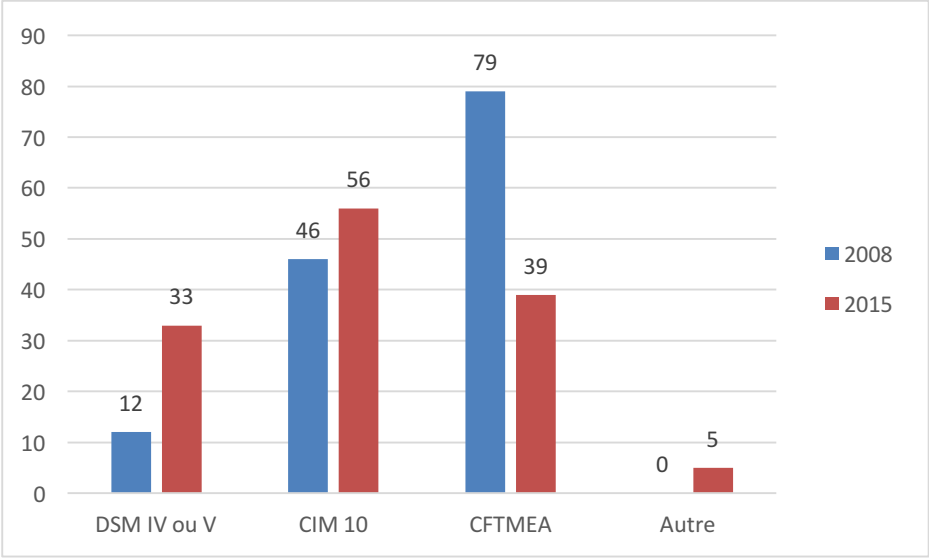


Figure 1 : Utilisation des classifications en 2008 et en 2015

- En 2008 comme en 2015, l'ensemble des praticiens (100%) s'appuie sur l'anamnèse et l'observation directe pour poser le diagnostic. Ils sont 92 % en 2008 et 95 % en 2015 à utiliser les observations parentales pour poser le diagnostic. Et seuls 21% en 2008 et 28 % en 2015 utilisent des outils diagnostiques spécifiques pour poser le diagnostic. En 2008, 5 praticiens s'appuient sur des outils diagnostiques spécifiques, 1 cite l'ECA et 1 le bilan neuropsychologique. En 2015, 5 praticiens s'appuient sur des outils diagnostiques spécifiques, 2 citent le M-CHAT, 1 l'alarme détresse bébé, 1 les signes d'alerte de Filipek, 1 l'ADI simplifiée, 1 la CARS, et 2 citent l'ADI et l'ADOS en précisant : au cadipa. En 2015, 13 praticiens (76%) s'appuient sur les observations d'autres professionnels ; 4 citent le psychomotricien, 3 l'orthophoniste, 1 le psychologue ou neuropsychologue, 1 le pédiatre, 1 le médecin scolaire, 1 le médecin traitant, 1 le médecin de la PMI, 1 l'équipe de soin et 1 les professionnels du cadipa.

- Les praticiens pratiquent des bilans et des examens complémentaires qui sont détaillés dans le tableau 2. Quelques résultats sont significatifs. En 2008, ceux qui pratiquent toujours ou souvent un bilan psychomoteur sont significativement plus nombreux que ceux qui ne le pratiquent que parfois ou jamais (khi2=4,54, ddl=1, p=0,033). En revanche, ceux qui prescrivent toujours ou souvent des examens

complémentaires ophtalmologiques, orthoptiques ou ergothérapeutiques sont significativement moins nombreux que ceux qui ne les prescrivent que parfois ou jamais, respectivement (khi2=4,26, ddl=1, p=0,039), (khi2=5,33, ddl=1, p=0,021) et (khi2=9,3, ddl=1, p=0,002). En 2015, l'examen ORL est pratiqué plus systématiquement. Les praticiens qui prescrivent toujours ou souvent l'examen ORL sont significativement plus nombreux que ceux qui ne le prescrivent que parfois ou jamais (khi2=4,57, ddl=1, p=0,033). Ceux qui prescrivent toujours ou souvent des examens orthoptiques sont significativement moins nombreux que ceux qui ne le prescrivent que parfois ou jamais (khi2=8,33, ddl=1, p=0,04). Enfin, aucun praticien ne prescrit toujours ou souvent les examens biologiques ou ergothérapeutiques en 2015. En 2015, 5 praticiens ont coché la case « autre » : 3 disent s'appuyer sur un bilan neuropsychologique et 2 sur les observations de l'équipe infirmière.

Tableau 2 Bilans et examens complémentaires pratiqués dans la démarche diagnostique

	2008			2015		
	Toujours/Souvent total % * (n=)	Parfois/Jamais total % * (n=)	p-value	Toujours/Souvent total % * (n=)	Parfois/Jamais total % * (n=)	p-value
Bilans						
Orthophonique	55 (n=11)	45 (n=9)	ns	53 (n=8)	47 (n=7)	ns
Psychomoteur	73 (n=16)	27 (n=6)	0,033	64 (n=9)	36 (n=5)	ns
Psychologique	50 (n=11)	50 (n=11)	ns	56 (n=9)	44 (n=7)	ns
Autre	50 (n=1)	50 (n=1)	ns	83 (n=5)	17 (n=1)	ns
Examens complementaires						
Neurologique	47 (n=9)	53 (n=10)	ns	41 (n=7)	59 (n=10)	ns
Génétique	32 (n=6)	68 (n=13)	ns	59 (n=10)	41 (n=7)	ns
ORL	48 (n=10)	52 (n=11)	ns	79 (n=11)	21 (n=3)	0,033
Ophtamologique	26 (n=5)	74 (n=14)	0,039	27 (n=4)	73 (n=11)	ns
Biologique	29 (n=4)	71 (n=10)	ns	0 (n=0)	100 (n=12)	
Orthoptique	17 (n=2)	83 (n=10)	0,021	8 (n=1)	92 (n=11)	0,004
Ergothérapeutique	8 (n=1)	92 (n=12)	0,002	0 (n=0)	100 (n=11)	

*Les pourcentages sont calculés sur les répondants

4. Connaissance et utilisation des outils

Au niveau de la connaissance des outils, en 2008, les praticiens connaissant l'échelle d'Atwood, sont significativement moins nombreux que ceux ne la connaissant pas (khi2=16,13, ddl = 1, p < 0.001). En 2008, les praticiens connaissant l'ECA, la Vineland et la Rimland sont significativement moins nombreux que ceux ne la connaissant pas, respectivement (khi2=13,33, ddl = 1, p < 0.001), (khi2=10,80, ddl = 1, p=0.001) et (khi2=26,13, ddl = 1, p < 0.001). En 2015, ceux qui connaissent l'ADI et l'ADOS sont significativement plus nombreux que ceux qui ne les connaissent pas, respectivement (khi2=11,84, ddl = 1, p=0.001) et (khi2=11,84, ddl = 1, p=0.001). Et ceux qui connaissent la Rimland sont significativement moins nombreux que ceux qui ne la connaissent pas (khi2=6,36, ddl = 1, p=0.012).

Il y a une augmentation en 2015 par rapport à 2008 au niveau de la connaissance de tous les outils avec 2 résultats significatifs (voir tableau 3). Il y a significativement plus de

praticiens qui connaissent l'ADOS, et l'échelle d'Atwood en 2015 qu'en 2008, respectivement (khi2=11,78, ddl = 1, p=0.001) et (khi2=8,80, ddl = 1, p=0.003).

Si ces outils sont connus, on peut voir dans le tableau 3 qu'en 2008 comme en 2015, très peu de praticiens les pratiquent ou les prescrivent.

Tableau 3 Connaissance et utilisation des outils diagnostiques et d'évaluation du développement

	Connu			**Pratiqué**			**Prescrit**		
	2008	2015	p-value	2008	2015	p-value	2008	2015	p-value
Outils diagnostiques									
ADI-R	20 (67%)	17 (89%)	ns	2 (7%)	2 (10%)	ns	6 (20%)	5 (26%)	ns
ADOS	12 (40%)	17 (89%)	0,001	1 (3%)	1 (5%)	ns	4 (13%)	6 (32%)	ns
CARS	17 (57%)	11 (58%)	ns	1 (3%)	3 (16%)	ns	4 (13%)	0 (0%)	ns
Echelle d'Atwood	4 (13%)	10 (53%)	0,003	1 (3%)	4 (21%)	ns	2 (7%)	0 (0%)	ns
Autre	1 (3%)	3 (16%)	ns	0 (0%)	3 (16%)	ns	1 (3%)	0 (0%)	ns
Outils d'évaluation du développement									
ECA	5 (17%)	6 (32%)	ns	1 (3%)	2 (10%)	ns	1 (3%)	1 (5%)	ns
Vineland	6 (20%)	8 (42%)	ns	2 (7%)	0 (0%)	ns	2 (7%)	1 (5%)	ns
Rimland	1 (3%)	4 (21%)	ns	0 (0%)	0 (0%)	ns	0 (0%)	0 (0%)	ns
Echelles de Wechsler		11 (58%)			3 (16%)			9 (47%)	
PEP-R	16 (53%)	12 (63%)	ns	0 (0%)	3 (16%)	ns	5 (16%)	6 (32%)	ns
BECS		10 (53%)			3 (16%)			4 (21%)	
Grille de G,Haag	15 (50%)	10 (53%)	ns	1 (3%)	2 (10%)	ns	0 (0%)	0 (0%)	ns
Grille de Carel	12 (40%)	10 (53%)	ns	0 (0%)	2 (10%)	ns	1 (3%)	0 (0%)	ns
Autre (grille PREAUT)	0 (0%)	2 (10%)	ns	0 (0%)	1 (5%)	ns	0 (0%)	0 (0%)	ns

* Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des participants, (n=30) en 2008 et (n=19) en 2015.

Pour le dépistage précoce, en 2008 l'examen clinique est utilisé par 70% des praticiens, le M-CHAT par 10% des praticiens et la Grille d'évitement relationnel de Carel par 17% des praticiens. En 2015, ils sont 95% à utiliser l'examen clinique, 37% à utiliser le M-CHAT et 11% à utiliser la Grille d'évitement relationnel de Carel. Il y a donc une augmentation de l'utilisation de ces outils de dépistage précoce mais les différences ne sont pas significatives. En 2015, ils sont également 5 praticiens (26%) à cocher la case « autre » et

tous citent la grille PREAUT alors qu'aucun ne l'avait cité en 2008. Cette différence pour la grille PREAUT entre les 2 années est significative (Khi 2 corrigé = 6.154, ddl = 1, p = 0.013).

5. Annonce du diagnostic

En 2008, 54% des praticiens utilisent une consultation d'annonce pour transmettre le diagnostic. En 2015, ils sont seulement 26% à utiliser une consultation d'annonce. Les praticiens utilisent moins la consultation d'annonce en 2015 qu'en 2008, mais cette différence n'est pas significative.

En 2008 et en 2015, il y a significativement plus de praticiens annonçant toujours ou souvent le diagnostic aux parents que de praticiens leur annonçant parfois ou jamais, respectivement (Khi2 = 5.14, ddl = 1, p = 0.23) et (Khi2 = 6.36, ddl = 1, p = 0.12). Et en 2008 et en 2015, il y a significativement moins de praticiens annonçant toujours ou souvent le diagnostic à la fratrie que de praticiens leur annonçant parfois ou jamais, respectivement (Khi2 = 14.44, ddl = 1, p = 0) et (Khi2 = 5.56, ddl = 1, p = 0.18). On observe qu'en 2015, plus de praticiens annoncent le diagnostic toujours ou souvent au patient, aux parents ou à la fratrie, mais ces différences ne sont pas significatives.

Tableau 4 Annonce du diagnostic

	2008			2015		
	Toujours/Souvent total % *	Parfois/Jamais total % *	p-value	Toujours/Souvent total % *	Parfois/Jamais total % *	p-value
Parents	71 (n=20)	29 (n=8)	0,23	79 (n=15)	21 (n=4)	0,12
Patient	35 (n=9)	65 (n=17)	ns	47 (n=8)	53 (n=9)	ns
Fratrie	12 (n=3)	88 (n=22)	0	22 (n=4)	78 (n=14)	0,18

* pourcentage calculé sur les répondants. En 2008, patients n=28, parents, n=26, fratrie n=25. En 2015, patients n=19, parents n=17, fratrie n=18.

Après l'annonce diagnostique, les informations transmises par les praticiens sont rassemblées dans le tableau 5. Il n'y a pas de différences significatives dans la transmission des informations entre les 2 années.

Tableau 5 Informations transmises après l'annonce diagnostique

	2008		2015	
	Total % (n=16)	p-value	Total % (n=18)	p-value
Coordonnées des associations de familles	37,5 (n=6)	ns	56 (n=10)	ns
Bibliographie	6 (n=1)	<0.001	28 (n=5)	ns
Coordonnées du service social	44 (n=7)	ns	39 (n=7)	ns
MDPH	69 (n=11)	ns	72 (n=13)	ns
Site handicap de l'éducation nationale	12 (n=2)	0.003	17 (n=3)	0.005
Coordonnées des Centres Ressources Autisme	81 (n=13)	0.01	61 (n=11)	ns
Autre	19 (n=3)	0.01	11 (n=2)	0.001

6. Utilisation du diagnostic pour la prise en charge

Pour organiser le projet de prise en charge, une fois le diagnostic posé, les praticiens peuvent se référer à l'apport de la procédure diagnostique.

En 2008, sur les 30 participants, ils sont 25 à avoir répondu à cette question. Ils étaient 23 (92% des répondants) à l'utiliser au niveau thérapeutique, 21 (84%) au niveau éducatif, 20 (80%) au niveau pédagogique, ces résultats sont significatifs, respectivement (khi1= 17.64, ddl=1, p<0.001), (khi2 = 11.56, ddl= 1, p=0.00067) et (khi 2 = 9, ddl=1, p=0.00269). Ils étaient seulement 12 (48%) à l'utiliser au niveau des loisirs (non significatif).

En 2015, les 19 participants ont répondu à cette question. Ils étaient 19 (100% des répondants) à l'utiliser au niveau thérapeutique. Ils étaient 15 (79%) à l'utiliser au niveau éducatif et 15 (79%) au niveau pédagogique, résultat significatif (khi2= 6.368, ddl= 1, p=0.012). Ils étaient seulement 10 (53%) à l'utiliser au niveau des loisirs (non significatif).

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 années.

7. Liens avec le Centre Ressource Autisme

En 2015, l'ensemble des 19 participants ont répondu aux questions sur leur participation aux RCCT (Réunions de Concertation Clinque et Thérapeutique pluridisciplinaires) aux synthèses concernant les enfants qu'ils ont en charge. 16 (84%) ont déclaré participer aux RCCT et 18 (95%) ont déclaré participer aux synthèses, ces résultats

sont significatifs, respectivement (khi2=8.895, ddl= 1, p= 0.003) et (khi2= 15.211, ddl= 1, p < 0.001).

8. Impact de la formation

On observe dans le tableau 6 que sur l'ensemble des praticiens interrogés en 2008 et en 2015, ceux qui ont fait une formation sur l'autisme au cours des 5 dernières années connaissent plus d'outils diagnostiques et d'évaluation du développement que ceux qui n'en ont pas fait. Des résultats significatifs se dégagent pour 4 outils. L'ADI, l'ADOS, la CARS et la PEP-R sont significativement plus connus par les praticiens ayant fait une formation dans les 5 ans que parmi ceux qui n'en ont pas faite respectivement (khi2 corrigé=13.87, ddl=1, p=0), (khi2=9.55, ddl=1, p=0.002), (khi2=5.07, ddl = 1, p=0.024) et (khi2=5.07, ddl = 1, p=0.24). En revanche, aucune différence significative n'a été retrouvée au niveau de la pratique et de la prescription des outils selon la participation ou non à une formation sur l'autisme.

Tableau 6 Impact de la formation sur la connaissance et l'utilisation des outils

	Connu			**Pratiqué**			**Prescrit**		
	Formation			Formation			Formation		
	oui total % (n=32)	non total % (n=17)	p-value	oui total % (n=32)	non total % (n=17)	p-value	oui total % (n=32)	non total % (n=17)	p-value
Outils diagnostiques									
ADI-R	94% (30)	41% (7)	0	13% (4)	0% (0)	ns	28% (9)	12% (2)	ns
ADOS	80% (24)	29% (5)	0,002	6% (2)	0% (0)	ns	28% (9)	6% (1)	ns
CARS	73% (22)	35% (6)	0,024	13% (4)	0% (0)	ns	13% (4)	0% (0)	ns
Echelle d'Atwood	38% (12)	12% (2)	ns	13% (4)	6% (1)	ns	6% (2)	0% (0)	ns
Autre	13% (4)	0% (0)	ns	9% (3)	0% (0)	ns	3% (1)	0% (0)	ns
Outils d'évaluation du développement									
ECA	31% (10)	6% (1)	ns	9% (3)	0% (0)	ns	6% (2)	0% (0)	ns
Vineland	38% (12)	12% (2)	ns	6% (2)	0% (0)	ns	9% (3)	0% (0)	ns
Rimland	13% (4)	6% (1)	ns	0% (0)	0% (0)	ns	0% (0)	0% (0)	ns
Echelles de Wechsler	25% (8)	18% (3)	ns	9% (3)	0% (0)	ns	19% (6)	18% (3)	ns
PEP-R	73% (22)	35% (6)	0,024	9% (3)	0% (0)	ns	28% (9)	12% (2)	ns
BECS	25% (8)	12% (2)	ns	9% (3)	0% (0)	ns	9% (3)	6% (1)	ns
Grille de G.Haag	59% (19)	35% (6)	ns	9% (3)	0% (0)	ns	0% (0)	0% (0)	ns
Grille de Carel	50% (16)	35% (6)	ns	6% (2)	0% (0)	ns	3% (1)	0% (0)	ns
Autre (grille de préaut)	6% (2)	0% (0)	ns	3% (1)	0% (0)	ns	0% (0)	0% (0)	ns

F. Discussion

1. Résultat principal et impact des représentations de l'autisme

Les résultats de notre analyse montrent qu'en 2008, 80% des praticiens pratiquaient le diagnostic de l'autisme et ils étaient 94,7% à le faire en 2015. Le diagnostic était déjà majoritairement pratiqué en 2008, ce qui explique l'absence de différence statistiquement significative entre les années. Néanmoins, en 2008, certaines réticences étaient évoquées ce qui n'était plus le cas en 2015. Comme par exemple la crainte de fixer l'enfant dans un handicap, la complexité de la procédure diagnostique et l'absence de ressources pour organiser les prises en charge. En 2008, certains praticiens semblaient ne pas percevoir ce que pouvait apporter le diagnostic pour la prise en charge, en disant privilégier la démarche de soin à la pratique diagnostique. Un praticien a écrit en commentaire : « A mon avis, il ne s'agit pas de continuer à "évaluer" encore et toujours mais de passer aux soins et de les coordonner ».

La précocité du dépistage engendre des bénéfices pour les enfants autistes et leurs parents en permettant parfois, par le biais d'interventions précoces, des améliorations au niveau de leurs capacités de communication et de leurs capacités cognitives (Rogers et Vismara, 2008 ; Dababnah, 2011). Ceci semblait pourtant, déjà en 2008, être communément admis par les praticiens puisque 97% d'entre eux considérait le dépistage précoce utile. Comment interpréter alors cette réticence à repérer l'autisme ? Poser un diagnostic engage la responsabilité du praticien. Lorsque le praticien émet l'hypothèse d'un diagnostic tel que l'autisme, les conséquences sur l'enfant et ses parents d'un pronostic aussi accablant ne sont pas anodines. Les craintes de se tromper, ou de formuler trop vite des prévisions sur le développement de l'enfant, peuvent donc freiner la pratique du diagnostic. Ceci est en accord avec nos résultats retrouvés sur les formations. Les résultats montrent que le fait d'avoir participé à une formation sur l'autisme augmente la pratique du diagnostic. La formation, en augmentant les connaissances autour de l'autisme, diminue les craintes des praticiens de se tromper et favorise la pratique du diagnostic.

Le changement au niveau de la pratique diagnostique constaté entre 2008 et 2015 peut aussi être expliqué par le contexte de chaque époque et les représentations de

l'autisme qui lui sont associées. En 2008, poser un diagnostic d'autisme n'avait peut-être pas la même portée qu'en 2015. L'image et les projections autour de cette pathologie ont changé. En 2008, même si le mouvement était en marche, l'autisme résonnait encore comme une maladie rare, souvent associée à un déficit intellectuel, avec un pronostic péjoratif inévitable (Chamak, 2008). Actuellement, il est présenté comme un trouble fréquent (prévalence d'1/100 pour les TSA). La vision autour de l'autisme s'est élargie parallèlement à l'élargissement des critères diagnostiques. La médiatisation de certains patients Asperger aux talents extraordinaires entraine également un autre regard sur l'autisme. (Daniel Tammet, 2007). Dans les pays anglo-saxons, certaines associations de patients autistes remettent en cause l'idée même de maladie et militent pour la reconnaissance de leur « neurodiversité », c'est-à-dire pour que l'autisme soit envisagé comme un fonctionnement cognitif à part entière. L'autisme est alors valorisé comme une différence (Chamak, 2009). Cette démarche, intéressante de par l'aspect du respect des droits de la personne et de sa particularité, est cependant portée par une minorité de patients au sein de la catégorie des TSA et comporte le risque de faire abstraction des souffrances liées à l'autisme. Ce dernier élément est toutefois à considérer avec modération dans notre étude car le mouvement défendant la neurodiversité commence tout juste à émerger en France. L'ensemble de ces éléments qui modifient la vision de l'autisme, ont certainement un impact sur la façon dont le diagnostic est accueilli et par conséquent sur la pratique du diagnostic de l'autisme qui peut être facilité actuellement par des représentations plus valorisantes.

2. Points forts et limites de l'étude

Peu de littérature a été retrouvée sur la manière dont est pratiqué le diagnostic de l'autisme en France. Ceci rend le sujet de notre étude innovant et original. Le choix d'utiliser un questionnaire et d'interroger directement les pédopsychiatres sur leurs pratiques, nous permet de nous approcher au plus près de la manière dont le diagnostic est pratiqué et d'accéder à certaines de leurs représentations. Un autre atout de notre analyse est la durée d'étude. Le questionnaire a été proposé une première fois début 2008, soit 2,5 ans après la publication par l'HAS des recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic

de l'autisme, puis en novembre 2015, soit 10 ans après les recommandations. L'important écart de temps qui sépare les deux analyses permet d'observer les éventuelles évolutions dans la pratique du diagnostic et de repérer l'impact qu'on pu avoir les recommandations avec le temps. Notre étude comprend certaines limites. Limitée par la taille de l'échantillon, notre analyse manque de puissance et pose la question de la généralisation des résultats. En 2008, le taux de participation était de 91%, alors qu'il n'était que de 61% en 2015. Ceci est peut-être expliqué par une situation incertaine au niveau du pole PIJ du fait du départ de pédopsychiatres. Certains se sont peut-être moins mobilisés autour de ce sujet du fait de préoccupations d'ordre institutionnelles. D'autre part, lorsque nous avons sollicité les pédopsychiatres en 2015, cela s'est fait dans un contexte local particulier à savoir la création du pôle TSA sur le CHAI. La création de ce pôle permettant une mutualisation des moyens autour de l'autisme a entrainé la sortie de l'autisme du pôle PIJ et les pédopsychiatres de ce pôle PIJ ont pu se sentir désinvestis de leur mission autour de l'autisme. Ces éléments nous obligent à tenir compte des biais de non-réponse. En effet, les praticiens qui ont répondu au questionnaire sont peut-être ceux qui sont le plus engagés autour de la question du diagnostic de l'autisme et les résultats pourraient alors être biaisés dans le sens d'une meilleure pratique du diagnostic que dans la réalité. Le fait d'utiliser une enquête, bien que les questionnaires étaient anonymes, amène un autre biais ; celui du désir de valorisation qui peut amener les praticiens à répondre sur leurs pratiques de façon plus favorable que dans la réalité.

3. Les effets repérés à chaque niveau sur la pratique diagnostique

Pour comprendre ce qui se passe lorsqu'un praticien pose le diagnostic d'autisme, nous pouvons tenter d'analyser ce qui se joue à chaque niveau autour du praticien et du patient. Premier niveau : la consultation : au sein de la consultation avec l'enfant et ses parents, différents éléments peuvent influer sur la pratique diagnostique. Le praticien est pris dans l'intersubjectivité de la relation avec le patient et ses parents et doit tenir compte des mouvements des parents et de leur cheminement face à l'acceptation d'un tel diagnostique. Le diagnostic et son annonce doit parfois pouvoir se faire en plusieurs fois. L'absence de certitudes scientifiques sur la trajectoire des enfants diagnostiqués autistes à

l'âge de 3 ans force parfois à la prudence en énonçant un diagnostic qui sera à reconsidérer et à réévaluer après quelques années. Deuxième niveau : l'équipe multidisciplinaire : notre étude s'est adressée uniquement aux médecins mais la formation des autres professionnels (libéraux et paramédicaux) influe également la façon dont est pratiqué le diagnostic. La possibilité de prescrire certains outils, qui reste limitée d'après les résultats de notre étude, dépendra de la disponibilité du personnel formé à ces outils. Troisième niveau : régional : la politique locale de l'autisme a également eu un impact sur la pratique diagnostique. Le Centre Alpin de Diagnostic Précoce de l'Autisme (Cadipa) qui est l'antenne iséroise du centre ressource autisme (CRA) Rhône-Alpes a été crée en 1998 et est officiellement devenu CRA en 2005 en accord avec les préconisations du premier plan autisme. En 2005, la création de l'Unité de Soins Spécifiques et Ambulatoire de l'Autisme (USSAA), une équipe de soins mobile, a pu favoriser les liens entre le CRA et les Centres Médicaux Psychologiques (CMP). En mars 2010, ont été créées les Réunions de Concertation Clinique et Thérapeutique (RCCT). Ce travail de collaboration permet de développer une culture commune autour de l'autisme dans le pôle. Les médecins qui viennent y présenter des dossiers ont pu faire évoluer leur pratique. Enfin, en 2015, la création du pôle TSA vient mutualiser les moyens autour de l'autisme mais en sortant l'autisme du pôle PIJ, risque d'entrainer un désinvestissement des praticiens du pôle PIJ autour de l'autisme. Quatrième niveau : national : En France, le mouvement des associations de parents a pris de l'ampleur et leurs actions ont conduit à l'émergence d'une véritable politique de santé publique. Les différents plans autisme se sont succédés et ont aboutis à l'élaboration des recommandations autour du diagnostic de l'autisme. Un réseau se structure autour de la prise en charge des enfants avec autisme. L'état missionne des structures médico-sociales comme les Centres d'Action Médicaux-Sociaux Précoces (CAMSP) destinés au dépistage, au diagnostic, au traitement, à la rééducation et au suivi des enfants de la naissance à 6 ans présentant un handicap. L'état finance également des structures gérées par des associations comme « le tremplin » sur Grenoble. C'est un centre éducatif intégré dans une école qui a ouvert en septembre 2012. Le développement de structures médico-sociales confère aux pédopsychiatres un rôle de spécialiste dans l'évaluation diagnostique et l'articulation des résultats diagnostiques avec les interventions. Il est néanmoins important de souligner, comme le font certains pédopsychiatres actuellement, la menace de dérive de cette politisation de l'autisme lorsque certains politiciens se positionnent pour ou contre certaines méthodes. Ces prises de

positions finissent toujours par desservir une partie de la population des enfants autistes qui rappelons-le, constituent un groupe très hétérogène avec des besoins très différents et qui ne peuvent se satisfaire d'un seul type de prise en charge.

4. Résultats secondaires

Entre 2008 et 2015, on observe un changement dans les classifications diagnostiques les plus utilisés par les praticiens. La CFTMEA est significativement moins utilisée au profit de la CIM10 et du DSMV. Cela va dans le sens des recommandations de bonnes pratiques qui proposent d'harmoniser les dénominations (FFP, Baghdadli, 2005). Ceci permet, en effet, plus de lisibilité par les parents et plus de cohérence au niveau international.

Dans leur démarche diagnostique, les praticiens ont recours à des bilans orthophoniques, psychomoteurs et psychologiques. Le diagnostic est donc généralement porté par une équipe pluridisciplinaire. Les examens complémentaires les plus réalisés sont les examens neurologique, génétique, ORL et ophtalmologique. Ce sont ceux qui sont recommandés de manière systématiques par les recommandations de bonnes pratiques. Globalement, la manière dont le diagnostic est pratiqué est donc en accord avec les recommandations.

Au niveau du dépistage précoce, en 2008 comme en 2015, les praticiens ont essentiellement recours à l'examen clinique et peu à l'outil de dépistage précoce qu'est le M-CHAT. Développer ceci dans la pratique des pédopsychiatres ne semble pas un objectif prioritaire puisque c'est un outil de dépistage en population générale qui s'adresse donc plus aux médecins généralistes ou aux pédiatres. Il est en revanche intéressant de noter que la grille Préaut qui concerne les nourrissons s'est diffusée chez les praticiens, elle est citée par 26% d'entre eux en 2015. Cet outil permet de repérer des signes précoces chez les nourrissons. L'objectif du dépistage précoce, énoncé comme une priorité, semblerai donc gagner de par le développement et la diffusion de ce type d'outil encore peu connu.

La connaissance des outils a augmenté chez les praticiens entre 2008 et 2015 et cette connaissance a augmenté également avec la pratique d'une formation. En revanche, cette connaissance des outils ne favorise pas leur pratique ou leur prescription puisqu'il n'y a pas

d'augmentation parallèle de la pratique ou de la prescription de ces outils. On peut donc émettre l'hypothèse que si ces outils ne sont pas utilisés cela peut être lié à un problème de temps, de moyen, ou de formation à l'utilisation des outils de l'équipe pluridisciplinaire. L'ADI et l'ADOS, par exemple, citées dans les recommandations, semblent difficiles à mettre en place en pratique en dehors des CRA. La durée de passation de l'ADI est longue et la pratique de l'ADOS nécessite un aménagement des locaux particulier avec nécessité d'avoir une salle séparée d'un observateur par une vitre sans teint. Les outils d'évaluation du développement restent également, en 2008 comme en 2015 peu pratiqués ou prescrits. L'échelle de Weschler se démarque avec une pratique par 47% des praticiens en 2015. Cet examen pratiqué par les neuropsychologues reste encore trop peu accessible. L'application des recommandations est influencée par des facteurs de réalité tels que le temps, la disponibilité d'une équipe pluridisciplinaire et la formation des différents professionnels aux outils. Si les recommandations ne sont pas adaptées aux moyens des CMP, le risque est que la pression sur les CRA disposant des moyens matériels et professionnels pour pratiquer le diagnostic tel qu'il est préconisé dans les recommandations, se fasse de plus en plus forte en raison d'une augmentation des demandes.

Deux études menées au Royaume Uni ont retrouvé des résultats similaires à notre étude. En 2011, des recommandations ont été mises en place par le « National Institute for Clinical Excellence (NICE) » pour améliorer la pratique diagnostique de l'autisme. Une étude qualitative a été menée à partir d'interview de 26 professionnels (psychiatres, pédiatres et psychologues scolaires). Les résultats ont montré que les professionnels avaient le sentiment de ne pas avoir le temps de pratiquer le diagnostique tel que cela est préconisé dans les recommandations. 42% des professionnels interrogés n'utilisaient pas d'outils diagnostiques mais se référaient à leurs observations cliniques pour poser le diagnostic (Karim and all, 2014). En Ecosse, des recommandations pour la pratique diagnostique de l'autisme ont été élaborées en 2007 par le « Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) ». Une étude menée pour évaluer l'impact de ces recommandations a montré que la participation à des formations augmentait l'utilisation des outils diagnostique. Les résultats ont montré que 51% des diagnostics ont été posés en ayant recours à des échelles ou outils diagnostiques (Hathorn and all, 2014).

5. Axes d'amélioration

Les résultats de notre étude ont permis de mettre en évidence les points de faiblesse de la pratique diagnostique et nous permettent d'imaginer quelques axes d'amélioration. Pour favoriser le dépistage précoce, il semblerait pertinent de développer la connaissance et l'utilisation d'outils de détection de signes précoces chez les nourrissons comme la grille Préaut. Pour que le diagnostic puisse être complété par une évaluation fonctionnelle individuelle, comme recommandé par l'HAS, il faudrait rendre les outils d'évaluation du développement plus accessible par la formation des professionnels à ces outils dans les équipes. Pour cela, l'accès aux formations des pédopsychiatres mais aussi de l'ensemble des professionnels permettrait à chaque équipe d'enrichir sa boite à outils. On peut aller encore plus loin, en imaginant faciliter l'accès aux formation également aux autres intervenants comme les enseignants ou les professionnels des crèches. L'ensemble de la population gagne à être informée, ceci est un objectif qui est plutôt en marche à l'heure actuelle. Lors de l'annonce diagnostique, la transmission d'information semble pouvoir être améliorée, ainsi que le soutien des aidants, parents et fratrie. Nos résultats montrent que le diagnostic est peu annoncé à la fratrie qui a pourtant certainement des besoins et des questionnements spécifiques. Enfin, le travail en réseau, le lien avec les équipes mobiles gagnerait encore à être développé afin de favoriser l'émergence d'une culture commune autour de l'autisme au sein du pôle.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Elodie Huss

TITRE : **LA PRATIQUE DU DIAGNOSTIC DE L'AUTISME EN PEDOPSYCHIATRIE**

CONCLUSION

L'autisme est un trouble neurodéveloppemental d'apparition précoce, dont le diagnostic repose sur la mise en évidence de retards dans l'acquisition de certaines compétences et de particularités comportementales. Les recherches concernant l'autisme se sont multipliées au cours des dernières années, permettant des avancées sur le plan scientifique, mais prenant également une place dans la sphère politique. Elle est considérée aujourd'hui comme un enjeu majeur de santé publique. La nécessité pour la France de rattraper le retard dans la prise en charge des autistes par rapport aux autres pays qui a été pointé par les associations, a conduit à l'émergence de plans nationaux puis de recommandations de bonnes pratiques autour notamment de la démarche diagnostique.

Notre étude s'est intéressée à cette démarche diagnostique de l'autisme et a eu comme objectif principal d'analyser comment la pratique diagnostique des pédopsychiatres du Centre Hospitalier Alpes Isère a évolué au cours des dernières années. Nous avons analysé 49 questionnaires qui avait été envoyés aux médecins du pôle de Psychiatrie Infanto-Juvénile ; 30 ont été réalisés en 2008 et 19 en 2015.

Les résultats de notre étude ont montré que le diagnostic était majoritairement pratiqué : par 80% des médecins en 2008 et par 94,7% en 2015. Même si cette augmentation n'est pas statistiquement significative, nous avons pu constater que les réticences autour de la pratique diagnostique évoquées en 2008 ne l'étaient plus en 2015, ce qui laisse à penser que les pédopsychiatres sont plus à l'aise pour poser le diagnostic en 2015 qu'en 2008. La manière dont le diagnostic est posé a évolué sur certains points. Au niveau des classifications utilisées pour le diagnostic, les praticiens se réfèrent moins à la CFTMEA en 2015 qu'en 2008, ce qui va dans le sens des recommandations, cependant ils sont seulement 59% à utiliser la CIM10 qui est la classification recommandée. Les outils diagnostiques sont bien connus par les praticiens

et une augmentation significative a été retrouvée en 2015 par rapport à 2008 pour l'ADOS et l'échelle d'Atwood. Si les outils sont connus, ils ne sont pas forcement davantage prescrits ou pratiqués ce qui évoque des difficultés d'accès à ces outils. Cette étude nous a permis de montrer également l'impact positif de la formation, à la fois sur la connaissance des outils et aussi sur la pratique du diagnostic qui augmente significativement lorsque le praticien a participé à une formation sur l'autisme au cours des 5 dernières années.

Les changements dans la pratique du diagnostic de l'autisme entre 2008 et 2015 que nous avons pu mettre en évidence, sont à interpréter en tenant compte du contexte. Les représentations de l'autisme ont évolué au cours des dernières années, et ceci à différents niveaux. Chez les professionnels, par une meilleure connaissance et compréhension de cette pathologie ; chez les acteurs politiques, qui se sont emparés de la question de l'autisme ; et chez le grand public, qui a accès à plus d'informations sur cette pathologie, en raison de sa médiatisation croissante.

Notre étude a ciblé les médecins pédopsychiatres mais il pourrait être intéressant d'étendre la recherche aux autres professionnels de santé, voir même aux acteurs du secteur médico-social, pour mesurer plus globalement l'impact de cette politique autour de l'autisme et le chemin qu'il reste à parcourir.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 16/06/16

LE DOYEN

J.P. ROMANET

Pour la Présidente
et par délégation

Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR T. BOUGEROL

Bibliographie

Adrien, J.L. (1996) Autisme du jeune enfant. Développement psychologique et régulation de l'activité. *Expansion scientifique française.*

AMERICAIN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. 5e ed. 2013, Washington, DC.

AMERICAIN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders. 4e ed. 1996. Masson, Paris.

Asperger, H. (1944). Die „Autistischen Psychopathen" im Kindesalter. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *117*(1), 76–136.

Attwood, T., et Garnett, M. (1998). Australian scale for Asperger's syndrome. In T. Attwood (Ed.), Asperger's syndrome, A guide for parents and professionals. London and Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers.

Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet (London, England)*, *368*(9531), 210–215.

Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry*, *161*(6), 839–843.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, *21*(1), 37–46.

Carter, A. S., Volkmar, F. R., Sparrow, S. S., Wang, J. J., Lord, C., Dawson, G., … Schopler, E. (1998). The Vineland Adaptive Behavior Scales: supplementary norms for individuals with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *28*(4), 287–302.

Chamak, B. (2008). Les associations de parents d'enfants autistes: De nouvelles orientations. *Médecine/sciences*, *24*(8-9), 768–770.

Chamak, B. (2009). Autisme et militantisme : de la maladie à la différence. *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, (68), 61–70. **Chamak, B., Bonniau, B., Oudaya, L., & Ehrenberg, A.** (2011). The autism diagnostic experiences of French parents. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, *15*(1), 83–97.

Chamak, B., & Cohen, D. (n.d.). Transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge. *Perspectives Psy*, *46*(3), 218–227.

Chamak, B., & Cohen, D. (2003). L'autisme : vers une nécessaire révolution culturelle. *Médecine/sciences*, *19*(11), 1152–1159.

Chossy, J.-F. (2003). La situation des personnes autistes en France besoins et perspectives.

Classification internationale des troubles mentaux et du comportement *chapitre V de la CIM 10-OMS.*. *3ème édition*

Dababnah, S., Parish, S. L., Turner Brown, L., & Hooper, S. R. (2011). Early screening for autism spectrum disorders: A primer for social work practice. *Children and Youth Services Review*, *33*(2), 265–273.

DeStefano, F., & Thompson, W. W. (2004). MMR vaccine and autism: an update of the scientific evidence. *Expert Review of Vaccines*, *3*(1), 19–22.

Fédération française de psychiatrie, Haute autorité de Santé, Baghdadli A. Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. Paris, Saint-Denis La Plaine : FFP ; HAS ; 2005

Fernald, A., Taeschner, T., Dunn, J., Papousek, M., de Boysson-Bardies, B., & Fukui, I. (1989). A cross-language study of prosodic modifications in mothers' and fathers' speech to preverbal infants. *Journal of Child Language*, *16*(03), 477–501.

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

Fombonne, E. (2012). Épidémiologie de l'autisme. *Encyclopédie Sur Le Développement Des Jeunes Enfants*, 1–5.

Haag, G. (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *La Psychiatrie de l'enfant*, *38*(2), 495–527.

Guedeney, A., & Fermanian, J. (2001). A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby scale. *Infant Mental Health Journal*, *22*(5), 559–575.

Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *36*(1), 5–25.

Haute Autorité de Santé (2010) Autisme et autres troubles envahissants du développement. hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale

Hathorn, C., Alateeqi, N., Graham, C., & O'Hare, A. (2014). Impact of adherence to best practice guidelines on the diagnostic and assessment services for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(8), 1859–1866.

Howlin, P., & Moore, A. (1997). Diagnosis in Autism: A Survey of Over 1200 Patients in the UK. *Autism*, *1*(2), 135–162.

Kanner, L., & others. (1943). Autistic disturbances of affective contact.

Karim, K., Cook, L., & O'Reilly, M. (2014). Diagnosing autistic spectrum disorder in the age of austerity. *Child: Care, Health and Development*, *40*(1), 115–123.

Larmande, C. (1979). *Le questionnaire E2 de Bernard Rimland comme moyen d'approche de l'autisme infantile précoce* (Thèse d'exercice). Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine, France.

Lelord G., Barthélémy C. (2003), *Échelle d'évaluation des comportements autistiques*, Issyles-Moulineaux, EAP-ECPA.

Lord, C., Rutter, M., & Couteur, A. L. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *24*(5), 659–685.

Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., & Schopler, E. (1989). Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *19*(2), 185–212.

Lotter, V. (1966). Epidemiology of autistic conditions in young children. *Social Psychiatry*, *1*(3), 124–135.

Mises, R., Quemada, N. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

Mottron, L. (2004). *L'autisme, une autre intelligence: diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*. Editions Mardaga.

Mottron, L., Belleville, S., Rouleau, G. A., & Collignon, O. (2014). Linking neocortical, cognitive, and genetic variability in autism with alterations of brain plasticity: The Trigger-Threshold-Target model. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *47*, 735–752.

Mottron, L., Dawson, M., Soulieres, I., Hubert, B., & Burack, J. (2006). Le surfonctionnement perceptuel dans l'autisme. Une mise à jour, et huit principes sur la perception autistique. *Revue de neuropsychologie*, *16*(3), 251–297.

Nadon, G., Feldman, D. E., Dunn, W., & Gisel, E. (2011). Association of sensory processing and eating problems in children with autism spectrum disorders. *Autism Research and Treatment*, *2011*.

Organisation mondiale de la santé (1994) CIM 10, ICD 10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : description clinique et directives pour le diagnostic. *Paris :Masson.*

Préaut ; http://www.preaut.fr/

Reed, P., & Osborne, L. A. (2012). Diagnostic practice and its impacts on parental health and child behaviour problems in autism spectrum disorders. *Archives of Disease in Childhood*, *97*(10), 927–931.

Rizzolatti, G., Fabbri-Destro, M., & Cattaneo, L. (2009). Mirror neurons and their clinical relevance. *Nature Clinical Practice Neurology*, *5*(1), 24–34.

Rogers, S. J., & Vismara, L. A. (2008). Evidence-Based Comprehensive Treatments for Early Autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology : The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *37*(1), 8–38.

Rosenberg, R. E., Law, J. K., Yenokyan, G., McGready, J., Kaufmann, W. E., & Law, P. A. (2009). Characteristics and concordance of autism spectrum disorders among 277 twin pairs. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *163*(10), 907–914.

Schopler, E., Reichler, R. J., DeVellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *10*(1), 91–103.

Tammet, D., & Ahl, N. (2007). *Je suis né un jour bleu*. Paris: Editions Les Arènes.

Tang, G., Gudsnuk, K., Kuo, S.-H., Cotrina, M. L., Rosoklija, G., Sosunov, A., … Sulzer, D. (2014). Loss of mTOR-Dependent Macroautophagy Causes Autistic-like Synaptic Pruning Deficits. *Neuron*, *83*(5), 1131–1143.

Taylor, B., Miller, E., Farrington, Cp., Petropoulos, M.-C., Favot-Mayaud, I., Li, J., & Waight, P. A. (1999). Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *The Lancet*, *353*(9169), 2026–2029. Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, *15*(4), 309–428.

Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T., & Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *45*(1), 135–170.

Wakefield, A., Murch, S., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D., Malik, M., … Walker-Smith, J. (1998). Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*, *351*(9103), 637–641.

Wechsler, D. WISC-IV échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants et adolescents. Quatrième édition 2005

Wegiel, J., Flory, M., Kuchna, I., Nowicki, K., Ma, S. Y., Imaki, H., … Wisniewski, T. (2014). Brain-region–specific alterations of the trajectories of neuronal volume growth throughout the lifespan in autism. *Acta Neuropathologica Communications*, *2*, 28.

Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *9*(1), 11–29.

Annexes

Annexe 1 : Critères de la CIM 10 pour l'autisme :

F 84.0 — AUTISME INFANTILE

A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :

(1) langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale ; (2) développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques ; (3) jeu fonctionnel ou symbolique.

B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3).

(1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :

(a) absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales ;

(b) incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions ;

(c) manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs ;

(d) ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent).

(2) Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :

(a) retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique ;

(b) incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint) ;

(c) usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases ;

(d) absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale.

(3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :

(a) préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation ;

(b) adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels ;

(c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps ;

(d) préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent).

Annexe 2 : Questionnaire 2008 :

EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Questionnaire **(*) «prise en charge de l'autisme : amélioration du diagnostic»**

1 - Pratiquez-vous le diagnostic d'autisme? OUI ☐ NON ☐

Si non, parce que :

- ☐ Je privilégie la démarche de soins
- ☐ Crainte de fixer l'enfant dans un handicap
- ☐ La procédure diagnostique fait référence à des classifications de type descriptif (CIM 10 et DSM IV).
- ☐ Complexité de la procédure diagnostique
- ☐ Absence de ressources pour organiser les PEC
- ☐ Critères d'âge
- ☐ Autre (préciser)

Si oui, vous référez-vous à une classification diagnostique ?

- ☐ CIM 10
- ☐ DSM IV
- ☐ Mises R 2000
- ☐ Autre (laquelle)

2 - Sur quoi vous appuyez-vous pour poser le diagnostic?

- ☐ Anamnèse
- ☐ Observation parentale
- ☐ Observation directe
- ☐ Outils diagnostiques spécifiques (lesquels ?)

3 - Faites-vous pratiquer des bilans pour poser le diagnostic?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Orthophonique				
Psychomoteur				
Psychologique				
Autre (préciser)				

4 - Faites-vous pratiquer des examens complémentaires?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Neurologique				
Génétique				
ORL				
Ophtalmologique				
Biologique				
Orthoptique				
Ergothérapeutique				

* Vous pouvez cocher plusieurs réponses.

5 - A quel âge retenez-vous le diagnostic d'autisme?

- ☐ Moins de 2 ans
- ☐ Entre 2 et 3 ans
- ☐ Entre 3 et 4 ans
- ☐ Entre 4 et 5ans
- ☐ Après 5 ans

6 - Quels outils diagnostiques connaissez-vous?

OUTIL	Connu	Si CONNU	
		Pratiqué	Prescrit
ADI-R			
ADOS			
CARS			
ECHELLE D'ATWOOD (Asperger)			
AUTRE			

7 - Quels outils d'évaluation du développement connaissez-vous ?

OUTIL	Connu	Si CONNU	
		Pratiqué	Prescrit
ECA			
Vineland			
Rimland			
PEP-R			
Grille de G. HAAG			
Grille d'évitement relationnel A.Carel			
Autre (préciser)			

8 - Une fois le diagnostic confirmé :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Annoncez-vous le diagnostic aux parents?				

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Annoncez-vous le diagnostic au patient?				

9 - Pour transmettre ce diagnostic, utilisez vous une consultation d'annonce?

OUI ☐ NON ☐

10 - Si oui, au cours de cette consultation d'annonce, quelles informations transmettez-vous?

☐ Coordonnées des associations de familles
☐ Bibliographie
☐ Coordonnées du service social
☐ MDPH
☐ Site handicap de l'Education Nationale
☐ Coordonnées des Centres de Ressources Autisme
☐ Autre (préciser)

11 - Prévoyez-vous une information à la fratrie?

Toujours	Souvent	Parfois	Jamais

12 - Utilisez-vous la procédure diagnostique pour organiser le projet de prise en charge globale?

Au niveau thérapeutique **OUI ☐ NON ☐**

Au niveau éducatif **OUI ☐ NON ☐**

Au niveau pédagogique **OUI ☐ NON ☐**

Au niveau des loisirs **OUI ☐ NON ☐**

13 - Parmi les signes recherchés lors d'une consultation avec un enfant de moins de trois ans, portez vous votre attention sur?

Anomalies de la communication [1] **OUI ☐ NON ☐**

Anomalies de la socialisation [2] **OUI ☐ NON ☐**

Anomalies des intérêts et comportements répétitifs [3] **OUI ☐ NON ☐**

14 - Pensez vous qu'un dépistage précoce est utile?

OUI ☐ NON ☐

15 - Utilisez-vous des outils de dépistage précoce ?

☐ Examen clinique
☐ M 'Chat
☐ Grille d'évitement relationnel de Carel
☐Autre

---

[1] **Perturbations dans le développement du langage, utilisation inappropriée, peu de réponse quand on l'appelle par son prénom, déficits dans la communication non verbale, absence de babillage à 12 mois, absence de mots à 18 mois, absence d'association de mots à 24 mois, perte du langage**

[2] **Manque d'imitation, ne montre pas les objets à l'adulte ,manque d'intérêt ou intérêts inhabituels pour les autres enfants, difficulté à reconnaître les émotions d'autrui, restriction des jeux imaginatifs, n'initie pas des jeux simples ou ne participe pas à des jeux sociaux imitatifs, préfère les activités solitaires, relation étrange avec les adultes, perte de compétences sociales.**

[3] **Hypersensibilité tactile ou auditive, maniérisme moteur, , balancements, agressivité, conduites oppositionnelles, résistance aux changements, activités répétitives avec les objets**

16 - Avez-vous participé à une formation sur l'autisme dans les 5 dernières années?

OUI ☐ NON ☐

17 - Etes-vous?

Un homme ☐ Une femme ☐

18 - Quel est votre âge ?

☐ Entre 30 et 40 ans
☐ Entre 40 et 50 ans
☐ Entre 50 et 60 ans
☐ Plus de 60 ans

19 - Quels sont vos lieux d'activité professionnelle ?

☐ CMP
☐ CATTP
☐ Hôpital de Jour
☐ IME
☐ Hospitalisation complète pour adolescents
☐ UPI
☐ Cliss
☐ Autres

Annexe 3 : Questionnaire 2015 :

1. Pratiquez-vous le diagnostic de l'autisme ? OUI ☐ NON ☐

Si NON, parce que : **(puis passez directement à la question 7)**

☐ Je privilégie la démarche de soin
☐ Crainte de fixer l'enfant dans un handicap
☐ La procédure diagnostique fait référence à des classifications de type descriptif (CIM 10 et DSM)
☐ Complexité de la procédure diagnostique
☐ Absence de ressources pour organiser les prises en charge.
☐ Critères d'âge
☐ Autre (préciser)

Commentaires éventuels :

-

Si OUI :

2. Vous référez-vous à une classification diagnostique ?

☐ CIM 10
☐ DSM V
☐ CFTMEA-R
☐ Autre (laquelle)

3. Sur quoi vous appuyez-vous pour poser le diagnostic ?

☐ Anamnèse
☐ Observations parentales
☐ Observation directe
☐ Outils diagnostiques spécifiques (lesquels) :
☐ Observations d'autres professionnels (lesquels) :

4. Faites-vous pratiquer des bilans pour poser le diagnostic ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Orthophonique				
Psychomoteur				
Psychologique				
Autres (préciser)				

Commentaires éventuels :

-

5. Faites-vous pratiquer des examens complémentaires ?

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Neurologique				
Génétique				
ORL				
Ophtalmologique				
Biologique				
Orthoptique				
Ergothérapeutique				
Autre (précisez)				

6. A partir de quel âge retenez vous le diagnostique d'autisme ?

☐ Moins de 2 ans
☐ Entre 2 et 3 ans
☐ Entre 3 et 4 ans
☐ Entre 4 et 5 ans
☐ Après 5 ans

Commentaires éventuels :

-

7. Quels outils diagnostiques connaissez-vous ? Les pratiquez-vous ou les prescrivez-vous ?

	Connu	Pratiqué	Prescrit
ADI-R			
ADOS			
CARS			
Echelle d'Atwood (Asperger)			
Autre			

8. Quels outils dévaluation du développement connaissez-vous ? Les pratiquez-vous ou les prescrivez-vous ?

	Connu	Pratiqué	Prescrit
ECA-R			
Vineland			
Rimland			
Echelles de Wechsler (WISC-WPPSI)			
PEP-R			
BECS			
Grille de G.Haag			
Grille d'évitement relationnel A.Carel			
Autre (préciser)			

9. Une fois le diagnostic confirmé :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Annoncez-vous le diagnostic aux parents ?				
Annoncez-vous le diagnostic au patient ?				
Prévoyez-vous une information à la fratrie ?				

10. Pour transmettre ce diagnostic, utilisez-vous une consultation d'annonce (consultation spécifiquement dédiée à l'annonce du diagnostique aux parents) ?

OUI ☐ NON ☐

Commentaires éventuels :

-

11. Après l'annonce de ce diagnostic, quelles informations transmettez-vous ?

☐ Coordonnées des associations de familles
☐ Bibliographie
☐ Coordonnées du service social
☐ MDPH
☐ Site handicap de l'éducation nationale
☐ Coordonnées des CRA
☐ Autre (préciser)

12. Pour organiser le projet de prise en charge, à quels niveaux utilisez-vous les apports (résultats des bilans et des observations cliniques) de la procédure diagnostique ?

☐ Au niveau thérapeutique
☐ Au niveau éducatif
☐ Au niveau pédagogique
☐ Au niveau des loisirs

Commentaires éventuels :

-

13. Lors d'une consultation avec un enfant de moins de 3 ans, portez-vous votre attention sur les signes suivants :

☐ Communication : perturbations dans le développement du langage, utilisation inappropriée du langage, peu de réponses quand on l'appelle par son prénom, déficits dans la communication non verbale, absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois, absence de mots à 18 mois, absence d'association de mots à 24 mois, perte de langage.

☐ Socialisation : manque d'imitation, ne montre pas les objets à l'adulte, manque d'intérêt pour les autres enfants ou intérêts inhabituels, difficultés à reconnaître les émotions d'autrui, restriction des jeux imaginatifs en particulier, dans son monde, n'initie pas des jeux simples ou ne participe pas à des jeux sociaux imitatifs, préfère les activités solitaires, relation étrange avec les adultes, pertes de compétences sociales.

☐ Intérêts, activités et autres comportements : hypersensibilité tactile ou auditive, maniérisme moteur, balancements, agressivité, conduites oppositionnelles, résistance aux changements, activités répétitives avec les objets (par exemple pour les aligner ou éteindre/allumer la lumière).

.

14. Pensez-vous qu'un dépistage précoce est utile ?
    OUI ☐ NON ☐

15. Utilisez-vous des outils de dépistage précoce ?
☐ Examen clinique
☐ M CHAT
☐ Grille d'évitement relationnel de Carel
☐ Autre (préciser)

16. Avez-vous participé à une formation sur l'autisme dans les 5 dernières années ?
    OUI ☐ NON ☐

17. Participez-vous aux RCCT (réunions de concertation clinique et thérapeutiques) ?
    OUI ☐ NON ☐

18. Participez-vous aux synthèses concernant les enfants que vous prenez en charge lorsqu'ils sont évalués au CRA ?
    OUI ☐ NON ☐

19. Etes-vous ?
    Un homme ☐ Une femme ☐

20. Quel est votre âge ?
    ☐ Entre 30 et 40 ans
    ☐ Entre 40 et 50 ans
    ☐ Entre 50 et 60 ans
    ☐ Plus de 60 ans

21. Quels sont vos lieux d'activités professionnels ?
    ☐ CMP
    ☐ CATTP
    ☐ HDJ
    ☐ IME
    ☐ Hospitalisation complète pour adolescents
    ☐ UPI
    ☐ Cliss
    ☐ Autres

Commentaires éventuels :
-

Annexe 4 : Tableau données brutes :

Intitulés des questions et codage des variables :

Q1 : Pratiquez-vous le diagnostic de l'autisme ? 0=NON 1=OUI

Q2 : Si NON, parce que ?

1.Je privilégie la démarche de soin 0=NON 1=OUI
2.Crainte de fixer l'enfant dans un handicap 0=NON 1=OUI
3.La procédure diagnostique fait référence à des classifications de type descriptif 0=NON1=OUI
4.Complexité de la procédure diagnostique 0=NON 1=OUI
5.Absence de ressources pour organiser les prises en charge 0=NON 1=OUI
6.Critères d'âge 0=NON 1=OUI
7.Autre (préciser) 0=NON 1=OUI

Q3 : Vous référez-vous à une classification diagnostique ? 0=NON 1=OUI

Q4 : Sur quoi vous appuyez-vous pour poser le diagnostic ? 0=NON 1=OUI

Q5 : Faites-vous pratiquer des bilans pour poser le diagnostic ? 0=jamais 1=parfois 2=souvent 3=toujours

Q6 : Faites-vous pratiquer des examens complémentaires ? 0=jamais 1=parfois 2=souvent 3=toujours

Q7 : A partir de quel âge retenez-vous le diagnostique d'autisme ? 1=moins de 2 ans / 2=entre 2 et 3 ans / 3=entre 3 et 4 ans 4=entre 4 et 5 ans / 5=après 5 ans

Q8 : Quels outils diagnostiques connaissez-vous ? Les pratiquez-vous ou les prescrivez-vous ? 0=NON 1=OUI

Q9 : Quels outils dévaluation du développement connaissez-vous ? Les pratiquez-vous ou les prescrivez-vous ? 0=NON 1=OUI

Q10 : Une fois le diagnostic confirmé, à qui l'annoncez-vous ? 0=NON 1=OUI

Q11 : Pour transmettre ce diagnostic, utilisez-vous une consultation d'annonce (consultation spécifiquement dédiée à l'annonce du diagnostique aux parents) ? 0=jamais 1=parfois 2=souvent 3=toujours

Q12 : Après l'annonce de ce diagnostic, quelles informations transmettez-vous ? 0=NON 1=OUI

Q13 : Pour organiser le projet de prise en charge, à quels niveaux utilisez-vous les apports (résultats des bilans et des observations cliniques) de la procédure diagnostique ? 0=NON 1=OUI

Q14 : Lors d'une consultation avec un enfant de moins de 3 ans, portez-vous votre attention sur les signes suivants ? 0=NON 1=OUI

Q15 : Pensez-vous qu'un dépistage précoce est utile ? 0=NON 1=OUI

Q16 : Utilisez-vous des outils de dépistage précoce ? 0=NON 1=OUI

Q17 : Avez-vous participé à une formation sur l'autisme dans les 5 dernières années ? 0=NON 1=OUI

Q18 : Participez-vous aux RCCT ? 0=NON 1=OUI

Q19 : Participez-vous aux synthèses concernant les enfants que vous prenez en charge lorsqu'ils sont évalués au CRA ? 0=NON 1=OUI

Q20 : Etes-vous ? 1=homme 2=femme

Q21 : Quel est votre âge ? 1=30 à 40 ans 2=40 à 50 ans 3=50 à 60 ans 4=plus de 60 ans

Q22 : Quels sont vos lieux d'activités professionnels ? 0=NON 1=OUI

Année de passation	Professionnel / questionnaire n°	Q1	Q2							Q3			
			1	2	3	4	5	6	7	CIM 10	DSM	CFTMEA	Autre
	valeurs possibles : 0 ou 1		0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	5 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
2008	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
	2	0	1	0	0	0	0	0	0				
	3	0	0	0	0	1	0	0	0				
	4	1								1	0	0	0
	5	1								0	0	1	0
	6	1								1	0	0	0
	7	0	0	0	0	0	0	1	0				
	8	0	1	0	0	0	0	0	0				
	9	1								1	0	1	0
	10	1								1	0	1	0
	11	1								0	0	1	0
	12	1								0	0	1	0
	13	1								0	1	0	0
	14	1								0	0	1	0
	15	1								1	0	1	0
	16	0	0	0	0	0	0	1	0				
	17	1								1	0	0	0
	18	1								1	1	1	0
	19	1								0	0	1	0
	20	1								1	0	1	0
	21	1								0	0	1	0
	22	1								1	0	0	0
	23	1								0	0	1	0
	24	1								1	0	1	0
	25	1								0	0	1	0
	26	1								1	1	1	0
	27	1								0	0	1	0
	28	1								0	0	1	0
	29	1								0	0	1	0
	30	0	1	1	1	1	0	0	0				
2015	31	1								1	0	1	0
	32	1								0	0	1	0
	33	1								1	0	0	0
	34	0											
	35	1								0	0	1	1
	36	1								1	0	0	0
	37	1								1	0	0	0
	38	1								1	1	0	0
	39	1								0	0	1	0
	40	1								0	1	0	0
	41	1								1	0	0	0
	42	1								0	0	1	0
	43	1								1	0	1	0
	44	1								1	1	0	0
	45	1											
	46	1								1	1	0	0
	47	1								0	0	1	0
	48	1								1	1	0	0
	49	1								0	1	0	0

N	Q4					Q5				Q6							
	Anamnèse	Obs Parentales	Obs Directe	Outils diag	Obs Pro	Orthophoniste	Psychomoteur	Psychologique	Autre	Neuro	Génétique	ORL	Ophtalmo	Biologique	Orthoptique	Ergo	Autre
	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 à 3	0 à 3	0 à 3	0 à 3	0 à 3	0 à 3	0 à 3	0 à 3	0 à 3	0 à 3	0 à 3	0 à 3
1	1	1	1	0		2	2	2	0	2	1	1	0	1	0	0	
2	1	1	1	0		0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
3	1	1	1	1		2	3	1		1	1		1				
4	1	1	1	0			2										
5	1	1	1	0		2	2	2		1	1	1	1	1			
6	1	1	1	1		3	2	3		2	2	3	3	2	2	1	
7	1	1	1	0		1	3	1		1	1						
8	1	1	1	1		3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	
9	1	1	1	1		1	2	3		1	2	3					
10	1	1	1	0		1	1	2									
11	1	1	1	0		2	2	1		1	1	1	1				
12	1	1	1	0		0	1	0		2	0	3	1	1	1	0	
13	1	1	1	1		3	1	3		2	2	0	1	2	0	0	
14	1	1	1	0		2	2	1				2					
15	1	1	1	1		2	3	3	3	2	1	3	2	0	2	0	
16	1	1	1	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17	1	1	1	0		1	3	1		3	3	3	1	3	0	0	
18	1	1	1	0		2	2	1		1	1	1	1	1			
19	1	1	1	0		2	2	2		1	1	1	1	1			
20	1	1	1	0		1	2	1		0	0	1	0	0	0	0	
21	1	1	1	0		2	2	2		1	0	1	0	0	0	0	
22	1	0	1	0		1	2	1		0	0	0	0	0	0	0	
23	1	0	1	0		1	2	3		1	0	0	0	0	0	0	
24	1	1	1	0		2	3	0		2		3	1		1		
25	1	1	1	1			1	1		3	2	2	2				
26	1	1	1	0		1	1	1		3	3	3	3	3	1	0	
27	1	1	1	0		0	1	1		1	1	1					
28	1	1	1	0				3			1		1				
29	1	1	1	0								2	2				
30																	
31	1	1	1	0	1	0	2	1		1	1	1	1				
32	1	1	1	0	1	2	3	2	2	3	3	3	3	1	1	1	
33	1	1	1	0	1	1	3	2	2	1	1	2	1				
34																	
35	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1						
36	1	1	1	0	0	2		3		1							
37	1	1	1	0	1	2	3	1		1	0	3	1	0	1	0	
38	1	1	1	1	0	3	3	3	3	1	3	3	2	0	0	0	
39	1	1	1	0	0			1		1	2	3	1	0	1	1	
40	1	0	1	0	1	1	1	2		2	2	2	1	0	0	0	
41	1	1	1	0	1	1	1	1		2	2	2	1	0	1	1	
42	1	1	1	0	0	0	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	
43	1	1	1	1	1	2	2	2		1	0	2	1	0	0	0	
44	1	1	1	1	1	3	3	3	3		2		2	1	2		
45	1	1	1	0	1	0	1	1	2	1	1	2	1	0	1	0	
46	1	1	1	0	1	2	3	2		3	2	1	1	1	0	0	
47	1	1	1	0	0					2	2						
48	1	1	1	1	1	3	2	1		2	2	3	3				
49	1	1	1	0	1					2	2	3	1	0	1	0	

N	Q7	Q8														
		ADI-R			ADOS			CARS			Atwood			Autre		
		Connu	Pratiqué	Prescrit	Connu	Pratiqué	Prescrit	Connu	Pratiqué	Prescrit	Connu	Pratiqué	Prescrit	Connu	Pratiqué	Prescrit
	1 à 5	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
1		1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2															
3	5	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
4	3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	4	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	3	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
10	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
11	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
12	3	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
13	3	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0
14	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
15	1															
16		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
17	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
18	3	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
19	4															
20	3	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0
21	3															
22	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	2															
24	3	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
25		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
27	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
28	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
30																
31	3	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
32	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
33	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34		1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
35	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
36	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	3	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
38	4	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
39	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	4	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
41	3	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0
42	3	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
43	3	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
44	4	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0
45	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
46	3	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0
47		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
48	3	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
49	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

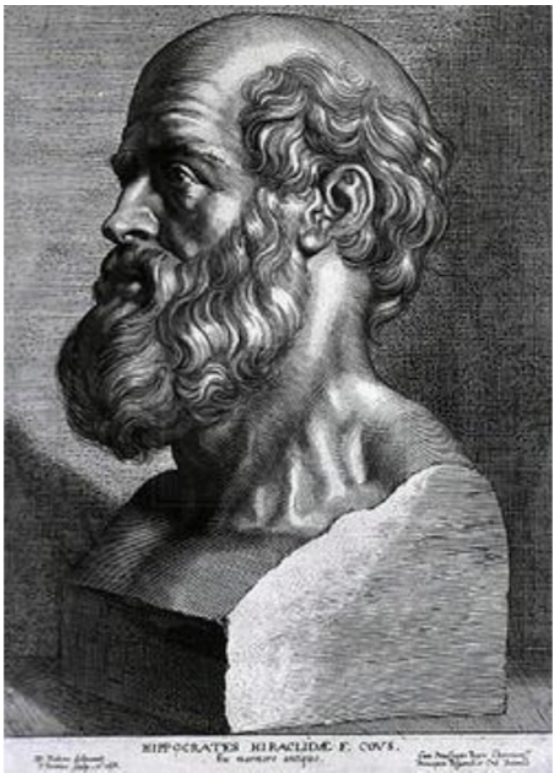
N	Q9																	
	ECA-R			Vineland			Rimland			Weschler			PEP-R			BECS		
	Connu	Pratiqué	Prescrit	Connu	Pratiqué	Prescrit	Connu	Pratiqué	Prescrit	Connu	Pratiqué	Prescrit	Connu	Pratiqué	Prescrit	Connu	Pratiqué	Prescrit
	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0	0	0			
2																		
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	0			
4	1	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	0			
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0	0	0			
6	1	0	0	1	1	0	1	0	0				1	0	1			
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0	0	0			
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	0			
9	0	0	0	1	0	1	0	0	0				1	0	1			
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	0			
11	0	0	0	1	0	0	0	0	0				0	0	0			
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	0			
13	1	1	1	1	1	1	0	0	0				1	0	1			
14	0	0	0	1	0	0	0	0	0				0	0	0			
15																		
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0	0	0			
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	0			
18	1	0	0	1	0	0	0	0	0				1	0	0			
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0	0	0			
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	1			
21																		
22	0	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	1			
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	0			
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0	0	0			
25																		
26	1	0	0	0	0	0	0	0	0				0	0	0			
27	0	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	0			
28	0	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	0			
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0				1	0	0			
30																		
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0
32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
35																		
36																		
37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0
38	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1
41	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1
42	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1
43	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0
44	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
45																		
46	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
48	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
49	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0

N	Q9 suite									Q10			Q11
	G. Haag			Carel			Préault			Parents	Patient	Fraterie	
	Connu	Pratiqué	Prescrit	Connu	Pratiqué	Prescrit	Connu	Pratiqué	Prescrit				
	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 à 3	0 à 3	0 à 3	0 ou 1
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
2										2			0
3	1	0	0	0	0	0				2	1	1	1
4	1	0	0	1	0	0				1	0	0	0
5	1	0	0	1	0	0				3	1	1	1
6	1	0	0	1	0	0				3	2	1	1
7	0	0	0	0	0	0				3	1		1
8	0	0	0	0	0	0				2	2		1
9	0	0	0	1	0	1				3	3	2	1
10	0	0	0	0	0	0				0	0		0
11	0	0	0	0	0	0				3	2	1	0
12	1	0	0	0	0	0				2	0	0	0
13	1	0	0	1	0	0				3	0	0	1
14	0	0	0	1	0	0				2	0	0	0
15										0	0	0	1
16	1	0	0	0	0	0				1	1	0	0
17	0	0	0	1	0	0				2	2	1	0
18	1	0	0	1	0	0				3	1	2	0
19	1	0	0	1	0	0				3	1	1	1
20	1	0	0	1	0	0				3	2	1	1
21										2	2	1	0
22	0	0	0	0	0	0				1		0	1
23	0	0	0	1	0	0				1	0	1	0
24	1	1	0	0	0	0				3	1	1	1
25												1	
26	0	0	0	0	0	0				1	1	2	
27	1	0	0	1	0	0				2	2	1	
28	1	0	0	0	0	0				2	1	1	1
29	1	0	0	0	0	0				2	2	1	
30													
31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	0
32	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
33	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1		0	0
34	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1
35										1	1	2	0
36										3	0	0	0
37	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
38	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3	3	3	0
39	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
40	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3	1	1
41	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3	3	2	0
42	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	1		1
43	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3	1	1	0
44	1	0	0	1	1	0	0	0	0	3		3	1
45										2	1	1	0
46	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	2	0	0
47	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
48	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3	1	1
49	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	1	0

N	Q12							Q13				Q14			Q15
	Association	Biblio	Service Social	MDPH	Handicap	CRA	Autre	Thérapeutique	Educatif	Pédagogique	Loisirs	Communicatio	Socialisation	Intérêts	
	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2												1	1	1	1
3	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
4								0	0	0	0	1	1	1	1
5	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
6	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
7												1	1	1	1
8	1	0	1	0	0	1	0					1	1	1	1
9	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
10								1	1	0	0	1	1	1	1
11	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
12								0	1	1	0	1	1	1	1
13	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1
14								1	0	1	0	1	1	1	1
15	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1
16								1	1	1	1				1
17								1	1	1	1	1	1	1	1
18								1	1	1	1	1	1	1	1
19	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
20	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
21								1	1	1	1	1	1	1	1
22	0	0	1	1	0	1	0								1
23	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1
24	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1
25								1	1	1	1	1	1	1	1
26	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27								1	1	1	0	1	1	1	1
28								1	1	1	1	1	1	1	1
29	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30															
31	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1
32	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
33	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
34	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
35	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
36	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1
37	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1
38	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1
39	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1
40	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1
41	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
42	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
43	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
45	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1
46								1	1	1	1	1	1	1	1
47	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1				1
48	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
49	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1

N	Q16				Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22							
	Examen clinique	M CHAT	Carel	Autre						CMP	CATTP	HDJ	IME	HC ado	UPI	Cliss	Autre
	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	1 ou 2	1 à 4	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1	0 ou 1
1					1			2	4	1	1	0	0	0	1	1	0
2					1			2	3	1	0	0	0	0	0	0	0
3	1	1	0	0	0			2	1	1	0	1	0	0	0	0	0
4	1	0	0	0	1			2	4	1	0	1	0	0	0	0	0
5	1	0	0	0	0			2	3	1	0	0	0	0	0	0	1
6	1	1	1	0	1			2	2	0	0	0	0	0	0	0	1
7	1	0	0	0	0			2	2	0	0	0	0	1	0	0	0
8					0			2	1	1	1	0	0	0	0	0	1
9	1	0	1	0	1			1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
10	1	0	0	0	1			2	4	0	1	0	0	0	1	0	0
11	1	0	0	0	0			1	4	1	0	1	0	1	0	0	0
12	1	0	0	0	1			2	1	1	0	0	0	1	0	0	0
13	1	1	0	0	1			2	2	1	1	1	0	0	0	0	0
14	1	0	1	0	1			2	2	1	0	0	1	0	0	0	0
15					0			2	4	1	0	0	0	0	0	0	1
16					0			2	2	1	0	0	0	0	0	0	1
17	1	0	0	0	0			2	1	1	1	0	0	0	0	0	0
18	1	0	1	0	1			2	4	1	1	1	0	0	0	0	0
19	1	0	0	0	0			2	3	1	0	0	0	0	0	0	1
20	1	0	0	0	1			1	4	1	0	0	0	0	0	0	0
21	1	0	0	0	1			2	2	1	1	0	0	0	0	0	0
22					0			1	4	1	0	0	0	0	0	0	0
23					0			1	3	1	1	0	0	0	0	0	0
24	1	0	0	0	1			2	3	1	0	0	0	0	0	0	1
25	1	0	0	0	1			2	2	1	0	0	0	0	0	0	1
26	1	0	0	0	1			2	1	1	1	0	0	0	0	0	0
27	0	0	1	0	1			1	2	1	1	1	0	0	0	0	0
28	1	0	0	0	1			2	2	0	0	1	0	0	0	0	1
29	1	0	0	0	1			2	3	1	0	1	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0			2	3	1	0	0	0	0	0	0	0
31	1	0	0	0	1	1	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0
32	1	0	0	0	0	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1
33	1	0	0	1	1	1	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0
34	1	0	0	0	0	1	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0
35	1	1	0	1	1	1	1	2	3	1	1	0	0	0	1	1	0
36	1	0	0	0	0	1	1	1	4	0	1	1	0	0	0	0	0
37	1	1	0	0	1	0	1	2	4	1	0	0	1	0	0	0	0
38	1	1	1	0	1	1	1	2	3	1	0	1	0	0	0	0	0
39	1	0	0	0	1	1	1	2	4	0	1	1	0	0	0	0	0
40	1	0	0	0	1	1	1	1	3	0	1	1	0	0	0	0	0
41	1	1	0	0	1	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0
42	1	1	0	0	0	1	1	1	4	1	0	1	0	0	0	0	0
43	1	1	0	1	1	1	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	0
44	1	1	1	0	1	1	1	2	3	1	0	1	0	0	0	0	0
45	1	0	0	1	1	1	1	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0
46	1	0	0	0	1	1	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0
47					0	1	1	2	3	0	0	0	0	1	0	0	0
48	1	0	0	0	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1
49	1	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0

Serment d'Hippocrate :



En présence des Maitres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.
Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.
Je garderai le respect absolu de la vie humaine.
Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.
Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.