



HAL
open science

Comportements-défis et sexualité chez les adolescents atteints de troubles du spectre autistique avec déficience intellectuelle

Matthieu Lumetta

► **To cite this version:**

Matthieu Lumetta. Comportements-défis et sexualité chez les adolescents atteints de troubles du spectre autistique avec déficience intellectuelle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02395546

HAL Id: dumas-02395546

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02395546v1>

Submitted on 5 Dec 2019

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.

Comportements-défis et Sexualité chez les adolescents atteints de troubles du spectre autistique avec déficience intellectuelle.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 23 Octobre 2019

Par Monsieur Matthieu LUMETTA

Né le 20 novembre 1991 à Marseille 12eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	Président
Madame le Docteur KROUCH Tiphaine	Directeur
Monsieur le Professeur MILH Mathieu	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI

Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- Ecole de Médecine : Jean-Michel VITON
- Ecoles de Maïeutique : Carole ZAKARIAN
- Ecoles des Sciences de la Réadaptation : Philippe SAUVAGEON
- Ecoles des Sciences Infirmières : Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUËL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTÉY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)</p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHE/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
<p>GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH) <i>MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre</i> TAIEB David (PU-PH)</p> <p>BELIN Pascal (PR) (69ème section) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)</p> <p>CAMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH)</p> <p>BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)</p>	<p>AVIERINOS Jean-François (PU-PH) BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)</p>
BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604	CHIRURGIE DIGESTIVE 5202
<p><i>CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre</i> GAUDART Jean (PU-PH) GIORGI Roch (PU-PH)</p> <p>CHAUDET Hervé (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH) GIUSIANO Bernard (MCU-PH) MANCINI Julien (MCU-PH)</p> <p>ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)</p>	<p>BERDAH Stéphane (PU-PH) HARDWIGSEN Jean (PU-PH) SIELEZNEFF Igor (PU-PH)</p> <p>BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)</p>
	CHIRURGIE GENERALE 5302
	<p>DELPERO Jean-Robert (PU-PH) MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG Frédéric (PU-PH) TURRINI Olivier (PU-PH)</p> <p>BEGE Thierry (MCU-PH) BIRNBAUM David (MCU-PH)</p>

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002	GUERIN Carole (MCU PH)
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH) OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)	CHIRURGIE INFANTILE 5402 GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH) FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)
BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony (PU-PH) HOUVENAGHEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH) SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BR�OLOGIE 5004 CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH) BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BR�OLOGIE 5004
COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loic (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH) FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)	CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH) BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201
ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)	BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH) GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202	GENETIQUE 4704
LEPIDI Hubert (PU-PH) <i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)	BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH) NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)
DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003	
BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)	
DUSI	
COLSON Sébastien (MCF)	
ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)	AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601	
AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH) BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH) MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06�me section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)	

IMMUNOLOGIE 4703	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701
<p>KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)</p> <p>FERON François (PR) (69ème section)</p> <p>BOUCAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)</p> <p>BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)</p>	<p>BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)</p> <p>DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)</p> <p>POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)</p>
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603
<p>BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)</p> <p>MILLION Matthieu (MCU-PH)</p>	<p>BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)</p> <p>TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)</p> <p>BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)</p>
MEDECINE D'URGENCE 4805	
<p>KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)</p>	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301	<p>BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)</p>
<p>BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) <i>FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre</i> GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)</p> <p>EBBO Mikael (MCU-PH)</p> <p>GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)</p> <p>ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)</p> <p>BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)</p>	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602
	<p>LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)</p> <p>BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH) SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)</p>
	NEPHROLOGIE 5203
	<p><i>BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre</i> BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)</p>
NUTRITION 4404	NEUROCHIRURGIE 4902
<p>DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)</p> <p><i>ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité</i> BELIARD Sophie (MCU-PH)</p> <p>MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)</p>	<p>DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)</p> <p>CARRON Romain (MCU PH) GAILLON Thomas (MCU PH)</p>
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
<p>CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)</p>	<p>ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)</p>

OPHTALMOLOGIE 5502	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) <i>Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) <i>Sumombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
RANQUE Stéphane (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (<i>disponibilité</i>) DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REV Marc (MCU-PH) RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903	
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)	
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16	
AGHABABIAN Valérie (PR)	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302	PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOTRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) CHARPIN Denis (PU-PH) <i>Sumombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH) MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802	THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH) HRAIECH Sami (MCU-PH)	AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH) DAUMAS Aurélie (MCU-PH)
RHUMATOLOGIE 5001	UROLOGIE 5204
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIÉ Jean (PU-PH)	BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A Monsieur le Pr POINSO, président de mon jury, qui m'a encadré tout au long de cette thèse et qui m'a fait partager ses connaissances et ses intuitions. Merci également pour votre gentillesse et votre disponibilité .

A Madame le Dr KROUCH, pour toute ton aide, je suis ravi d'avoir travaillé en ta compagnie. Merci de m'avoir fait l'honneur de me confier ce sujet tu as toujours été là pour me soutenir et me conseiller au cours de l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Dr GUIVARCH et Monsieur le Pr MILH ,qui ont accepté mon invitation et pour l'honneur qu'ils me font en étant rapporteurs de cette thèse.

A toutes les équipes de psychiatrie avec qui j'ai passé du temps et beaucoup appris. Merci particulièrement à l'équipe de l'Oasis pour sa bonne humeur et l'aide précieuse qu'elle a pu m'apporter pour le recueil des données lors de cette étude.

Je remercie également l'équipe du CACC avec qui j'ai débuté mon internat et beaucoup appris dans la joie et la rigolade. En particulier, merci à Nicolas de m'avoir sauvé la mise lors de cette fameuse présentation devant tout valvert et à Christophe de m'avoir motivé durant tout mon parcours, merci aussi pour les soirées dégantées qui m'ont permis de souffler quand j'en avais besoin.

J'adresse des remerciements tous particuliers à Mathilde, ma chérie, ma future femme. Depuis notre rencontre nous avons traversé bien des épreuves, plus compliquées les unes que les autres, et nous sommes toujours aussi complice. Merci d'être toujours là pour moi quand j'en ai besoin et avouons que c'est souvent, tu m'as encore montré ton soutien et ton aide au cours de la rédaction de cette thèse. Quoi qu'il en soit je n'oublie pas que le plus important est qu'on soit heureux et amoureux .Merci matou d'amour.

A Pixou , pour le bonheur que tu m'apportes.

A mes amis, je vous remercie de m'avoir soutenue et d'avoir été présents pour décompresser dans les moments compliqués. Nous nous sommes bien marés durant ses dernière années . Me voila beaucoup plus calme maintenant...

Merci à ma belle famille de m'avoir fait une place aussi naturellement parmi vous et d'avoir toujours été bienveillants avec moi .

Merci à ma famille d'avoir été présente pour m'épauler tout au long de ma vie, en particulier ma mère, ma grand-mère, mon grand père, je sais a quel point vous souhaitiez que je termine cette thèse.

Table des matières

1. Introduction	1
2. Généralités sur les troubles du spectre autistique (TSA)	2
2.1. Historique	2
2.2. Epidémiologie	2
2.3. Etiologies	4
2.4. Clinique	5
2.4.1. La triade autistique	6
2.4.2. Dépistage et diagnostic du TSA	10
2.4.3. Gestion et traitement	11
3. Les comportements-défis chez les individus atteints de TSA avec déficience intellectuelle	12
3.1. Historique et définition des comportements-défis	12
3.2. Etiologies des comportements-défis	14
3.3. Les traitements pharmacologiques adaptés aux comportements-défis	16
4. La sexualité chez les individus atteints de TSA	16
4.1. Comportements sexuels	17
4.2. Orientations sexuelles	18
4.3. Education sexuelle	19
5. Matériels et méthodes	20
5.1. Population étudiée	20
5.2. Objectifs et hypothèses	21
5.3. Questionnaires utilisés	22
5.4. Procédures utilisées	23
6. Résultats	24
6.1. Information générale	24
6.2. Grille d'évaluation de la douleur – déficience intellectuelle (GED-DI)	27
6.3. Grille d'analyse fonctionnelle (ABC simple)	28
6.1. Sexual behavior scale (SBS)	29

6.1.1.	Comportement social	31
6.1.2.	Habiletés sociales	32
6.1.3.	Comportements sexuels.....	32
6.1.4.	Préoccupations de l'entourage	33
7.	Discussion.....	33
8.	Cas clinique du patient 3	36
9.	Conclusion	42
10.	Annexes.....	44
10.1.	Annexe 1 : Grille d'évaluation de la douleur – déficience intellectuelle (GED-DI)	44
10.2.	Annexe 2 : Grille d'analyse fonctionnelle (ABC simple).....	45
10.3.	Annexe 3 : Sexual Behavior Scale (SBS).....	45
11.	Abréviations.....	49
12.	Bibliographie	50
13.	Résumé	1

1. Introduction

Le mot autisme a été décrit pour la première fois en 1911, aujourd'hui nous utilisons l'appellation issue du DSM V les « troubles du spectre autistique » ou plus communément TSA. Ce trouble mental est caractérisé par une triade symptomatique : troubles des interactions sociales réciproques, anomalies de la communication verbale et non verbale et comportements stéréotypés.

Depuis plusieurs années la recherche sur les patients atteints de TSA s'est intensifiée afin de mieux comprendre ce trouble et permettre une prise en charge plus complète et adaptée. Cependant, la sexualité de ces patients reste un sujet peu étudié. Quelques études ont été faites pour des patients atteints d'un autisme de haut niveau mais aucune ne portent sur des patients avec déficience intellectuelle. Pour cause, pendant de nombreuses années la communauté scientifique a pensé que les patients atteints de TSA n'avaient pas d'intérêt pour la sexualité. Des études récentes (1,2) ont pu montrer que la communauté avait tort, en effet, les patients atteints de TSA ont une sexualité. Seulement leurs comportements sexuels se traduisent différemment en raison de leur déficit en habiletés sociales et de leurs difficultés de communication. A l'adolescence, l'émergence de la sexualité chez les patients porteurs d'un TSA peut entraîner des comportements-défis. Ces comportements dégradent la qualité de vie des patients et de leur entourage. Une éducation à la sexualité instituée par des professionnels de santé pourrait entraîner une diminution de ces comportements-défis et par conséquent une amélioration de leur intégration sociale.

L'observation des comportements de jeunes adolescents atteints de TSA faite pendant une année de stage à l'hôpital de jour l'Oasis du Centre Hospitalier de Valvert associée par la suite à de nombreuses recherches dans la littérature scientifique, nous a permis de constater l'absence de données relatives à la sexualité chez ce type de patients.

Dès lors, nous souhaitons étudier ce manque de données et proposer une hypothèse quant aux liens entre l'émergence de la sexualité et les comportements-défis chez les adolescents atteints de troubles du spectre autistique avec déficience intellectuelle. L'objectif principal de notre étude sera de chercher une relation de cause à effet entre l'émergence de la sexualité et les comportements-défis chez ces adolescents. Les objectifs secondaires seront d'analyser l'orientation sexuelle des patients, leurs expériences sexuelles et proposer des solutions d'amélioration d'éducation sexuelle pour diminuer la fréquence et l'intensité des comportements-défis.

Ce mémoire est organisé en six parties : tout d'abord nous décrivons les données recueillies lors de nos recherches dans la littérature scientifique ; deuxièmement nous exposerons les différents outils qui ont permis à cette étude de voir le jour ainsi que les méthodes que nous avons utilisées pour traiter nos données ; ensuite nous présenterons les données recueillies et les analyserons en les comparant aux résultats de la littérature ; puis un chapitre sera dédié à la discussion, pour continuer nous développerons le cas du patient 3 qui est un adolescent atteint de TSA avec déficience intellectuelle dont nous avons étudié le comportement de façon approfondie pendant trois mois ; enfin nous concluons l'étude. En annexes, vous pourrez retrouver les questionnaires utilisés pour réunir les données essentielles de l'étude.

2. Généralités sur les troubles du spectre autistique (TSA)

2.1. Historique

L'autisme provient du mot grec 'autos' qui signifie soi. Eugène Bleuler emploie le mot autisme en 1911 pour désigner une attitude singulière chez le jeune adulte, l'autisme était alors considéré comme un symptôme de schizophrénie.

Deux troubles infantiles ont été identifiés en 1943. L'un est défini comme l'autisme infantile précoce par Leo Kanner dans son étude « Autistic disturbances of affective contact ». Ces adolescents présentent des comportements répétitifs, un repli sur eux-mêmes et ne communiquent pas, ce qui lui fait écarter la piste de la schizophrénie. L'autre, par Hans Asperger, désigne des adolescents ayant le même type de particularités mais avec une intelligence normale et un bon niveau de communication verbale. En 1980, Lorna Wing définit la triade autistique où le trouble mental est inclus en tant qu'entité distincte dans le « Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux, 3e édition » (DSM III). Depuis, la nomenclature et les critères de diagnostic ont subi de nombreux changements. Actuellement dans le DSM V on parle de Troubles du Spectre Autistique (TSA) avec ou sans déficience intellectuelle.

2.2. Epidémiologie

Autrefois considéré comme rare, il est maintenant reconnu que 1% de la population mondiale est atteinte de TSA. En Amérique, la prévalence est de 1 pour 88 adolescents. En France, environ 1 individu pour 95 est atteint de TSA dont 100 000 ont moins de 20 ans. D'après Weintraub K et Loomes R *et al.* la moitié des individus atteints de TSA présente

également une déficience intellectuelle associée, ils déclarent que le sex ratio est d'environ 3,5 hommes pour 1 femme (3,4). Une tendance apparemment à la hausse de l'incidence de ce trouble a été notée, probablement à cause de l'amélioration de la sensibilisation et d'une plus grande détection (5). La prévalence des TSA ne semble pas varier en fonction des régions du monde ni en fonction des différences sociales et culturelles (6).

La plus récente revue de littérature avec méta-analyse, incluant 41 études dans 18 pays, a estimé la prévalence mondiale des TSA (chez les moins de 27 ans) à 7,2/1 000 en 2010, soit 1/132 personnes. La prévalence mondiale de l'autisme était estimée à 2,4/1 000, avec une prédominance chez les hommes (3,6/1 000) par rapport aux femmes (1,2/1 000) (ratio 3:1) (7)

Dans une autre revue de littérature qualitative qui comportait 30 études publiées après 1999, la prévalence médiane des TSA en Europe était estimée à 6,2/1 000 enfants (< 18 ans)(6). L'interprétation de cette estimation est limitée car il s'agit d'une médiane. Une étude de cohorte suédoise menée en population générale sur plus de 444 000 enfants a estimé la prévalence des TSA en 2007 à 11,5/1 000 chez les moins de 18 ans, (6,5/1 000 chez les 4-6 ans, et à 14,6/1 000 chez les 13-17 ans) (8). La seule limite à prendre en compte dans cette étude est la validation indirecte des cas de TSA par des experts. Aux États-Unis, selon le dernier rapport du système de surveillance de l'autisme et autres troubles du développement qui comportait 11 sites, soit plus de 337 000 enfants, la prévalence des TSA chez les enfants de 8 ans était estimée à 14,7/1 000 en 2012, soit 1/68 enfants de 8 ans (23,6/1 000 chez les garçons et 5,3/1 000 chez les filles, ratio 4,5:1) (9). Alors que ce système de surveillance notait une augmentation de la prévalence depuis 2002, les estimations du réseau étaient similaires entre 2010 et 2012. Cependant, le manque de recul ne permet pas de conclure à une stabilité de la prévalence. En France, les données épidémiologiques disponibles sont issues d'une cohorte d'enfants avec un handicap, provenant des registres de deux régions (RHE31 et RHEOP) (10,11). La prévalence en 2003 chez les enfants de moins de 7 ans était alors estimée à 4,1/1 000 pour les TSA, 0,7/1 000 pour l'autisme infantile et 0,1/1 000 pour l'autisme de haut niveau. Une sous-estimation de la prévalence réelle est possible étant donné que des cas de troubles modérés ne sont pas identifiés dans ces registres (10). En Suède, des facteurs administratifs pourraient expliquer une augmentation de la prévalence des TSA renseignée via les registres nationaux entre 1993 et 2002 (12).

Par rapport à la prévalence, peu d'études, toutes rétrospectives, ont estimé l'incidence annuelle des TSA. Les données sont généralement issues de registres, ce qui entraîne une incertitude concernant la validité du diagnostic par rapport aux études en population (dépistage). Les données les plus récentes concernent le Royaume-Uni et le Danemark,

avec des estimations de l'incidence similaires en 2010, mais des divergences quant à l'évolution de l'incidence au cours des années précédentes. Une étude menée au Royaume-Uni à partir d'une large base de données médicales représentative de la population générale a estimé de manière rétrospective l'incidence des TSA chez les enfants de moins de 8 ans entre 2004 et 2010 (12). En 2010, l'incidence était estimée à 1,02/1 000 garçons (soit 102/100 000) et à 0,21/1 000 filles (soit 21/100 000). L'incidence annuelle était considérée comme stable au cours de la période 2004-2010. Dans une étude rétrospective danoise ayant identifié les nouveaux cas de TSA à partir de registres psychiatriques, entre 1995 et 2010, le taux d'incidence était estimé à 36,8/100 000 personnes années en 2010 (0,37/1 000) (13). Le recueil du diagnostic avait lieu à tout âge, avec un âge médian de 9 ans. D'après les auteurs, l'augmentation de l'incidence observée par rapport à 1995 (9/100 000) est possiblement expliquée par une différence d'interprétation des critères diagnostiques selon la période. Une augmentation de l'incidence des TSA a été largement suspectée à partir des années 1990, et expliquée par des facteurs méthodologiques, notamment par la modification des critères diagnostiques (14,15). De possibles causes environnementales ont été suggérées également (15).

2.3. Etiologies

Le trouble du spectre de l'autisme est un trouble neurodéveloppemental dont les symptômes apparaissent entre 18 et 36 mois cependant selon une étude de Bertrand Olliac (16) il semblerait qu'il est possible de dépister des symptômes du trouble du spectre autistique avant 18 mois grâce à la grille de dépistage PREAUT (16). Bien que toujours incertaine, l'hypothèse la plus acceptée de la causalité est l'interaction de multiples facteurs génétiques, épigénétiques et environnementaux (17).

D'après une étude conduite par l'Inserm, les voies neuronales dédiées à la communication sociale et à la modulation du comportement en fonction de l'environnement et de ses changements, seraient dysfonctionnelles. Ces voies neuronales dysfonctionnelles, une synaptogenèse et une connectivité neuronale anormale conduisent à un déséquilibre au niveau des neurotransmetteurs. Selon cette étude, jusqu'à 20% des personnes atteintes de TSA présentent des anomalies génétiques identifiables comme les syndromes d'Angelman, de Prader-Willi, de l'X fragile et de Smith-Lemli-Opitz. On retrouve aussi une forte association entre certaines causes environnementales telles que naissance prématurée(18), rubéole congénitale (19), prise prénatale de valproate (20). Contrairement aux fausses croyances de la population, les données actuelles ne montrent aucun lien entre l'autisme et les maladies cœliaques secondaires dues à une intolérance au gluten, ni avec la vaccination

combinée contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), ni avec les caractéristiques psychologiques des parents.

2.4. Clinique

Comme son nom l'indique, les manifestations des TSA se situent dans un continuum ou un spectre. Les symptômes principaux, l'apparition, la présentation, la gravité et l'étendue de l'invalidité varient considérablement selon chaque individu. Les caractéristiques doivent être interprétées en fonction de l'âge de développement plutôt que de l'âge chronologique.

La triade autistique se caractérise par des troubles des interactions sociales, des problèmes de communication (langage et communication non verbale), des troubles du comportement correspondant à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif, et des réactions sensorielles inhabituelles. Toutes ses spécificités sont à l'origine de difficultés d'apprentissage, d'insertion sociale et d'accès aux soins. L'autisme n'est pas systématiquement associé à un retard mental. Les autistes atteints d'un autisme de haut niveau ont un très bon niveau intellectuel, cependant un tiers des individus atteints de TSA ont une déficience intellectuelle de gravité variable.(5)

Les Troubles du Spectre Autistique (TSA) avec ou sans déficience intellectuelle sont décrits dans le DSM V comme tels :

« A. Déficits persistants dans la communication sociale et les interactions sociales dans de multiples contextes, comme en témoigne ce qui suit, actuellement ou précédemment :

- Déficits de la réciprocité socio-émotionnelle, allant, par exemple, de l'approche sociale anormale et l'incapacité d'échanger dans une conversation ; au partage réduit d'intérêts, d'émotions, ou d'affect ; à l'échec d'engager ou de répondre à des interactions sociales.

- Déficits dans les comportements de communication non verbaux utilisés pour l'interaction sociale, allant, par exemple, de la communication verbale et non verbale mal intégrée ; à des anomalies dans le contact visuel et le langage du corps ou des déficits dans la compréhension et l'utilisation de gestes : à un manque total d'expressions faciales et de communication non verbale.

- Déficits dans le développement, le maintien et la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à adapter le comportement en fonction de divers contextes sociaux ; à des difficultés à partager les jeux imaginatifs ou à se faire des amis ; à l'absence d'intérêt pour les pairs.

B. Modes restreints, répétitifs de comportements, d'intérêts ou d'activités, comme en témoigne au moins deux des éléments suivants, actuellement ou précédemment :

- Mouvements moteurs, utilisation d'objets, ou parole stéréotypés ou répétitifs (par exemple, stéréotypies motrices simples, aligner des jouets ou retourner des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques (hors contexte)).
- Insistance sur l'adhésion inflexible à des habitudes ou modes ritualisés de comportements verbaux ou non verbaux (par exemple, une détresse extrême en cas de petits changements, difficultés avec les transitions, modes de pensée rigide, rituels de salutation, besoin de prendre le même itinéraire ou de manger la même nourriture tous les jours).
- Intérêts très restreints et circonscrits qui sont anormaux dans leur intensité ou leur orientation (par exemple, un fort attachement à des objets inhabituels, des intérêts excessivement circonscrits ou poursuivis avec une persévération excessive).
- Hyper- ou hyporéactivité à des inputs sensoriels ou niveau intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (par exemple, indifférence apparente à la douleur/température, réaction négative à des sons ou des textures spécifiques, sentir ou toucher des objets excessivement, fascination visuelle pour des lumières ou mouvement).

La sévérité est spécifiée sur la base des déficits dans ces deux catégories A et B.

C. Les symptômes doivent être présents dans la période de développement précoce (mais peuvent ne devenir pleinement manifestes qu'après que les exigences sociales dépassent les capacités limitées, ou peuvent être masqués par des stratégies apprises plus tard dans la vie).

D. Les symptômes causent une altération cliniquement significative du fonctionnement actuel dans les domaines sociaux, scolaires ou professionnels, ou d'autres domaines importants.

E. Ces perturbations ne sont pas mieux expliquées par la déficience intellectuelle (trouble de développement intellectuel) ou un retard global de développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme surviennent fréquemment ensemble ; pour poser les deux diagnostics de trouble du spectre de l'autisme et de déficience intellectuelle, la communication. »

2.4.1. La triade autistique

2.4.1.1. Troubles des interactions sociales

Les patients atteints de TSA présentent des particularités au niveau de la réciprocité sociale, du déficit d'attention conjointe, de la cohérence centrale, de la théorie de l'esprit, des fonctions exécutives, des tempéraments et de l'anxiété et cela a un impact sur les compétences sociales (21).

La réciprocité sociale se définit comme la capacité de l'individu à interagir et à maintenir des échanges sociaux mutuels, elle rend possible la construction de relation et d'échanges sociaux continus. C'est une compétence qui permet de repérer les indices verbaux et non verbaux qui renseignent sur les intentions des autres, de les interpréter et d'apporter une réponse adaptée.

Les individus atteints de TSA manifestent moins de réciprocité sociale que les neurotypiques. L'absence de réciprocité se traduit par le fait d'être isolé socialement et de ne porter aucune attention aux autres. Le manque de réciprocité peut se manifester autrement, comme par exemple : ne pas initier d'interaction mais répondre aux sollicitations, initier une interaction de manière atypique, difficultés à adapter le style de communication. Les déficits dans les interactions sociales peuvent se manifester par un évitement complet des situations sociales, un manque de frontières personnelles (22).

Le déficit d'attention conjointe rend difficile l'établissement de relations avec les autres. Elle reflète la capacité de l'individu à partager un événement avec l'autre, à attirer son attention vers une personne ou un objet dans le but d'obtenir un regard conjoint, avec la conscience du partage de l'information. Les compétences d'attention conjointe incluent des compétences verbales et non verbales utilisées pour partager des expériences avec d'autres individus (23). Les personnes atteintes de TSA peuvent avoir peu de relations avec leurs pairs parce qu'ils sont incapables d'établir une relation réciproque (22). Le manque d'attention conjointe peut avoir un impact direct sur les déficits de développement des compétences sociales, ce qui conduit la personne à s'éloigner des autres. En situation sociale, les personnes atteintes de TSA peuvent être incapables de comprendre les signaux sociaux et paraître socialement maladroit ou désintéressé. De plus, les personnes atteintes de TSA peuvent ne pas comprendre les limites personnelles, ce qui entraîne un contact trop rapproché et essayent d'obtenir un contact physique inapproprié et non désiré.

La cohérence centrale est la capacité à faire abstraction des données du contexte. Les personnes autistes ont un déficit en cohérence centrale, c'est-à-dire que lorsqu'elles sont en possession d'un ensemble complexe d'informations isolées, mais que le mécanisme sensé les regrouper en une théorie cohérente ne fonctionne pas, ainsi la mentalisation peut se trouver affaiblie voire inexistante.

La théorie de l'esprit d'un individu aide à comprendre que les autres ont des opinions différentes et interprètent différemment les situations. La théorie de l'esprit implique de formuler des hypothèses sur les pensées et les émotions des autres. Les déficits en théorie de l'esprit ne semblent pas s'améliorer de façon considérable tout au long de la vie d'une

personne atteinte de TSA, car il est difficile pour eux d'apprendre cette compétence interpersonnelle (24).

Les fonctions exécutives sont un ensemble de processus cognitifs, qui permet une adaptation de l'action dans un contexte nouveau et donc un ajustement de l'action face à son environnement. Elles regroupent différentes compétences : planification stratégique des actions, inhibition d'actions non pertinentes, flexibilité cognitive et motrice entre les étapes d'une action. L'analyse des fonctions exécutives permet d'expliquer la rigidité des comportements des personnes autistes par une impossibilité à quitter une opération cognitive et de générer un comportement nouveau qui mette fin au précédent. Cela expliquerait aussi les difficultés des personnes autistes dans les jeux de faire-semblant. Les déficits dans ce domaine de fonctionnement peuvent conduire à un mauvais contrôle des impulsions et à un manque d'autorégulation.

Les individus atteints de TSA ont des tempéraments différents comme les individus neurotypiques. Les tempéraments font référence aux différences individuelles de styles de comportement en réaction aux stimuli environnementaux (25). Ils peuvent affecter la manière dont les individus interagissent avec les autres et leur manière de s'exprimer.

L'anxiété peut survenir chez les personnes atteintes de TSA lorsqu'elles essaient d'interagir avec les autres du fait de leurs déficits. Il a été montré que le tempérament inhibé des individus atteints de TSA était soumis à des niveaux élevés d'excitation physiologique. D'après Bellini S, les niveaux d'excitation élevés sont associés à l'anxiété et au retrait social (26). Il met en évidence la nécessité de développer les compétences sociales pour réduire l'anxiété et aider les adolescents atteints de TSA à interagir positivement avec les autres.

Malgré les anomalies des interactions sociales citées ci-dessus, des études ont montrées que les personnes atteintes de TSA avaient la capacité de souhaiter des relations sociales (27). Ces compétences sociales peuvent être enseignées aux personnes atteintes de TSA. Les parents peuvent servir de modèles pour les enseigner afin d'établir des relations avec les autres et de nouer des amitiés, cela aura un impact significatif (28).

2.4.1.2. Troubles de la communication : Langage et communication non verbale

Les personnes atteintes de TSA ont inévitablement des troubles de la communication (29). Dans le cas où les individus ont acquis le langage oral, souvent avec retard, un grand nombre de difficultés persistent. Sur le plan expressif, le langage reste très concret, autour des besoins de la vie quotidienne (nourriture, famille, toilette). Le « je » n'est pas utilisé.

L'intonation est étrange, la voix peu modulée. Sur le plan réceptif, on constate un manque de réaction émotionnelle aux sollicitations verbales et des difficultés d'accès à la compréhension du second degré. Lorsque le langage oral est acquis, une faible synchronisation, un manque de réciprocité dans les échanges conversationnels restent perceptibles et entravent plus ou moins la communication.

Les personnes atteintes de TSA peuvent ne pas avoir accès au langage oral. Elles sont également gênées dans leur communication non verbale. Elles utilisent peu de gestes sociaux, peu de gestes interactifs, peu ou pas d'imitation. La communication parlée n'est pas accompagnée de gestes, les mimiques faciales sont peu expressives. Chez les enfants, on constate des anomalies dans le jeu du « faire semblant » (23).

Selon leur âge et leurs capacités intellectuelles, les adolescents diagnostiqués avec des TSA ont un degré variable de déficit de communication. Ces déficits peuvent être des retards de parole, des discours monotones, des écholalies, des inversements pronominaux, une mauvaise compréhension ou une absence totale de langage parlé. La communication non verbale est également impactée, elle peut se traduire par un mauvais contact visuel, des difficultés à comprendre les expressions faciales et des gestes descriptifs, pour n'en nommer que quelques-uns. Une autre caractéristique importante des personnes atteintes de TSA est le déficit de réciprocité socio-émotionnelle (30).

2.4.1.3. Troubles du comportement

Les intérêts des adolescents autistes sont restreints, leurs activités ont tendance à être stéréotypées et répétitives. Ils 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). Souvent, ils ont besoin de rituels plus ou moins complexes et supportent très mal les changements dans le quotidien. Il existe des stéréotypies : gestes répétitifs comme se balancer ou tourner sur soi-même. Les particularités ou déficits sensoriels, auditifs ou visuels sont beaucoup plus importants que dans la population générale. Les personnes autistes peuvent également présenter des comportements auto-agressifs et des automutilations.

Tous ces comportements sont plus ou moins envahissants et peuvent persister ou au contraire s'atténuer. Ils peuvent également être renforcés ou réapparaître à certaines périodes de la vie. Il sera alors important d'essayer de comprendre les facteurs pouvant entraîner ce type d'aggravation (30).

2.4.2. Dépistage et diagnostic du TSA

Les symptômes commencent à être dépistés lorsque les situations sociales mettent à l'épreuve leurs limites en matière d'interaction sociale. Les préoccupations des parents se manifestent à cette étape de la vie des adolescents. L'âge auquel les parents commencent à remarquer des différences de développement entre leur adolescent atteint de TSA et leurs pairs neurotypiques varie selon chaque individu.

Lorsque les parents réussissent à dépister les premiers symptômes comme un retard ou une régression dans le développement et la communication comme l'absence de babillage, de pointage, de gestes sociaux, de mots ou des comportements inappropriés, les enfants peuvent être pris en charge dès le plus jeune âge (en moyenne avant 6 ans). Quand les premiers symptômes n'ont pas été dépistés, les parents remarquent des différences comme des difficultés scolaires ou des comportements graves perturbant la vie familiale qui arrivent plus tard dans la vie du jeune autiste. Dans ce second cas, on retrouve généralement des indicateurs antérieurs qui avaient été négligés en raison d'un développement apparemment normal en raison de leur extrême indépendance, de leur compréhension rapide et de leur observation attentive. Ceci est assez courant car les parents ont tendance à évaluer le développement par l'acquisition de jalons du développement moteur et linguistique sans tenir compte des différences de comportement et de compétences sociales.

Les parents, les professionnels de santé, de la petite enfance, les enseignants et les psychologues sont susceptibles de repérer, observer, déceler un ou plusieurs signes inhabituels pouvant indiquer une particularité de développement chez l'enfant comme la présence de signaux d'alarme dans les domaines social, linguistique et/ou du jeu, d'un retard du développement ou du langage, d'un comportement anormal ou d'un faible niveau scolaire. Ces signaux d'alarmes doivent impérativement être recherchés lors de chaque visite médicale pour le suivi de l'état de santé des enfants de 0 à 6 ans par leur médecin traitant, ils correspondent aux items du carnet de santé. L'enjeu de santé publique est un dépistage le plus précocement possible afin d'orienter vers une prise en charge adaptée qui diminuera le pronostic défavorable et améliorera la qualité de vie de l'enfant et de la famille.

Si un adolescent ou un enfant présente certains de ces troubles, il y a suspicion de TSA. Dans ce cas une évaluation diagnostique du TSA est réalisée par une équipe pluridisciplinaire spécialisée composée de pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens et orthophoniste (31). Cette évaluation comprend une observation clinique, une anamnèse

développementale, un examen pédiatrique complet (examen ORL, examen visuel, bilan orthophonique et du développement moteur), un examen du fonctionnement (communication-langage, profil cognitif, capacités adaptatives, fonctions psychomotrices ou neuromotrices, processus d'intégration sensorielle) ainsi qu'un diagnostic des pathologies et des troubles associés au TSA.

A la suite de ces examens, quand cette suspicion est confirmée, l'équipe médicale doit annoncer le diagnostic et transmettre les comptes rendus par écrit aux parents et leur indiquer quel sera le projet d'interventions et d'aménagements pédagogiques pour leur enfant ou adolescent. Un médecin référent est attribué au jeune, cela peut être son médecin traitant ou un médecin de PMI ou le médecin de l'établissement qui l'accueillera, et aidera les parents dans les démarches administratives de la MDPH et l'ALD.

Une vérification de la stabilité de la situation clinique, ou d'une amélioration est nécessaire à 6 mois ou à 1 an pour adapter le suivi.

Selon les recommandations HAS Anesm 2012, les parents et l'équipe d'interventions éducatives en accord avec l'équipe médicale doivent mettre en place un projet personnalisé d'interventions éducatives et thérapeutiques avec une réévaluation régulière du fonctionnement et du besoin du jeune. (32)

2.4.3. Gestion et traitement

Il n'existe pas à ce jour de traitement permettant de guérir les TSA.

Les TSA sont une maladie chronique dont les symptômes persistent tout au long de la vie, bien qu'ils évoluent avec l'âge, la maturité, les exigences environnementales, l'expérience et les interventions. L'évolution est très variable car l'autisme touche tous les domaines de l'apprentissage. Certains autistes restent déficitaires, sans accéder au langage, alors que d'autres développent une autonomie personnelle et s'intègrent plus facilement dans la société. Cependant, la grande majorité des autistes restent dépendants d'un accompagnement important tout au long de leur vie.

Une prise en charge précoce entraîne une nette amélioration des compétences telles que la communication sociale, l'imitation et les fonctions cognitives et adaptatives. La prise en charge doit être intensive et individualisée, elle est composée de plusieurs volets : un volet éducatif avec pour objectif l'autonomie, un volet pédagogique pour améliorer l'apprentissage et un volet thérapeutique pour optimiser la santé physique et mentale. Cette prise en charge permettra de promouvoir l'apprentissage, de réduire les comportements inadaptés, de traiter

les comorbidités, de conseiller les parents, d'envisager un placement scolaire et de fournir une assistance aux familles. L'évaluation fonctionnelle identifie les forces et les faiblesses d'un individu. Tous ces éléments sont importants pour élaborer un plan d'intervention personnalisé avec la famille. Ceci est réalisé par une équipe multidisciplinaire comprenant divers membres du personnel expérimentés dans le traitement des problèmes de TSA liés à leurs domaines de compétence respectifs. L'intervention est principalement non pharmacologique et repose sur des stratégies de modification du comportement. Les médicaments ne sont indiqués que dans la réduction des symptômes réfractaires à une intervention comportementale. Bien qu'il n'y ait pas de guérison, une intervention précoce peut considérablement améliorer la qualité de la vie. (33)

Les parents peuvent aider de leur côté, ils peuvent servir de modèles pour enseigner comment établir des relations avec les autres et nouer des amitiés. Cela a un impact significatif pour permettre aux personnes atteintes de TSA de développer des compétences sociales (28).

3. Les comportements-défis chez les individus atteints de TSA avec déficience intellectuelle

3.1. Historique et définition des comportements-défis

Le terme de comportements-défis est récent dans la littérature. À l'origine, la terminologie utilisée pour rendre compte des comportements inadaptés chez les personnes ayant des déficiences intellectuelles était celle de troubles du comportement ou encore de difficultés comportementales sévères. C'est à partir du début des années 1980, lors de la fermeture des grandes institutions anglo-saxonnes au profit de structures communautaires, que le concept de « comportements-défis » a été élaboré.

Le comportement est l'ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données. Il est observable, mesurable en fréquence, en durée et en intensité et il est produit par un organisme. Un comportement, de manière générale, est précédé par un stimulus verbal ou non verbal (une consigne, un bruit sourd, une motivation concernant une activité) puis suivi par une ou des conséquences qui détermineront si le comportement se reproduira à l'avenir.

Bien qu'il n'existe pas à ce jour en France de définition consensuelle des comportements-défis, certains critères peuvent être retenus. Il est possible de reconnaître un comportement-défi s'il présente les critères suivants : présente un danger pour la personne, constitue un danger pour autrui, risque de devenir plus grave si l'on n'intervient pas, rend l'intégration sociale difficile, rend les apprentissages impossibles.

Les personnes atteintes de TSA ayant un déficit intellectuel présentent une différence de prévalence des comportements-défis. Ils sont plus souvent retrouvés chez les hommes que chez les femmes. Les comportements-défis aggravent l'accès aux soins des personnes déficientes intellectuelles et mettent en difficulté les professionnels. Un comportement est problématique lorsqu'il ne correspond pas à la norme sociétale et lorsque la fréquence est trop élevée et interfère avec le développement et les apprentissages de l'adolescent. Parmi ces comportements-défis il y a, par exemple : l'automutilation, l'hétéro-agressivité (cris, crachats, morsures), les colères incoercibles, la destruction d'objets, l'instabilité motrice, les stéréotypies, les symptômes catatoniques, ainsi qu'un certain nombre de troubles instinctuels tels que les troubles du sommeil, l'encoprésie, la potomanie ou, plus rarement, le pica (34).

Si la plupart des sujets autistes traversent l'adolescence sans manifester de troubles particuliers elle constitue toutefois une période de vulnérabilité coïncidant souvent avec une détérioration clinique et l'apparition de troubles du comportement (35,36). Des études montrent une régression comportementale et cognitive, une catatonie, et des symptômes schizophréniformes survenant à l'adolescence(35). Cependant, il n'existe pas encore de recommandations empiriques concernant le diagnostic et le traitement de ces situations complexes. De plus, très peu d'études décrivent leurs prises en charge au cours des hospitalisations (37,38).

Bien que les comportements-défis soient problématiques, ils ont une fonction et nous ne pouvons pas tenter de les éliminer sans enseigner un comportement de remplacement. Chaque passage à l'acte doit être analysé pour déterminer si celui-ci survient comme une modalité évolutive du fonctionnement autistique ou s'il relève d'une cause intercurrente(39). Ces comportements-défis ont des conséquences évidentes sur la qualité de vie et la santé des personnes atteintes de TSA ainsi que des répercussions pour la famille et pour les professionnels devant mettre en place des stratégies d'intervention. La mise en place de ces stratégies d'intervention est indispensable, elles doivent être efficaces et respectueuses des patients afin de diagnostiquer la ou les causes des comportements-défis et de les remplacer. Ces stratégies d'intervention nécessitent une approche multidimensionnelle : somatique,

psychiatrique et environnementale. Elles doivent inclure une évaluation des relations sociales et familiales, une recherche systématique des affections organiques douloureuses fréquentes basée sur une évaluation clinique, des examens complémentaires (analyses de sang courantes, radiographie dentaire, analyse d'urine), un examen neurologique, un EEG et une évaluation psychiatrique qui tient compte du profil particulier de ces adolescents en utilisant des outils d'évaluation adaptés. Ce processus devrait conduire à une évaluation fonctionnelle de chaque cas et à la formulation d'une hypothèse principale concernant la ou les causes des comportements-défis.

L'évaluation fonctionnelle mesure les capacités de l'usager, adolescent comme adulte, à mettre en œuvre les compétences issues de divers domaines comme la communication, la motricité et l'autonomie dans différents contextes familiaux, scolaires, professionnels. Elle est à la base de toute intervention éducative et contribuerait à mieux prendre en charge les comportements-défis. Il s'agit d'une démarche structurée par laquelle nous allons tenter de comprendre les relations fonctionnelles qu'entretiennent les comportements avec les contextes personnels et environnementaux dans lesquels ils apparaissent. Elle a un rôle de prévention agissant sur les antécédents c'est dire en changeant ou en éliminant ce qui déclenche le trouble, d'intervention en agissant sur les conséquences c'est-à-dire identifier les sources de renforcement à éliminer et un rôle d'enseignement des comportements alternatifs. Il existe trois types d'évaluation fonctionnelle : l'analyse fonctionnelle expérimentale qui nécessite un analyste comportemental, l'évaluation fonctionnelle descriptive qui utilise la grille ABC continue ou narrative ou le nuage de point et l'évaluation fonctionnelle indirecte qui consiste en des entretiens comportementaux et l'utilisation d'une échelle de taux de comportement. L'évaluation fonctionnelle débute quand un comportement-défi apparaît et persiste durant 5 jours.

3.2. Etiologies des comportements-défis

Les étiologies les plus fréquentes de décompensation aiguë parmi les patients atteints de TSA sont les causes organiques (épilepsie et pathologies douloureuses), environnementales (absence de soins et trouble de l'adaptation) et psychiatriques (catatonie, épisode dépressif majeur, trouble bipolaire et schizophrénie).

Les facteurs organiques représentent un tiers des décompensations, malheureusement ils sont souvent diagnostiqués avec du retard car il est difficile d'examiner les patients et il leur

est impossible de verbaliser un inconfort, une douleur ou toutes autres plaintes fonctionnelles.

Les principaux facteurs organiques sont les suivants :

- Les autres troubles neurodéveloppementaux dont 20 à 30 % des patients porteur d'autisme sont également atteints (40,41). Par exemple : le syndrome de Cornelia et Lange où l'on rapporte au cours de la troisième décennie la survenue d'automutilations qui tendent à s'améliorer spontanément avec le temps, mais qui sont extrêmement difficiles à prendre en charge. Elles sont aggravées par une labilité émotionnelle et d'autres traits de caractère récurrent, comme l'intolérance et la frustration. Nous pouvons citer comme autre exemple, le syndrome de Prader-Willi, où une hyperphagie liée à une absence de satiété génère des comportements agressifs dans un contexte de recherche alimentaire.
- Les déficits sensoriels auditifs et visuels et l'épilepsie. Ces facteurs sont surreprésentés dans cette population (42).
- Les pathologies intercurrentes, que la population de patients autistes peut présenter au même titre que la population non-autiste. Ces pathologies posent de gros problèmes en termes de stratégie de dépistage car les particularités sensorielles empêchent l'expression et la localisation d'une douleur, qui ne sera alors signalée que par la survenue de troubles comportementaux. Le plus souvent ce sont des troubles gastro intestinaux ou lié à la sphère ORL.

Les facteurs psychiatriques représentent un tiers des cas liés à l'émergence de troubles sévères du comportement (43). La comorbidité psychiatrique la plus fréquemment diagnostiquée est la schizophrénie, suivi de la dépression, du trouble de l'adaptation et des troubles anxieux, de plus les autistes avec déficience intellectuelle sévère sont plus à risque de développer des pathologies psychiatriques (29,44,45).

Les facteurs environnementaux peuvent également être à l'origine de comportements-défis. Ces facteurs sont très variés : conflits individuels avec des pairs ou des figures d'autorité, difficultés socio-environnementales (une absence de prises en charges adaptés), difficultés familiales ou facteurs de stress non identifiés ; mais également traitements médicamenteux. La prise de médicaments psychotropes peut avoir certains effets secondaires qui sont extrêmement difficiles à dépister parce qu'ils se confondent avec l'expression comportementale de l'autisme, posant la question des diagnostics différentiels (46). Prenons comme exemple les dyskinésies qui sont parfois confondues avec des stéréotypies, ou l'akathisie peut être faussement reconnue comme des symptômes d'hyperactivité.

3.3. Les traitements pharmacologiques adaptés aux comportements-défis

Les recommandations actuelles préconisent que la prise en charge des patients atteints de TSA repose avant tout sur un accompagnement thérapeutique éducatif adapté. Malgré ces recommandations, la prévalence de la prise de traitements psychotropes dans cette population est très élevée soulignant à quel point les comportements problématiques sont fréquents et invalidants (47,48).

Les traitements les plus prescrits pour la gestion des comportements-défis sont la rispéridone. Elle est efficace pour limiter les comportements-défis mais elle n'a pas d'effet sur les compétences socio-communicatives. On note des effets secondaires comme la sédation ou la prise de poids (49).

L'aripiprazole est également utilisé pour réduire les comportements-défis, pour sa part il améliore particulièrement les comportements répétitifs. Les effets secondaires notables sont la prise de poids, des signes extrapyramidaux, des troubles digestifs et des effets sédatifs (50,51).

Concernant les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine, les études des dernières années sont contradictoires mais nous pouvons y déceler que leur effet est limité pour ce type de comportement.

Les antiépileptiques sont également très controversés dans la littérature.

Les études montrent que les psychostimulants comme le méthylphénidate améliore les symptômes d'hyperactivité et d'inattention mais n'ont pas d'effet positif sur les crises clastiques ou les comportements agressifs (52).

4. La sexualité chez les individus atteints de TSA

Malgré la forte prévalence des TSA et la grande importance de la sexualité sur la santé physique et mentale, les études systématiques sur la sexualité chez les personnes atteintes de TSA sont rares. Cependant ces dernières années, la recherche sur les patients atteints de TSA et la sexualité a commencé à se développer. Les parents, les enseignants et les professionnels sont maintenant plus disposés à parler ouvertement de la sexualité chez les personnes atteintes de TSA. En raison du déficit de compétences sociales, cognitives et comportementales des personnes ayant un TSA, il est bénéfique d'examiner l'impact que cela peut avoir sur le comportement sexuel.

Les personnes atteintes de TSA ont plus de difficulté à la puberté, moins de connaissances et d'expériences sexuelles, un comportement sexuel moins approprié, une orientation

sexuelle peu claire et présenteraient globalement davantage de problèmes sexuels qu'il faudrait traiter par une éducation sexuelle adaptée (53).

4.1. Comportements sexuels

Certaines différences spécifiques au sexe sont observées dans la population d'individus atteints de TSA (2), comme par exemple la fréquence des problèmes sexuels entre ces patients et des adolescents neurotypiques (54,55). Il existe encore de nombreux stéréotypes concernant ces individus, les considérant comme peu intéressés par les relations sociales et amoureuses ou comme étant asexués (56). Des études ont montré que la sexualité compte chez les individus atteints de TSA malgré leurs difficultés relationnelles et de communication (57,58). La plupart des individus signalent un intérêt général pour les comportements sexuels solitaires et souhaite rencontrer un partenaire et vivre des relations amoureuses (2,59–62). Des études ont montré que les individus atteints de TSA obtenaient des résultats plus faibles en ce qui concerne le comportement social, la connaissance de l'éducation sexuelle, des expériences sexuelles et la connaissance de la vie privée (55).

L'adolescence est un moment où se produit la puberté et où se développe l'intérêt pour le sexe opposé. Les contacts avec les autres se multiplient et les relations commencent à se former. Il s'agit d'une étape naturelle du développement chez les adolescents dans laquelle se forment des caractères sexuels secondaires. Les changements physiques au cours de cette période peuvent engendrer de l'anxiété. L'adolescent atteint de TSA peut avoir des moments plus difficiles que l'adolescent en développement typique en raison des déficits apparents d'aptitudes sociales et d'autorégulation. Il est important que ces déficits soient compris afin de développer des interventions appropriées.

Les adolescents atteints de TSA subissent les mêmes changements corporels à la puberté que leurs pairs en développement typique, mais ils ne disposent pas des normes sociales appropriées en matière de communication, d'interaction et de compréhension (56). Ces changements corporels les poussent à désirer le contact avec d'autres personnes pour satisfaire leurs pulsions sexuelles. Cependant, les pulsions sexuelles peuvent sembler prolongées ou retardées par rapport à un neurotypique (63).

Les individus atteints de TSA ont moins de relations sexuelles ou amoureuses que les individus neurotypiques. Ils signalent des expériences sexuelles antérieures, le plus souvent des comportements sexuels solitaires. Elles présentent également des comportements sexuels problématiques, comprenant l'hypersexualité, la masturbation en public, l'exposition

indécents, les troubles paraphiliques, l'asexualité et les sentiments non conformes au genre. (64). Ces comportements entraînent une peur constante chez les parents de ces adolescents qui peuvent être incompris, tomber enceintes ou abusés à cause de leur manque de conscience et d'expérience (65).

Une étude a comparé les attitudes sexuelles et les connaissances des adolescents atteints de TSA et d'adolescents chez qui on avait diagnostiqué un retard mental. Ils ont constaté que les adolescents atteints de TSA, en particulier les hommes, ont des désirs sexuels et se livrent à la masturbation assez fréquemment mais ont une moindre connaissance en matière de sexualité (66).

4.2. Orientations sexuelles

Les individus atteints de TSA présentent une plus grande diversité d'orientation sexuelle par rapport aux témoins non atteints de TSA et ceci en particulier pour les femmes qui sont décrites comme beaucoup homosexuelles ou de genre non conformes (59).

On note des taux plus faibles d'hétérosexuels et des taux plus élevés de bisexuels chez les adolescentes atteintes de TSA âgées de 14 à 15 ans par rapport aux témoins sains, alors qu'il n'y avait pas de différence d'orientation sexuelle entre les hommes atteints de TSA et les témoins sains. De plus, un nombre important de femmes atteintes de TSA ont indiqué qu'une incertitude était posée à propos de leur orientation sexuelle (62,67). Il a été suggéré que les taux plus élevés d'orientation homosexuelle ou bisexuelle chez les femmes atteintes de TSA pourraient être imputables à une exposition prénatale aux androgènes entraînant des comportements masculinisés. Dans ce contexte, des niveaux plus élevés de testostérone fœtale ont été corrélés avec plus de traits autistiques au cours de l'adolescence et l'âge adulte (1,68,69). Une autre théorie pertinente mais plus controversée est la théorie du cerveau masculin extrême. C'est la capacité d'une personne à faire preuve d'empathie et systématiser. Les femmes sont plus susceptibles de faire preuve d'empathie, alors que les hommes sont plus susceptibles de systématiser. Les TSA sont associés à la systématisation, c'est-à-dire à une exagération du cerveau masculin.

Les taux les plus élevés de l'homosexualité et l'orientation bisexuelle chez les hommes et les femmes atteints de TSA pourraient également être attribuables à la tendance à agir de manière plus indépendante des normes sociales, ce qui implique que les concepts d'orientation sexuelle ou de rôles de genre sont moins pertinents chez les adolescents atteints de TSA (62). D'autres études ont montré que les personnes atteintes de TSA avaient un taux d'asexualité ou d'intérêt sexuel réduit (1,2,70,71). On note toutefois que la grande

majorité de ces études sont faites sur une population d'individus atteints d'autisme de haut niveau.

4.3. Education sexuelle

Koller a déclaré qu'il est important que les personnes atteintes de TSA reçoivent des instructions en matière de sexualité, sans éducation sexuelle appropriée, un comportement inapproprié peut émerger et entraîner des problèmes émotionnels et interrelationnels. Malheureusement, ils reçoivent moins d'éducation sexuelle qui répond à leurs besoins spécifiques bien qu'ils manifestent un intérêt pour la sexualité et les relations intimes. (1,72). Actuellement, 50% des adolescents atteints de TSA n'ont eu aucune éducation sexuelle, pourtant essentielle.

Les comportements sexuels problématiques peuvent être améliorés par les soignants et les parents par le biais de conseils, de cours d'éducation sexuelle et d'une formation continue aux aptitudes socio-sexuelles (53). L'éducation sexuelle des adolescents atteints de TSA a été critiquée parce qu'il est rarement axé sur les besoins de cette population, cependant, les premiers programmes éducatifs structurés ont été développés (64). Cela permettra d'améliorer de manière significative la sexualité en particulier chez les adolescents et les jeunes adolescents. Ceci est important car une connaissance réduite associée à des handicaps sociaux peuvent non seulement empêcher les personnes atteintes de TSA de faire des expériences sexuelles et apprendre de leurs pairs, mais aussi les exposer au risque de développer des problèmes et comportements sexuels difficiles que nous avons cité dans le chapitre 4. 1.. Les adolescents atteints de TSA ont déclaré avoir moins de connaissances en matière de sexualité et davantage de problèmes d'estime de soi et de perception sociale dans les situations sexuelles (58). Ces comportements sont dus à un manque de compréhension de la puberté normale, l'absence d'éducation sexuelle appropriée, la gravité de leurs TSA. C'est pour cela que cette éducation individualisée et répétitive doit être commencée le plus tôt possible à un âge adapté(39). Le développement des compétences sociales est également important avant que des aspects plus techniques de l'éducation sexuelle ne soient enseignés (73).

Indépendamment de la gravité des TSA, la recherche a montré que de nombreuses personnes atteintes désirent des relations avec les autres, mais ceci reste difficile. Les compétences sociales peuvent être enseignées aux personnes atteintes de TSA. Les

parents peuvent servir de modèles pour enseigner comment établir des relations avec les autres et nouer des amitiés et ont un impact significatif (28).

Presque tous les parents ont répondu qu'ils éduquaient leur adolescent et la plupart des parents ont indiqué que leur adolescent avait reçu une éducation sexuelle à l'école ou par les soignants. Les sujets abordés le plus souvent pendant l'éducation sexuelle étaient : relations sexuelles, anatomie et physiologie de fonctionnement sexuel, autonomie sociale, conséquences du sexe, contrôle des naissances, limites personnelles et pornographie. De nombreux parents craignaient que l'éducation sexuelle ne soit pas axée sur les besoins particuliers de la population atteinte de TSA et ont recommandé qu'elle soit présentée de manière visuelle, interactive, spécifique au TSA, fondée sur la technologie et adaptée à leur propre rythme. (74)

5. Matériels et méthodes

5.1. Population étudiée

Pour répondre à notre problématique sur l'émergence de la sexualité chez les adolescents atteints de troubles du spectre autistique avec déficience intellectuelle, nous avons étudié une population de 14 patients. Ils ont été recrutés au sein de l'hôpital de jour l'Oasis qui est un Service d'Evaluation et de Soins de l'Autisme (SESA) au sein du Pôle de psychiatrie infanto-juvénile du Centre Hospitalier Valvert, 78 boulevard des Libérateurs, 13011 Marseille. L'oasis est composée de pédopsychiatres, de psychologues, d'éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, de psychomotriciens, d'infirmiers et d'aides-soignants. Cette équipe pluridisciplinaire veille à garantir une prise en charge à la fois médicale, éducative, sociale, psychologique et familiale.

Le SESA tente d'être au plus proche des besoins de la population et de leur famille, mais aussi des partenaires du médico-social. Ceci dans le but de les soutenir et de prendre en charge des patients tout au long de leur parcours de vie et de soins. Le projet de soin de l'unité l'Oasis s'intègre dans cette philosophie mais aussi dans celle du projet de l'établissement. Son objectif général est de garantir aux adolescents accueillis et à leur famille une prise en charge adaptée.

Les adolescents, relevant des secteurs couverts par le CH Valvert voire du Grand Marseille, sont âgés de 11 à 18 ans.

Les patients inclus sont tous atteints de troubles du spectre autistique avec une déficience intellectuelle et n'utilisant pas le langage oral à visée de communication et diagnostiqués sur les critères cliniques du DSM V.

Le seul critère d'exclusion est l'absence de consentement des représentants légaux des patients pour la participation à l'étude.

L'oasis propose d'accueillir les patients à raison de deux demi-journées par semaine pour leur fournir les soins psychiques nécessaires comme : une prise en charge lors des situations de crise, une évaluation des comportements-défis qui permettra par la suite de mettre en place un accompagnement et des thérapies adaptés et individualisés. Ces dispositifs permettront aux adolescents non pris en charge aujourd'hui par les centres d'accueil spécialisés, à cause du manque de places et/ou de problèmes comportementaux non gérables, d'amorcer un partenariat entre les familles et ces derniers pour une inclusion dans un futur plus ou moins proche. Une aide pour donner suite aux demandes de nos partenaires médico-social et/ou sanitaire peut également être mise en place par la suite pour les soutenir lors des moments de crises majeures. Cela permet d'éviter une rupture dans la prise en charge et le parcours de vie du patient.

5.2. Objectifs et hypothèses

Durant l'année où nous avons pratiqué à l'Oasis nous avons remarqué que les adolescents atteints de TSA avec déficience intellectuelle ont plus de difficultés socio-comportementales, moins de connaissances et d'expériences sexuelles, un comportement sexuel moins approprié, une orientation sexuelle peu claire et présenteraient globalement davantage de problèmes sexuels. Nous avons également pu mettre en évidence l'apparition de nombreux comportements-défis au cours de cette période.

Ces observations nous ont permis d'établir une hypothèse selon laquelle l'émergence de la sexualité chez les adolescents atteints de troubles du spectre autistique avec déficience intellectuelle pourrait être une étiologie des comportements-défis.

L'objectif principal de cette thèse sera de chercher une relation de cause à effet entre l'émergence de la sexualité et les comportements-défis.

Les objectifs secondaires seront d'analyser l'orientation sexuelle des autistes, l'expérience sexuelle des autistes et de proposer des solutions d'amélioration d'éducation sexuelle pour diminuer la fréquence et l'intensité des comportements-défis.

5.3. Questionnaires utilisés

Une grille d'évaluation de la douleur – déficience intellectuelle (GED-DI) a été remplie pour chaque participant à l'étude. Elle permet la mesure de la douleur chez l'enfant polyhandicapé à partir de 3 ans, sans nécessité de connaître le comportement habituel de l'enfant ni ses signes neurologiques habituels. L'échelle est valide quel que soit le niveau de l'atteinte cognitive (les comportements de douleur sont indépendants du niveau de la déficience). La version française a été validée dans plusieurs centres canadiens et français.

Elle comporte 30 items comportementaux simples. La cotation est la suivante : pour chaque item, 4 cotations possibles : 0, 1, 2 ou 3 (signe absent, observé occasionnellement, souvent ou très souvent) ou « ne s'applique pas » (si l'enfant ne peut présenter ce comportement du fait de son handicap). Le score peut être de 0 à 90. Si le score est élevé on peut émettre l'hypothèse que l'adolescent présente un comportement-défi en lien avec une douleur somatique. Alors que si le score est inférieur à 5, on peut affirmer de manière quasiment certaine que le comportement défi est induit par un des 3 autres facteurs : environnementaux, psychiatrique ou sexuel.

Cette grille nous permet aussi d'objectiver le traitement antalgique ou de neuroleptique entrepris et également les actions associées comme les massages, l'ergothérapie ou la relaxation.

Des grilles d'analyse fonctionnelle (ABC simple) ont également été remplies par l'ensemble de l'équipe soignante, elles permettent la compréhension des troubles du comportement et des facteurs qui contribuent à leur apparition et à leur maintien. Elle repose sur une analyse des variables d'un comportement. Son objectif est de guider au mieux l'équipe soignante vers une intervention thérapeutique permettant la réduction, l'arrêt ou la substitution du comportement-défi par un comportement plus adapté. Tout comportement-défi a une fonction propre, les principales fonctions sont : la communication, une fonction sociale ou une fonction d'autostimulation.

Il est important de situer chronologiquement le comportement défi et d'analyser les antécédents. L'analyse porte sur le contrôle des stimuli et de l'environnement. Il faut aussi prendre en compte les vulnérabilités de base de l'adolescent comme une hyper-acousie ou une hyposensibilité qui peuvent s'observer avant l'apparition du comportement-défi, ainsi que les perturbations de la routine fonctionnelle, un trouble psychiatrique ou une modification médicamenteuse.

Les conséquences à la suite du comportement-défi ont un impact important sur son interprétation également. Elles influent sur le maintien ou la disparition du comportement-défi

et permettent de préciser l'issue probable de l'évolution du comportement qui a fait l'objet de la conséquence.

Nous avons utilisé la Sexual Behavior Scale (SBS) qui est une échelle développée par Stokes and Kaur, 2005 et élaborée à partir d'études précédentes (Haracopos & Pedersen, 1992 ; Ruble & Dalrymple, 1993) utilisée pour analyser les réponses des soignants dans quatre domaines : le comportement social, les habiletés sociales, les comportements sexuels et les préoccupations des soignants.

Elle comporte 27 items évaluant la socialisation avec d'autres personnes en dehors de la famille et de l'école, 9 items évaluant les habiletés sociales, 11 items permettant d'évaluer les comportements sexuels et 12 items permettant d'évaluer les préoccupations des soignants. Nous pouvons répondre à ces items par oui ou non. 4 de ces items sont des questions ouvertes.

5.4. Procédures utilisées

Le GED-DI, L'ABC et la SBS ont été recueillies par l'équipe soignante et l'interne d'avril à juin 2019 pour chacun des 14 patients inclus dans l'étude.

Nous avons observé les adolescents lors des différentes activités à l'Oasis et des sorties éducatives. Dès l'apparition de comportements défis, nous avons rempli un GED-DI et une grille d'analyse fonctionnelle (ABC) afin de pouvoir analyser ces comportements. Comme nous l'avons expliqué dans le paragraphe précédent, si le score du GED-DI est élevé on en déduit que le comportement défi était lié à un facteur somatique. Dans le cas où le score du GEDDI était faible, nous avons pu éliminer ce facteur somatique et avons donc utilisé la grille d'analyse fonctionnelle pour essayer d'analyser la cause de ce comportement.

Le 3^{ème} questionnaire (SBS) nous permet d'affiner cette analyse et de mettre en lien les comportements défis de ces adolescents avec l'émergence de leur sexualité.

Nous avons recueilli les caractéristiques sociodémographiques de l'adolescent avec l'aide des familles grâce à un questionnaire évaluant leur âge, le sexe, le stade pubertaire, l'appartenance ethnique, le niveau verbal, le niveau de sévérité de l'autisme, le type d'établissement de prise en charge, les thérapies en cours, les autres troubles associés et le traitement mis en place.

Après avoir recueilli toutes ces données pour les 14 patients, nous les avons traités et analysés grâce au logiciel Excel sous Windows. Les variables seront décrites par le nombre et le pourcentage de patients au sein de chaque groupe ou par une moyenne selon les items.

6. Résultats

6.1. Information générale

L'étude comprend 14 patients qui sont suivis à l'hôpital de jour de l'Oasis au centre hospitalier Valvert. Aucun patient n'a été exclu de l'étude.

Tableau 1. Information générale

	14 patients	Nombre de patients	%
Age (années)	Moyenne : 17 ans	14	
Age pubertaire	Pré-adolescent	0	0
	Adolescent	14	100
	Adulte	0	0
Genre	Homme	13	93
	Femme	1	7
Niveau verbal	Capable de comprendre des informations orales	13	93
	Capable de comprendre des mots écrits	7	50
	Capable de lire	5	36
	Capable d'écrire	5	36
	Capable de parler	8	57
	Non verbal	6	43
Niveau de sévérité de l'autisme	Haut niveau	0	0
	Modéré	6	43
	Sévère	8	57

Etablissement scolaire	Normal	0	0
	ULISS	0	0
	ITEP	0	0
	IME	14	100
	SESSAD	0	0
Thérapie	Thérapie occupationnelle	14	100
	Médiation corporelle	10	71
	Médiation verbale	8	57
	Habilité sociale	5	36
	Médiation sensorielle (musicale, cuisine)	8	57
	Thérapie par le jeu	10	71
	Equithérapie	7	50
	Art thérapie	6	43
Autre troubles associés	Oui	5	36
	Non	9	64
Traitement	Neuroleptique atypique	10	71
	Anxiolytique	10	71
	Pas de traitement	2	14

Grâce aux réponses du questionnaire d'information générale (Cf. Tableau 1.), nous avons pu recueillir les données suivantes :

L'âge moyen des patients est de 17 ans, le plus jeune des patients a 13 ans et le plus âgé a 19 ans. 100% des patients sont des adolescents. 13 patients sont des hommes soit 93% et une seule patiente est une femme soit 13 %.

La quasi-totalité des patients soit 93% est capable de comprendre des informations orales alors que seulement environ la moitié d'entre eux est capable de comprendre des mots écrits soit 50 % et de parler soit 57%. Un tiers à peine soit exactement 36% est capable de lire et d'écrire. 100% des patients sont suivis dans un IME.

Ces données nous permettent d'affirmer que les patients atteints de TSA de notre étude étaient majoritairement des hommes comme nous avons pu le lire dans la littérature précédemment (3,4). On constate que la majorité des patients présents à l'Oasis ne savent pas lire et écrire (64%) et les 36% restants en sont capables mais avec une grande difficulté et un niveau très faible pour leur âge, nous affirmons donc que 100% des patients de l'étude sont atteints de TSA avec déficience intellectuelle.

Les bilans d'évaluation (CARS) pratiqués par le psychiatre responsable du service et son équipe pour chaque patient au début de sa prise en charge nous permettent d'affirmer que 43% des patients sont atteints par les troubles autistiques de façon modérée et 57% sont atteints sévèrement.

Pour améliorer leur qualité de vie et combler les lacunes au maximum dans les domaines où ils sont déficients, des thérapies sont mises en place dans le service. Nous analysons ici les thérapies mises en place et les effets qu'elles entraînent :

100 % d'entre eux suivent une thérapie occupationnelle car celle-ci est indispensable pour ne pas perdre en autonomie et réduire les comportements-défis.

71% des patients font de la médiation corporelle, telle que la relaxation, la psychomotricité, l'expression corporelle, la gymnastique douce, la danse, cette thérapie permet aux adolescents de diminuer leur stress, leurs frustrations et leurs tensions internes ainsi que d'améliorer leur autonomie, travailler leur motricité globale et fine, améliorer la socialisation, travailler sur l'image corporelle. Malheureusement 29% des patients ne sont pas capables de suivre cette thérapie car ils sont trop agités pour faire une tâche sans mouvement, n'ont pas les capacités intellectuelles pour comprendre les consignes et perturbent leurs pairs.

Dans 57% des cas la médiation verbale est utilisée. Elle comprend la réunion communautaire, des ateliers de lecture de contes qui permettent l'amélioration de l'attention, la sociabilisation et l'imagination et qui sont des temps où les patients sont autorisés à s'exprimer librement.

Seulement 36% des patients participent à un groupe d'habileté sociale qui leur apprend comment adopter un comportement approprié dans une variété de contextes divers : à la maison, à l'école et dans la société. Les 64% restant ne participent pas à cette activité de développement social car leurs capacités intellectuelles sont limitées et ils ne comprennent donc pas les consignes et ne peuvent pas les appliquer correctement.

57% des patients participent à des activités sensorielles telle que la salle snoezelen qui est une salle spécialement aménagée, éclairée d'une lumière tamisée, bercée d'une musique douce. Un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable et calme. Cela permet de faire appel aux cinq sens : l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût et le toucher. Cette activité apaise les patients et réduit leur tension en stimulant leurs sens de façon positive.

71% des patients suivent une thérapie par le jeu tel que les puzzles, les jeux de société ou les jeux d'encastrement. Cette thérapie est un moyen de communication entre les patients et les thérapeutes. Elle permet aux patients d'exprimer leurs sentiments, de prendre des décisions individuellement, d'anticiper des situations réelles et d'y faire face.

La moitié des patients soit 50% suivent une équithérapie. Les patients semblent être plus à l'aise lorsque le contact s'établit avec un cheval plutôt qu'un pair, notamment car il s'agit d'interactions non-verbales et répondant à des règles sociales plus simples. Le cheval joue un rôle de médiateur entre la personne autiste et le thérapeute. L'art thérapie est utilisé dans 43 % des cas et montre une diminution du niveau d'anxiété et une amélioration de la qualité de vie. Chaque activité s'inscrit dans un projet de soins individualisés et est choisi en fonction des centres d'intérêt de l'adolescent, des compétences de celui-ci et de l'objectif de soin.

36% des patients ont un trouble associé à l'autisme, tel qu'un syndrome de West, des troubles anxieux, une surdité, une cécité ou un trouble dépressif qui peuvent aggraver la fréquence et l'intensité des comportements-défis et rendent encore plus difficile leur analyse et leur gestion comme nous avons pu l'expliquer précédemment dans le chapitre 3.2.

La majorité des patients soit 71 % prennent quotidiennement des traitements médicamenteux tels que des neuroleptiques atypiques et des anxiolytiques. Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature ces traitements permettent de limiter en fréquence et en intensité les comportements-défis. Seulement 14% des patients ne prennent aucun traitement car ils ne présentent pas de symptomatologie assez sévère pour nécessiter un traitement médicamenteux.

6.2. Grille d'évaluation de la douleur – déficience intellectuelle (GED-DI)

Seulement 23 comportements-défis sur la totalité des comportements-défis observés chez tous les patients, soit 22 %, ont pu être associés à des facteurs somatiques grâce à l'analyse par le GEDDI avec un score > 11 sur les 105 comportements défis relevés lors de l'étude.

Nous constatons que les 23 comportements-défis liés à la douleur proviennent tous des patients numéro 2 et 12 qui se sont révélés avoir des douleurs dentaires à la suite d'un examen approfondi chez un dentiste.

Les 78 % des GEDDI remplis chez les 14 patients retrouvent des scores < 6 qui signifient qu'aucune douleur somatique n'est présente chez eux.

Lors de l'étude bibliographique, nous avons lu que les facteurs organiques représentaient environ un tiers des décompensations. Notre étude indique que 22 % des comportements-défis sont liés à ce facteur. Les résultats sont cohérents entre notre étude et la littérature. Cet outil nous permet d'établir de façon certaine que 23 comportements-défis sur les 105 observés n'ont pas de lien avec l'émergence de la sexualité ou d'autres facteurs. Pour la suite de l'étude, nous prendrons donc en compte seulement 82 comportements-défis.

6.3. Grille d'analyse fonctionnelle (ABC simple)

Durant l'étude, tous les soignants (psychomotriciens, infirmiers, aides-soignants et psychologues) ont rempli le questionnaire ABC quand ils observaient un comportement inadéquat chez un adolescent. Nous avons pu relever 105 comportements-défis chez la totalité des patients.

Par la suite, nous les avons analysés en suivant la méthode exposée dans le chapitre 3, selon laquelle les comportements-défis seraient liés à différents facteurs tels que : les facteurs organiques, les facteurs psychiatriques, l'environnement et l'émergence de la sexualité. Nous remarquons les tendances suivantes :

Comme nous venons de l'exposer dans le chapitre 6.2., 22 % des comportements-défis sont liés à des facteurs organiques. Nous ne reviendrons pas sur ce point pour l'analyse du questionnaire ABC.

Afin de détecter les comportements-défis liés à des facteurs psychiatriques, nous nous sommes concentrés sur les données « antécédents » de la grille ABC. Les informations notées par les différents soignants au cours des trois mois, nous ont permis d'analyser attentivement l'attitude des patients en amont de la décompensation. Lorsque des attitudes ou des symptômes tels que : hallucinations acoustico-verbales, insomnies, faciès triste, etc. étaient remarqués et suivis instantanément d'un comportement-défi cela révélait de façon certaine des troubles liés à des facteurs psychiatriques. Ce cas s'est produit pour 35

comportements-défis sur les 105 observés et pour une majorité de patients. Nous pouvons donc en conclure que 33 % des comportements-défis selon notre étude sont liés aux facteurs psychiatriques.

Pour certains cas, la relation entre les comportements-défis et les facteurs psychiatriques n'est pas directement existante. Il est donc difficile de savoir de combien le pourcentage pourrait augmenter. Par exemple : si un adolescent affiche tous les jours un faciès triste et a un comportement inadapté à un instant t, il peut être difficile de savoir si ce comportement est lié à un état dépressif diagnostiqué ou à un élément externe quelconque (une hallucination auditive, une rencontre avec un pair anxiogène, une pulsion sexuelle incomprise, etc.) qui le perturbe à l'instant t.

Lors du questionnaire d'information générale, nous avons constaté que malgré les recommandations, 86 % des patients étaient sous traitements médicamenteux (71 % sous neuroleptiques atypiques et 71 % sous anxiolytiques). Grâce à la connaissance des patients et de leurs attitudes quotidiennes, nous avons pu déceler la différence entre des comportements qui peuvent être dûs aux traitements médicamenteux et les comportements intrinsèques aux TSA. Comme exemple nous pouvons citer : les dyskinésies qui ont apparu chez un patient après la prise d'un nouveau traitement qui aurait pu être confondu avec des stéréotypies si nous n'avions pas été certains que ce patient n'avait jamais présenté ce type de symptôme. Grâce à cette excellente connaissance des patients et aux résultats relevés dans l'ABC, nous avons pu identifier les comportements-défis liés aux facteurs environnementaux qui se présentent dans 18 % des cas.

Dans 27 % des comportements-défis nous n'avons pas pu définir avec certitude qu'ils étaient liés à l'un des 3 facteurs que nous venons d'exposer. Nous avons donc utilisé le questionnaire SBS pour définir si certains comportements-défis pourraient être liés à l'émergence de la sexualité comme nous le supposons dans la problématique.

6.1. Sexual behavior scale (SBS)

Après avoir rempli le questionnaire SBS pour chaque patient de l'étude, nous avons synthétisé les résultats dans le tableau ci-dessous (Tableau 2.). Nous allons les présenter et les analyser selon quatre catégories : le comportement social, les habiletés sociales, les comportements sexuels et les préoccupations de l'entourage.

Tableau 2. Sexual behavior scale (SBS)

ITEMS	Non		Oui	
	Nombre de patients	%	Nombre de patients	%

Comportement social

10	9	64	5	36
11	9	64	5	36
12	8	57	6	43
13	5	36	9	64
14	2	14	12	86
15	8	57	6	43
16	8	57	6	43
17	5	36	8	57
18	9	64	5	36
19	4	29	10	71
20	11	79	3	21
21	12	86	2	14
22	11	79	3	21
23	12	86	2	14
24	12	86	2	14
25	12	86	2	14
26	12	86	2	14
27	13	93	1	7

Habiletés sociales

28	5	36	9	64
29	9	64	5	36
30	9	64	5	36
31	12	86	2	14
32	7	50	7	50
33	5	36	9	64
34	3	21	11	79
35	6	43	8	57
36	6	43	8	57

Comportements sexuels

	Oui		Non	
37	5	36	9	64
38	7	50	7	50
39	3	21	11	79
40	2	14	12	86
41	4	29	10	71
42	Moyenne = 15			
43	2	14	12	86
44	2	14	12	86
45	3	21	11	79

Préoccupation des soignants

48	9	64	6	43
49	7	50	7	50
50	8	57	6	43
51	8	57	6	43
52	6	43	8	57
53	4	29	10	71
54	7	50	7	50
55	5	36	9	64
56	4	29	9	64
58	7	50	7	50

6.1.1. Comportement social

Nous remarquons que 64% des patients ne recherchent pas le contact (item 10) et ne l'initient pas non plus avec des enfants du même âge qu'eux (item 11). 57% des patients ne répondent pas quand un autre enfant du même âge essaye de communiquer (item 12). 64% des patients ont des difficultés à communiquer avec les autres enfants (item 13). 86% des patients semblent vivre dans un monde qui leur est propre (item 14). 57% des patients ne recherchent pas le réconfort lorsqu'ils sont énervés (item 15). 57% des patients ne recherchent pas le contact physique avec les autres (item 16). 57% des patients agissent comme si les autres n'étaient pas présents (item 17). 36% des patients traduisent correctement leur sentiment par leur posture ou leurs mimiques (item 18). 71% se tiennent trop près des autres quand ils parlent (item 19). Seulement 21 % des patients arrivent à sociabiliser avec les autres et seulement 12% sociabilisent avec le sexe opposé (item 20 et 21). 79% des patients ne montrent aucun intérêt aux personnes de sexe opposé (item 22).

Seulement 14 % des patients participent à des activités récréatives et le font avec des personnes du même âge et du même sexe (item 23,24,25,26) et 7% pratiquent ces activités avec les personnes de sexe opposé (item 27).

Ces items nous permettent de confirmer la présence d'un trouble des interactions sociales avec notamment, comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature, un déficit de réciprocité sociale, ainsi qu'un déficit d'attention conjointe, une faible cohérence centrale et un déficit en théorie de l'esprit. Ces résultats montrent également un trouble de la communication verbale et non verbale chez la majorité des patients. Ces déficits sont caractéristiques du TSA.

6.1.2. Habiletés sociales

Nous remarquons que 64% des patients essaient de détourner le sujet vers un sujet qui les intéressent (item 28) et ne comprennent pas des instructions sans explication précise ni les expressions imagées (item 29, 30). 86% d'entre eux ne comprennent pas les blagues (item 31). 50% des patients ont des propos hors sujet avec le moment (item 32). 64% des patients sont particulièrement naïfs (item 33). 79% des patients sont incapables de sortir certaines idées de leur tête (item 34). 57% des patients qui ont eu un comportement inapproprié comprennent difficilement pourquoi (item 35, 36).

Ces résultats nous confirment que la majorité des patients ont un gros déficit dans leurs habiletés sociales et présentent de grosses difficultés de compréhension ainsi que des lacunes dans les codes sociaux et des centres d'intérêt restreints. Ces difficultés d'habiletés sociales se traduisent par des comportements-défis principalement car les patients n'arrivent pas à exprimer correctement leurs demandes ou leurs envies.

6.1.3. Comportements sexuels

Nous remarquons que 36% des patients se sont déjà touchés les parties intimes en public (item 37). 50% des patients ont touché des personnes de façon inappropriée (item 38) et 21% ont déjà enlevé leurs vêtements en public (item 39). Seulement 14% des patients parlent de relations sexuelles d'une façon anormale pour leur âge (item 40). 29% des patients se sont déjà masturbés en public et la moyenne d'âge de ce comportement masturbatoire est de 15 ans (item 41, 42). La majorité soit 86% ne montre aucun intérêt aux images d'orientation sexuelle et ne s'est jamais intéressée à une personne de façon romantique (item 43, 44, 45).

Ces résultats nous permettent d'affirmer que les adolescents atteints de TSA ont des comportements sexuels. Cependant ces comportements ne sont pas adaptés aux normes sociales. Nous observons que les patients n'ont pas d'orientation sexuelle prédéfinie, nous pouvons supposer que cela est dû au fait qu'ils ne sont pas influencés par la société car il ne la comprend pas. A l'âge où l'émergence de la sexualité apparaît, les changements physiques et hormonaux induisent des perturbations chez ces adolescents. Nous pouvons avancer que ces perturbations incomprises se traduisent par des comportements-défis.

6.1.4. Préoccupations de l'entourage

Nous remarquons que 64% des soignants ne sont pas inquiets si le comportement sexuel de l'enfant est incompris et s'il a des comportements sexuels inappropriés envers d'autres personnes et leurs éventuelles conséquences (item 48,55). La moitié des soignants soit 50% est inquiète des fausses idées que les adolescents peuvent avoir à propos du sexe et la difficulté à comprendre que leurs sentiments ne soient pas forcément réciproques et se préoccupent de l'éventuelle solitude et de l'isolement que peuvent subir les adolescents atteints de TSA (item 49, 54, 56, 58). 57% des soignants ne sont pas soucieux si les adolescents ne trouvent pas un partenaire de vie et s'ils ont peu d'amis cependant l'équipe soignante s'inquiète du développement des relations avec les autres (items 50, 51, 52). La majorité des soignants soit 71% sont inquiets concernant l'indépendance des adolescents (item 53).

Ces résultats nous confirment que de nombreuses préoccupations et questionnement autour de la sexualité et des inquiétudes de l'entourage pour des adolescents atteints de TSA avec déficience intellectuelle et n'utilisant pas le langage oral à visée communicative. Il existe encore très peu d'écrits sur le sujet et encore moins de programmes et outils adaptés.

7. Discussion

Cette étude inclut 14 patients dont l'âge moyen est de 17 ans, présentant des comportements-défis et atteints de TSA. 93% des patients inclus dans l'étude sont des hommes ce qui correspond à l'épidémiologie actuelle des TSA, dont le sex-ratio est de 4 garçons pour une fille selon différentes études. (3,4)

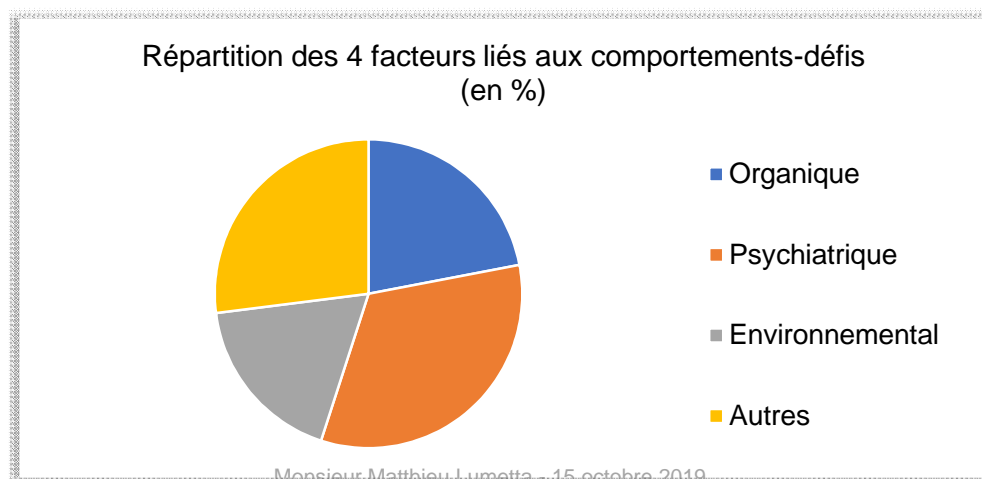
Grâce à l'utilisation du GED-DI, nous avons pu établir que 22 % des comportements-défis étaient liés aux facteurs organiques. Cela nous a permis d'éliminer cette partie des

comportements-défis pour la suite de notre étude car ils n'ont pas, de façon certaine, de relation avec l'émergence de la sexualité et ne nous aident donc pas à répondre à notre problématique.

A contrario, l'ABC nous a permis d'établir une répartition en pourcentage des différents facteurs induisant des comportements-défis chez les patients atteints de TSA avec déficience intellectuelle. Les facteurs psychiatriques représentent 33 % des comportements-défis pour notre étude alors que les facteurs environnementaux représentent seulement 18 %.

Concernant les 27 % des comportements-défis restants, nous avons étudié de façon approfondie les résultats du SBS qui ont confirmé que les patients avaient un comportement social inadapté ainsi qu'un gros déficit dans leurs habilités sociales. Les résultats du SBS ont également mis en évidence que les patients avaient des comportements sexuels qui divergent des normes sociétales. Ces comportements sexuels pourraient donc être selon nous, le quatrième facteur responsable des comportements-défis. En effet, les patients sont perturbés par les changements hormonaux et physiques qu'induisent l'émergence de la sexualité et ne pouvant comprendre ces changements ils réagissent par des comportements-défis. Les adolescents peuvent également effectuer des actions anormales que les soignants et leur entourage ne cautionnent pas comme : se toucher les parties intimes en public, toucher des personnes de façon inappropriée ou enlever leurs vêtements en public. Du fait de leur déficit intellectuel, les patients ne comprennent pas pourquoi ils sont réprimandés à la suite de ces actions et peuvent donc réagir par des comportements-défis. C'est ce que nous avons voulu mettre en avant dans notre étude qui aujourd'hui ne peut être comparée avec d'autres études démontrant l'existence d'un lien entre l'émergence de la sexualité et les comportements-défis. Nous avons pu étudier quelques études sur le sujet mais uniquement sur des patients souffrant d'un autisme de haut niveau. (57,75,76).

L'analyse des items du contact social et des comportements sexuels du questionnaire SBS, nous permet d'établir des hypothèses quant à l'orientation sexuelle des autistes et leurs expériences sexuelles.



En effet, nous constatons qu'une minorité de patients sociabilisent ou pratiquent des activités avec des personnes du sexe opposé. Leur intérêt social se porte majoritairement envers les personnes du même sexe. Selon les études de Hénault *et al.*, 2006 et Hellemans *et al.*, 2007, les adolescents atteints de TSA auraient effectivement une tendance à l'homosexualité. Les résultats montrent aussi que les patients atteints de TSA ont des comportements sexuels mais inadaptés comme se masturber, se dénuder ou toucher des personnes en public. Les études de Stokes *et al.*, 2007 et Hellemans *et al.*, 2007 confirment nos résultats.

Afin d'approfondir notre étude nous avons effectué des recherches quant aux solutions d'amélioration d'éducation sexuelle énoncées dans la littérature. Ces solutions ont pour but de diminuer la fréquence et l'intensité des comportements-défis. Nous allons citer quelques exemples issus de Elouard, 2013 et 2014 (39,77): varier les occupations, aseptiser l'environnement sexuel pour limiter les stimuli susceptibles de provoquer une excitation sexuelle, adapter les techniques d'apprentissages dites augmentatives ou alternatives au verbales (aides visuelles, démonstrations...), former les professionnels de santé, mettre en place le programme TEACH (traitement et éducation pour enfants atteints d'autismes ou autres troubles apparentés de la communication), instaurer des petits groupes de travail sur l'éducation sexuelle.

Pour conclure cette étude, nous établissons un bilan de celle-ci en établissant la liste des points forts et des limites de celles-ci :

Les points forts de notre étude résident dans l'analyse des comportements-défis et la mise en lien avec la sexualité des patients souffrant de TSA avec déficit intellectuel. Il n'existe pas de prise en charge spécifique pour ces adolescents, la littérature médicale se concentre fortement sur la prise en charge et le suivi de patients dits de haut niveau. De plus, nos données sont recueillies par les soignants, c'est ce qui diffère de la majorité des études. Nous avons fait le choix de faire recueillir les données par des professionnels de santé spécialistes des adolescents autistes. Ce choix nous a paru judicieux du fait que les patients étudiés sont déficients intellectuels et ne peuvent donc pas communiquer leur ressenti clairement et que la plupart sont issus de familles modestes et qui pour plusieurs ne parlent pas français, qui n'ont pas les capacités adéquates pour déterminer à quels facteurs pourraient être liés chacun des 105 comportements-défis. Et enfin, les questionnaires utilisés pour recueillir les données de l'étude : GED-DI, ABC et SBS, sont tous trois des questionnaires qui sont reconnus par la communauté scientifique et utilisés dans les études majeures (65,78-81).

Mais notre étude comporte des limites, comme la petite taille de l'échantillon qui ne permet pas de généraliser nos résultats à la population de patients souffrant de TSA avec déficit intellectuel. Le caractère monocentrique de notre étude a pu également conduire à un biais de recrutement (malgré tout ce biais ne peut pas être supprimé du fait que l'Oasis soit l'unique structure accueillant les adolescents atteints de TSA avec déficit intellectuel proposant diverses thérapies, un personnel de santé spécialisé...). La méthodologie ne permet pas de comparer tous nos résultats à l'ensemble des résultats de la littérature dû à une absence de groupe contrôle.

8. Cas clinique du patient 3

Le patient 3 a été pris en charge à l'Oasis le 4 octobre 2016.

Anamnèse

Il est né en 2004 avec un frère jumeau. Ils sont nés prématurément à 29 semaines d'une grossesse obtenue par FIV. Son poids de naissance était de 1kg et il est resté hospitalisé en service de néonatalité pendant deux mois et demi avec des difficultés respiratoires. Au niveau du développement psychomoteur il marche à 13 mois, cependant il ne développe aucun langage oral, et n'utilise aucun mot à 2 ans, la maman consulte donc un orthophoniste qui diagnostique un retard de langage. Le regard était fuyant, le sourire social non observé. Il a développé des intérêts atypiques et des stéréotypies comme des balancements du tronc et a rapidement développé une alimentation très sélective. Une intolérance aux changements est également présente avec des comportements d'automutilation au moindre changement ou facteur de stress.

Situation familiale

Il vit avec ses deux parents sous le même toit mais qui sont séparés. La mère est diabétique insulino-dépendante, et ne travaille plus, elle était secrétaire médicale. Le père est technicien dans les ascenseurs et a des enfants d'une autre union. La mère et le père sont en désaccord sur l'éducation des enfants, le père culpabilise beaucoup concernant la maladie du patient et ne met aucun cadre. Tandis que la mère est très stricte, cependant ils sont soudés concernant la prise en charge.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Il subit une chirurgie à 3 jours de vie d'un pneumothorax et d'une hernie inguinale. Son frère jumeau est également atteint d'un TSA et pris en charge dans un IME.

Parcours institutionnel

En 2007, il rentre à l'âge de 3 ans à l'école. Un an après il entre au CAMPS. Le diagnostic d'autisme a été posé pour les deux frères par deux pédopsychiatres.

En 2011, alors âgé de 6ans, il est pris en charge au CMPP jusqu'en 2016. En parallèle il intègre l'hôpital de jour de son secteur.

De 2012 à 2013, il intègre une classe CLISS, il fait également un séjour dans centre d'accueil temporaire de 15 jours.

En janvier 2013, il intègre une nouvelle classe CLISS à la demande de ses parents.

Entre 2014 et 2015, l'équipe enseignante est en difficulté car il présente des troubles du sommeil persistant et s'endort en classe. Il présente également des troubles du comportement à type d'auto et hétéro-agressivité ainsi que de l'anorexie.

Depuis décembre 2015, une éducatrice spécialisée intervient au domicile.

Le 12 octobre 2015 il passe à la commission des cas critiques.

En 2016, âgée de 12 ans, il est déscolarisé, la famille se rapproche de l'association « Le Maillon » pour des aides à domicile puis il sera pris en charge à l'Oasis.

Prise en charge à l'Oasis

La prise en charge débute le 4 octobre 2016 au matin, il arrive en ambulance. Il entre dans le service les mains dans le dos et veste fermée. A son arrivée une collation lui est proposée, qu'il accepte. Une visite du service lui est proposé où il reste collé aux soignants, cependant c'est lui qui décide du parcours : lieu de vie, patio, salle de peinture, salle d'éveil, salle snoezelen et les bureaux. Par la suite, il s'endort jusqu'à l'arrivée de l'ambulance. Le bilan de la première journée est positif.

Dans le cadre de sa prise en charge, le patient 3 a passé une échelle d'évaluation du comportement socio-adaptatif de Vineland qui est une grille d'entretien semi-directif. Elle permet aux professionnels, lors d'une discussion avec les parents ou les intervenants, d'évaluer quatre domaines : la communication, les compétences dans la vie quotidienne, la socialisation et la motricité et de les associer à un âge développemental.

Plus précisément, au niveau de la communication trois sous domaines sont évalués :

- Réceptif : Le patient comprend les consignes simples impliquant une action et un objet et il peut écouter une histoire pendant plus de 30 minutes. Cela équivaut à un âge développemental de 1,4 ans.
- Expressif : Le patient utilise des vocalises pour se faire comprendre mais ne prononce aucun mot. Cela équivaut à un âge développemental de moins de 1 an.

- Ecrit : Le patient ne sait pas écrire. Il utilise parfois des signes et des pictogrammes en image, non en photos, mais cela reste rare.

Au niveau de l'autonomie de la vie quotidienne, trois sous domaines sont aussi évalués :

- Personnel : La propreté diurne et nocturne est acquise, il tient ses couverts correctement mais sélectionne ses aliments et a besoin d'un soignant à ses côtés. L'hygiène corporelle (se laver ou se brosser les dents) nécessite également la présence d'un soignant. Cela équivaut à un âge développemental de 2,3 ans.
- Domestique : Le patient est prudent avec les objets chauds et dangereux, il sait mettre et débarrasser son couvert et aide à la préparation des plats. Cela équivaut à un âge développemental de 1 an.
- Vie en communauté : Le patient est capable de marcher sur un trottoir dans la rue, il n'a pas la notion de l'argent, du téléphone ou de l'horloge. Cela équivaut à un âge développemental de moins de 1 an.

Concernant la socialisation, trois sous domaines sont décrits :

- Relations interpersonnelles : Le patient reste très proche de l'équipe soignante. Il n'interagit pas et ne montre aucun intérêt pour les autres patients.
- Jeu et temps libre : Le patient joue souvent seul et ne partage ni ses jouets ni ses affaires avec ses pairs.
- Adaptation : Le patient est très en difficulté pour contrôler sa peine, sa colère ou la frustration lors d'un changement de programme ce qui provoque de nombreux comportements auto ou hétéro-agressif.

Pour les trois sous domaines le patient 3 a un âge développemental de moins de 1 an.

Et enfin la motricité est évaluée selon deux sous domaines :

- Motricité globale : Le patient marche, court, grimpe, saute et se tient en équilibre. On peut donc établir que sa motricité globale est normale.
- Motricité fine : Le patient arrive à découper ses aliments avec des couverts, faire ses lacets, boutonner une veste mais ne parvient pas à écrire avec un stylo. Sa motricité fine est limitée par rapport aux adolescents de son âge.

Après chaque comportement inadapté un GED-DI a été rempli pour rechercher l'existence d'une douleur et éliminer les facteurs organiques. Les scores sont tous inférieurs à 6 ce qui signifie que le patient 3 ne présente aucune douleur. Nous pouvons donc éliminer la douleur comme facteur responsable de ces comportements-défis.

Nous avons par la suite rempli une grille d'analyse fonctionnelle (ABC simple) pour essayer de mieux comprendre d'où proviennent ses comportements-défis. Pour cela, lors de chaque comportement inadapté nous avons rempli la date, l'heure, la durée, l'intensité, la nature du comportement-défi, le lieu, quelle était l'activité en cours, les antécédents à ce comportement, et les conséquences de celui-ci.

Nous avons pu remarquer de nombreux comportements masturbatoires dans différents endroits (salle de vie, véhicule, salle à manger, salle de bains) et lors d'activités variées (promenade, repas, randonnée). De nombreux comportements d'automutilation ont été remarqués également dans différents endroits et lors de différentes activités. Les conséquences de chaque comportement masturbatoire ont été d'expliquer au patient qu'il avait le droit de le faire mais uniquement dans une chambre prévue à cet effet. Concernant les comportements d'automutilation, il est systématiquement accompagné en salle de relaxation pour lui permettre de se calmer. Nous avons pu observer que ces comportements se produisaient souvent en présence d'une même personne de sexe opposé ou lorsqu'il était frustré. L'hypothèse qui apparait en premier lieu est que le patient est attiré par cette personne et ne pouvant pas se faire comprendre, ayant des lacunes de codes sociaux, les comportements-défis se manifestent.

Cependant, ceci est seulement une hypothèse car comme nous l'avons vu précédemment les comportements-défis chez les patients atteints de TSA peuvent avoir de nombreuses fonctions comme exprimer une émotion, faire un commentaire sur un sujet qui le préoccupe, faire ou refuser une demande de l'autre, signaler un inconfort, soulager un stress.

Cette hypothèse établie doit être confirmée par une SBS qui a été remplie à l'aide des parents et de l'équipe soignante. Ci-dessous l'analyse des données pour le patient 3 :

Au niveau du contact social, on remarque qu'il ne cherche pas le contact avec les enfants du même âge que lui. Il ne répond d'aucune manière si d'autres enfants du même âge initient le contact. Il a de grandes difficultés à communiquer avec les autres enfants et semble de pas tenir compte de son environnement. Il agit comme si les autres n'étaient pas présents. Mais le patient 3 est proche du personnel soignant, il recherche le réconfort et le contact physique avec l'équipe lorsqu'il ne va pas bien. Ces sentiments sont correctement traduits par ses mimiques ou sa posture. Quelquefois il arrive à participer à des activités de groupe avec des enfants du même âge et du même sexe mais cela reste exceptionnel et très rarement avec un patient de sexe opposé.

Au niveau des habiletés sociales, le patient comprend rarement les consignes sans explications précises, ne comprend pas les blagues. Il ne maîtrise pas le langage verbal et

utilise beaucoup de vocalises. Il lui est impossible de passer à autre chose lorsqu'il a une idée en tête.

Au niveau de la sexualité, il lui arrive de toucher ses parties intimes dans les lieux de vie mais ne touche pas de façon inappropriée d'autres personnes. Il ne montre pas d'intérêt particulier aux images d'orientation sexuelle et ne s'est jamais intéressé de façon normale à une autre personne du même sexe ou de sexe opposé. Nous notons des comportements masturbatoires et de nombreuses érections en public. Il n'enlève pas ses vêtements en public. Il peut également se frotter les parties intimes contre des objets sans enlever ses vêtements. Ces comportements ont commencé à l'âge de 14 ans mais il n'y a jamais eu aucune interaction sexuelle avec d'autres individus.

Au niveau des préoccupations de l'entourage, nous pouvons observer une inquiétude omniprésente concernant le comportement sexuel du patient. L'inquiétude est permanente concernant les idées que peut se faire le patient sur la sexualité, qu'il soit incompris par la société et qu'il ait des comportements déplacés envers une personne qui l'attire.

Les thérapies proposées au sein de l'unité répondent, comme nous l'avons vu, au projet thérapeutique individualisé de l'adolescent.

De manière générale, les soins proposés visent ainsi à : apaiser la souffrance psychique lors des temps de crise, à stabiliser les symptômes, à proposer une socialisation par le biais d'activités de groupe afin de lutter contre l'isolement, à mettre en place ou restaurer une modalité de communication, à travailler les repères temporo-spatiaux, à travailler sur la représentation du schéma corporel et l'image de soi, à maintenir, restaurer ou favoriser l'autonomie, à proposer une ouverture sur le monde culturel et des loisirs, à rééduquer les troubles de la motricité globale et fine, à acquérir et/ou maintenir certains apprentissages moteurs élémentaires, à prendre en compte et tenter de pallier aux désordres sensorimoteurs et psychomoteurs, à élaborer un projet de vie, à apprendre à utiliser leurs ressources, acquérir de l'assurance, restaurer leur image, à apaiser les situations familiales conflictuelles

Pour atteindre ces objectifs, des soins dont la nature peut varier en fonction de chaque adolescent et de leur projet sont proposés.

Actuellement, le patient 3 est pris en charge le mardi toute la journée à l'Oasis, le reste du temps il est à l'IME le chalet des fleurs ainsi qu'au domicile avec ses parents.

A l'Oasis, nous mettons en place des thérapeutiques privilégiées comme les médiations socio-thérapeutiques pour ce patient. Il lui est proposé une médiation corporelle via la relaxation et la salle snoezelen qui est une salle spécialement aménagée. Cette salle est

éclairée d'une lumière tamisée et bercée d'une musique douce. C'est un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable. On y fait appel aux cinq sens : l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût et le toucher. Tout en bougeant, en sentant, en regardant et en écoutant, nous créons une ambiance qui apporte une aide dans l'assistance aux personnes handicapées. C'est une méthode unique qui vise à établir les contacts indispensables au bien-être et à l'épanouissement des personnes atteints de TSA. Cette méthode permet d'apaiser son stress, sa frustration et sa tension interne.

Des séances de psychomotricité sont également proposées au patient 3 et ont permis une nette amélioration de ses compétences.

La médiation verbale via la réunion communautaire, l'atelier conte, l'atelier journal lui ont aussi permis d'améliorer sa socialisation et ses habiletés sociales et de lutter contre l'isolement.

Des séances de psychomotricité sont également proposées, nous notons une forte évolution positive de sa motricité par une amélioration de ses maladresses motrices et gestuelles, de sa dyspraxie, des troubles du schéma corporel, des troubles de la latéralité et des troubles de l'organisation spatio-temporelle.

D'autre part, le patient 3 suit un traitement médicamenteux. Il prend du Risperdal à raison de 3 mg par jour afin de diminuer l'impulsivité auto-agressive et les autres comportements-défis. A cela, on ajoute du Sertraline 25 mg à raison d'un comprimé par jour après le diagnostic d'un épisode dépressif. Et enfin du Tercian à raison de 15 gouttes au coucher à visée anxiolytique.

Conclusion du cas d'étude

Pour conclure, ce patient est un jeune adolescent atteint de troubles du spectre autistique avec déficience intellectuelle et n'utilisant pas la communication verbale. Il a été adressé à l'Oasis dans le but de soulager la famille, stabiliser les symptômes et améliorer ses compétences sociales, de communication et de gestion de sa frustration. Mais surtout afin d'améliorer son problème principal qui est le très grand nombre de comportements-défis de type auto-agressif et sa non-gestion et non-compréhension de comportements sexuels. Nous observons après plusieurs mois, une amélioration globale des compétences du patient 3 avec une nette diminution des comportements auto-agressifs. Cela prouve que les solutions mises en place par l'équipe soignante de l'Oasis et le panel d'activités proposé, ont une vraie influence positive sur la qualité de vie du patient et la diminution de ses comportements inadaptés.

9. Conclusion

D'après la littérature scientifique, les troubles du spectres autistiques sont fréquents et se caractérise par une triade symptomatique qui est la suivante : troubles des interactions sociales réciproques, anomalies de la communication verbale et/ou non verbale et comportements stéréotypés. Lors de ces dernières années, nous avons pu constater que la communauté scientifique a beaucoup étudié cette maladie psychiatrique. Malheureusement il y a un manque évident de données concernant la sexualité des patients atteints de TSA avec déficience intellectuelle. Nous avons donc décider d'explorer ce sujet encore méconnu et de faire des recherches en ce sens.

Durant une année de pratique à l'Oasis, nous avons observé que les adolescents atteints de TSA avec déficience intellectuelle souffrent de nombreux comportements-défis ainsi que de comportements sexuels parfois inappropriés. Ce sont ces observations qui nous ont permis d'émettre l'hypothèse selon laquelle les comportements-défis et les comportements sexuels pourraient être liés.

Afin de répondre à cette hypothèse, nous avons étudié une population de 14 patients qui étaient pris en charge durant cette période au sein de l'hôpital de jour l'Oasis. Pour se faire, nous avons recherché les différents outils présents dans la littérature scientifique et avons décidé d'utiliser trois questionnaires : le GED-DI qui a permis de cibler si les comportements-défis étaient dû un facteur somatique, l'ABC simple qui a permis une analyse fonctionnelle des comportements-défis et le SBS qui nous a permis d'affiner nos analyses concernant l'orientation et les expériences sexuelle des patients. Ces questionnaires remplis par l'équipe soignante de l'Oasis, nous avons utilisé le logiciel Excel pour traiter les données recueillies et les mettre en page. Ces données quantitatives ont été exprimées en pourcentage.

Grâce à la comparaison des données de notre étude et de quelques résultats présents dans la littérature scientifique, nous avons analysé les données et obtenu des résultats cohérents : 22% des comportements-défis sont dû à un facteur somatique, 33 % des comportements-défis sont d'origine psychiatrique et 18% des comportements-défis sont liés aux facteurs environnementaux. Contre 33 % pour chaque facteur selon les différentes études publiées. Selon notre étude, 27% des comportements-défis ont une autre étiologie, que nous supposons sexuelle.

Après avoir répondu à notre hypothèse principale, nous avons donc cherché à comprendre l'orientation et les expériences sexuelles des patients en utilisant le questionnaire SBS. Grâce aux résultats obtenus nous pouvons donc affirmer que les adolescents atteints de TSA ont des comportements sexuels qui ne sont pas adaptés aux normes sociales et qui se traduisent par des comportements-défis.

L'étude que nous avons menée durant ces 6 mois est différente des études que nous pouvons retrouver habituellement dans la littérature scientifique puisqu'elle concerne uniquement les patients atteints de TSA avec déficience intellectuelle, des patients très difficile à comprendre.

Après avoir établi ces faits, nous avons souhaité nous concentrer sur la recherche de solutions pour limiter les comportements-défis chez ses adolescents et améliorer leur qualité de vie. Nous nous sommes beaucoup inspirés des préconisations de Patrick Elouard, 2013 pour établir des thérapies au sein de l'Oasis. Ces thérapies, énoncées plus haut, ont porté leurs fruits comme nous avons pu le constater pour le patient 3.

Notre recherche ayant pour but de démontrer qu'il existe un lien entre les comportements-défis et l'émergence de la sexualité chez les adolescents atteints de TSA avec déficience intellectuelle est illustrée par le cas du patient 3. Ce patient avait une symptomatologie très bruyante avec de nombreux comportements-défis dont nous ne comprenions pas l'origine. Grâce à une prise en charge spécifique et adaptée (solutions thérapeutiques et éducatives), nous avons pu observer une nette diminution des comportements-défis ainsi qu'une inclusion plus facile dans des lieux adaptés à son trouble.

Pour conclure, cette étude est une prémices intéressante pour établir une relation de cause à effet entre l'émergence de la sexualité et les comportements-défis chez ces adolescents. La confirmation de notre hypothèse de départ quant au lien établi entre les comportements-défis et l'émergence de la sexualité ouvre des pistes intéressantes pour la recherche : de nouveaux questionnements concernant l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle et les comportements sexuels chez les patients atteints de troubles du spectre autistique avec déficience intellectuelle ainsi que la mise en place de solutions d'amélioration d'éducation sexuelle.

10. Annexes

10.1. Annexe 1 : Grille d'évaluation de la douleur – déficience intellectuelle (GED-DI)

Nom: _____

Date : _____ (jj/mm/aa)

INSTRUCTIONS

Depuis les 5 dernières minutes, indiquer à quelle fréquence l'enfant a montré les comportements suivants.
Veuillez encrer le chiffre correspondant à chacun des comportements.

0 = Ne se présente pas du tout pendant la période d'observation.
Si l'action n'est pas présente parce que l'enfant n'est pas capable d'exécuter cet acte, elle devrait être marquée comme « NA ».

1 = Est vu ou entend rarement (à peine), mais présent.

2 = Vu ou entendu un certain nombre de fois, pas de façon continue.

3 = Vu ou entendu souvent, de façon presque continue. Un observateur noterait facilement l'action.

NA = Non applicable. Cet enfant n'est pas capable d'effectuer cette action

	0 = PAS OBSERVÉ	1 = OBSERVÉ À L'OCCASION	2 = PASSABLEMENT SOUVENT	3 = TRÈS SOUVENT	NA = NE S'APPLIQUE PAS
Gémit, se plaint, pleurniche faiblement	0	1	2	3	NA
Pleure (modérément)	0	1	2	3	NA
Crie / hurle fortement	0	1	2	3	NA
Émet un son ou un mot particulier pour exprimer la douleur (ex.: crie, type de rire particulier)	0	1	2	3	NA
Ne collabore pas, grincheux, irritable, malheureux	0	1	2	3	NA
Interagit moins avec les autres, se retire	0	1	2	3	NA
Recherche le confort ou la proximité physique	0	1	2	3	NA
Est difficile à distraire, à satisfaire ou à apaiser	0	1	2	3	NA
Fronce les sourcils	0	1	2	3	NA
Changement dans les yeux : écarquillés, plissés. Air renfrogné	0	1	2	3	NA
Ne rit pas, oriente ses lèvres vers le bas	0	1	2	3	NA
Ferme ses lèvres fermement, fait la moue, lèvres frémissantes, maintenues de manière proéminente	0	1	2	3	NA
Serre les dents, grince des dents, se mord la langue ou tire la langue	0	1	2	3	NA
Ne bouge pas, est inactif ou silencieux	0	1	2	3	NA
Saute partout, est agité, ne tient pas en place	0	1	2	3	NA
Présente un faible tonus, est affalé	0	1	2	3	NA
Présente une rigidité motrice, est raide, tendu, spastique	0	1	2	3	NA
Montre par des gestes ou des touchers, les parties du corps douloureuses	0	1	2	3	NA
Protège la partie du corps douloureuse ou privilégie une partie du corps non douloureuse	0	1	2	3	NA
Tente de se soustraire au toucher d'une partie de son corps, sensible au toucher	0	1	2	3	NA
Bouge son corps d'une manière particulière dans le but de montrer sa douleur (ex. : fléchit sa tête vers l'arrière, se recroqueville)	0	1	2	3	NA
Frissonne	0	1	2	3	NA
La couleur de sa peau change, devient pâle	0	1	2	3	NA
Transpire, sue	0	1	2	3	NA
Larmes visibles	0	1	2	3	NA
A le souffle court, coupé	0	1	2	3	NA
Retient sa respiration	0	1	2	3	NA
Total:	0 +			0	=

Évaluation : Total 6 – 10 = douleur légère; Total 11+ = douleur modérée ou sévère.

Version 01.2011 © 2011 Zabalia M., Breau L.M., Wood C., Lévêque C., Hennequin M., Villeneuve E., Fall E., Vallet L., Grégoire M.-C. Et Breau G. (2011) Validation francophone de la grille d'évaluation de la douleur - déficience intellectuelle - version post-opératoire. Canadian Journal of Anesthesia / Journal canadien d'anesthésie, published online 2 september 2011. DOI 10.1007/s12630-011-9582-7

10.2. Annexe 2 : Grille d'analyse fonctionnelle (ABC simple)

Date :	Comportement	<i>Lieu</i>	<i>Activité</i>	<i>Antécédent</i>	<u>Conséquence</u>	Commentaires
Début :						
Fin :						

10.3. Annexe 3: Sexual Behavior Scale (SBS)

Information générale

Quel est l'âge du patient (en années) ?

Quel est son âge pubertaire ? Pré-adolescent, adolescent ou adulte.

Quel est le genre du patient ?

Quelle est son appartenance ethnique ?

Le patient a-t-il des troubles du spectres autistiques ?

Selon vous, quel est le niveau de sévérité du trouble du patient ?

Haut niveau

Modéré

Sévère

Le patient a-t-il d'autres troubles associés ?

A quel âge le patient a-t-il été diagnostiqué ?

Combien d'enfants biologiques y a-t-il dans la famille ?

Combien d'enfants biologiques sont touchés par des troubles autistiques ?

En quel année le patient a-t-il été diagnostiqué TSA ?

Qui a déterminé le diagnostic du patient ?

Pédiatre

Neurologue

Infirmière ou médecin scolaire

Pédopsychiatre

Comment a été diagnostiqué le patient ?

Par les critères du DSM V ?

Par ADOS ?

Autres :

Quel type de soins le patient a-t-il reçu ?

Thérapie occupationnelle
Médiation corporelle
Médiation verbale
Habilité sociale
Médiation sensorielle (musicale, cuisine)
Thérapie par le jeu
Equithérapie
Art thérapie

En termes de communication, le patient est :

Capable de comprendre des informations orales
Capable de comprendre des mots écrits
Capable de lire
Capable d'écrire
Capable de parler
Non verbal

Est-ce que votre enfant a t été diagnostiqué avec d'autres troubles ? Oui Non

Si oui, précisez :

Dans quel type d'établissement scolaire le patient est-il inscrit ?

Normal
ULISS
ITEP
IME
SESSAD

Combien d'années votre enfant a-t-il fréquenté l'école ?

Est-ce que le patient prend-il un traitement ? Si oui, précisez (type, durée, dose, fréquence).

Pour les questions suivantes, répondre par oui ou non.

Contact social

- 10 Est-ce que le patient recherche le contact avec des enfants du même âge que lui ?
11 A quelle fréquence le patient initie le contact avec les enfants du même âge que lui ?
12 Est-ce que le patient répond quand un autre enfant du même âge essaie de communiquer ?
13 Est-ce que le patient a des difficultés à communiquer avec les autres enfants ?
14 Est-ce que le patient semble vivre dans un monde qui lui est propre ?

- 15 Est-ce que le patient cherche le réconfort lorsqu'il est blessé ou énervé ?
- 16 A quelle fréquence le patient accepte ou recherche le contact physique avec les autres ?
- 17 Est-ce que le patient agit comme si les autres n'étaient pas présents ?
- 18 Est-ce que les sentiments du patient se traduisent sur son visage ou sa posture ?
- 19 Est-ce que le patient se tient trop près des autres quand il leur parle ?
- 20 A part pour les membres de la famille, est-ce que le patient sociabilise avec les autres ?
- 21 A part pour les membres de la famille, est ce que le patient sociabilise avec des personnes du sexe opposé ?
- 22 A quelle fréquence le patient montre de l'intérêt dans les relations avec des personnes du sexe opposé ?
- 23 Est-ce que le patient participe à des activités récréatives ?
- 24 A quels types d'activités récréatives le patient participe-t-il ?
- Structuré (jeux vidéo ou skate board)
 - Déstructuré (jeux libres avec interaction)
 - Auto-initié
 - Avec un cadre formel (où les activités ont été organisées avec un programme précis)
 - Sans cadre formel
- 25 Est-ce que le patient fait cela avec des personnes du même âge ?
- 26 Est-ce que le patient fait cela avec des personnes du même sexe ?
- 27 Est-ce que le patient fait cela avec des personnes du sexe opposé ?

Habiletés sociales

- 28 Quand vous avez une conversation, a quelle fréquence le patient essaie de détourner le sujet vers quelque chose qui l'intéresse ?
- 29 Est-ce que le patient comprend vos instructions sans expliquer ce que vous voulez dire ?
- 30 Est-ce que le patient comprend les choses littéralement (il ne comprend pas certaines expressions imagées) ?
- 31 Est-ce que le patient comprend les blagues ?
- 32 Est-ce que le patient dit souvent des choses qui sont hors sujets ?
- 33 Est-ce que le patient est particulièrement naïf (crois tout ce qui est dit) ?
- 34 Est-ce que le patient est incapable de sortir certaines idées de sa tête ?
- 35 Est-ce que le patient a eu un comportement inapproprié où il a été difficile de lui faire comprendre que ça l'était et pourquoi (par exemple : constamment appelé quelqu'un quand on lui a demandé de ne pas la faire ou suivre quelqu'un à la sortie de l'école sans consentement) ?

36 Si oui, est ce que cela a été difficile pour le patient de comprendre le problème ?

Précisez :

Comportements sexuels

37 Est-ce que le patient touche ses parties intimes dans des lieux publics ?

38 Est-ce que le patient touche des personnes de façon inappropriée (tente d'embrasser ou de caresser) ?

39 Est-ce que le patient enlève ses vêtements en public ?

40 Est-ce que le patient parle de relations sexuelles d'une façon anormale pour un adolescent du même âge ?

41 Est-ce que le patient c'est déjà masturbé en public ?

42 Si oui, quel âge avait le patient la dernière fois qu'il l'a fait ? *une moyenne est calculée.*

43 Est-ce que le patient montre de l'intérêt aux images d'orientation sexuelle ?

44 Est-ce que le patient s'est déjà intéressé à une personne de façon romantique ?

45 Si oui, est-ce que le patient a eu un comportement inapproprié envers la personne dont il était intéressé (coups de téléphone persistants, suivre la personne, faire des suggestions inappropriées) ?

46 *Si vous avez répondu oui à la question précédente, en quel sens son comportement était inacceptable ?*

Précisez :

47 *Est-ce qu'il y a d'autres comportements que vous voudriez commenter ?*

Précisez :

Préoccupation des soignants

48 Etes-vous inquiets que le comportement sexuel du patient soit incompris (intérêt aux personnes de sexe opposé, déclarations sur le désir sexuel) ?

49 Etes-vous inquiets que le patient ait de fausses idées à propos du sexe ?

50 Etes-vous soucieux que le patient ne trouve pas de partenaire de vie ?

51 Etes-vous soucieux que le patient n'est pas beaucoup d'amis ?

52 Etes-vous soucieux que le patient ne puisse pas développer de bonne relation avec les autres (relations qui impliquent un partage d'activités ou de sentiments) ?

53 Etes-vous soucieux que le patient n'apprenne pas à vivre de façon indépendante ?

54 Etes-vous inquiets que le patient ne comprenne pas quand ses sentiments amoureux ne sont pas réciproques ?

55 Etes-vous inquiets que le patient est un comportement inapproprié envers une personne dont il a des sentiments amoureux ?

56 Etes-vous inquiets que le patient puisse avoir des problèmes s'il se comporte de façon inappropriée envers une personne dont il a des sentiments amoureux ?

57 Si oui, quels genres de problèmes qu'il pourrait avoir vous inquiète ?

Précisez :

58 Etes-vous inquiets que le patient soit seul ? oui ou non

59 Si oui, pourquoi pensez-vous que le patient serait seul ?

Précisez :

11. Abréviations

ABC	Grille d'analyse fonctionnelle
ALD	Affection longue durée
CAMPS	Centre d'action médico-sociale précoce
CARS	Childhood Autism Rating Scale
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CRA	Centre ressource autisme
CLIS	Classe d'inclusion scolaire
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition
GED-DI	Grille d'évaluation de la douleur – déficience intellectuelle
IME	Instituts Médicoéducatifs
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
SESA	Service d'Evaluation et de Soins de l'Autisme
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SBS	Sexual Behavior Scale
TSA	Trouble du spectre autistique
ULISS	Les unités localisées pour l'inclusion scolaire

12. Bibliographie

1. Gilmour L, Schalomon PM, Smith V. Sexuality in a community based sample of adults with autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord.* janv 2012;6(1):313-8.
2. Byers ES, Nichols S, Voyer SD. Challenging stereotypes: sexual functioning of single adults with high functioning autism spectrum disorder. 2013;
3. Weintraub K. Shifting diagnoses and heightened awareness explain only part of the apparent rise in autism. Scientists are struggling to explain the rest. 2011;3.
4. Loomes R, Hull L, Mandy WPL. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juin 2017;56(6):466-74.
5. American psychiatric association. DSM V.
6. Elsabbagh M, Divan G, Koh Y-J, Kim YS, Kauchali S, Marcín C, et al. Global Prevalence of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: Global epidemiology of autism. *Autism Res.* juin 2012;5(3):160-79.
7. A. J. Baxter^{1,2*}, T. S. Brugha³, H. E. Erskine^{1,2}, R. W. Scheurer², T. Vos^{1,4} and J. G. Scott^{2,5,6}. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. 2015;
8. Idring S, Rai D, Dal H, Dalman C, Sturm H, Zander E, et al. Autism Spectrum Disorders in the Stockholm Youth Cohort: Design, Prevalence and Validity. *Hu VW, éditeur. PLoS ONE.* 20 juill 2012;7(7):e41280.
9. Christensen DL, Baio J, Van Naarden Braun K, Bilder, D, Charles J, Constantino JN, et al. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years. Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States. 2012;
10. van Bakel MME, Delobel-Ayoub M, Cans C, Assouline B, Jouk P-S, Raynaud J-P, et al. Low but Increasing Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a French Area from Register-Based Data. *J Autism Dev Disord.* oct 2015;45(10):3255-61.
11. Delobel M, Van Bakel M-E, Klapouszczak D, Vignes C, Maffre T, Raynaud J-P, et al. Prévalence de l'autisme et autres troubles envahissants du développement : données des registres français de population. Générations 1995–2002. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* janv 2013;61(1):23-30.
12. Lundstrom S, Reichenberg A, Anckarsater H, Lichtenstein P, Gillberg C. Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. *BMJ.* 28 avr 2015;350(apr28 2):h1961-h1961.
13. Jensen CM, Steinhausen H-C, Lauritsen MB. Time Trends Over 16 Years in Incidence-Rates of Autism Spectrum Disorders Across the Lifespan Based on Nationwide Danish Register Data. *J Autism Dev Disord.* août 2014;44(8):1808-18.
14. Wazana A, Bresnahan M, Kline J. The Autism Epidemic: Fact or Artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juin 2007;46(6):721-30.

15. Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Jacobsen SJ. The Incidence of Autism in Olmsted County, Minnesota, 1976-1997: Results From a Population-Based Study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 janv 2005;159(1):37.
16. Olliac B, Crespin G, Laznik M-C, Cherif Idrissi El Ganouni O, Sarradet J-L, Bauby C, et al. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *Botbol M, éditeur. PLOS ONE.* 7 déc 2017;12(12):e0188831.
17. Fett-Conte AC, Bossolani-Martins AL, Rosan DBA. Etiology of Autism the Complexity of Risk Factors in Autism Spectrum Disorder. In: Fitzgerald M, éditeur. *Autism Spectrum Disorder - Recent Advances [Internet]. InTech; 2015 [cité 3 févr 2019].* Disponible sur: <http://www.intechopen.com/books/autism-spectrum-disorder-recent-advances/etiology-of-autism-the-complexity-of-risk-factors-in-autism-spectrum-disorder>
18. Joseph RM, Korzeniewski SJ, Allred EN, O'Shea TM,, Heeren T, Frazier JA, et a. Extremely low gestational age and very low birthweight for gestational age are risk factors for autism spectrum disorder in a large cohort study of 10- year-old children born at 23-27 weeks' gestation. 2016;
19. Jiang HY, Xu LL, Shao L, Xia RM, Yu ZH, Ling ZX, et, al. Maternal infection during pregnancy and risk of autism spectrum disorders: a systematic review and metaanalysis. 2016;
20. Christensen J, Grønborg TK, Sørensen MJ, Schendel D, Parner ET, Pedersen LH, et al. Prenatal Valproate Exposure and Risk of Autism Spectrum Disorders and Childhood Autism. *JAMA.* 24 avr 2013;309(16):1696.
21. Pellicano E. Individual differences in executive function and central coherence predict developmental changes in theory of mind in autism. *Dev Psychol.* mars 2010;46(2):530-44.
22. Boyd BA, Conroy MA, Asmus J, McKenney E. Direct Observation of Peer-related Social Interaction: Outcomes for Young Children with Autism Spectrum Disorders. *Exceptionality.* 28 avr 2011;19(2):94-108.
23. Paparella T, Goods KS, Freeman S, Kasari C. The emergence of nonverbal joint attention and requesting skills in young children with autism. *J Commun Disord.* nov 2011;44(6):569-83.
24. Hutchins TL, Prelock PA. Supporting Theory of Mind Development: Considerations and Recommendations for Professionals Providing Services to Individuals With Autism Spectrum Disorder. *Top Lang Disord.* oct 2008;28(4):340-64.
25. Schwartz CB, Henderson HA, Inge AP, Zahka NE, Coman DC, Kojkowski NM, et al. Temperament as a Predictor of Symptomatology and Adaptive Functioning in Adolescents with High-Functioning Autism. *J Autism Dev Disord.* juin 2009;39(6):842-55.
26. Bellini S. The Development of Social Anxiety in Adolescents With Autism Spectrum Disorders. *Focus Autism Dev Disabil.* août 2006;21(3):138-45.
27. McGovern CW, Sigman M. Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *J Child Psychol Psychiatry.* avr 2005;46(4):401-8.

28. Laugeson EA, Frankel F, Mogil C, Dillon AR. Parent-Assisted Social Skills Training to Improve Friendships in Teens with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord.* avr 2009;39(4):596-606.
29. Ballaban-Gil K, Rapin I, Tuchman R, Shinnar S. Longitudinal examination of the behavioral, language, and social changes in a population of adolescents and young adults with autistic disorder. *Pediatr Neurol.* oct 1996;15(3):217-23.
30. Lisa Campisi. autism spectrum disorder. 2018;
31. Haute autorité de santé. Trouble du spectre de l'autisme - Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent.
32. HAS. Autism spectrum disorder : warning signs, detection, diagnosis and assessment in children and adolescents. 2018.
33. Mukherjee SB. Autism Spectrum Disorders — Diagnosis and Management. *Indian J Pediatr.* avr 2017;84(4):307-14.
34. Guinchat V, Cravero C, Diaz L, Assouline M, Lazartigues A, Fiard D, et al. Intérêt des unités neurocomportementales multidisciplinaires dans la prise en charge des décompensations aiguës des patients présentant un trouble du spectre autistique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* oct 2015;63(6):351-61.
35. Billstedt E, Gillberg C, Gillberg C. Autism after Adolescence: Population-based 13- to 22-year Follow-up Study of 120 Individuals with Autism Diagnosed in Childhood. *J Autism Dev Disord.* juin 2005;35(3):351-60.
36. Gillberg C, Schaumann H. Infantile autism and puberty. *J Autism Dev Disord.* déc 1982;11(4):365-71.
37. Frazier TW, Youngstrom EA, Haycook T, Sinoff A, Dimitriou F, Knapp J, et al. Effectiveness of Medication Combined with Intensive Behavioral Intervention for Reducing Aggression in Youth with Autism Spectrum Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* juin 2010;20(3):167-77.
38. Siegel M, Gabriels RL. Psychiatric Hospital Treatment of Children with Autism and Serious Behavioral Disturbance. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* janv 2014;23(1):125-42.
39. Patrick Elouard. Autisme : les anomalies du comportement.
40. Miles JH, Takahashi TN, Bagby S, Sahota PK, Vaslow DF, Wang CH, et al. Essential versus complex autism: Definition of fundamental prognostic subtypes. *Am J Med Genet A.* 1 juin 2005;135A(2):171-80.
41. Cohen D, Nicolas J-D, Flament MF, Périsset D, Dubos P-F, Bonnot O, et al. Clinical relevance of chronic catatonic schizophrenia in children and adolescents: Evidence from a prospective naturalistic study. *Schizophr Res.* juill 2005;76(2-3):301-8.
42. Szymanski CA, Brice PJ, Lam KH, Hotto SA. Deaf Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord.* oct 2012;42(10):2027-37.
43. Guinchat V, Cravero C, Diaz L, Périsset D, Xavier J, Amiet C, et al. Acute behavioral crises in psychiatric inpatients with autism spectrum disorder (ASD): Recognition of

- concomitant medical or non-ASD psychiatric conditions predicts enhanced improvement. *Res Dev Disabil.* mars 2015;38:242-55.
44. Tsakanikos E, Sturmey P, Costello H, Holt G, Bouras N. Referral trends in mental health services for adults with intellectual disability and autism spectrum disorders. *Autism.* janv 2007;11(1):9-17.
 45. Venter A, Lord C, Schopler E. A Follow-Up Study of High-Functioning Autistic Children. *J Child Psychol Psychiatry.* mars 1992;33(3):489-597.
 46. Siegel M. Psychopharmacology of Autism Spectrum Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* oct 2012;21(4):957-73.
 47. Aman MG, Lam KSL, Van Bourgondien ME. Medication Patterns in Patients with Autism: Temporal, Regional, and Demographic Influences. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* févr 2005;15(1):116-26.
 48. Baghdadli A, Gonner V, Aussilloux C. Review of psychopharmacological treatments in adolescents and adults with autistic disorders. 2002;
 49. Nagaraj R, Singhi P, Malhi P. Risperidone in Children With Autism: Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind Study. *J Child Neurol.* juin 2006;21(6):450-5.
 50. Marcus RN, Owen R, Kamen L, Manos G, McQuade RD, Carson WH, et al. A Placebo-Controlled, Fixed-Dose Study of Aripiprazole in Children and Adolescents With Irritability Associated With Autistic Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* nov 2009;48(11):1110-9.
 51. Owen R, Sikich L, Marcus RN, Corey-Lisle P, Manos G, McQuade RD, et al. Aripiprazole in the Treatment of Irritability in Children and Adolescents With Autistic Disorder. *PEDIATRICS.* 1 déc 2009;124(6):1533-40.
 52. Ruppman. Randomized, Controlled, Crossover Trial of Methylphenidate in Pervasive Developmental Disorders With Hyperactivity.
 53. Hellemans H, Roeyers H, Leplae W, Dewaele T, Deboutte D. Sexual Behavior in Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder and Borderline/Mild Mental Retardation. *Sex Disabil.* juin 2010;28(2):93-104.
 54. Pecora LA, Mesibov GB, Stokes MA. Sexuality in High-Functioning Autism: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Autism Dev Disord.* nov 2016;46(11):3519-56.
 55. Mehzabin P, Stokes MA. Self-assessed sexuality in young adults with High-Functioning Autism. *Res Autism Spectr Disord.* janv 2011;5(1):614-21.
 56. Koller R. Sexuality and adolescents with autism. *Sex Disabil.* Sex Disabil. 2000;18(2):125-35.
 57. Hellemans H, Colson K, Verbraeken C, Vermeiren R, Deboutte D. Sexual Behavior in High-Functioning Male Adolescents and Young Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* 22 févr 2007;37(2):260-9.
 58. Dekker LP, van der Vegt EJM, van der Ende J, Tick N, Louwerse A, Maras A, et al. Psychosexual Functioning of Cognitively-able Adolescents with Autism Spectrum Disorder Compared to Typically Developing Peers: The Development and Testing of the

- Teen Transition Inventory- a Self- and Parent Report Questionnaire on Psychosexual Functioning. *J Autism Dev Disord.* juin 2017;47(6):1716-38.
59. Dewinter J, De Graaf H, Begeer S. Sexual Orientation, Gender Identity, and Romantic Relationships in Adolescents and Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* sept 2017;47(9):2927-34.
60. Dewinter J, Vermeiren R, Vanwesenbeeck I, Lobbestael J, Van Nieuwenhuizen C. Sexuality in Adolescent Boys with Autism Spectrum Disorder: Self-reported Behaviours and Attitudes. *J Autism Dev Disord.* mars 2015;45(3):731-41.
61. Dewinter J, Vermeiren R, Vanwesenbeeck I, Van Nieuwenhuizen Ch. Parental Awareness of Sexual Experience in Adolescent Boys With Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* févr 2016;46(2):713-9.
62. Strunz S, Schermuck C, Ballerstein S, Ahlers CJ, Dziobek I, Roepke S. Romantic Relationships and Relationship Satisfaction Among Adults With Asperger Syndrome and High-Functioning Autism: Romantic Relationships Among Autistic Adults. *J Clin Psychol.* janv 2017;73(1):113-25.
63. Saunders K. Brent Hayward Practice Advisor Credentialed Mental Health Nurse. 2010;9.
64. Turner D, Briken P, Schöttle D. Autism-spectrum disorders in adolescence and adulthood: focus on sexuality. *Curr Opin Psychiatry.* nov 2017;30(6):409-16.
65. Ruble LA, Dalrymple NJ. Social/sexual awareness of persons with autism: A parental perspective. *Arch Sex Behav.* juin 1993;22(3):229-40.
66. Ousley OY, Mesibov GB. Sexual attitudes and knowledge of high-functioning adolescents and adults with autism. *J Autism Dev Disord.* déc 1991;21(4):471-81.
67. May T, Pang KC, Williams K. Brief Report: Sexual Attraction and Relationships in Adolescents with Autism. *J Autism Dev Disord.* juin 2017;47(6):1910-6.
68. Glidden D, Bouman WP, Jones BA, Arcelus J. Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sex Med Rev.* janv 2016;4(1):3-14.
69. de Vries ALC, Noens ILJ, Cohen-Kettenis PT, van Berckelaer-Onnes IA, Doreleijers TA. Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents. *J Autism Dev Disord.* août 2010;40(8):930-6.
70. Bejerot S, Eriksson JM. Sexuality and Gender Role in Autism Spectrum Disorder: A Case Control Study. Schmitz C, éditeur. *PLoS ONE.* 31 janv 2014;9(1):e87961.
71. Ingudomnukul E, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Knickmeyer R. Elevated rates of testosterone-related disorders in women with autism spectrum conditions. *Horm Behav.* mai 2007;51(5):597-604.
72. Matson JL, Shoemaker M. Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil.* nov 2009;30(6):1107-14.
73. Beddows N, Brooks R. Inappropriate sexual behaviour in adolescents with autism spectrum disorder: what education is recommended and why: ASD: Inappropriate sexual behaviour. *Early Interv Psychiatry.* août 2016;10(4):282-9.

74. Lehan Mackin M, Loew N, Gonzalez A, Tykol H, Christensen T. Parent Perceptions of Sexual Education Needs for Their Children With Autism. *J Pediatr Nurs.* nov 2016;31(6):608-18.
75. Byers ES, Nichols S, Voyer SD, Reilly G. Sexual well-being of a community sample of high-functioning adults on the autism spectrum who have been in a romantic relationship. *Autism.* juill 2013;17(4):418-33.
76. Nichols S. Challenging stereotypes: sexual functioning of single adults with high functioning autism spectrum disorder. In 2009.
77. Patrick Elouard. L'apprentissage de la sexualité pour les personnes avec autisme et déficience intellectuelle : lamasturbation est une compétence.
78. Zabalia M, Breau LM, Wood C, Lévêque C, Hennequin M, Villeneuve E, et al. Validation francophone de la grille d'évaluation de la douleur-déficience intellectuelle – version postopératoire. *Can J Anesth Can Anesth.* 2 sept 2011;58(11):1016.
79. Rellini E, Tortolani D, Trillo S, Carbone S, Montecchi F. Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Autism Behavior Checklist (ABC) Correspondence and Conflicts with DSM-IV Criteria in Diagnosis of Autism. *J Autism Dev Disord.* 1 déc 2004;34(6):703-8.
80. Marteleto MRF, Pedromônico MRM. Validade do Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA): estudo preliminar. *Braz J Psychiatry.* déc 2005;27(4):295-301.
81. Stokes MA, Kaur A. High-functioning autism and sexuality: A parental perspective. *Autism.* août 2005;9(3):266-89.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé

Les troubles du spectre autistique sont décrits dans le DSM V comme un trouble mental caractérisé par une triade symptomatique : troubles des interactions sociales réciproques, anomalies de la communication verbale et non verbale et comportements stéréotypés. Cette maladie psychiatrique – anciennement dénommé « autisme » – a été décrite pour la première fois en 1911 par le Docteur Eugen Bleuler.

La revue de la littérature illustre cette pathologie et décrit les comportements-défis qu'elle engendre chez les patients, les différentes étiologies connues et leur rapport à la sexualité.

L'étude de 14 patients pris en charge par l'hôpital de jour l'Oasis du Centre Hospitalier Valvert à Marseille et les données recueillies lors de l'étude permettent de discuter des étiologies des comportements-défis chez les patients atteints de troubles du spectre autistique avec déficience intellectuelle.

L'analyse de ces données permet également d'émettre une hypothèse quant à une nouvelle étiologie probable, l'émergence de la sexualité.

Nos recherches et hypothèses sont illustrés par le cas d'étude du patient 3.

Le lien établi entre les comportements-défis et l'émergence de la sexualité, donne lieu à de nouveaux questionnements concernant l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle et les comportements sexuels chez ces patients. Les solutions d'amélioration d'éducation sexuelle mises en place par l'hôpital de jour l'Oasis permettent de mieux interpréter ces comportements-défis et de diminuer leur fréquence et leur intensité.

Mots-clés : Troubles du spectre autistiques, déficience intellectuelle, adolescents, comportements-défis, sexualité.