

## **FACTEURS D'ÉVOLUTION CHEZ LES JEUNES ENFANTS PRESENTANT DES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT**

*L'équipe de recherche présente ses meilleurs vœux aux familles et aux équipes de soins pour l'année 2002.*

### **Etat des lieux**

Le descriptif initial de la cohorte d'enfants inclus de 1997 à 1999 a été effectué dans son intégralité (cf. bulletin n°3 - 2001).

La description des prises en charge de ces enfants depuis trois ans est en cours.

De cette cohorte, les 72 premiers dossiers d'enfants ayant fait l'objet d'une seconde

évaluation ont été analysés pour ce qui est des données cliniques, linguistiques et psychologiques.

Les résultats décrits ci-après seront suivis par l'analyse de l'ensemble de la cohorte pour toutes les variables relatives aux évaluations et aux prises en charge.

### **Evolution sur trois ans d'un sous-groupe de 72 enfants de la cohorte**

Cet échantillon de 72 enfants est représentatif de la cohorte initiale du point de vue des caractéristiques socio-démographiques et des données de l'évaluation. La procédure d'évaluation trois ans après est identique à la première et permet donc une comparaison.

En trois ans, la situation des enfants dans leur famille ainsi que les principales caractéristiques socio-démographiques restent inchangées. On remarque notamment qu'il n'y a pas eu de modification de l'activité professionnelle de l'un ou l'autre des parents liée aux problèmes de santé de leur enfant.

Pour ce qui est du mode de garde en dehors de leur temps de prise en charge spécialisée, les enfants restent majoritairement dans leur famille.

Environ 9% des enfants (âgés en moyenne de 8 ans) sont sortis du cadre scolaire, bénéficiant généralement exclusivement de prises en charge spécialisées en IME ou Hôpital de jour, ce qui porte la proportion d'enfants non-scolarisés à 40%.

Il n'y a pas eu de survenue de problèmes somatiques importants dans cette période et

aucun diagnostic nouveau d'anomalie organique n'est intervenu.

Pour ce qui est des données de l'évaluation, l'indice de sévérité est resté relativement stable alors que le score global à la CARS a diminué en moyenne de plus de 3 points, même si les écarts à la moyenne recouvrent des variations pouvant être importantes. L'indice de sévérité représente un indice clinique plus global que le score CARS et reflète la sévérité d'autres variables telles que l'association de maladies organiques, le type d'évolution depuis le début de la prise en charge.

### **Evolution du langage**

Les enfants dotés initialement d'un langage fonctionnel l'ont conservé dans tous les cas trois ans plus tard.

Ceux dont le langage était émergent (seulement quelques mots isolés utilisés) et qui représentaient 26% de la cohorte, ont développé dans la moitié des cas un langage fonctionnel ; 42% d'entre eux ont conservé le même niveau de langage et 10% ont légèrement régressé.

### **Equipes Associées à la Recherche**

Montpellier	Pr Aussilloux Pr Maury Dr Picot (DIM)
Béziers	Dr Marciano
Sète	Dr Lamoulié
Nîmes	Dr Girard
Uzès	Dr Chapelle
Alès	Dr Allione
Limoux	Dr Cottin
Narbonne	Dr Colnel
Thuir	Dr Soumille Dr Navoly
Saint-Alban	Dr Bondu
Strasbourg	Pr Bursztejn Dr Bécache
Mulhouse	Dr Pomes
Colmar	Dr Poupier
Villeurbanne	Pr Hochmann Dr Grisi
Bron	Dr Coulet Dr Slama
Lyon	Dr Beyer Dr Boudart Dr Péchine
Saint-Cyr St-Etienne St-Egrève	Dr Boulin Dr Blanchon Dr Metzger
Bohars	Pr Lazartigues
Brest	Dr Squillante
Morlaix	Dr Théréne
Quimper	Dr Guillou
Dinan	Dr Crochette
Rostrenen	Dr Dumont-Girard
St-Malo	Dr Morillon
Rennes	Dr Fremaux Dr Chevreuil Dr Lefeuvre
Caudan	Dr Bonabesse
Vannes	Dr Bourcy Dr Pique
Armentières	Dr Vidal
Ajaccio	Dr Caron
Bastia	Dr Leboucher
Paris	Dr Thévenot
Chartres	Dr Constant Dr Guérin
Rennes	Pr Dardenne Dr Belloir
Brive	Dr Vaillant
Clermont-Fd	Dr Pouderoux
Luxembourg	Dr Vervier
Belgique	Pr Hayez La ferme du soleil La Petite Maison
Suisse	Le Foyer d'Oron La Petite Arche

## Les recherches en cours

PHRC Pr Bursztejn, Strasbourg

« Evaluation des compétences relationnelles et communicatives chez l'enfant de 9 et 24 mois »

➤ Elaboration du protocole expérimental

➤ Début des inclusions (travail en réseau avec les médecins de PMI)

AOI 2001 Pr Aussilloux, Dr Gonnier, Montpellier

« Etude descriptive de l'utilisation des psychotropes chez les personnes autistes de 20 à 35 ans du Languedoc-Roussillon »

➤ Lancement du recensement de la population dans la région Languedoc-Roussillon

➤ Constitution de l'échantillon

Coordonnateur du PHRC :  
**Pr Ch. AUSSILLOUX**

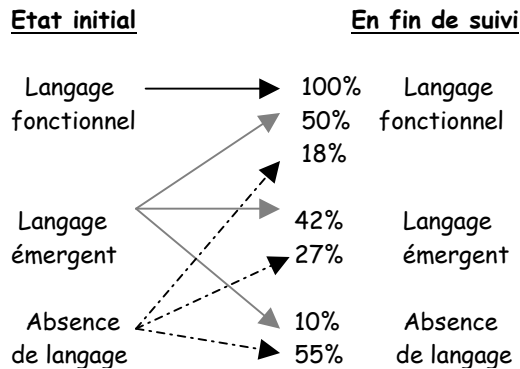
SMPEA « Peyre Plantade »  
291 avenue Doyen Giraud  
34295 Montpellier cedex 5

Tél : 04 67 33 99 68  
Fax 04 67 33 08 32

Etude financée par

le PHRC 96 & 97,  
la Fondation  
France Télécom  
et  
l'Association AVA

Pour les enfants qui n'avaient quasiment pas de langage (46% de la cohorte), 18% d'entre eux ont acquis désormais un langage fonctionnel (syntaxe), 27% ont un langage émergent (mots isolés ou mots-phrases) et 55% ont gardé le même niveau.

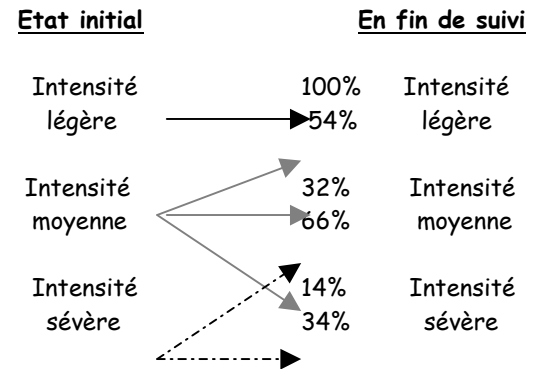


### Evolution du score à la CARS (intensité symptomatique de l'autisme)

L'intensité symptomatique de l'autisme a été appréciée à l'aide de l'échelle CARS (Shoppler) qui évalue la sévérité des comportements autistiques dans 14 domaines fonctionnels en leur attribuant une note allant de 1 à 4. Un score global est calculé par addition de l'ensemble de ces notes, permettant de situer trois degrés : sévère : score > 36.5 ; modéré : score de 30 à 36.5 ; léger : score < 30.

Pour cet échantillon, on note en moyenne une diminution de l'intensité des troubles (telle qu'elle peut être mesurée par l'échelle CARS). Les enfants dont l'intensité symptomatique était légère il y a trois ans, ont pratiquement tous gardé ce niveau d'intensité. Par contre, les enfants dont l'intensité des troubles étaient modérée ont désormais dans 54% des cas une intensité faible de leurs troubles, dans 32% des cas ils restent au même niveau d'intensité et dans 14% des cas ils voient leur symptomatologie s'aggraver. L'intensité des troubles s'atténue pour 36% des formes d'autisme les plus sévères initialement.

Plus globalement, 35 % des enfants ont un score qui a augmenté (symptomatologie plus marquée) et enfin 50% ont un score qui est devenu plus faible (symptomatologie moins sévère).



### Evolution des performances intellectuelles (mesurées par le quotient adaptatif)

Dans la grande majorité des cas comparés à eux-mêmes en trois ans, les enfants ont progressé dans leurs capacités socio-adaptatives, ce qui signifie que ces enfants font des acquisitions.

Malgré ces progrès, l'écart à la moyenne s'accroît pour certains (45%), leur vitesse de développement étant moindre. D'autres se rapprochent de la norme (23%) car leur vitesse de développement a été plus rapide et 32% sont restés stables.

### Conclusion

Il n'est pas possible, sur un échantillon de 72 enfants, de retenir des résultats fiables sur le plan de l'analyse statistique. On ne peut noter que certaines tendances qui pourront être confirmées ou non lorsque la population évaluée après trois ans sera plus nombreuse.

**D'ores et déjà, on peut constater que c'est l'intensité des troubles autistiques qui paraît la plus sensible à l'évolution, l'amélioration et la stabilité étant plus fréquentes que l'aggravation. Sur le plan de l'adaptation sociale, les résultats moyens sont moins nets ; néanmoins, il existe de grandes variations dans les deux sens qu'il sera nécessaire d'interpréter en fonction des caractéristiques individuelles des enfants (lors de la première évaluation) et en fonction des paramètres de la prise en charge.**

*La quatrième phase de la recherche est en cours ; elle correspond aux secondes évaluations réalisées trois années après les premières. La prochaine étape de la recherche consistera donc en l'analyse complète de l'évolution de la cohorte, avec la mise en perspective des modes de prise en charge pour en extraire éventuellement des variables ayant une valeur pronostique.*