

## **LECTURE CRITIQUE DU RAPPORT DE LA HAS**

### **« Autisme et autres troubles envahissants du développement : Etat des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale »**

Nous ne saurions trop vous recommander de faire l'effort de vous transporter sur le site de la HAS, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) et de lire ce document certes perfectible, mais qui constitue un socle commun de connaissances auxquels tous les professionnels, parents et personnes avec autisme ont accès, ce qui n'est pas le moindre de son intérêt.

Ce volumineux document de 187 pages, répond à la commande de la mesure n°1 du plan Autisme, il a été élaboré selon une méthodologie clairement établie.

Geneviève Haag a fait partie du groupe de lecture de la littérature et a été invitée à donner son avis d'expert sur le rapport au cours de sa construction afin que soient prises en compte ses remarques et les références bibliographies utiles. Qu'elle soit remerciée ici pour l'énorme travail qu'elle a fourni dans les délais très courts qui étaient imposés.

Ses commentaires pertinents et judicieux ont permis un minimum de prise en compte de la contribution des recherches et pratiques psychanalytiques et psychomotrices. Il reste cependant quelques remarques qui n'ont pas été reprises par le collège de la HAS et qu'il nous semble intéressant de communiquer aux lecteurs du site.

C'est donc une lecture critique que nous vous proposons, rédigée à plusieurs par Geneviève Haag, Valérie Montreynaud et Anne Sylvie Pelloux, (*Les commentaires de Geneviève Haag sont indiqués en italiques*)

Il existe une version courte de ce rapport reprenant pour chaque chapitre la synthèse du processus de consensus formalisé, à télécharger sur le site de la HAS.

Le sujet traité :

Ce rapport réunit l'état actuel des connaissances sur l'autisme, **hors** mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale, ce qui laisse supposer que ces mécanismes restent probablement mal identifiés, ou mal reconnus ou loin de susciter des avis consensuels.

1. L'introduction précise qu'après les recommandations pour les bonnes pratiques en matière de diagnostic, qui seront reprises dans le rapport, l'enjeu est l'élaboration à venir de recommandations de bonnes pratiques de prises en charge, celles-ci s'appellent dorénavant des interventions. Un groupe est déjà au travail à la HAS.
2. Concernant les définitions :
  - L'autisme est classé dans les Troubles Envahissants du Développement. Les TED sont référencés dans les 3 grandes classifications : la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> révision), le DSM-IV-TR (classification américaine), et la CFTMEA-R (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfance et de l'Adolescence, révisée en 2000). *La CFTMEA est mentionnée dans sa révision de 2000 qui mettait en évidence l'équivalence les TED et les psychoses précoces, mais une révision de 2010 apporte des modifications que nous commenterons ultérieurement.*
  - Syndrome d'Asperger et autisme sans retard intellectuel, dit autisme de haut niveau, sont considérés aujourd'hui comme équivalents, tandis

qu'un autre groupe rassemble autismes syndromiques et autismes avec retard intellectuel.

- L'apparition de troubles autistiques après une phase de développement normal, se retrouverait dans 25% des cas.
- La notion de spectre autistique est discutée en adoptant l'idée d'un continuum.

### 3. A propos des données épidémiologiques

- Prévalence et incidence.

La littérature rapporte une augmentation de la prévalence de l'autisme et des TED. Actuellement, la prévalence des TED chez les moins de 20 ans est estimée entre 60 et 70/10000, soit un enfant atteint de TED sur 150 enfants. Cette augmentation de la prévalence, serait expliquée par l'élargissement du spectre de l'autisme, par la modification des critères diagnostiques, par une meilleure connaissance des troubles du spectre de l'autisme dans la population générale par les professionnels, et par le développement de services spécialisés. Toutefois, une augmentation de l'incidence ne peut être éliminée.

Parmi les facteurs démographiques, le sex-ratio est toujours de 4,2 garçons pour 1 fille; il baisse en cas de retard mental associé (2 garçons pour une fille), et à l'inverse il est plus élevé dans l'autisme sans retard mental (6 garçons pour une fille).

- Pathologies/ troubles associés.

Une prévalence importante des troubles du sommeil est notée qui va de 45 à 86 % selon les études.

Geneviève Haag attire notre attention sur l'importance d'essayer de comprendre les troubles psychiatriques dans leur liaison profonde avec les troubles de base du syndrome autistique : *les troubles psychiatriques sont moins des troubles associés que des troubles très reliés aux différentes particularités du handicap autistique qui atteignent plusieurs bases de la constitution de la personnalité.*

***La disposition anxieuse** est à relier aux troubles de la communication, aux troubles de la formation de l'image du corps rendant le sentiment de soi corporellement séparé très difficile et s'accompagnant de ressentis corporels vertigineux, liquéfiant, sous-tendant le recours aux conduites hypertoniques et stéréotypées. **Les phobies**, notamment spatiales, sont à rattacher aux mêmes problèmes de base. **Les troubles de l'attention** font vraiment partie d'un trouble fonctionnel de base de l'attention dans les syndromes autistiques. **Les troubles obsessionnels compulsifs** sont à rattacher aux tendances obsessionnelles des sujets autistes, plus ou moins importantes, à relier aux angoisses du changement non contrôlable. Leur survenue aiguë à l'adolescence est intriquée avec l'impact de l'excitation pubertaire dans une personnalité avec faible capacité de contention émotionnelle.*

***Les troubles de l'humeur** à type de dépression, souvent masqués par des réactions hypomaniaques voire maniaques, sont fréquemment rencontrés par les psychothérapeutes dans l'évolution même positive lorsque les signes de dépression plus corporelle (hypotonie, sensation de chute) s'amendent grâce à un progrès de la construction corporelle.*

*La survenue possible **de troubles psychotiques** est à discuter en précisant bien le sens donné par chacun au terme « psychotique ». On remarque la sur-représentation de la schizophrénie chez les autistes atypiques, (30%) ce qui correspondrait au fait que dans les nouvelles classifications, les psychoses infantiles précoces ont été intégrées dans cette catégorie ; on reste bien alors dans le domaine de la psychose.*

Ces remarques n'ont sans doute pas été retenues car considérées comme des propositions d'ordre psychopathologique, ce qui était exclu de cette étude, mais il est difficile pour nous de ne pas proposer ces réflexions.

Enfin, il existe une difficulté à repérer d'autres troubles somatiques du fait de l'expression absente ou différente de la douleur, qui se manifeste par des troubles non spécifiques comme des troubles du comportement ou des conduites de retrait.

- Maladies génétiques associées.

Concernant les antécédents familiaux, l'âge avancé du père et de la mère serait associé à une augmentation du risque d'autisme.

Les antécédents de TED dans la famille sont des facteurs de risque maintenant reconnus. Les risques de récurrence rapportés sont de 4% si l'enfant affecté est un garçon et de 7% si c'est une fille. Si une famille a deux enfants atteints, le risque de récurrence atteint 25 à 30%. La concordance entre jumeaux monozygotes va de 70 à 90%, celle de jumeaux dizygotes rejoint celle de la fratrie en général. Les études sont en faveur d'une hérédité multifactorielle, elles montrent une implication forte des facteurs génétiques dans la genèse des TED. Seuls quelques gènes considérés comme étant des facteurs de susceptibilité à l'autisme ont été identifiés. Il s'agit de mutations dans les gènes des Neurologines 3 et 4 et Shank 3 qui sont impliqués dans la formation et le développement de synapses. Chez les enfants avec autisme syndromique, une maladie génétique est diagnostiquée plus fréquemment qu'en cas d'autisme typique. Ces maladies doivent être repérées afin d'adapter la prise en charge et de donner un conseil génétique aux familles.

- Devenir des personnes avec autisme.

*L'observation d'une aggravation temporaire pendant la période de puberté et pour une durée de 1 à 2 ans est sans doute à relier à l'impact de la puberté sur un ré-ébranlement des troubles de l'image du corps avec une excitabilité débordant les capacités de contenance émotionnelle et pulsionnelle qui restent fragiles chez beaucoup de sujets avec autisme. L'accompagnement psychothérapique semble d'autant plus nécessaire à cette période de l'évolution.*

*Pour le passage de l'adolescence à l'âge adulte, il est important de noter que le seul élément de la triade qui n'évolue pas est celui des troubles de la réciprocité sociale qui peut correspondre à une difficulté persistante de la construction identitaire. Il serait important de repérer l'impact positif éventuel des prises en charge psychothérapiques sur cet élément*

*Le notable pourcentage de sorties des TED non spécifiés vers des troubles schizophréniques rejoint une remarque précédente sur le fait qu'un certain nombre de psychoses infantiles sont mises actuellement dans cette catégorie des TED.*

*Le constat que « même si les émotions sont plus partagées » la symptomatologie des interactions sociales reste peu évolutive, nous ramène à considérer le trouble important de la construction identitaire ce qui invite à se pencher davantage sur la construction de la personnalité.*

Cette recommandation plusieurs fois rappelée par Geneviève Haag de l'intérêt de l'évaluation de la personnalité des personnes avec autisme ne sera jamais reprise dans le document.

#### 4. Fonctionnement des personnes avec TED

*A l'évocation des témoignages écrits des personnes avec autisme elles-mêmes, il faudrait adjoindre les apports des témoignages des enfants et des adolescents dans leurs traitements psychothérapeutiques, notamment d'inspiration psychanalytique reflétant leurs « vécus de l'intérieur ».*

L'hétérogénéité des profils cliniques est rappelée, en référence à la notion de spectre autistique de Lorna Wing, *mais manque la référence à Anne Alvarez « L'autisme, la personnalité et la famille ».*

- Fonctionnement sensoriel.

Une hypo et/ou une hyperréactivité aux stimulations sensorielles sont fréquentes et rapportées à une perturbation de la modulation des informations sensorielles.

Les personnes avec autisme présentent des particularités de la perception : le traitement local est préférentiel (par exemple, ils repèrent facilement le détail d'une figure ou une note isolée dans une mélodie). Ils portent une moindre attention aux yeux par rapport aux autres parties du visage et la perception visuelle du mouvement est déficiente dans certaines circonstances.

*Manquent d'autres références à la littérature, notamment psychanalytique, mettant en évidence l'hypo réactivité en tant que réaction de défense en regard de l'hyperréactivité, par exemple pour l'évitement du regard dont nous savons maintenant, y compris par la neurophysiologie, qu'il peut être un évitement de l'intense stimulation de l'amygdale lors du contact œil à œil (Berthoz A. (2005). On peut aussi noter l'hypertonie (raidissement de l'axe, marche sur la pointe des pieds) en réaction contre le vécu hypotonique liquéfiant.*

- Fonctions motrices.

L'analyse rétrospective d'enregistrements vidéo de bébés a permis de repérer des signes précoces d'un développement anormal de la motricité (hypotonie, troubles des expressions faciales, motilité anormale, postures inhabituelles, hypoactivité générale).

Par la suite, ce sont plutôt les conduites motrices complexes qui sont affectées.

*Geneviève Haag signale les travaux du courant psychodynamique sur les troubles de l'image du corps, qui entraînent des anomalies de la posture, de la gestuelle ainsi que des asymétries : pseudo hémiplégie autistique, pseudo paraplégie autistique, dissociation entre le haut et le bas du corps. Elle rappelle l'intérêt de considérer les expressions motrices comme représentant un état du moi corporel. Le dialogue sur ce point serait particulièrement fécond entre les sciences cognitives, la neurophysiologie et les observations psychodynamiques.*

- Fonctionnement cognitif.

La mémoire à court terme est intacte dans l'autisme, le trouble des fonctions exécutives n'est pas spécifique à l'autisme, le défaut de théorie de l'esprit non plus. L'hypothèse d'un déficit de cohérence centrale est remise en cause, pour ne garder que l'idée de la supériorité du traitement de l'information au niveau local plutôt qu'un déficit de traitement au niveau global, *ce qui est tout à fait discutable.*

- Fonction de communication

Les déficits d'attention conjointe sont caractéristiques chez les enfants qui commencent à marcher. Ils s'engagent moins dans les échanges de regard mutuels et ont tendance à ne pas suivre le changement de direction de la tête et du regard. Pour comprendre le langage, l'enfant doit comprendre le lien entre les mots et les objets et interpréter les gestes de communication des autres comme des actes intentionnels. *Certains enfants autistes, en thérapie analytique, ont démontré la continuité entre l'établissement du sentiment d'entourance, qui suppose les échanges du regard et la capacité d'attention conjointe.*

*Les remarques sur le moindre intérêt pour la région des yeux ne prennent pas en compte les peurs du regard.*

Les enfants avec autisme ont des difficultés d'imitation, mais il est intéressant d'exploiter leur capacité d'imitation spontanée même faible et leur capacité à reconnaître qu'ils sont imités.

*Etait mal pris en compte l'apport très important des travaux de J. Nadel: la différenciation entre l'imitation spontanée type imitation précoce qui ne manque pas chez les enfants autistes et peut être utilisée de façon thérapeutique, et l'imitation sur requête qui est en effet troublée.*

Cinquante pour cent des enfants autistes ne développent pas un langage fonctionnel et la possibilité de son développement s'amenuise après l'âge de 5 ans.

Dans le syndrome d'Asperger, il n'y a pas de retard significatif de l'acquisition du langage dans la petite enfance. Au contraire, souvent les premiers mots précèdent les premiers pas. Diverses anomalies de la prosodie, du débit, du discours sont à relever.

- Fonctions émotionnelles.

Dès le début de la vie, la relation mutuelle est primordiale et peut contrôler la motivation d'apprentissage social et cognitif. Chez des nourrissons avec autisme, des particularités discrètes se retrouveraient dès la naissance dans leurs réactions vis-à-vis des autres personnes. Plusieurs données de la littérature relèvent un déficit dans le traitement des émotions. L'étude des anomalies cérébrales en IRM fonctionnelle et en tomographie par émission de positrons, montre une hypo activation des zones cérébrales classiquement impliquées dans la perception des émotions.

La faible compréhension des expressions émotionnelles expliquent ces difficultés à partager et s'harmoniser sur le plan émotionnel avec les autres.

*Geneviève Haag rappelle que les travaux du courant psychodynamique considèrent la dysrégulation émotionnelle comme appartenant au noyau des troubles autistiques ce qui nous incite à parler davantage en termes de difficultés de régulation plutôt qu'en termes de déficit. Voir l'article de C. Trevarthen (1989) « les relations entre autisme et le développement socioculturel normal : arguments en faveur d'un trouble primaire de la régulation du développement cognitif par les émotions ».*

*Comme pour les stimulations sensorielles, les travaux neurophysiologiques cités soulignent une vraisemblance d'hypoactivation, mais cela peut être, en particulier pour la relation au regard, un évitement de l'hyperactivation émotionnelle. Citons les travaux de B. Wicker sur la mise en évidence de circuits différents des émotions entre le sujet normal et le sujet autiste. Tout ceci ne fait que confirmer le besoin particulier de rencontre entre les cliniciens du courant psychodynamique, les recherches du courant cognitiviste et les recherches en neurophysiologie. Plusieurs cadres permettent cette rencontre : l'ARAPI, le RIAS (Réseau interdisciplinaire autisme science, animé par J. Nadel) et le CNEP (Cercle de neuropsychologie et psychanalyse).*

- Domaine corporel somatique

Il est rappelé que cette pathologie est un trouble « vie entière » et nécessite un accompagnement dans tous les besoins somatiques.

#### 5. Démarche diagnostique et outils validés d'évaluation du fonctionnement des personnes avec autisme ou TED

Ce chapitre reprend les recommandations pour la pratique du diagnostic déjà élaboré par la HAS avec quelques variantes.

L'accent est mis sur la recherche de troubles précoces par les professionnels de santé de première ligne (généralistes, pédiatres, médecins de PMI) : dès la première année, l'absence ou la rareté du sourire social, du contact par le regard et de l'orientation à l'appel du prénom ont une valeur prédictive. Dans la dernière version du carnet de santé (qui date de janvier 2006), les items « vocalise » et « rit aux éclats » sont ajoutés à l'examen du 4ème mois, et ceux de « pointe du doigt » et « joue à : « coucou, le voilà » » à celui du 9ème mois. L'inquiétude des parents relative au développement de leur enfant est aussi un bon signe d'alerte.

*Les données de la recherche préaut ne sont pas citées. C'est pourtant une recherche de grande envergure, menée dans plusieurs régions de France en lien avec les services de PMI, et visant à repérer chez les bébés de 8 mois, outre les signes habituels d'évitement relationnel décrit dans plusieurs échelles, l'absence de relance du bébé dans les échanges ludiques jubilatoires de type protoconversationnel. Ce signe est théorisé dans le courant psychanalytique porté par M.C. Laznik en terme de non bouclage du circuit pulsionnel, avec l'hypothèse que ce signe serait prédictif d'un risque d'évolution vers l'autisme.*

Le diagnostic des TED, dont l'autisme, reste clinique. Il peut être validé par des outils d'évaluation standardisés tels que l'ADI-R et l'ADOS. Des examens complémentaires et des consultations spécialisées sont préconisés.

Grande place est faite aux outils d'évaluation du langage et de la communication.

Le bilan sensori-moteur de Bullinger est bien explicité.

Manquent la grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité (centrée sur le développement de l'image du corps pour les enfants jeunes et les états graves), et les tests projectifs classiques pour les plus grands (Rorschach, Scenotest).

#### 6. Interventions.

Les termes « Intervention », « Aides techniques » et « Programme » constituent aujourd'hui le nouveau vocabulaire en usage pour décrire les différentes formes de prise en charge quelque soit le domaine visé. On pourra regretter leur caractère anonyme et opératoire, leur connotation purement technique, dégageant mal la dimension inter-humaine si importante dans la prise en charge des personnes avec autisme; on peut cependant apprécier leur sens générique sans jugement de valeur hiérarchique entre les différentes modalités.

- Le contexte est posé :

- structurer l'environnement de façon adaptée à la personne avec autisme pour lui apporter les repères qui lui manquent
- tenir compte de l'attente des familles
- choisir des objectifs à court terme
- choisir des activités réalistes et des apprentissages qui tiennent compte de l'âge de la personne
- prévoir une suffisante exposition de la personne aux activités d'échange et d'éducation
- prévoir la généralisation des acquis
- vérifier que la personne progresse, réévaluer et réajuster les propositions éducatives.

- L'inclusion scolaire.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, souligne l'égalité des besoins des personnes avec autisme et des autres personnes, en matière d'accès aux soins, à l'école, à la vie sociale, au travail, et à des activités d'utilité sociale.

Tout enfant a droit à une inscription dans une école ordinaire. Son inclusion partielle ou totale à l'école est préparée sous la forme d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS), par l'ensemble des acteurs intervenant dans cette scolarisation. Ce PPS fait partie du plan de compensation du handicap. L'intensité des troubles peut nécessiter une scolarisation en milieu spécialisé médico-éducatif.

- Interventions focalisées.

Il existe une liste importante d'interventions dites focalisées, destinées à améliorer un domaine de la vie de la personne. Nombre de ces interventions étaient déjà citées dans le rapport de A. Baghdadli de 2007 sur « Les interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme ».

Dans le domaine de la communication et du langage :

- # La rééducation orthophonique. Relevons la mention faite, qu' « il n'a pas été identifié de critères de jugement de l'efficacité dans la littérature analysée »
- # La communication améliorée et alternative
- # Le système de communication par échange d'images (PECS)
- # Le langage gestuel (langue de signes française -LSF)
- # Le Makaton

Dans le domaine des interactions sociales :

- # Le jeu utilisé dans le cadre de tous les programmes : comportemental, développemental ou à référence psychanalytique
- # Le Floor Time
- # L'entraînement par imitation réciproque
- # Les histoires sociales et scénarii sociaux
- # L'entraînement à la théorie de l'esprit
- # L'apprentissage de l'attention conjointe.

Dans le domaine des activités sensorielles et motrices

- # La thérapie de l'intégration sensorielle
- # L'entraînement à l'intégration auditive
- # Le snoezelen

- # Le packing
- # La musicothérapie
- # Les interventions de psychomotricité

#### Gestion des comportements-problèmes

Seul le programme de soutien au comportement positif est proposé, on retiendra la modification de l'environnement et l'importance donnée à l'analyse fonctionnelle. Il n'est pas souligné à cet endroit l'indication d'actions psychothérapeutiques du courant psychodynamique.

#### Les thérapies psychanalytiques individuelles

Sont classées comme un mode d'intervention focalisée qui vise à aider l'enfant à entrer dans le monde de la communication. Nous pouvons nous réjouir que ces thérapies soient encore citées dans ce rapport et que la recherche Inserm soit prise en compte.

#### Les traitements médicamenteux

- les traitements neuroleptiques
- les traitements médicamenteux des troubles associés (anticonvulsivants, stimulants, inhibiteurs de recapture de la sérotonine)

Régime sans gluten et sans caséine : il n'existe aucune raison d'encourager le recours à ce type de régime.

- Programmes ou prises en charge relevant d'une approche globale.

Les interventions focalisées sont incluses ou complémentaires de prises en charge dites « globales », des programmes, dont il existe plusieurs types :

- le programme d'intervention de référence comportementale : comme la méthode ABA
- le programme d'intervention à visée développementale : comme le programme TEACCH ou le programme de Denver, qui donne une place centrale à l'aspect relationnel et ludique dans la prise en charge de l'enfant
- les prises en charge institutionnelles de référence psychanalytique ont leur place dans ce rapport, le paragraphe est rédigé à partir d'un rapport de la DGAS

Ce sont des prises en charges courantes dans les institutions sanitaires (de type hôpital de jour, CATTP...) ou médico-sociales en France, construites autour d'une approche théorique dominante inspirée de la psychanalyse ; des soins en groupe et/ ou individuels de nature ludique, éducative, rééducative, pédagogique visent à favoriser chez les enfants autistes la relation à eux-mêmes et à autrui en leur donnant les moyens de construire des capacités de représentation et de réinvestir leur appareil psychique. Un travail d'équipe fondé sur la psychothérapie institutionnelle vient souvent enrichir ce dispositif. L'importance du travail avec les parents est noté.

- Enfin les prises en charge intégratives.

Elles empruntent leurs moyens à différents courants théoriques, les interventions proposées sont donc multiples et variées et dépendent de l'enfant, des souhaits de la famille et des ressources professionnelles locales.

La thérapie d'échange et de développement, développée par C. Barthélemy à Tours, s'inscrit dans ce chapitre.

Les annexes, au nombre de 19 méritent, elles aussi, la lecture et un commentaire.

- Annexe 2 : Des précisions sont apportées sur la notion de psychose. Il est rappelé qu'à l'époque où Kanner décrivait l'autisme infantile, les Etats Unis utilisaient très (voire trop) largement le diagnostic de schizophrénie infantile. Le DSM III en 1981 élimine la notion de psychose chez l'enfant au motif de la rareté d'une évolution des pathologies des enfants vers des formes de psychoses connues chez l'adulte. Cependant la CFTMEA maintient la notion de psychose chez l'enfant et la définition proposée par P. Ferrari dans son manuel en reprend les grands traits : comportement inadapté face à la réalité, avec des attitudes en retrait, troubles majeurs dans le domaine de la communication, défauts majeurs dans l'organisation de l'appareil psychique, dans la constitution du Moi, dans le développement du sentiment de continuité et dans la différenciation entre le Soi et le Non-Soi.
- Annexes 3 à 8 : critères diagnostiques, avec en annexe 8 le groupe particulier des TED identifié par la CFTMEA. Les dysharmonies psychotiques seront désignées dans la prochaine version par le terme de dysharmonie multiple et complexe du développement, dont la description est proche d'un sous type de TED non spécifiés : Multiple complex developmental disorders (MCDD). Chez ces enfants, des symptômes associés sont décrits, de type troubles anxieux, comportements perturbateurs et troubles de la pensée. Il existe un risque d'évolution schizophrénique.
- Les annexes 10 et 11 recensent les différentes anomalies génétiques rencontrées.
- L'annexe 15 présente les recommandations professionnelles établies dans l'état de New York, en Espagne où les thérapies psychodynamiques figurent dans la rubrique « sans preuve et pas recommandé » entre la communication facilitée et la secrétine. En Nouvelle Zélande, « la thérapie intuitive et la thérapie psychodynamique ne sont pas recommandées comme traitement convenant aux personnes avec TSA », avec l'argumentaire suivant : « En raison des caractéristiques des TSA dans les domaines des interactions sociales et de la communication, l'avis des experts suggère qu'il est peu probable que les approches psychodynamiques basées sur l'intuition, l'introspection et le développement d'une alliance thérapeutique réussissent. » Aucune recommandation ne mentionne la thérapie psychomotrice.
- L'annexe 16 décrit le packing et le propose comme traitement adjuvant de la prescription de la rispéridone.

Nous attendons maintenant la suite de ce rapport en deux temps, avec les recommandations pour le diagnostic des personnes adultes avec autisme et les recommandations pour la prise en charge des personnes avec autisme.