Prise en charge et besoins des personnes atteintes d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement dans les services psychiatriques en Aquitaine

Situation en 2005

Etude réalisée par la DRASS (Dominique Morizur et Doris Pinson) et le CREAHI d'Aquitaine (Bénédicte MARABET)

Avril 2006

Sommaire

In	trod	uction	2
1 ^è		rtie : Les enfants et adolescents atteints d'autisme ou es troubles envahissants du développement pris en charge	3
ра	r les	s services de pédopsychiatrie aquitains	
•		actéristiques générales	4
	1.1	Estimation quantitative globale	4
	1.2	Les établissements d'accueil des jeunes autistes	4
	1.3	Origine géographique	4
	1.4	Répartition par âge	5
	1.5	Diagnostic	6
		Taux de prévalence	8
	1.7	L'autonomie	9
2.	Les	conditions de prise en charge	11
	2.1	, ,	11
		Adéquation des prises en charge pédopsychiatriques	13
		Les besoins de prise en charge médico-sociale	15
	2.4	Estimation du nombre global de prises en charge inadéquates	17
2 ^{èı}	^{me} po	artie : Les adultes atteints d'autisme ou d'autres	19
tr	ouble	es envahissants du développement pris en charge par	
		vices de psychiatrie générale aquitains	
		actéristiques générales	20
	1.1	, -	20
	1.2	•	20
	1.3	Origine géographique	21
	1.4		21
	1.5	Diagnostic	23
	1.6	Taux de prévalence	24
	1.7	L'autonomie	25
2	- L	es conditions de prise en charge	27
	2.1		27
	2.2	Adéquation des prises en charge en psychiatrie générale	28
	2.3	Les besoins de prise en charge médico-sociale	28
	2.4	Estimation du nombre global de prises en charge inadéquates	31
Co	nclu	sion	32
Bil	bliog	raphie	37
Ar	nex	2S	38

Introduction

Dans la perspective de la révision du **Plan d'action régional sur l'autisme**, et en application de la circulaire du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme ou de troubles envahissants du développement (TED), **la DRASS d'Aquitaine** s'est engagée dans une **démarche d'évaluation des besoins en matière de prise en charge et d'accompagnement** avec l'appui technique du CREAHI d'Aquitaine.

La première étape de cette démarche a consisté en une enquête auprès de l'ensemble des établissements et services de psychiatrie publics et privés aquitains pour enfants, adolescents et adultes ²², réalisée durant le second semestre 2005. Un questionnaire, avec des variantes selon qu'il concernait les enfants ou les adultes (voir exemplaires en annexe 1) leur a été adressé. Le taux de réponse obtenu a été de 100%.

Cette collecte de données a été articulée autour de plusieurs axes :

- recensement des personnes atteintes de troubles envahissants du développement (cf. encadré ci-dessous), prises en charge dans un service de psychiatrie et qui ont été vues au moins une fois au cours de l'année 2004
- run repérage des modalités de mise en œuvre de la prise en charge actuelle ainsi qu'une évaluation de son adéquation et des besoins éventuels en terme de prises en charge médico-sociales

<u>Troubles envahissants du développement</u> (TED), tels que définis dans la CIM 10 (Classification internationale des maladies – 10^{ème} révision) rubrique F 84 : groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.

Cette terminologie "troubles envahissants du développement" est largement utilisée dans la circulaire du 8 mars 2005 (n° DGAS/DGS/DHOS/3C/2005/124), contrairement à la précédente du 27 avril 1995 (AS/EN n°95-12) où il était essentiellement question d'autisme, de syndrome autistique, de troubles autistiques... La circulaire de 2005 met ainsi en avant la nécessité de traiter non seulement l'autisme sous ses différentes formes mais aussi l'ensemble des troubles envahissants du développement : "en effet les caractéristiques et manifestations communes de ces troubles comme les besoins qu'ils suscitent justifient une approche globale sans que soit fixée une frontière que les nécessités de terrain ne rencontrent pas".

²² Voir liste des établissements contactés en annexe

1^{ère} partie

Les enfants et adolescents atteints d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement pris en charge par les services de pédopsychiatrie aquitains

1. Caractéristiques générales

1.1 - Estimation quantitative globale

L'enquête a permis de repérer, parmi la file active 2004, **1146 jeunes**²³ présentant des troubles envahissants du développement pris en charge, répartis dans les différents lieux de soins de l'Aquitaine.

Répartition des jeunes repérés par l'enquête en fonction du département de prise en charge

	Effectif	Pourcentage	Répartition de l'ensemble des jeunes de moins de 20 ans ²⁴
Dordogne	119	10,4	11,9
Gironde	565	49,3	46,5
Landes	145	12,6	11,2
Lot-et-Garonne	82	7,2	10,2
Pyrénées-Atlantiques	235	20,5	20,3
AQUITAINE	1146	100,0	100,0

Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

Il existe quelques écarts entre la répartition des jeunes aquitains présentant des troubles envahissants du développement bénéficiant d'une prise en charge pédopsychiatrique et celle de la population des moins de 20 ans dans son ensemble.

Toutefois, les éléments dont on dispose sont insuffisants pour faire l'hypothèse, en dehors d'une variation du taux de prévalence selon le département (cf. point 1.5) :

- d'un meilleur dépistage et accès aux soins liés à un meilleur équipement dans les départements où les pourcentages observés d'autistes sont plus élevés que le pourcentage de l'ensemble des jeunes (principalement Gironde)
- ou bien de difficultés de prise en charge dans les départements où, à l'inverse, les pourcentages d'autistes sont inférieurs à ce que l'on aurait pu attendre (principalement Lot-et-Garonne).

1.2 - Les établissements d'accueil des jeunes autistes

Dans la région, l'ensemble de secteurs de pédopsychiatrie aquitains (au nombre de 15 rattachés à 10 centres hospitaliers) ainsi que 2 hôpitaux de jour associatifs de Gironde assurent l'accueil des enfants et adolescents autistes. La majorité des prises en charge revient donc au secteur public, 93,5% contre 6,5% pour le secteur privé associatif.

1.3 - Origine géographique

Compte tenu du principe de la sectorisation qui prévaut dans la psychiatrie publique (qui prend en charge la quasi-totalité, 93,5%, de la population repérée), les jeunes, à quelques exceptions près, sont pris en charge dans leur département de résidence.

Seuls 2% des patients, soit 22 d'entre eux, proviennent d'un autre département (dans 9 cas sur 10, il s'agit d'un département limitrophe). La majorité de ces situations se trouvent

²³ Lors du 1^{er} Plan d'action régional sur l'autisme en mars 1997, le nombre de jeunes de moins de 18 ans dénombrés dans le secteur sanitaire était bien inférieur puisqu'il s'élevait "seulement" à 268. Il faut rappeler toutefois qu'à l'époque le champ de l'enquête était moins large puisque la notion de troubles envahissants du développement n'était pas encore utilisée, le recueil de données était donc circonscrit aux "autistes".

²⁴ source : INSEE, estimation localisée de population 2004

concentrées sur le Centre hospitalier de la Côte basque qui accueille des jeunes landais, la proximité du lieu de soins par rapport au domicile semble donc être recherchée quand cela est possible.

1.4 - Répartition par âge

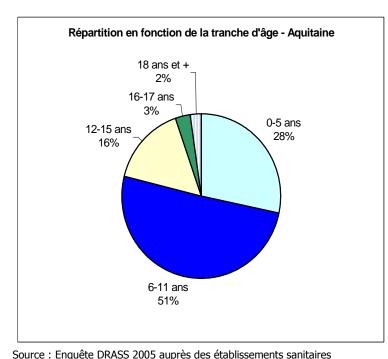
Comme le rappelle une circulaire de 1992²⁵, la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale est fixée à 16 ans. En revanche, la tranche d'âge des enfants et adolescents auxquels les services de psychiatrie infanto-juvénile offrent des soins n'est pas précisément délimitée.

Dans les faits, les prises en charge par la pédopsychiatrie au-delà de 16 ans restent rares en Aguitaine: 5% de la file active 2004.

Répartition des jeunes repérés par l'étude en fonction de l'âge et du département 26

	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et- Garonne	Pyrénées- Atlantiques	AQUITAINE
0-5 ans	47	163	25	28	58	321
6-11 ans	47	253	98	50	130	578
12-15 ans	22	111	19	4	31	187
16-17 ans	1	22	3	-	8	34
18 ans et plus	2	16	-	-	7	25
ENSEMBLE	119	565	145	82	234	1145

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine



Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

La répartition par âge reflète la concentration d'une partie importante des moyens de la pédopsychiatrie sur les jeunes de moins de 12 ans, particulièrement les 6-12 ans. Pour les plus jeunes, les praticiens déplorent parfois que les efforts déployés pour réaliser des diagnostics précoces ne puissent être suivis aussitôt d'une prise en charge adaptée, faute de moyens. partir de 12 ans, une prise de relais par le médico-social est souvent souhaitée. Toutefois, la rareté des hôpitaux de jour pour adolescents est fréquemment dénoncée les praticiens par intervenant auprès de cette population.

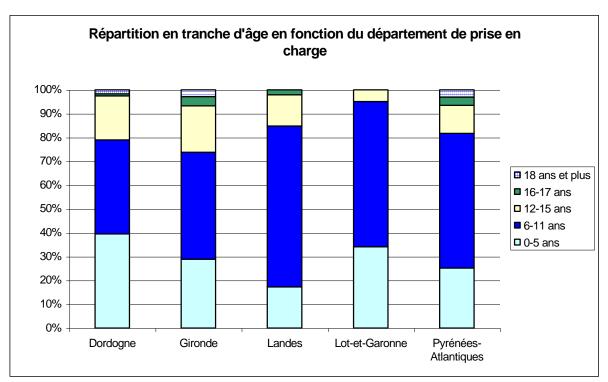
Des différences importantes existent entre départements en terme de répartition par âge :

les très jeunes enfants, moins de 6 ans, sont plus représentés en Dordogne près de 40% pour une moyenne régionale de 28%

²⁵ circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents

²⁶ pour 1 jeune des Pyrénées-Atlantiques, l'âge n'a pas été indiqué

- les 6-11 ans, qui forment en Aquitaine la moitié des enfants repérés dans cette étude, représentent les deux tiers de la file active dans les Landes et, à l'inverse, moins de 40% en Dordogne
- les 12-15 ans, qui représentent 16% des jeunes aquitains repérés dans cette étude, sont quasiment absents du Lot-et-Garonne et atteignent 20% des files actives girondines
- les 16 ans et plus, 5% de la population observée, sont principalement concentrés en Gironde et dans les Pyrénées-Atlantiques.



Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

1.5 - Diagnostic

Répartition des jeunes en fonction du diagnostic selon la CIM 10

	Effectif	Pourcentage		0-5 ans	6-11 ans	12 ans et +
Autisme infantile (dont psychose de la petite						
enfance, syndrome de Kanner, trouble autistique)	302	26,4		32,7	25,8	19,5
Autisme atypique (dont psychose infantile						
atypique, retard mental avec caractéristiques	156	13,6		16,2	15,1	6,9
autistiques)						
Syndrome de Rett	58	5,1		2,2	5,2	8,5
Autre trouble désintégratif de l'enfance (dont						
psychose désintégrative, psychose symbiotique,	49	4,3		5,0	4,5	2,9
syndrome de Heller)						
Hyperactivité associée à un retard mental et des	22	1,9		2,5	1,6	2,0
mouvements stéréotypés						
Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie						
autistique, trouble schizoïde de l'enfance)	59	5,2		2,5	6,0	6,5
Autres troubles envahissants du développement	264	23,1	1 [17,8	22,0	32,5
Troubles envahissants du développement sans	235	20,5	1 [21,2	19,9	21,1
précision						
TOTAL	1145	100,0		100,0	100,0	100,0

Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires - Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

Comme indiqué dans l'introduction, la classification retenue pour approcher le diagnostic est la CIM10 et, plus précisément, la rubrique F84 "troubles envahissants du développement" qui fait partie du chapitre consacré aux troubles du développement psychologique. C'est en effet cette classification qui est utilisée au niveau des DIM (Département d'informatique médicale). Toutefois, les pédopsychiatres français ont une préférence pour la CFTMEA (Classification française des troubles mentaux des enfants et adolescents) que nous retiendrons donc pour l'enquête auprès des structures médico-sociales. Il existe un tableau des correspondances entre ces 2 classifications ainsi qu'avec le DSM IV américain 27.

Trois diagnostics sont le plus fréquemment recensés :

- l'autisme infantile qui correspond à la forme la plus typique de l'autisme et réunit plusieurs critères : apparition des symptômes avant 3 ans et perturbations caractéristiques du fonctionnement dans 3 domaines (interactions sociales réciproques, communication et comportement). Plus du quart des files actives 2004 sont concernées.
- les autres troubles envahissants du développement qui concernent donc des troubles qui n'ont pu être répertoriés parmi les autres diagnostics de cette rubrique F84. Ce diagnostic est porté pour 23% des jeunes ²⁸.
- les troubles envahissants du développement sans précision. Ce diagnostic réalisé pour plus de 20% des jeunes peut recouvrir 2 types de situations : des jeunes pour lesquels le diagnostic est encore en train d'être affiné, car *"établir un diagnostic d'autisme prend du temps surtout chez un enfant très jeune"* ²⁹. Mais, il peut s'agir aussi d'un défaut d'information sur le patient concerné lors du remplissage du questionnaire.

Pour les 30% de jeunes restant, d'autres diagnostics sont donc posés. Pour près de la moitié d'entre eux, on parle d'autisme atypique car l'ensemble des critères permettant de définir l'autisme évoqués ci-dessus ne sont pas réunis (troubles du développement s'étant manifestés après 3 ans ou manifestions pathologiques n'apparaissant pas dans les 3 domaines cités).

Des différences significatives apparaissent dans la répartition par diagnostic selon l'âge. Ainsi, plus l'âge augmente, moins les diagnostics d'autisme infantile ou d'autisme atypique, même s'ils restent majoritaires, sont représentés. A l'inverse, le syndrome de Rett, le syndrome d'Asperger (qui restent des formes relativement marginales), et les autres troubles envahissants du développement vont croissant avec l'âge.

Selon les départements ³⁰ des différences assez notables se dégagent :

- les Pyrénées-Atlantiques et, dans une moindre mesure, la Gironde sont les départements comptant proportionnellement le plus de jeunes souffrant d'autisme infantile, respectivement 37 et 30%
- les "autres troubles envahissants du développement" constituent un diagnostic très fréquent en Dordogne (61%) ainsi que dans les Pyrénées-Atlantiques (40%).
- le Lot-et-Garonne se distingue par un taux très élevé (22%) "d'autres troubles désintégratifs de l'enfance" caractérisés par leur survenue brutale accompagnée d'une perte des performances antérieurement acquises
- enfin, dans les Landes, aucune précision n'a été apportée sur la forme des troubles pour 61% des jeunes

²⁷ voir tableau en annexe

²⁸ Ces troubles correspondent aux dysharmonies psychotiques dans la CFTMEA, très souvent présentes parmi les usagers des établissements médico-sociaux

²⁹ B. WELNIARZ, *L'autisme : le témoignage d'un pédopsychiatre*, MOUVANCE, n°118, octobre 2003

³⁰ voir tableau détaillé en annexe

1.6 - Taux de prévalence

Le taux de prévalence est défini comme le nombre de cas d'une maladie rapporté à la population concernée, à un moment donné.

Sur les 17 études les plus récentes recensées par l'INSERM au niveau international en 2001, on constate une tendance à la hausse des taux de prévalence concernant les troubles envahissants du développement. Cette augmentation ne signifie pas pour autant que l'autisme ou d'une manière générale les troubles envahissants du développement soient plus répandus qu'il y a une ou deux décennies mais peut s'expliquer par :

- une meilleure définition de l'autisme : plus précisément défini, il est mieux diagnostiqué
- l'élargissement du concept en passant de l'autisme aux troubles envahissants du développement, qui n'ont donc été pris en compte que récemment dans les études épidémiologiques
- le développement des services spécialisés grâce auquel le repérage des enfants est mieux assuré

L'INSERM, au vu de ces différentes études, retient un taux de prévalence de :

- 9 pour 10 000 habitants pour l'autisme infantile
- 3 pour 10 000 pour le syndrome d'Asperger (3 fois moins que pour l'autisme infantile)
- 15,3 pour 10 000 pour les autres TED (1,7 fois plus que pour l'autisme infantile)

On aboutit ainsi à un taux de prévalence globale des troubles envahissants du développement de 27,3 pour 10 000 habitants ³¹.

Ces taux de prévalence "théoriques" appliqués à la population aquitaine permettent d'obtenir une estimation globale du nombre de personnes susceptibles d'être atteintes de TED dans notre région.

Des comparaisons peuvent être faites avec les taux calculés sur la base du recensement réalisé dans la pédopsychiatrie. Toutefois, ces taux observés ne prennent donc en compte qu'une partie des jeunes présentant des TED en Aquitaine, d'autres sont pris en charge dans le médico-social, d'autres encore ne bénéficient pas de suivi spécialisé.

Par ailleurs, le calcul des taux de prévalence suivants a été réalisé sur la population âgée de moins de 16 ans puisque c'est celle qui est principalement concernée par les prises en charge assurée par la pédopsychiatrie.

Taux de prévalence des TED pour les jeunes de moins de 16 ans 32

	o provalonee acc re	o pour los journes			
	Valeurs théorie	ques INSERM	Valeurs observées en Aquitaine en pédopsychiatrie		
	Taux de prévalence	Effectif	Taux *	Effectif	
Autisme infantile	9	493	5,3	288	
Syndrome d'Asperger	3	164	1,0	55	
Autres TED	15,3	838	13,6	744	
ΤΟΤΔΙ	27.3	1495	19.8	1087	

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Actuellement, en prenant donc en compte uniquement les jeunes suivis par la pédopsychiatrie en Aquitaine, nous obtenons un taux de 19,8 jeunes atteints de TED pour 10000. Cette valeur paraît élevée par rapport au taux de prévalence de 27,3 pour 10000

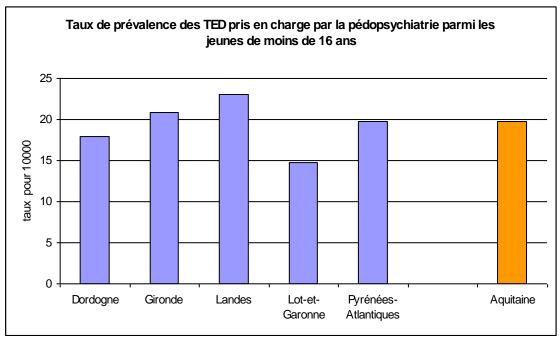
Prise en charge des personnes présentant des TED dans les services psychiatriques en Aquitaine DRASS Aquitaine - CREAHI d'Aquitaine

^{*} Effectif de jeunes de moins de 16 ans pris en charge pédopsychiatrie rapporté à la population totale des moins de 16 ans de la région.

³¹ L'INSERM indique que d'autres études plus récentes font, néanmoins, état de taux de 17 autistes pour 10 000 habitants et 60 pour 10 000 pour les TED.

³² Calculés à partir des estimations localisées de population réalisées par l'INSEE pour 2004. Pour l'Aquitaine, l'effectif des jeunes de moins de 16 ans est de 547 656.

puisqu'il faudra y rajouter les jeunes pris en charge dans le médico-social ou scolarisés en milieu ordinaire sans suivi spécialisé.



Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires - Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Selon le département de prise en charge, des écarts importants apparaissent au niveau des taux observés ³³ : la valeur la plus faible, 13,5 pour 10000 est observée dans le Lot-et-Garonne, la plus élevée dans les Landes, 23 pour 10000.

Ces données seront complétées par les enquêtes complémentaires conduites dans le cadre de l'actualisation du Plan régional sur l'Autisme.

1 6 - L'autonomie

Echelle ADL: 4 niveaux de cotation

N I V	1	Indépendance complète ou modifiée	Complète : le patient est totalement autonome Modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement ou a besoin d'un temps plus long mais acceptable ou le patient fait l'action avec un risque acceptable			
Ē	2	Supervision ou arrangement La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser les activités aucune aide physique à apporter directement au patient				
U X	3	Assistance partielle	Nécessite une aide physique d'une tierce personne pour réaliser même partiellement une activité			
٨	4	Assistance majeure ou totale	Nécessite une aide physique d'une tierce personne pour réaliser la totalité d'une activité			

Le <u>niveau de dépendance</u> des jeunes a été évalué selon l'échelle ADL (Activity daily life). Le score de l'échelle ADL est calculé à partir de 6 items (continence, toilette-habillage, mobilité, alimentation, comportement et communication), cotés chacun de 1 à 4.

A partir de ces variables sont calculés :

- un score de dépendance physique : continence + toilette-habillage + mobilité + alimentation
- un score de dépendance relationnelle : comportement + communication

En matière d'autisme, compte tenu des perturbations des interactions sociales et de la communication, le score relationnel est élevé et varie peu selon les personnes. En revanche,

³³ Voir tableaux détaillés en annexe

le score de dépendance physique est variable : certains autistes n'ont aucune autonomie pour manger, se laver... Ils ont donc un score très élevé et demandent une prise en charge importante de nursing de base ; d'autres au contraire sont complètement autonomes pour ces actes, ce qui les distingue nettement des premiers en terme de besoins. L'enquête s'est donc uniquement intéressée à la prise en compte du **score de dépendance physique.**

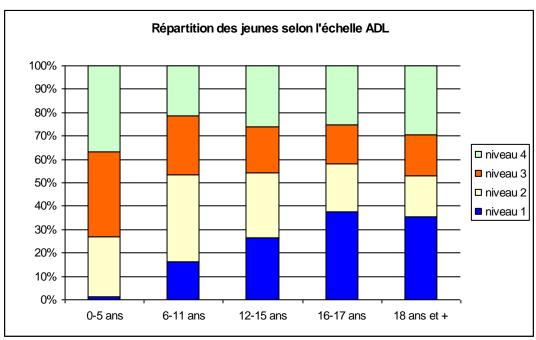
Répartition des jeunes en fonction du niveau de dépendance physique (échelle ADL)³⁴

Repair From des jeunes en fonction du niveau de dépendance physique (échène 200)							
	Effectif	Pourcentage					
1	121	14,9					
Indépendance complète ou modifiée							
2	257	31,5					
Supervision ou arrangement							
3	219	26,9					
Assistance partielle							
4	217	26,7					
Assistance majeure ou totale							
TOTAL	814	100,0					

Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

Une dépendance importante est observée pour plus de la moitié des jeunes : 54% sont cotés 3 ou 4, ce qui implique le besoin d'une assistance partielle ou totale. Il faut néanmoins pondérer ce chiffre en rappelant que la grande majorité des jeunes pour lesquels cette évaluation a été faite sont en hôpital de jour donc, sur le principe, plus lourdement atteints que ceux qui sont suivis en CMP.

Par ailleurs, une amélioration liée à l'avancée en âge peut être constatée : les jeunes cotés 1 sont plus nombreux au détriment de ceux cotés 2. Toutefois, les jeunes relevant des niveaux 3 et 4 ont leurs effectifs relativement stables dès 6 ans : environ 45%.



Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

Prise en charge des personnes présentant des TED dans les services psychiatriques en Aquitaine DRASS Aquitaine - CREAHI d'Aquitaine

³⁴ Cette évaluation n'a pas été faite pour tous les jeunes, certains service ne l'utilisant que pour les jeunes en hospitalisation de jour ou complète : globalement 71,5% d'entre eux en ont fait l'objet (entre 68 et 75% selon la tranche d'âge)

2. Les conditions de prise en charge

2.1 - Cadre de mise en œuvre de la prise en charge

Les principales modalités de prise en charge par les services de psychiatrie ³⁵

CMP (centres médico-psychologiques): unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population.

CATTP (centres d'accueil thérapeutique à temps partiel): ils visent à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe (qui s'appuient entre autres sur la musique, la peinture, l'expression corporelle, le théâtre). Le CATTP propose, généralement, ces activités en séquences d'une demi-journée.

Hôpitaux de jour : ils assurent des soins polyvalents, individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel.

L'hospitalisation à temps complet : Les soins à temps complet s'inscrivent dans un projet thérapeutique précis. Il s'agit d'instaurer un traitement plus intensif et d'utiliser l'effet de séparation qu'implique celui-ci, pour l'enfant ou l'adolescent comme pour la famille.

L'accueil familial thérapeutique: modalité de soins à part entière, il constitue une alternative à des hospitalisations au long cours ou permet une alternance entre famille d'accueil et famille naturelle, qui apporte un étayage nouveau au processus thérapeutique déjà engagé.

Les visites à domicile : selon le projet, elles sont associées ou non à d'autres modalités de soins et sont particulièrement développées pour certains groupes (nourrissons, familles à problèmes multiples). Elles nécessitent la collaboration avec les services sociaux, la PMI...

Cadre de mise en oeuvre de la prise en charge des jeunes avec TED en Aquitaine

	CMP	CATTP	Hospitalisation	Hospitalisation	Autres	Ensemble
			de jour	complète		
0-5 ans	131	62	141		11	320
6-11 ans	146	95	359	3	8	577
12-15 ans	48	24	89	11	19	187
16-17 ans	11	6	13	2	1	33
18 ans et plus	6	6	9	1	3	25
ENSEMBLE	342	193	611	17	42	1142 ³⁶

Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

La majorité des jeunes (53,5%), présentant des troubles envahissants du développement et suivis par la pédopsychiatrie, sont pris en charge en hôpital de jour. Cette modalité est toujours choisie prioritairement au niveau aquitain pour ces jeunes mais compte tenu des caractéristiques de l'offre, elle prend une part variable en fonction de leur âge : 44% des moins de 6 ans en bénéficient, 62% des 6-11 ans, 48% des 12-15 ans et 37% des 16 ans et plus.

Près de 30% des jeunes sont suivis par un CMP, cette modalité de prise en charge est plus souvent mise en œuvre pour les tout jeunes enfants (41% des moins de 6 ans en bénéficient).

³⁵ Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

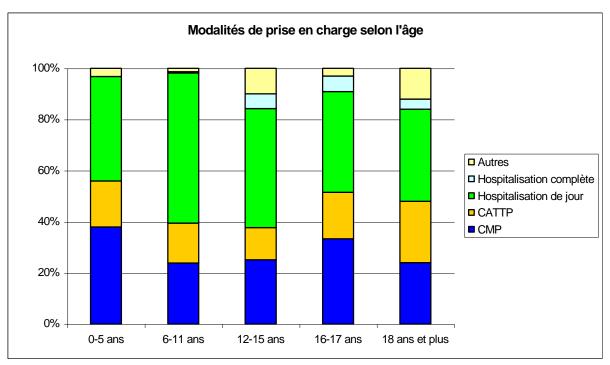
³⁶ Le mode de prise en charge n'a pas été indiqué pour 3 jeunes girondins.

La prise en charge en CATTP concerne 16% des jeunes, le choix de cette forme de suivi varie peu selon l'âge.

L'hospitalisation à temps complet est une réponse à laquelle les praticiens ont très peu recours (seulement 1,5% des jeunes sont concernés), le nombre de places existantes étant de toute façon très limité. Exceptionnelle avant 12 ans, elle est mise en place pour près de 6% des jeunes à partir de cet âge.

Enfin, pour moins de 4% des jeunes d'autres modalités de prise en charge sont retenues. Trois types de prise en charge se dégagent : des consultations spécialisées, en pédiatrie ou en pédopsychiatrie, complémentaires à la prise en charge principale pour 17 enfants, le placement familial thérapeutique pour 7 enfants et les visites à domicile pour 2 enfants seulement. Les autres situations n'ont pas été précisées.

Signalons, par ailleurs, que pour 63 jeunes, deux modalités de prises en charge par la pédopsychiatrie sont mises en place simultanément ³⁷.



Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

Selon les départements ³⁸, des différences sensibles ont pu être mises en évidence :

- l'hôpital de jour n'arrive en première position qu'en Gironde et en Lot-et-Garonne
- la prise en charge en CMP est la modalité de suivi la plus fréquente en Dordogne (55,5%) et dans les Landes (54,5%).
- l'accueil par un CATTP est principalement mis en œuvre dans les Pyrénées-Atlantiques (45,3%) et dans le Lot-et-Garonne (31,7%)
- l'hospitalisation à temps complet concerne quasi-exclusivement la Dordogne, la Gironde et les Pyrénées-Atlantiques

³⁷ Sont concernés 25 enfants parmi les 0-5 ans, 34 parmi les 6-11 ans et 4 parmi les 12-15 ans. En terme de département, il s'agit d'une pratique courante dans les Pyrénées-Atlantiques (39 enfants) et plus rare par ailleurs (8 en Dordogne, 14 en Gironde, 1 en Lot-et-Garonne et 0 dans les Landes)

³⁸ voir tableaux détaillés en annexes

Ces variations sont dues en partie à des pratiques différentes sous-tendues par des choix thérapeutiques mais elles sont aussi la conséquence des caractéristiques et des limites des dispositifs départementaux.

2.2 - Adéquation des prises en charge pédopsychiatriques

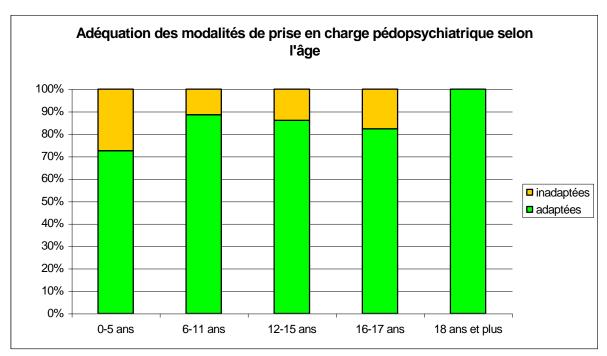
Une évaluation de l'adéquation des conditions de mise en œuvre de la prise en charge pédopsychiatrique a été réalisée par les praticiens concernés. Il s'avère que pour 16% des jeunes, soit près d'un jeune sur 6, les modalités actuelles ne sont pas (ou plus) adaptées à leurs besoins.

Adéquation des modalités de prise en charge pédopsychiatrique et nature des changements nécessaires

	Effectif de	Modal	ités de	Nature des changements nécessaires					
	jeunes	prise p	édopsy	CMP-CATTP vers	Hosp complète	CMP vers	CMP-CATTP- HJ vers		
	suivis	pas ad	aptées	hôpital de jour	vers HJ pour	CATTP	hospitalisat°complète		
		Effec.	%		ados				
0-5 ans	321	88	27,4	81		7	-		
6-11 ans	578	66	11,4	58			8		
12-15 ans	187	26	13,9	15			11		
16-17 ans	34	6	17,6	3	2		1		
18 ans et +	25	-		-					
ENSEMBLE	1145	186	16,2	157	2	7	20		

Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires - Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

C'est surtout avant 6 ans que les modalités de prise en charge pédopsychiatrique sont considérées comme inadaptées : c'est le cas de plus de 27% des enfants. Au-delà de cet âge, cette difficulté est moins fréquente, des inadéquations n'étant plus signalées que pour 12% des jeunes.



Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

Ce sont avant tout les capacités d'accueil en hôpital de jour qui font défaut : **157 places seraient nécessaires** pour y prendre en charge des jeunes actuellement en CMP ou en CATTP.

Dans certains cas, on peut penser que des parents peuvent s'opposer à une telle prise en charge préférant que leur enfant poursuive une scolarité en milieu ordinaire avec le suivi d'un CMP, jugeant la prise en charge en hôpital de jour trop stigmatisante et parfois trop éloignée des lieux de vie habituels de leur enfant. Toutefois, pour ces populations présentant des troubles sévères tels les troubles autistiques, ces réticences parentales sont plutôt rares. Dans une moindre mesure, une augmentation des possibilités d'hospitalisation complète est souhaitée : 20 places sont considérées comme manquantes.

Sur ce point encore, les situations départementales sont très contrastées ³⁹. La Dordogne est, de loin, le département où les inadéquations dans la mise en œuvre de la prise en charge pédopsychiatrique sont les plus nombreuses : 35,3%, suivi par le Lot-et-Garonne. A l'inverse, les difficultés de ce type paraissent plus limitées dans les Pyrénées-Atlantiques où moins de 11% des situations sont jugées inadéquates. Pour les autres départements, les inadéquations sont estimées à 12,8% en Gironde et 17,9% dans les Landes.

Au niveau des besoins mis en exergue, **l'insuffisance des capacités d'accueil en hôpital de jour apparaît partout** mais également en hospitalisation à temps complet pour la Gironde et le Lot-et-Garonne.

Plusieurs médecins ont complété le questionnaire par une note écrite venant apporter des précisions par rapport aux besoins évalués avec, au centre des préoccupations, l'insuffisance des hôpitaux de jour:

- pour le secteur 3 de la Gironde (Bassin d'Arcachon), l'absence totale d'hôpital de jour pour adolescents (12-18 ans) est signalée ce qui constitue un manque préjudiciable pour les enfants de 12-13 ans qui doivent sortir de l'hôpital de jour pour enfants "la chronicité de leur pathologie indique la poursuite de soins psychiatriques dans une structure comme l'hôpital de jour plus adapté à leur âge et plus adéquat à la gravité de leur pathologie".
- le secteur 2 de la Gironde (Pessac-Mérignac) déplore une réduction des moyens de l'hôpital de jour au profit du CATTP: "les besoins ne sont pas toujours couverts et la qualité des soins ne s'est pas améliorée". Ce secteur remarque, par ailleurs, que les enfants suivis seulement en CMP ont bien évolué lorsque ce suivi était accompagné de prises en charges en libéral (psychothérapie et/ou orthophonie).
- l'intersecteur 3 des Pyrénées-Atlantiques (Côte Basque) regrette que le dépistage précoce, qui a été développé, ne puisse par être suivi d'une prise en charge adaptée "la pénurie en moyens thérapeutiques de ce secteur (20 places d'hôpital de jour 10 pour les 2-6 ans et 10 pour les 6-12 ans pour un bassin de 300 000 habitants) explique les retards apportés à la mise en place de soins plus intensifs"

³⁹ voir tableaux détaillés en annexe

2.3 - Les besoins de prise en charge médico-sociale

Outre les inadéquations au niveau des modalités de mise en œuvre de la prise en charge pédopsychiatrique, l'étude a permis de repérer les besoins de ces jeunes en terme de prise en charge médico-sociale.

Nécessité d'une prise en charge médico-sociale selon l'âge

Tranche	Effectif	Nb je	unes	dont conjointement à la prise en charge	dont sans poursuite de la prise en
d'âge	jeunes suivis	conce	ernés	sanitaire	charge sanitaire
		Effec.	%		
0-5 ans	321	49	15,3	44	5
6-11 ans	578	128	22,1	77	51
12-15 ans	187	55	29,4	29	26
16-17 ans	34	6	17,6	4	2
18 ans et +	25	8	30,8	3	5
ENSEMBLE	1142	246	21,5	157	89

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

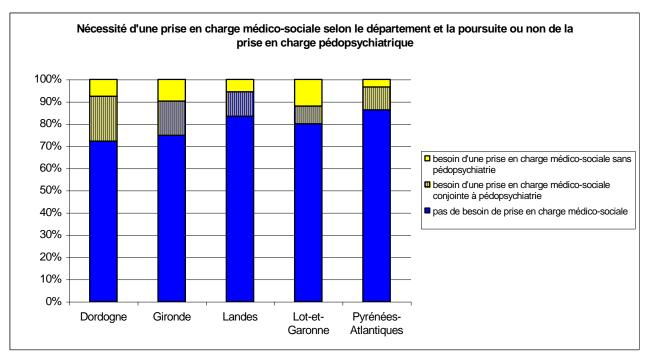
C'est ainsi que, pour près de 22% des jeunes, une prise en charge médico-sociale a été estimée nécessaire ⁴⁰, conjointement à celle mise en œuvre par la pédopsychiatrie pour près des deux tiers (64%) d'entre eux.

Ce besoin est plus rare pour les moins de 6 ans, 15% contre 24% en moyenne au-delà de cet âge, comme le confirme l'intersecteur de la Côte Basque : "Une fois la stabilisation de leurs angoisses psychotiques et autistiques, certains enfants, traités par une approche psychodynamique et des thérapies d'inspiration psychanalytique, présentent un certain degré de déficience intellectuelle. Ils pourraient à partir de 6 ans bénéficier d'une place en IME". Dans la même logique, quand une prise en charge médico-sociale est estimée nécessaire pour les très jeunes enfants, c'est dans la quasi-totalité des cas (90%), conjointement avec la pédopsychiatrie. Après 6 ans, cette configuration n'apparaît que pour 57% des jeunes concernés.

Certains médecins indiquent que les moyens permettant la mise en place des prises en charge conjointes sont trop peu développés. C'est notamment le cas en Gironde. Citons, une nouvelle fois, l'exemple du Bassin d'Arcachon concernant des enfants adressés à un IME: "la modestie de l'équipement sanitaire de l'IME met notre service à contribution dans une coopération qui n'est pas toujours adéquate. Cette coopération ne peut se faire que sur le CMP d'Andernos dont les moyens déjà insuffisants ne permettent pas d'assurer cette nouvelle mission".

D'un département à l'autre, la nécessité de recourir à une prise en charge médico-sociale en complément ou en relais de la prise en charge pédopsychiatrique varie assez sensiblement : 27% des enfants sont concernés en Dordogne, 25% en Gironde, 18% en Lot-et-Garonne, 17% dans les Landes et 14% dans les Pyrénées-Atlantiques.

⁴⁰ Il est parfois précisé que l'orientation vers un établissement médico-social peut être contrainte par l'absence d'hôpital de jour pour adolescents.



Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires - Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

Plus de 40% des 246 orientations, jugées nécessaires vers le médico-social, ont été validées par la CDES ou la COTOREP ⁴¹. Plus le jeune avance en âge, plus ce taux de "validation" par les organismes de décision augmente : 24% pour les moins de 6 ans, 44% pour les 6-11 ans, 48% au-delà.

Pour autant, ceci ne signifie pas que la CDES ait rejeté près de 60% des préconisations d'orientation vers le médico-social faite par la pédopsychiatrie. En effet, pour un certain nombre d'enfants, la pédopsychiatrie a évalué un besoin futur sans avoir encore transmis le dossier à la CDES.

Néanmoins, plusieurs hypothèses peuvent être faites pour éclairer les "taux de validation actuel" de la CDES :

- l'offre de prise en charge pour les enfants avec des troubles envahissants du développement est quasiment inexistante dans le médico-social pour les moins de 6 ans. Aussi, la CDES ne souhaite pas donner une orientation vers des dispositifs tout en sachant qu'il n'y pas d'offre (signalons, toutefois, que la CDES peut confirmer les préconisations faites par le pédopsychiatre sans que les places nécessaires soient disponibles)
- à partir d'un certain âge, la CDES estime que la pédopsychiatrie a joué son rôle et que le médico-social peut être sollicité
- l'ancienneté de la demande auprès de la CDES augmente ses chances de finir par être entérinée

De nouveau, on observe sur cet indicateur des variations importantes en fonction du département ⁴². C'est en Gironde que le taux de validation est le plus élevé : 50% des estimations des besoins réalisés par la pédopsychiatrie. Les autres départements se situent tous en dessous de la moyenne régionale : 40% pour le Lot-et-Garonne, 37,5% pour les Landes, 27% en Dordogne et enfin 19% dans les Pyrénées-Atlantiques.

⁴¹ Un médecin indique que des dossiers ne sont pas parfois transmis à la CDES en raison de l'opposition des parents à une orientation vers le médico-social

⁴² voir tableaux détaillés en annexe

Nature de la prise en charge médico-sociale nécessaire

	IME	SESSAD d'IME	ITEP	SESSAD d'ITEP	Etab pour polyhand	Etab pour adultes	Non précisé	TOTAL	Dont validation CDES ou COTOREP
0-5 ans	27	11	1	3	2		5	49	12
6-11 ans	81	14	11	6	2		14	128	56
12-15 ans	43	-	7	-	-		5	55	24
16-17 ans	2	1	1	-	-	MAS 1	1	6	4
18 ans et +	-	-	-	-	-	MAS 4 - FAM 1 CAT 1 - FO 1	1	8	5
ENSEMBLE	153	26	20	9	4	8	26	246	101

Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires - Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

C'est très majoritairement une orientation vers un IME qui est considérée comme pertinente pour les jeunes présentant des TED et ceci quel que soit l'âge ; elle concerne près des deux tiers (64,3%) des besoins évalués en matière de prise en charge médico-sociale voire même les trois quarts en prenant en compte les jeunes pouvant être orientés vers un "SESSAD d'IME". Or les établissements concernés (le plus souvent IME pour déficients profonds, faute d'IME ou sections spécialisés pour autistes) sont ceux qui comptent le plus de jeunes sous statut d'amendement Creton bloquant donc l'admission des plus jeunes.

La part prise par les autres catégories d'établissements médico-sociaux reste donc restreinte. Pour certains jeunes, une prise en charge en ITEP serait appropriée (une trentaine en comptant les SESSAD d'ITEP) ; l'orientation souhaitée vers un établissement pour jeunes polyhandicapés est très marginale (4 jeunes seulement).

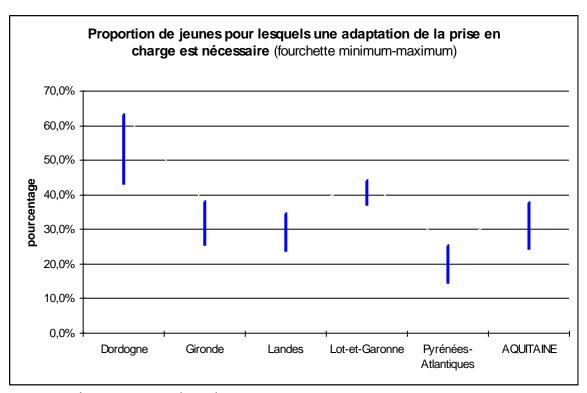
2.4 - Estimation du nombre global de prises en charge inadéquates

L'évaluation précise du nombre de jeunes pour lesquels la prise en charge actuelle devrait être modifiée n'est pas possible.

En effet, il est probable que certains jeunes pour lesquels une prise en charge médico-sociale serait souhaitable conjointement avec le suivi pédopsychiatrique soient également répertoriés parmi ceux dont la modalité de prise en charge pédopsychiatrique devrait être modifiée. En ajoutant les effectifs correspondant à ces 2 situations, on peut estimer une valeur maximale de prises en charge inadéquates mais avec un risque d'avoir des doublons. En revanche, on peut proposer une valeur-plancher de jeunes pour lesquels la prise en charge actuelle nécessiterait des aménagements en prenant en compte, d'une part, ceux pour lesquels il faudrait modifier les modalités de prise en charge pédopsychiatrique et, d'autre part, ceux pour qui une prise en charge médico-sociale sans poursuite de la prise en charge pédopsychiatrique est jugée nécessaire.

Le graphique ci-dessous propose donc une évaluation des prises en charge inadéquates sous la forme d'une fourchette avec :

- une valeur minimale : au niveau régional, elle s'élève à 24% avec une amplitude très importante en fonction du département (14% dans les Pyrénées-Atlantiques, 43% en Dordogne)
- **une valeur maximale** : **37,7%** pour l'Aquitaine avec également une forte amplitude (variant entre 25% dans les Pyrénées-Atlantiques et 63% en Dordogne).



Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

2^{ème} partie

Les adultes atteints d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement pris en charge par les services de psychiatrie générale aquitains

1. Caractéristiques générales

1.1 - Estimation quantitative globale

L'enquête réalisée auprès de l'ensemble des établissements et services de psychiatrie générale publics et privés aquitains a permis de dénombrer 636 personnes âgées de 16 ans et plus suivies en Aquitaine.

Près de 48 % des adultes autistes pris en charge dans le milieu sanitaire le sont par des établissements implantés en Dordogne et 37 % dans des établissements de Gironde, soit une part inférieure à celle des 16 ans et plus de ce département dans l'effectif régional. En ce qui concerne les trois autres départements, et particulièrement les Pyrénées-Atlantiques, les proportions d'autistes sont en deçà de leur poids démographique.

Répartition des adultes repérés par l'enquête en fonction du département de prise en charge

	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	
	(y compris la fond	dation John Bost)	(hors la fondation John Bost)		
Dordogne	304	47,8	43	11,5	
Gironde	233	36,6	233	62,1	
Landes	21	3,3	21	5,6	
Lot-et-Garonne	33	5,2	33	8,8	
Pyrénées-Atlantiques	45	7,1	45	12,0	
AQUITAINE	636	100,0	375	100	

Répartition de la population des 16 ans et plus ⁴³	
13,3	
44,3	
11,4	
10,4	
20,6	
100,0	

Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

1.2- Les établissements d'accueil des adultes autistes

Dans la région, 14 établissements accueillent des adultes autistes : 11 appartiennent au secteur public, 1 au secteur privé participant au service public hospitalier et 2 au secteur privé à but lucratif ⁴⁴. La prise en charge des adultes autistes est majoritairement assurée par le secteur public (53%), le poids des structures privées étant important (47%) en raison de l'implication de 2 établissements : John Bost en Dordogne et le centre de post-cure Argia dans les Pyrénées-Atlantiques.

En Dordogne, 86 % des 304 adultes autistes recensés sont soignés à la Fondation John Bost, établissement participant au service public hospitalier. Les autres sont pris en charge par les centres hospitaliers de Sarlat, Vauclaire et Périqueux.

En Gironde, 14 secteurs psychiatriques se partagent le territoire départemental. Ces secteurs sont rattachés à 3 hôpitaux : le CHS de Cadillac assure la prise en charge de 59% des autistes du département, le CHS Charles Perrens en suit pour sa part 31% et le CH de Libourne 9%.

Dans les Landes, les 21 adultes autistes recensés sont pris en charge par les centres hospitaliers de Mont-de-Marsan et de Dax.

Dans le Lot et Garonne un seul établissement assure la prise en charge d'adultes autistes. Il s'agit du CHD de la Candélie à Agen.

⁴³ Source : Insee, estimations localisées de population 2004

⁴⁴ voir tableau détaillé en annexe

Enfin, dans les Pyrénées-Atlantiques, 78% des adultes autistes sont pris en charge par le centre de post-cure Argia.

1.3- Origine géographique

Prise en charge des adultes autistes selon le département dont ils sont originaires

	Dordogne		Dordogne Gironde		onde	Landes		Lot-et-Garonne		Pyrénées- Atlantiques		Aquitaine	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	
Département d'implantation	78	25,7	223	95,7	19	90,5	30	96,8	32	71,1	382	60,3	
Département limitrophe	72	23,7	1	0,4	2	9,5	1	3,2	6	13,3	82	12,9	
Autre département	154	50,7	9	3,9		0,0		0,0	7	15,6	170	26,8	
ENSEMBLE	304	100,0	233	100,0	21	100,0	31	100,0	45	100,0	634	100,0	

Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

La majorité des adultes autistes suivis dans les établissements aquitains (60 %) sont originaires du département d'implantation. Cette proportion excède 90 % dans les départements du Lot-et-Garonne, de la Gironde et des Landes. Ceci s'avère un peu moins vrai pour les Pyrénées-Atlantiques, puisque 29% des autistes sont originaires d'un autre département. En Dordogne, seulement 26 % des autistes pris en charge sont originaires de ce département, 24 % proviennent d'un département limitrophe et la moitié d'un autre département. La fondation John Bost a effectivement depuis sa création en 1848 une vocation interrégionale voire nationale; toutefois, depuis 1990 le recrutement est redevenu majoritairement régional.

1.4 - Répartition par âge

Comme le rappelle la circulaire de 1992⁴⁵, la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale est fixée à 16 ans. Parmi les autistes accueillis en psychiatrie générale, les 16-17 ans sont les plus faiblement représentés, avec seulement 2,7%, soit une part voisine de celle observée dans la population totale aquitaine (2,9 %). La classe d'âge la plus importante est celle des 25-59 ans avec 72,3% des autistes en Aquitaine. Les 18-24 ans et les 60 ans et plus, représentent respectivement 13,4% et 11,6 %, contre 10,3 % et 29,1 % dans la population générale. Les 60 ans et plus sont faiblement représentés, le diagnostic d'autisme n'ayant pas été porté pour les personnes de cet âge dans leur enfance, bon nombre d'entre elles ne sont pas repérées en tant que telles.

_

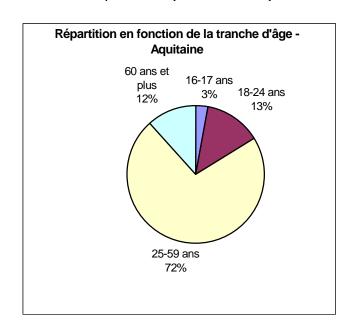
⁴⁵ circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents

Répartition des adultes repérés par l'étude en fonction de l'âge et du département

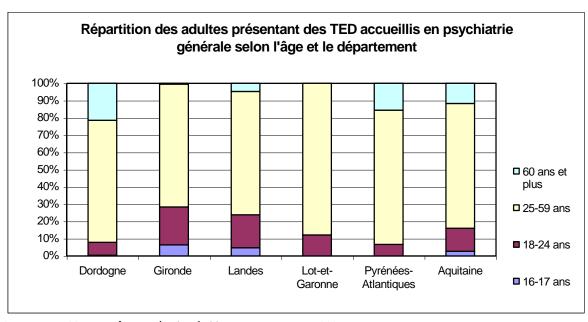
•	Dordogne	Gironde	Landes	Lot-et- Garonne	Pyrénées- Atlantiques	AQUITAINE
16-17 ans	1	15	1	-	-	17
18-24 ans	23	51	4	4	3	85
25-59 ans	215	166	15	29	35	460
60 ans et plus	65	1	1	-	7	74
ENSEMBLE	304	233	21	33	45	636

Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

L'analyse par département révèle des disparités. Ainsi, les 16-17 ans sont essentiellement en Gironde. La part de cette classe d'âge dans les établissements de Gironde est nettement supérieure à celle observée dans la population générale des 16 ans et plus (6,4 % contre 3,1 %). La Gironde est avec les Landes le département dont la part des autistes de moins de 25 ans est la plus forte (28 % et 24 %).



La Dordogne connaît par rapport aux autres départements aquitains une sur-représentation de la classe d'âge des 60 ans et plus avec 21,4% alors que le taux régional s'élève à 11,6%. La présence de la Fondation John Bost dans ce département contribue cette situation. L'établissement accueille de nombreux autistes mais il possède surtout des agréments administratifs (pour une maison de retraite avec cure médicale et une unité de soins de longue durée) lui permettant d'accueillir des résidents sur une longue durée, même âgés.



Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

1.5 - Diagnostic²⁵

Répartition des autistes en fonction du diagnostic selon la CIM 10 26

	Effectif	%
Autisme infantile (dont psychose de la petite enfance, syndrome de Kanner, trouble autistique)	177	27,8
Autisme atypique (dont psychose infantile atypique, retard mental avec caractéristiques autistiques)	66	10,4
Syndrome de Rett	19	3,0
Autre trouble désintégratif de l'enfance (dont psychose désintégrative, psychose symbiotique, syndrome de Heller)	18	2,8
Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés	3	0,5
Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie autistique, trouble schizoïde de l'enfance)	5	0,8
Autres troubles envahissants du développement	241	37,9
Troubles envahissants du développement sans précision	107	16,8
TOTAL Source + DRACC - Enquête quarès des établissemes	636	100,0

16-17 ans	18-24 ans	25-59 ans	60 ans et +
29,4	50,6	27,4	4,1
5,9	5,9	11,3	10,8
11,8	3,5	2,8	1,4
5,9	3,5	2,6	2,7
-	0,0	0,7	-
-	1,2	0,9	-
-	15,3	38,5	68,9
47,1	20,0	16,3	12,2
100,0	100,0	100,0	100,0

Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

Quatre diagnostics sont les plus fréquemment cités : les autres troubles envahissants, l'autisme infantile, les troubles envahissants du développement sans précision et l'autisme atypique.

Les *autres troubles envahissants du développement* concernent des troubles qui n'ont pu être répertoriés parmi les autres diagnostics de la rubrique F84. L'enquête révèle que 38% des adultes en sont atteints.

L'autisme infantile est un trouble envahissant du développement dans lequel un développement anormal ou déficient est observé avant l'âge de trois ans. Les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et du comportement qui est répétitif et lié à des intérêts restreints. L'expression des déficits se modifie avec l'âge mais ils persistent à l'âge adulte. L'autisme peut s'accompagner de niveaux intellectuels très variables, mais il existe un retard intellectuel significatif dans environ 75% des cas. L'autisme infantile est le diagnostic posé pour 28% des personnes en Aquitaine.

Par ailleurs, 17% des adultes sont répertoriés comme présentant des troubles envahissants du développement sans précision. Il s'agit de troubles du développement qu'il est difficile de définir

Enfin, parmi les adultes recensés, une part non négligeable est atteinte d'autisme atypique. Ce diagnostic concerne 10% des personnes. Il se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles ou parce qu'il ne correspond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques requis pour établir le diagnostic d'autisme infantile.

Les autres personnes recensées (soit 7%) se répartissent entre le syndrome de Rett, le syndrome d'Asperger, d'autres troubles désintégratifs de l'enfance ou enfin l'hyperactivité associée à un retard mental. Ces pathologies sont marginales au regard des quatre autres diagnostics précédemment décrits.

-

²⁵ voir en annexe le tableau des correspondances entre la CIM 10, DSM IV et la CFTMEA

²⁶ voir tableau détaillé par département en annexe

L'importance de ces diagnostics varie sensiblement d'un département à l'autre. Ainsi dans trois départements, la Gironde, les Landes et le Lot-et-Garonne le diagnostic d'autisme infantile est le plus fréquent. A contrario, la Dordogne et les Pyrénées-Atlantiques connaissent une sur-représentation des autres troubles envahissants du développement et de troubles envahissants du développement sans précision.

La répartition des diagnostics varie selon la tranche d'âge des personnes. Ainsi, le diagnostic de « troubles envahissants sans précision » pour la tranche d'âge des 17-18 ans et « l'autisme infantile » pour les 18-25 ans sont les plus cités. Par la suite, le diagnostic évolue vers les autres « troubles envahissants du développement » pour les tranches d'âge des 25-59 ans et 60 ans et plus. On constate qu'avec l'âge les autres troubles envahissants du développement prennent de l'importance.

1.6 - Taux de prévalence 27

Le taux de prévalence global des troubles envahissants du développement s'établit à 27,3 pour 10.000 habitants ²⁸ (que l'on peut détailler ainsi : 9 pour 10.000 habitants pour l'autisme infantile, 3 pour 10.000 pour le syndrome d'Asperger et 15,3 pour 10.000 pour les autres TED).

Ces taux de prévalence "théoriques" appliqués à la population aquitaine permettent d'obtenir une estimation globale du nombre de personnes susceptibles d'être atteintes de TED dans notre région.

Des comparaisons peuvent être faites avec les taux calculés sur la base du recensement réalisé dans la psychiatrie générale. Toutefois, ces taux observés ne prennent donc en compte qu'une partie des adultes présentant des TED en Aquitaine, d'autres sont pris en charge dans les établissements médico-sociaux, d'autres encore ne bénéficient pas de suivi spécialisé.

Par ailleurs, le calcul des taux de prévalence suivants a été réalisé sur la population âgée de 16 ans et plus puisque c'est celle qui est principalement concernée par les prises en charge assurées par la psychiatrie générale.

Taux de prévalence des TED pour les 16 ans et plus (pour 10 000 personnes)²⁹

	Valeurs théori	ques INSERM	Valeurs observées en Aquitaine en psychiatrie générale			
	Taux de prévalence	Effectif	Taux de prévalence	Effectif	Taux de prévalence	Effectif
	·		(Y compris John Bost)		(hors Jo	hn Bost)
Autisme infantile	9,0	2252	0,7	177	0,6	161
Syndrome d'Asperger	3,0	750	-	5	-	4
Autres TED	15,3	3828	1,8	454	0,5	210
TOTAL	27,3	6830	2,5	636	1,5	375

Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

Au regard des résultats de l'enquête, le taux des personnes de 16 ans et plus atteintes de troubles envahissants du développement prises en charge en psychiatrie est de 2,5 pour 10 000.

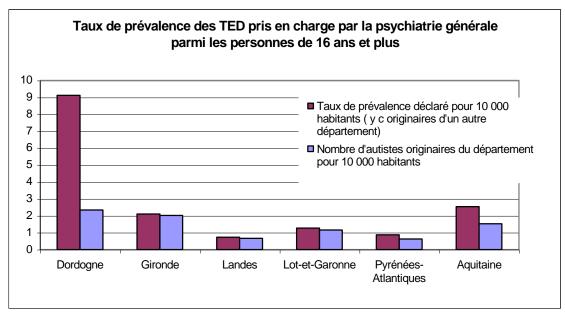
^{*} Effectif de personnes de 16 ans et plus prises en charge psychiatrie générale rapporté à la population totale des 16 ans et plus de la région.

²⁷ voir définition du taux de prévalence et contexte actuel dans la partie "enfants et adolescents"

²⁸ Selon la circulaire du 8 mars 2005, déjà citée.

²⁹ Calculés à partir des estimations localisées de population réalisées par l'INSEE pour 2004. Pour l'Aquitaine, l'effectif des 16 ans et plus est de 2 501 820.

Globalement, les taux de prévalence départementaux varient entre 0,7 à 2,1 pour 10 000 ³⁰ ; toutefois, la Dordogne affiche un taux beaucoup plus élevé de 9,1 pour 10 000. Si l'on ne prend en compte que les autistes pris en charge par John Bost, originaires du département de la Dordogne, le taux de prévalence n'est plus que de 2,3 pour 10 000.



Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

1.7 - L'autonomie

Echelle ADL: 4 niveaux de cotation

	Continue 1.55 - 1 invocate do continue								
Ī	N	1	Indépendance complète ou	Complète : le patient est totalement autonome					
	IN I		modifiée	Modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement ou a besoin d'un					
	1 \/			temps plus long mais acceptable ou le patient fait l'action avec un risque acceptable					
	E 2		Cuponician ou arrangement	La présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser les activités mais il n'y a					
	A		Supervision ou arrangement	aucune aide physique à apporter directement au patient					
	U	2	Assistance partielle	Nécessite une aide physique d'une tierce personne pour réaliser même partiellement une					
	X L	3	Assistance partielle	activité					
	^	4	Assistance majeure ou totale	Nécessite une aide physique d'une tierce personne pour réaliser la totalité d'une activité					

Le <u>niveau de dépendance</u> des adultes a été évalué selon l'échelle ADL (Activity daily life). Le score de l'échelle ADL est calculé à partir de 6 items (continence, toilette-habillage, mobilité, alimentation, comportement et communication), cotés chacun de 1 à 4 (cf. tableau cicontre).

A partir de ces variables sont calculés :

- un score de dépendance physique : continence + toilette-habillage + mobilité + alimentation
- un score de dépendance relationnelle : comportement + communication

En matière d'autisme, compte tenu des perturbations des interactions sociales et de la communication, le score relationnel est élevé et varie peu selon les personnes. En revanche, le score de dépendance physique est variable : certains autistes n'ont aucune autonomie pour manger, se laver... Ils ont donc un score très élevé et demandent une prise en charge importante de nursing de base ; d'autres au contraire sont complètement autonomes pour

³⁰ Voir tableau détaillé en annexe

ces actes, ce qui les distingue nettement des premiers en terme de besoins. L'enquête s'est donc uniquement intéressée à la prise en compte du **score de dépendance physique.**

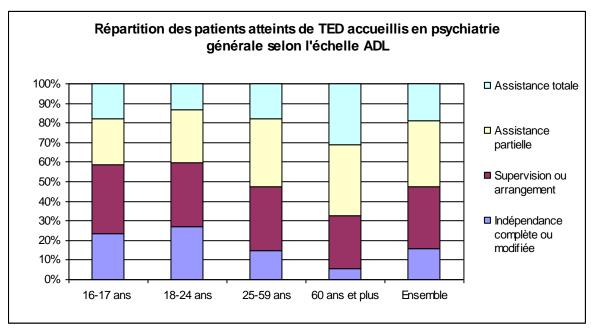
Répartition des autistes accueillis en psychiatrie générale en fonction du niveau de dépendance physique (échelle ADL)

	Effectif	Pourcentage
1	98	15,7
Indépendance complète ou modifiée		
2	199	31,8
Supervision ou arrangement		
3	210	33,5
Assistance partielle		
4	119	19,0
Assistance majeure ou totale		
TOTAL	626	100,0

Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

Peu d'adultes autistes sont déclarés comme possédant une indépendance complète puisque seuls 15,7% se trouvent dans cette situation. A l'inverse, 19% des personnes se situent dans un état de dépendance totale. La majorité des personnes ont besoin d'une assistance ou d'une supervision.

Toutefois, on remarque des disparités départementales. Ainsi, 46% des personnes sont déclarées indépendantes dans les Pyrénées-Atlantiques contre seulement 7% en Dordogne. De même, les personnes nécessitant *"une assistance totale ou partielle"* représentent 35% des effectifs dans les Pyrénées-Atlantiques contre 89% dans le Lot-et-Garonne.



Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

Le niveau de dépendance est stable entre 16 et 59 ans puis augmente fortement pour la tranche d'âge des 60 ans et plus. Ceci est particulièrement net sur les deux premiers niveaux de l'échelle ADL : les 60 ans et plus s'avèrent plus dépendants au regard de l'échelle ADL puisque 67,6% des personnes ont besoin d'une assistance, partielle ou totale, contre seulement 41,1% des 16-17 ans.

Le niveau 2 "supervision et arrangement" de l'échelle se montre très stable sur l'ensemble des tranches d'âge, autour de 31%.

2 - Les conditions de prise en charge

2.1 - Cadre de la mise en œuvre de la prise en charge

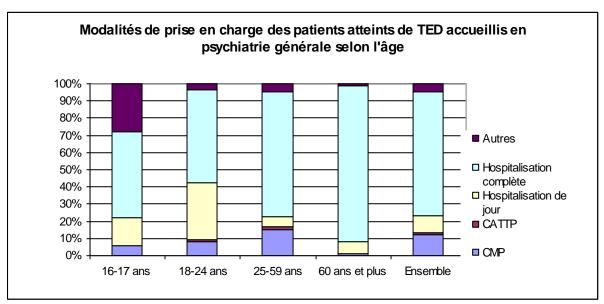
Les modalités de prise en charge par les services de psychiatrie sont précisées dans l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement (voir descriptif de ces différentes modalités dans la partie "enfants et adolescents").

La prise en charge des adultes autistes dans le secteur sanitaire se traduit majoritairement par l'hospitalisation complète (72 % des autistes). Les centres médico-psychologiques constituent le second mode de prise en charge sanitaire (12 %) suivis par l'hospitalisation de jour (10 %). Il n'est quasiment pas recouru aux centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel.

La prise en charge en hôpital de jour concerne les personnes les plus jeunes, ainsi 30% des 16-24 ans sont suivis dans ce type d'établissement.

Le recours à l'hospitalisation complète augmente avec l'âge : elle concerne un peu plus de la moitié des 16-24 ans, 73% des 25-59 ans et 90% des 60 ans et plus.

Plus de la moitié des jeunes adultes (moins de 25 ans) atteints de TED sont donc en hospitalisation complète dès la sortie du suivi en pédopsychiatrie, alors que ce mode de prise en charge ne concernait que très peu d'entre eux auparavant (à peine 5% des 16 ans et plus encore suivis en pédopsychiatrie). Ceci suscite des interrogations sur l'accompagnement sanitaire à proposer à ces jeunes adultes et sur les modalités de transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie générale. Toutefois, sur la seule base de ces données, il est impossible de dire si cette hospitalisation complète correspond à un réel besoin (notamment à une demande de la famille) ou est mis en place faute d'autres réponses disponibles dans la psychiatrie générale ou encore en raison du manque de structures médico-sociales adaptées.



Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

L'analyse des résultats par département ³¹ révèle que l'hospitalisation complète est la prise en charge la plus fréquemment mise en œuvre. Cependant les Pyrénées-Atlantiques se distinguent des autres départements puisque les prises en charge se répartissent à part

³¹ voir tableaux détaillés en annexe

égale en 4 groupes d'égale importance : CMP, hospitalisation de jour, hospitalisation complète, CATTP et autres.

2.2 - Adéquation des prises en charge en psychiatrie générale

Une évaluation de l'adéquation de la prise en charge en psychiatrie générale a été réalisée par les praticiens concernés. Les inadéquations de modalités de prise en charge psychiatrique s'avèrent plutôt marginales. Pour 55 adultes accueillis, soit 9 % des personnes suivies, les modalités actuelles ne sont pas (ou plus) adaptées à leurs besoins et une prise en charge plus "lourde" est considérée comme plus pertinente. Ainsi, les changements nécessaires se partagent entre l'hôpital de jour pour des personnes actuellement suivies en CMP et l'hospitalisation complète pour des personnes accueillies en hôpital de jour.

Adéquation des modalités de prise en charge en psychiatrie générale et nature des changements nécessaires ³²

		Modalités de pr	tés de prise en Nature des changements nécessai				ires	
	Effectif des	es charge en psychiatrie		CMP-CATTP	HIVERS		Non	
	suivies	Effec.	%	vers hôpital de jour		hospitalisation complète	sation complète	précisé
16-17 ans	17	6	35,3	4		2	-	
18-24 ans	85	11	12,9	6		2	3	
25-59 ans	460	33	7,2	10	6	6	11	
60 ans et plus	74	5	6,8			5	-	
ENSEMBLE	636	55	8,6	20	6	15	14	

Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

2.3 - Les besoins de prise en charge médico-sociale

Outre les inadéquations au niveau des modalités de mise en œuvre de la prise en charge en psychiatrie générale, l'étude révèle de gros besoins de prise en charge médico-sociale. Ainsi, 290 autistes suivis en psychiatrie générale dans la région devraient bénéficier d'un changement de prise en charge et être suivis dans le secteur médico-social, soit 46 % des personnes suivies. Cette proportion de prise en charge inadéquate s'avère très élevée et révèle le manque de prise en charge adaptée pour les autistes de la région.

Nécessité d'une prise en charge médico-sociale selon l'âge 33

Tranche d'âge	Effectif adultes suivis	Nb d'adultes concernés		dont conjointement à la prise en charge sanitaire	dont sans poursuite de la prise en charge sanitaire
		Effec. %			
16-17 ans	17	5	29,4	4	1
18-24 ans	85	36	42,4	18	13
25-59 ans	460	228	49,6	139	53
60 ans et +	74	21 28,4		20	1
ENSEMBLE	636	290	45,6	181	68

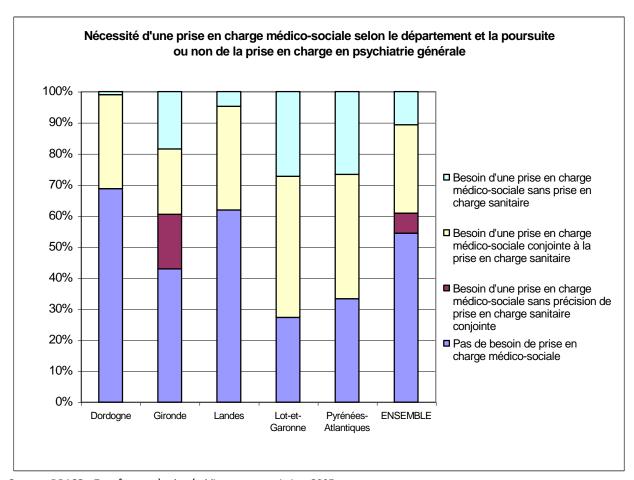
Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

³² voir tableaux détaillés par département en annexe

³³ voir tableau détaillé par département en annexe

Les besoins de prises en charge médico-sociales sont souvent envisagés avec la poursuite de l'accompagnement sanitaire. Ainsi, pour 181 personnes nécessitant une prise en charge médico-sociale, un accompagnement sanitaire est requis (soit 73% de l'ensemble de celles devant être réorientées vers le médico-social). Cela met en évidence la nécessité d'une prise en charge globale pour les publics atteints d'autisme ou de troubles apparentés et explique que les établissements médico-sociaux susceptibles de les accueillir doivent être, pour une très large majorité, médicalisés.

L'examen des besoins de prise en charge selon la tranche d'âge montre un besoin de prise en charge par une structure médico-sociale plus important pour les personnes âgées de 25 à 59 ans. Ainsi, près de la moitié des personnes de cette tranche d'âge recensées par l'enquête ont besoin d'une place dans le secteur médico-social. S'agissant des personnes de plus de 60 ans, 28,4% d'entre elles auraient besoin d'une réorientation vers le médico-social.



Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

La part des autistes suivis en psychiatrie générale et nécessitant un suivi médico-social varie sensiblement d'un département à l'autre : la Dordogne et les Landes affichent des besoins plus faibles, respectivement 31 % et 38 % par rapport aux trois autres départements.

Environ 55 % des projets d'orientation vers une structure médico-sociale sont entérinés par la COTOREP (159 sur 290). Néanmoins, les établissements mentionnent souvent qu'ils ignorent si le projet de la personne autiste a reçu un accord de la COTOREP. Il semble donc qu'il existe un manque d'information entre les établissements et cet organisme ; gageons qu'avec la mise en place de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et l'élaboration du projet de vie de la personne handicapée cette situation s'améliorera. En

Dordogne, 83 % des projets ont été entérinés, 53 % en Gironde, tandis que dans les autres départements, ces taux sont quasiment nuls.

Nature de la prise en charge médico-sociale nécessaire

					,	,	,
	ESAT (CAT)	FO	FAM	MAS	Non précisé	TOTAL	dont validation CDES ou COTOREP
16-17 ans	1	-	2	3	2	8	2
18-24 ans	5	10	13	6	2	36	9
25-59 ans	14	26	61	117	13	231	137
60 ans et +	3	4	12	1	1	21	11
ENSEMBLE	23	40	88	127	18	296	159

Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

Les besoins en structures médico-sociales ont trait à quatre types de structures (cf. encadré ci-dessous), les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les foyers occupationnels (FO), les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS).

L'essentiel des besoins exprimés se porte sur les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés. A eux seuls, ces deux types d'établissement rassemblent 73% des besoins : 43% des besoins de places sont en MAS et 30% en FAM. Ces deux catégories de structures médico-sociales sont destinées à des personnes lourdement handicapées et ayant besoin d'un suivi médical. Pour 13,5% des adultes suivis, une prise en charge dans un foyer occupationnel serait plus appropriée. Seuls 8 % des besoins d'orientation sont exprimés en direction des ESAT. Les Pyrénées-Atlantiques présentent la particularité d'exprimer 50% de leurs besoins en structures médico-sociales en foyer occupationnel et 40% en ESAT.

Une enquête récente de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) ³⁴ indique que 5 500 places des structures médico-sociales sont occupées par des personnes atteintes d'autisme ou de syndromes apparentés (soit 2,7% de la capacité d'accueil). Pour les trois quarts, elles sont accueillis dans les établissements pour personnes handicapées sans capacité de travail (ce que tendent à corroborer les résultats de l'enquête en Aquitaine). En outre, la DREES montre que les adultes autistes présentent une autonomie plus restreinte que le reste des adultes handicapés.

- ✓ Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT): il s'agit d'une structure de travail adapté dans laquelle les personnes handicapées exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées et bénéficient d'un soutien médico-psychologique et psycho-éducatif. Il a pour finalité l'autonomie et l'épanouissement de ces personnes par le travail.
- ✓ **Foyer Occupationnel** (FO): ce type d'établissement est réservé à des personnes gravement handicapées qui disposent d'une certaine autonomie mais ne sont pas aptes à exercer un travail productif.
- ✓ Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM): cet établissement reçoit des personnes handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés dont la dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité professionnelle et rend nécessaires l'assistance d'une tierce personne ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants.
- ✓ Maison d'accueil Spécialisée (MAS): cette structure accueille des personnes handicapées qu'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave ou une association de handicaps intellectuels, moteurs ou sensoriels rendent incapables de se suffire à elles-mêmes dans les actes essentiels de l'existence et tributaires d'une surveillance médicale ainsi que de soins constants.

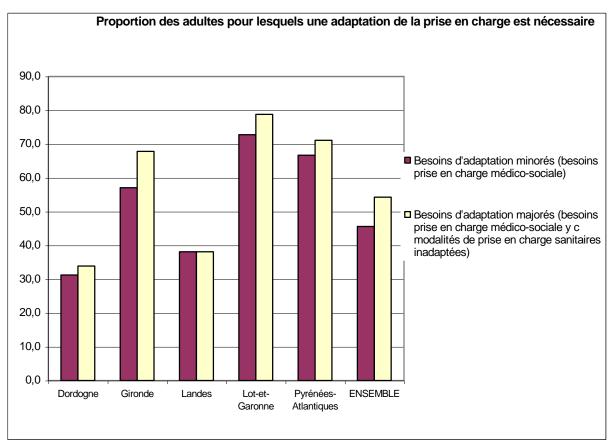
³⁴ Les adultes souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge dans les établissements médicosociaux.- *DREES, Etudes et résultats n°397, avril 2005*

2.4 - Estimation du nombre global de prises en charge inadéquates

L'évaluation précise du nombre d'adultes pour lesquels la prise en charge actuelle devrait être modifiée n'est pas possible.

Il est probable, en effet, que certains adultes pour lesquels une prise en charge médicosociale serait souhaitable conjointement avec le suivi en psychiatrie générale soient également répertoriés parmi ceux dont la modalité de prise en charge en psychiatrie générale devrait être modifiée. En ajoutant les effectifs correspondant à ces 2 situations, on peut estimer une valeur maximale de prises en charge inadéquates mais avec un risque d'avoir des doublons.

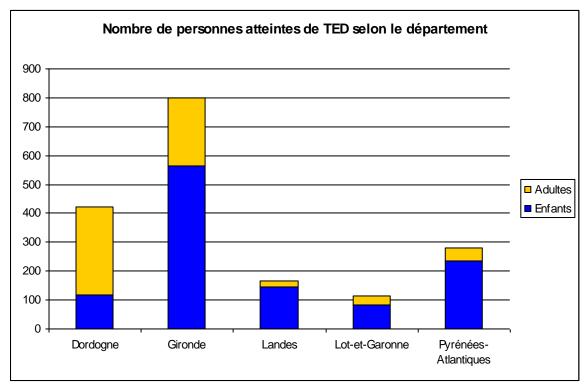
En revanche, on peut proposer une valeur-plancher de personnes pour lesquelles la prise en charge actuelle nécessiterait des aménagements en prenant en compte celles qui ont besoin d'une prise en charge médico-sociale avec ou sans nécessité de poursuite de la prise en charge en psychiatrie générale. La valeur maximale de l'évaluation correspond au total des besoins médico-sociaux exprimé auxquels on rajoute les inadéquations des modalités de prise en charge en psychiatrie générale.



Source : DRASS - Enquête auprès des établissements sanitaires 2005

Conclusion

L'enquête réalisée en 2005 auprès de l'ensemble des établissements et services de psychiatrie publics et privés aquitains pour enfants, adolescents et adultes a permis d'y dénombrer **1782 personnes présentant des troubles envahissants du développement** (1146 dans le secteur enfants et 636 dans le secteur adultes).



Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires - Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

Les personnes atteintes de TED bénéficiant d'une prise en charge psychiatrique selon l'âge et le département

orient age of the map in terminal										
	Nb de personnes de moins de 16 ans	Taux * (/ population de moins de 16 ans)	Nombre de personnes de 16 ans et plus	Taux * (/ population de 16 ans et plus)	Taux * global de personnes avec TED suivis par la psychiatrie					
Dordogne	116	17,9	307	9,2	10,6					
Gironde	527	20,8	271	2,4	5,9					
Landes	142	23,0	24	0,8	4,8					
Lot-et-Garonne	82	14,8	33	1,3	3,6					
Pyrénées-										
Atlantiques	220	19,8	60	1,2	4,5					
AQUITAINE	1087	19,8	695	2,8	5,8					

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Les patients de moins de 16 ans atteints de TED et suivis par la psychiatrie représentent au niveau régional près de **20 habitants** de cette tranche d'âge **sur 10 000** (valeur minimale : Lot-et-Garonne avec 15 pour 10 000, valeur maximale : Landes avec 23 pour 10 000). Ces taux sont très inférieurs à ceux que l'on peut observer pour la population adulte, avec une moyenne régionale inférieure à **3 pour 10 000** ; la Dordogne se distingue avec un taux nettement plus élevé, 9 pour 10 000, en raison du très grand nombre de places offertes par John Bost, attirant des personnes originaires de toute la France.

^{*} pour 10 000 personnes

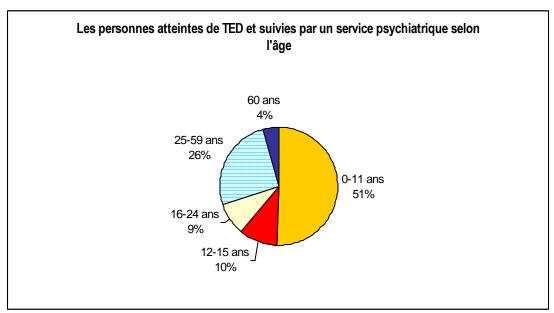
Cette différence importante entre les moins de 16 ans et les adultes peut être due à plusieurs facteurs ; il est possible, notamment, que les personnes de plus de 16 ans soient plus fréquemment prises en charge dans le médico-social (ce que nous vérifierons avec le second volet de cette étude). Toutefois, l'hypothèse la plus vraisemblable est que le diagnostic d'autisme a été moins souvent prononcé pour ces adultes car, au moment où les premiers symptômes de la maladie sont apparus pour ces personnes, il y a parfois plusieurs dizaines d'années, les connaissances sur l'autisme et la formation des praticiens en la matière étaient beaucoup moins avancées qu'à l'heure actuelle. Il est donc probable que le nombre d'adultes atteints de troubles du développement ait été sous-estimé dans ce recensement.

□ Les personnes présentant des TED sont **généralement prises en charge dans leur département d'origine**. La Dordogne constitue une exception ; en effet, comme on vient de rappeler, la Fondation John Bost, maison de santé mentale privée accueille 85% des adultes recensés dans ce département dont les trois quarts d'entre eux n'en sont pas originaires.

□ La moitié des personnes ainsi repérées ont moins de 12 ans, ce qui montre l'investissement important de la pédopsychiatrie vis-à-vis de ce jeune public, notamment dans l'établissement du diagnostic et dans la mise en œuvre des premières prises en charge. Par ailleurs, si à partir de 16 ans les patients peuvent faire appel aux services de psychiatrie générale, notons que les deux tiers des jeunes de 16-17 ans sont suivis par la pédopsychiatrie.

Quelques particularités apparaissent selon les départements, principalement en ce qui concerne la population infanto-juvénile :

- <u>Dordogne</u>: forte proportion de très jeunes enfants (moins de 6 ans) et de personnes de plus de 60 ans (88% de l'effectif repéré dans cette tranche au niveau régional)
- <u>Gironde</u>: département où les 16-24 ans sont les plus représentés, en raison notamment de la présence d'hôpitaux de jour pour grands adolescents, ce qui n'est pas le cas de tous les départements aquitains
- *Landes* : forte proportion d'enfants âgés de 6 à 11 ans
- <u>Lot-et-Garonne</u>: quasi-absence des 12-18 ans (liée à l'absence d'hôpitaux de jour pour adolescents)
- Pyrénées-Atlantiques : ce département se situe globalement dans la moyenne.



Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires - Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

□ Le diagnostic a été recueilli à l'aide de la CIM 10 – rubrique F84 Troubles envahissants du développement. Près de 27% des personnes recensées présentent un autisme infantile (c'est-à-dire la forme la plus "sévère" des troubles envahissants du développement recouvrant la psychose de la petite enfance et le syndrome de Kanner). Par ailleurs, un pourcentage non négligeable (12%) est atteint d'autisme atypique (dont psychose infantile atypique et retard mental avec caractéristiques infantiles).

La difficulté à poser un diagnostic relatif au syndrome autistique est mise en évidence à travers la fréquence de deux modalités de réponses :

- "autres troubles envahissants du développement" qui apparaît pour 28% des situations et qui montre qu'aucun des autres diagnostics répertoriés dans la rubrique F84 n'était considéré comme satisfaisant (remarquons que plus l'âge avance plus ce diagnostic prend de l'importance)
- "troubles envahissants du développement sans précision" qui concerne 19% des patients recensés et pour lesquels probablement le diagnostic n'a pas pu (ou n'a pas encore été) affiné.

Enfin signalons que des syndromes plus spécifiques comme ceux de Rett ou d'Asperger représentent chacun 4% des diagnostics relevés dans cette enquête.

L'évaluation de l'autonomie des personnes recensées a été réalisée à l'aide de l'échelle ADL (Activity daily life). L'enquête s'est uniquement intéressée au **score de dépendance physique** (continence + toilette-habillage + mobilité + alimentation), celui de dépendance relationnelle (comportement + communication) étant par définition élevé pour des personnes atteintes de TED donc peu discriminant.

Répartition des personnes, enfants et adultes, en fonction du niveau de dépendance physique (échelle ADL)

physique (echene Abe)		
	Effectif	Pourcentage
1	219	15,2
Indépendance complète ou modifiée		
2	356	24,7
Supervision ou arrangement		
3	429	29,8
Assistance partielle		
4	436	30,3
Assistance majeure ou totale		
TOTAL	1440	100,0

Source : Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation : CREAHI d'Aquitaine

Environ 15% des personnes sont considérées comme autonomes³⁵, avec une "*indépendance complète ou modifiée*" en ce qui concerne les actes élémentaires de la vie quotidienne (probablement moins si on croise cette donnée avec celles relatives à la communication et au comportement). Ce pourcentage augmente avec l'âge, jusqu'à environ 18 ans, puis décroît ensuite progressivement.

³⁵ Voir le Plan Autisme 2005-2007, "à l'âge adulte, 5 à 15% des personnes atteintes d'autisme deviennent autonomes" (selon les travaux de N. BODDAERT et M. ZILBOVICIUS)

□ Les services de psychiatrie disposent de plusieurs modalités de prise en charge qui sont mises en œuvre en fonction des besoins de la personne, de l'offre départementale et de la disponibilité de cette offre.

Répartition des patients atteints de TED en fonction des modalités de prise en charge (en %)

	Services de pédopsychiatrie	Services de psychiatrie générale
CMP (Centre médico-psychologique)	29,9	12,1
CATTP (Centre d'accueil thérapeutique	16,9	1,4
à temps partiel)		
Hôpital de jour	53,5	9,9
Hospitalisation complète	1,5	71,7
Autres	3,7	4,8

Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires – Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

NB : Pour les enfants, la somme des pourcentages est supérieure à 100% car plusieurs modalités de prise en charge peuvent être mises en œuvre simultanément.

L'hôpital de jour est le mode de prise charge privilégié pour les enfants, surtout pour ceux âgés de 6-11 ans ; à partir de 12 ans, l'accueil en hôpital de jour diminue, l'équipement pour des adolescents étant nettement plus restreint. Des différences importantes existent entre département ; ainsi, 55% des enfants de Dordogne et des Landes sont suivis par un CMP (pour une moyenne régionale de 30%).

Pour les adultes, c'est l'hospitalisation complète qui est retenue en priorité, elle concerne 72% de cette population. Au-delà de 18-20 ans, les autres modes de prise en charge semblent donc considérés comme moins adaptés, notamment parce qu'ils exigent une forte implication de la famille, qui n'est pas toujours facile à maintenir dans la durée, ainsi qu'une meilleure acceptation de l'environnement.

□ Les modalités actuelles du suivi assuré par la psychiatrie sont considérées comme inadaptées pour 16% des enfants (soit 186 d'entre eux) et 9% des adultes (soit 55 personnes). Pour les jeunes, cette inadéquation est plus marquée en Lot-et-Garonne où 26% sont concernés et surtout en Dordogne, 35%. En ce qui concerne les adultes, les Pyrénées-Atlantiques sont les plus touchées avec 44% de prises en charge insatisfaisantes. Dans tous les cas, c'est d'une prise en charge plus lourde dont auraient besoin les personnes concernées.

Pour les jeunes, ce sont principalement des places en hôpital de jour qui semblent manquer : 159 places au total, réparties entre 139 pour les moins de 12 ans et 20 pour les 12 ans et plus (et ceci ne concerne que les autistes !). Par ailleurs, les possibilités d'hospitalisation complète, à l'heure actuelle quasiment inexistantes, mériteraient d'être développées : un manque de 20 places est constaté et ce, dès 6 ans.

Notons que les besoins quantitatifs en hôpital de jour, notamment pour les adolescents, ne semblent pas avoir été entièrement mis en exergue. Les écrits complémentaires à l'enquête produits par certains médecins, notamment de Gironde et des Pyrénées-Atlantiques, font état de manques très préoccupants qui ne se retrouvent pas toujours traduits en chiffre.

Par ailleurs, la pédopsychiatrie du Lot-et-Garonne, qui n'a pas d'hôpital de jour pour adolescents, suit seulement 4 jeunes avec des TED de 12 ans et plus ³⁵ sans que l'on sache quelles réponses sont apportées aux autres jeunes adolescents du département : prise en charge dans le médico-social (l'enquête en cours dans ce secteur permettra de le dire), réorientation dans un autre département ou retour dans la famille sans prise en charge...

Pour les adultes, 20 places en hôpital de jour et autant en hospitalisation complète manqueraient pour mieux adapter la prise en charge.

³⁵ soit 5% des effectifs dans cette tranche d'âge pour une moyenne régionale de 21%

□ Outre les inadéquations concernant les modalités de la prise en charge psychiatrique, l'étude a permis de mettre en évidence les besoins de réorientation vers le secteur médico-social. Ces besoins concerneraient 22% des jeunes (soit 246 personnes) et 46% des adultes (soit 290 personnes). Pour les adultes, des besoins très variables sont observés selon les départements ; ils sont nettement plus importants que la moyenne régionale dans le Lot-et-Garonne (73%), dans les Pyrénées-Atlantiques (67%) et en Gironde (57%). La plupart du temps, la poursuite d'une prise en charge sanitaire, conjointement à la prise en charge médico-sociale, est jugée nécessaire (c'est le cas pour 67% des enfants et 73% des adultes).

Nature des réorientations dans le médico-social préconisées pour des personnes atteintes de TED et actuellement suivies en psychiatrie

Structure pour enfants et adolescents	effectif
IME	153
SESSAD d'IME	26
ITEP	20
SESSAD d'ITEP	9
Etablissement pour polyhandicapés	4
Non précisé	26
TOTAL	238

Structures pour adultes	effectif
ESAT (CAT)	24
Foyer occupationnel	41
FAM	89
MAS	132
Non précisé	18
TOTAL	304

Source: Enquête DRASS 2005 auprès des établissements sanitaires - Exploitation: CREAHI d'Aquitaine

<u>Attention</u>: sur les 246 jeunes suivis par la pédopsychiatrie et pour lesquels une prise en charge médico-sociale est préconisée, 8 devraient être orientés vers le secteur adultes. Il en reste donc 238 en attente d'une orientation vers le secteur enfance. Par ailleurs, pour 6 des 290 adultes en attente d'une orientation vers le médico-social, des préconisations pour deux types de structures différentes ont été faites. Nous les avons conservées dans le tableau.

Pour les enfants, le besoin de places en IME conçu et organisé pour l'accueil de jeunes autistes **est très important** : 153 places. On peut constater que ce chiffre est quasiment équivalent à celui des places manquantes en hôpital de jour (159) et en déduire (même s'il faudra peut-être nuancer cette assertion) que si les enfants accueillis en hôpital de jour et en attente de places d'IME voyaient leur orientation mise en œuvre, le problème de déficit de places en hôpital de jour s'en trouverait réglé.

Pour les adultes, près des trois quarts des besoins sont concentrés sur les MAS (132 places nécessaires) et les FAM (89 places).

□ En définitive, les prises en charge assurées actuellement par la psychiatrie au bénéfice des personnes atteintes de TED ont été jugées, en partie, insatisfaisantes, soit en raison de modalités d'accompagnement inadéquates, soit parce qu'une prise en charge médico-sociale, en complément ou en relais du suivi psychiatrique, a été estimée nécessaire.

Il est possible d'exprimer sous forme de fourchette le pourcentage de personnes concernées par l'un et/ou l'autre de ces problèmes :

- 24 à 38% des jeunes atteints de TED et suivis par la pédopsychiatrie en Aquitaine seraient concernés (avec des situations départementales assez contrastées : entre 43 et 63% de situations insatisfaisantes en Dordogne, entre 14 et 25% dans les Pyrénées-Atlantiques)
- **46 à 54% des adultes** atteints de TED et suivis par un service de psychiatrie générale en Aquitaine seraient concernés (avec également de forts écarts entre départements : entre 72 et 78% pour le Lot-et-Garonne, entre 31 et 35% pour la Dordogne).

L'enquête en cours de réalisation dans le secteur médico-social permettra de compléter ces données, de mettre en évidence l'articulation avec le sanitaire et d'avoir une vision globale sur les réponses apportées aux personnes atteintes de troubles envahissants du développement en Aquitaine.

Bibliographie

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

Plan régional sur l'Autisme Aquitaine, Ministère du travail et des affaires sociales, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, mars 1997, 22 pages + annexes

Circulaire AS/EN n°95-12 du 27 avril 1995 relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique

Circulaire DGAS/DGS/DHOS/3C/2005/124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement

La situation des personnes autistes en France : besoins et perspectives. Rapport CHOSSY, septembre 2003

http://www.handicap.gouv.fr/point_presse/rapports/chossy/sommaire.htm

Plan autisme 2005-2006

www.handicap.gouv.fr/point_presse/doss_pr/autisme2005/sommaire.htm

Autisme et troubles envahissants du développement *in Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent.-* Les éditions de l'INSERM, 2002

MISES R. et QUEMADA N. (dir.), 2000.- Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R2000, Classification internationale des maladies CIM10 - Chapitre V - troubles mentaux et du comportement, Editions du CTNERHI. 103 p

Annexes

Etablissements enquêtés en Aquitaine	39
Questionnaire Psychiatrie infanto-juvénile portant sur la file active 2004	40
Questionnaire Psychiatrie générale portant sur la file active 2004	42
Tableau de correspondance entre classifications	44
Les établissements sanitaires d'accueil pour adultes présentant des TED	45
Répartition en fonction du diagnostic selon le département	46
Taux de prévalence des troubles envahissants du développement	47
Cadre de la prise en charge dans la pédopsychiatrie (en effectif)	49
Cadre de la prise en charge dans la pédopsychiatrie (en %)	50
Cadre de la prise en charge dans la psychiatrie générale (en effectif)	51
Cadre de la prise en charge dans la psychiatrie générale (en %)	52
Adéquation des modalités de prise en charge pédopsychiatrique	53
Adéquation des modalités de prise en charge en psychiatrie générale	54
Besoin d'une prise en charge médico-sociale pour les jeunes suivis par la pédopsychiatrie	55
Besoin d'une prise en charge médico-sociale pour les adultes suivis par la psychiatrie générale	57

Etablissements enquêtés en Aquitaine

	Etablissements publics	Etablissements privés		
Dordogne	CH de Périgueux Secteurs de psychiatrie générale : 24G04 et 24G07 Secteur de pédopsychiatrie : 24I02 CH de Sarlat Secteur de psychiatrie générale : 24G05 CHS Montpon Ménestérol Secteurs de psychiatrie générale : 24G01, 24G02 et 24G03 Secteur de pédopsychiatrie : 24I01	Fondation John Bost		
Gironde	CHS Charles Perrens Secteurs de psychiatrie générale : 33G01, 33G02, 33G03, 33G05, 33G06, 33G08 Secteurs de pédopsychiatrie : 33I01, 33I02, 33I03, 33I04 CHS Cadillac Secteurs de psychiatrie générale : 33G10, 33G11, 33G12, 33G13, 33G14, 33G15 Secteurs de pédopsychiatrie : 33I05, 33I06 CH Robert Boulin Secteurs de psychiatrie générale : 33G16, 33G17 Secteur de pédopsychiatrie : 33I07 Hôpital des armées Robert Piqué	Hôpital de jour du Parc Hôpital de jour L'Oiseau-Lyre Hôpital de jour Les Platanes Hôpital de jour Sté d'Hygiène Mentale d'Aquitaine Hôpital de jour MGEN Clinique Anouste Clinique Béthanie Maison de santé La Charmille Maison de santé Les Pins Centre de post-cure Passerelle Centre de post-cure Montalier Centre de post-cure de la Tour de Gassies Centre de post-cure Horizon 33		
Landes Lot-et-Garonne	CH Mont-de-Marsan Secteurs de psychiatrie générale : 40G01, 40G02, 40G03 Secteur de pédopsychiatrie : 40I01 CH de Dax Secteur de psychiatrie générale : 40G04 Secteur de pédopsychiatrie : 40I02 CHD La Candélie Secteurs de psychiatrie générale : 47G01, 47G02, 47G03, 47G04, 47G05 Secteur de pédopsychiatrie : 47I01, 47I02	Clinique Maylis Clinique J. Sarrailh		
Pyrénées- Atlantiques	CH Agen CH des Pyrénées Secteurs de psychiatrie générale : 64G01, 64G02, Secteur de pédopsychiatrie : 64I01, 64I02 CHIC Côte Basque Secteurs de psychiatrie générale : 64G06, 64G07, 64G08 Secteur de pédopsychiatrie : 64I03	Clinique Cantegrit Clinique d'Amade Clinique Beau Site Clinique Château Préville Centre de Post-cure Argia Maison de santé mentale Mirambeau		

Questionnaire Psychiatrie infanto-juvénile portant sur la file active 2004					
Nom Etablissement : N° du secteur : Nom de la personne ayant rempli ce questionnaire	n° FINESS : Nom du service (s'il y a lieu) : :				

- 1 Nombre total de jeunes présentant des troubles envahissants du développement, des troubles autistiques ou apparentés au sens de la CIM 10 (voir ci-contre) :
- 2 Répartition de ces jeunes en fonction de leur origine géographique

(indiquer l'effectif global dans chacune des cases correspondantes):

Département d'implantation	Départements limitrophes	Autres départements				

3 - Indiquez en fonction de leur année de naissance le nombre de jeunes et leur répartition selon le diagnostic et le niveau de dépendance

Année de naissance	Effectif total		(selon la CIN	/ 10 – F8	Echelle Activity daily life (reportez-vous au cadre ci-contre)								
		1	2	3	4	5	6	7	8	1 2	3	4	
1999-2004													
1993-1998													
1989-1992													
1987-1988													
1986 ou avant													

CIM 10 - Classification internationale des maladies

Les troubles envahissants du développement - F84

- 1 Autisme infantile (dont psychose de la petite enfance, syndrome de Kanner, trouble autistique)
- 2- Autisme atypique (dont psychose infantile atypique, retard mental avec caractéristiques autistiques)
- 3 Syndrome de Rett
- 4 Autre trouble désintégratif de l'enfance

(dont psychose désintégrative, psychose symbiotique, syndrome de Heller)

- 5 Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés
- 6 Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie autistique, trouble schizoïde de l'enfance)
- 7 Autres troubles envahissants du développement

Echelle ADL: 4 niveaux de cotation

N	1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
V	2	Supervision ou	Présence
Ε		arrangement	d'un tiers
Α	3	Assistance partielle	Contact
U	4	Assistance totale	d'un tiers
Χ			

4 - Cadre et adéquation de la prise en charge mise en oeuvre par la pédopsychiatrie

Année de naissance	Cadre de la prise en charge Indiquez le nombre de jeunes concernés dans les cases correspondantes								en charge est-elle ee (5) ?	Si non, nombre de jeunes pour lesquels les modalités de prise	Quel mode de prise en charge sanitaire serait plus approprié ? Indiquez s'il y a lieu le nombre de jeunes concernés dans les cases correspondantes				
	CMP	CATTP	HJ (1)	HC (2)	Autres	à préciser (3)	dont prise en charge médico- sociale conjointe (4)	Oui Nb de jeunes	Non Nb de jeunes	en charge pédopsychiatrique actuelle ne sont pas adaptées?	CMP/CATTP vers HJ	CMP/CATTP vers HC	HJ vers HC	Autres cas de figure en clair	
1999-2004															
1993-1998															
1989-1992															
1987-1988															
1986 ou avant															

- (1) Hospitalisation de jour
- (2) Hospitalisation complète
- (3) Indiquez en clair, s'il y a lieu, les autres modalités de prise en charge sans détailler en fonction de l'année de naissance
- (4) Prise en charge mise en œuvre simultanément à celle de la pédo-psychiatrie par un établissement ou service médico-social
 (5) Prise en charge dans sa globalité (prendre en compte les modalités de prise en charge et une éventuelle prise en charge médico-sociale, existante ou à mettre en oeuvre)

5 - Nécessité d'une prise en charge médico-sociale

	Nombre de jeunes pou en charge médico-soc		Si une prise en charge médico-sociale est nécessaire, dans quel type de structure ? Indiquez le nombre de jeunes concernés dans la colonne correspondante									Nombre de projets d'orientation entérinés par la CDES ?
	Conjointement à la prise en charge sanitaire	Sans poursuite de prise en charge sanitaire	IME	SESSAD d'IME	ITEP (ex IR)	SESSAD d'ITEP	Étab. pour polyhandicapés	Etab éducation auditive	Etab éducation visuelle	Autres	à préciser	
1999-2004												
1993-1998												
1989-1992												
1987-1988												
			CAT Foyer occupationnel FAM MAS SAMSAH Autres à précisez		Nombre de projets d'orientation entérinés par la COTOREP ?							
1986 ou avant												

Nom Etablissement :	n° FINESS :	
N° du secteur :	Nom du service (s'il y a lieu) :	
Nom de la personne ayant rempli ce q		
1 - Nombre total de personnes prés	entant des troubles envahissants du développement,	CTM 10 - Classification

2 - Répartition de ces personnes en fonction de leur origine géographique (indiquer l'effectif global dans chacune des cases correspondantes) :

des troubles autistiques ou apparentés au sens de la CIM 10 (voir ci-contre) :

Départements limitrophes	Autres départements				
_	Departements limitropnes				

3 - Indiquez en fonction de leur année de naissance le nombre de personnes et leur répartition selon le diagnostic et le niveau de dépendance

Année de naissance	Effectif total		Diagnostic (selon la CIM 10 – F84 – reportez-vous au cadre ci-contre)								Echelle Activity daily life (reportez-vous au cadre ci-contre)				
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4		
1987-1988															
1980-1986															
1945-1979															
1944 ou avant															

CIM 10 - Classification internationale des maladies

Les troubles envahissants du développement – F84

- 1 Autisme infantile (dont psychose de la petite enfance, syndrome de Kanner, trouble autistique)
- 2- Autisme atypique (dont psychose infantile atypique, retard mental avec caractéristiques autistiques)
- 3 Syndrome de Rett
- 4 Autre trouble désintégratif de l'enfance

(dont psychose désintégrative, psychose symbiotique, syndrome de Heller)

- 5 Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés
- 6 Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie autistique, trouble schizoïde de l'enfance)
- 7 Autres troubles envahissants du développement
- 8 Troubles envahissant du développement sans

Echelle ADL: 4 niveaux de cotation

N I	1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
V E	2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
Α	3	Assistance partielle	Contact
U X	4	Assistance totale	d'un tiers

4 - Cadre et adéquation de la prise en charge mise en oeuvre par la pédopsychiatrie

Année de naissance					actuelle est-elle adaptée (5) ?		Si non, nombre de personnes pour lesquelles les modalités de prise en charge	Quel mode de prise en charge sanitaire serait plus approprié ? Indiquez s'il y a lieu le nombre de personnes concernées dans les cases correspondantes						
	CMP	CATTP	HJ (1)	HC (2)	Autres	à préciser (3)	dont prise en charge médico- sociale conjointe (4)	Oui Nb de personnes	Non Nb de personnes	psychiatrique actuelle ne sont pas adaptées?	CMP/CATTP vers HJ	CMP/CATTP vers HC	HJ vers HC	Autres cas de figure en clair
1987-1988														
1980-1986														
1945-1979														
1944 ou avant														

- (6) Hospitalisation de jour
- (7) Hospitalisation complète
- (8) Indiquez en clair, s'il y a lieu, les autres modalités de prise en charge sans détailler en fonction de l'année de naissance
- (9) Prise en charge mise en œuvre simultanément à celle de la pédo-psychiatrie par un établissement ou service médico-social
- (10) Prise en charge dans sa globalité (prendre en compte les modalités de prise en charge et une éventuelle prise en charge médico-sociale, existante ou à mettre en oeuvre)

5 - Nécessité d'une prise en charge médico-sociale

Année de naissance		s pour lesquelles une édico-sociale serait saire		e en charge médi nombre de perso					?	Nombre de projets d'orientation
	Conjointement à la prise en charge sanitaire	Sans poursuite de prise en charge sanitaire	CAT	Foyer occupationnel	FAM	MAS	SAMSAH	Autres	à préciser	entérinés par la COTOREP ?
1987-1988										
1980-1986										
1945-1979										

1944 ou	1					
avant						

Tableau de correspondance entre classifications

Les troubles envahissants du développement

Le tableau qui suit permet une approche comparative de ces pathologies selon les 3 classifications consacrées (exclusivement ou en partie) aux troubles mentaux.

CIM 10 Classification internationale des maladies (OMS – 1993)	DSM IV Manuel diagnostique et statistique des désordres mentaux (1994)	CFTMEA Classification Française des troubles mentaux enfants et adolescents (2000)
Troubles envahissants du développement	Troubles envahissants du développement	Psychoses précoces (troubles envahissants du développement)
Autisme infantile (dont psychose de la petite enfance, syndrome de Kanner, trouble autistique)	Troubles autistiques	Autisme infantile précoce type Kanner
Autisme atypique (dont psychose infantile atypique, retard mental avec caractéristiques autistiques)	Troubles envahissants du développement non spécifiés (dont autisme atypique)	Autres formes de l'autisme infantile
Syndrome de Rett	Syndrome de Rett	Troubles désintégratifs de l'enfance
Autre trouble désintégratif de l'enfance (dont psychose désintégrative, psychose symbiotique, syndrome de Heller)	Troubles désintégratifs de l'enfance	
Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés		
Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie autistique, trouble schizoïde de l'enfance)	Syndrome d'Asperger	Syndrome Asperger
Autres troubles envahissants du développement		Psychoses précoces déficitaires – retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques – dysharmonies psychotiques
		Autres psychoses précoces ou autres troubles envahissants du développement

Source: ANCREAI 2005 – modifié par CREAHI d'Aquitaine

<u>Les établissements sanitaires d'accueil pour adultes présentant des TED</u>

Répartition selon le statut

	Dordogne		Dordogne Gironde		Lan	des	Lot-et-C	aronne	Pyré	nées-	AQUITAINE	
									Atlantiques			
	Nombre d'étab.	Nombre d'autiste	Nombre d'étab.	Nombre d'autiste	Nombre d'étab.	Nombre d'autiste	Nombre d'étab.	Nombre d'autiste	Nombre d'étab.	Nombre d'autiste	Nombre d'étab.	Nombre d'autiste
Public	3	43	-	-	2	21	1	33	2	10	11	338
P.S.P.H.	1	261	-	-	-	-	-	-	-	-	1	261
Privé	-	-	-	-	-	-	-	-	1	35	2	37
TOTAL	4	304	-	-	2	21	1	33	3	45	14	636

Répartition selon la catégorie

	Dord	ogne	Giro	nde	Lan	des	Lot-et-C	aronne	Pyréi	nées-	AQUI	TAINE
									Atlan	tiques		
	Nombre d'étab.	Nombre d'autiste	Nombre d'étab.	Nombre d'autiste								
Centres hospitaliers	2	30	1	21	1	10	-	-	1	1	5	62
Centres hospitaliers												
pour maladies				0.40	,				,			
mentales	1	13	2	210	1	11	1	33	1	9	6	276
Maisons de santé pour maladies mentales	1	261	_	_	_	_	_	_	_	_	1	261
Centres de Post-Cure pour	1	201					_					201
malades mentaux	-	-	1	2	1	1	-	-	1	35	2	37
TOTAL	4	304	4	233	2	21	1	33	3	45	14	636

Répartition en fonction du diagnostic selon le département

Pédopsychiatrie

, ,	Dord	ogne	Giro	onde	Lan	des	Lot-et-0	aronne		nées- iques
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Autisme infantile (dont psychose de la petite enfance, syndrome de Kanner, trouble autistique)	13	10,9	167	29,6	15	10,3	19	23,2	88	37,5
2- Autisme atypique (dont psychose infantile atypique, retard mental avec caractéristiques autistiques)	7	5,9	96	17,0	19	13,1	15	18,3	19	8,1
3 - Syndrome de Rett	-	-	31	5,5	22	15,2	1	1,2	5	2,1
4 - Autre trouble désintégratif de l'enfance(dont psychose désintégrative, psychose symbiotique, syndrome de Heller)	7	5,9	23	4,1	1	0,7	18	22,0	-	-
5 - Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés	1	0,8	19	3,4	-	-	2	2,4	-	-
6 - Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie autistique, trouble schizoïde de l'enfance)	12	10,1	27	4,8	-	-	4	4,9	16	6,8
7 - Autres troubles envahissants du développement	73	61,3	80	14,2	-	-	17	20,7	93	39,6
8 – troubles du développement sans précision	6	5,0	122	21,6	88	60,7	6	7,3	14	6,0
TOTAL	119	100,0	565	100,0	145	100,0	82	100,0	235	100,0

Psychiatrie générale

	Dord	ogne	Giro	onde	Lan	des	Lot-et-C	Saronne	Pyrér Atlanti	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Autisme infantile (dont psychose de la petite enfance, syndrome de Kanner, trouble autistique)	23	7,6	123	52,8	12	57,1	13	39,4	6	13,3
2- Autisme atypique (dont psychose infantile atypique, retard mental avec caractéristiques autistiques)	45	14,8	12	5,2	2	9,5	3	9,1	4	8,9
3 - Syndrome de Rett	-	-	16	6,9	-	-	1	3,0	2	4,4
4 - Autre trouble désintégratif de l'enfance(dont psychose désintégrative, psychose symbiotique, syndrome de Heller)	9	3,0	2	0,9	2	9,5	2	6,1	3	6,7
5 - Hyperactivité associée à un retard mental et des mouvements stéréotypés	-	-	1	0,4	-	-	2	6,1	-	-
6 - Syndrome d'Asperger (incluant psychopathie autistique, trouble schizoïde de l'enfance)	3	1,0	1	0,4	-	-	1	3,0	-	-
7 - Autres troubles envahissants du développement	199	65,5	23	9,9	-	-	10	30,3	9	20,0
8 – Troubles du développement sans précision	25	8,2	55	23,6	5	23,8	1	3,0	21	46,7
TOTAL	304	100,0	233	100,0	21	100,0	33	100,0	45	100,0

Taux de prévalence des troubles envahissants du développement

Les taux de prévalence sont calculés sur la base des valeurs proposées par l'INSERM (valeurs théoriques) et sont mis en regard de "taux observés" correspondants aux effectifs de personnes présentant des TED et prises en charge par la psychiatrie (selon l'âge : moins de 16 ans d'une part, 16 ans et plus d'autre part et selon le département) rapportés aux effectifs de la population générale (INSEE – ELP 2004 ³⁶). Cette comparaison est proposée à titre indicatif. Les taux observés ne prennent pas pour le moment en compte les jeunes présentant des TED et pris en charge dans le médico-social ou encore ne bénéficiant pas de suivi spécialisé.

Jeunes de moins de 16 ans

Dordogne

	Valeurs théor	iques	Valeurs o	bservées
	Taux de prévalence	Effectif	Taux observés	Effectif
Autisme infantile	9	66	2,0	13
Syndrome d'Asperger	3	22	1,8	12
Autres TED	15,3	113	14,0	91
TOTAL	27,3	201	17,9	116

Gironde

	Valeurs théorique	s INSERM	Valeurs observées			
	Taux de prévalence	Effectif	Taux observés	Effectif		
Autisme infantile	9	260	6,3	159		
Syndrome d'Asperger	3	87	0,8	20		
Autres TED	15,3	442	13,7	348		
TOTAL	27,3	788	20,8	527		

Landes

	Valeurs théoriques INSERM		Valeurs observées	
	Taux de prévalence	Effectif	Taux observés	Effectif
Autisme infantile	9	62	2,4	15
Syndrome d'Asperger	3	21	-	-
Autres TED	15,3	106	20,6	127
TOTAL	27,3	189	23,0	142

Lot-et-Garonne

	Valeurs théorique	Valeurs théoriques INSERM		bservées
	Taux de prévalence	Effectif	Taux observés	Effectif
Autisme infantile	9	57	3,4	19
Syndrome d'Asperger	3	19	0,7	4
Autres TED	15,3	97	10,6	59
TOTAL	27,3	172	14,8	82

Pyrénées-Atlantiques

	Valeurs théoriques INSERM		Valeurs observées	
	Taux de prévalence	Effectif	Taux observés	Effectif
Autisme infantile	9	114	7,4	82
Syndrome d'Asperger	3	38	1,4	16
Autres TED	15,3	193	11,0	122
TOTAL	27,3	345	19,8	220

³⁶ Pour information détails des effectifs

- des moins de 16 ans au 01/01/04 : Dordogne : 64 961, Gironde : 254 050, Landes : 61 709, Lot-et-Garonne : 55 573, Pyrénées-Atlantiques : 111 363

- des 16 ans et plus au 01/01/04 : Dordogne : 333 298, Gironde : 1 107 782, Landes : 286 174, Lot-et-Garonne : 259 752, Pyrénées-Atlantiques : 514 814

Personnes de 16 ans et plus

Dordogne

	Valeurs théor	iques	Valeurs observées		
	Taux de prévalence	Effectif	Taux observés	Effectif	
Autisme infantile	9,0	300	0,7	23	
Syndrome d'Asperger	3,0	100	0,1	3	
Autres TED	15,3	510	8,3	278	
TOTAL	27,3	910	9,1	304	

Gironde

	Valeurs théorique	s INSERM	Valeurs observées		
	Taux de prévalence	Effectif	Taux observés	Effectif	
Autisme infantile	9,0	997	1,1	123	
Syndrome d'Asperger	3,0	332	-	1	
Autres TED	15,3	1 695	1,0	109	
TOTAL	27,3	3 024	2,1	233	

Landes

	Valeurs théorique	s INSERM	Valeurs observées		
	Taux de prévalence	Effectif	Taux observés	Effectif	
Autisme infantile	9,0	258	0,4	12	
Syndrome d'Asperger	3,0	86	-	-	
Autres TED	15,3	438	0,3	9	
TOTAL	27,3	781	0,7	21	

Lot-et-Garonne

	Valeurs théorique	s INSERM	Valeurs observées		
	Taux de prévalence	Effectif	Taux observés	Effectif	
Autisme infantile	9,0	234	0,5	13	
Syndrome d'Asperger	3,0	78	-	1	
Autres TED	15,3	397	0,7	19	
TOTAL	27,3	709	1,3	33	

	Valeurs théoriques INSERM		Valeurs observées		
	Taux de prévalence	Effectif	Taux observés	Effectif	
Autisme infantile	9,0	463	0,1	6	
Syndrome d'Asperger	3,0	154	-	-	
Autres TED	15,3	788	0,8	39	
TOTAL	27,3	1 405	0,9	45	

Cadre de la prise en charge dans la pédopsychiatrie (en effectif)

Dordogne

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
0-5 ans	23	-	23	-	1	47
6-11 ans	24	1	30	-	-	47
12-15 ans	17	-	-	4	1	22
16-17 ans	-	-	-	1	-	1
18 ans et plus	2	-	-	-	-	2
ENSEMBLE	66	1	53	5	2	119

NB – 8 enfants entre 6 et 11 ans bénéficient simultanément d'une prise en charge en CMP et en hôpital de jour

Gironde

	CMP	CATTP	Hospitalisatio n de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
0-5 ans	59	26	79	-	10	162
6-11 ans	40	24	179	3	7	252
12-15 ans	12	10	73	2	15	111
16-17 ans	8	-	12	-	1	21
18 ans et plus	4	-	9	-	3	16
ENSEMBLE	123	60	352	5	36	562

Rappel : le mode de prise en charge n'a pas été indiqué pour 3 girondins et 10 enfants bénéficient simultanément de plusieurs modes de prise en charge

Landes

D 411455						
	CMP	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
0-5 ans	22		3			25
6-11 ans	45		53			98
12-15 ans	9		8		2	19
16-17 ans	3					3
18 ans et plus						-
ENSEMBLE	79		64		2	145

Lot-et-Garonne

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
0-5 ans		16	12			28
6-11 ans	5	10	35		1*	50
12-15 ans	2		2		1*	4
16-17 ans						
18 ans et plus						
ENSEMBLE	7	26	49		2	82

^{*2} enfants bénéficiant en plus de leur prise en charge pédopsychiatrique d'un placement familial thérapeutique

	CMP	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
0-5 ans	27	20	24			58
6-11 ans	32	60	62			130
12-15 ans	8	14	6	5		31
16-17 ans		6	1	1		8
18 ans et plus		6		1		7
ENSEMBLE	67	106	93	7		234

NB – 39 enfants bénéficient simultanément d'une prise en charge en CMP et en hôpital de jour

<u>Cadre de la prise en charge dans la pédopsychiatrie (en %)</u> Avertissement : dans les tableaux qui suivent les pourcentages sont calculés en lignes. La somme peut être supérieure à

100% car quelques jeunes bénéficient de plusieurs prises en charge

Dordogne

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
0-5 ans	48,9		48,9		2,1	100,0
6-11 ans	51,1	2,1	63,8			100,0
12-15 ans	77,3			18,2	4,5	100,0
16-17 ans				100,0		100,0
18 ans et plus	100,0					100,0
ENSEMBLE	55,5	0,8	44,5	4,2	1,7	100,0

Gironde

	CMP	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
0-5 ans	36,4	16,0	48,8		6,2	100,0
6-11 ans	15,9	9,5	71,0	1,2	2,8	100,0
12-15 ans	10,8	9,0	65,8	1,8	13,5	100,0
16-17 ans	38,1		57,1		4,8	100,0
18 ans et plus	25,0		56,3		18,8	100,0
ENSEMBLE	21,9	10,7	62,6	0,9	6,4	100,0

Landes

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
0-5 ans	88,0		12,0			100,0
6-11 ans	45,9		54,1			100,0
12-15 ans	47,4		42,1		10,5	100,0
16-17 ans	3,0					100,0
18 ans et plus						100,0
ENSEMBLE	54,5	0,0	44,1	0,0	1,4	100,0

Lot-et-Garonne

	CMP	CATTP	Hospitalisation	Hospitalisation	Autres	ENSEMBLE
			de jour	complète		
0-5 ans		57,1	42,9			100,0
6-11 ans	10,0	20,0	70,0		2,0	100,0
12-15 ans	50,0		50,0		25,0	100,0
16-17 ans						100,0
18 ans et plus						100,0
ENSEMBLE	8,5	31,7	59,8	0,0	2,4	100,0

·	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
0-5 ans	46,6	34,5	41,4			100,0
6-11 ans	24,6	46,2	47,7			100,0
12-15 ans	25,8	45,2	19,4	16,1		100,0
16-17 ans		75,0	12,5	12,5		100,0
18 ans et plus		85,7		14,3		100,0
ENSEMBLE	28,6	45,3	39,7	3,0	0,0	100,0

<u>Cadre de la prise en charge dans la psychiatrie générale (en effectif)</u>

Dordogne

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
16-17 ans	-	-	-	1	-	1
18-24 ans	1	1	4	17	-	23
25-59 ans	11	2	5	189	2	209
60 ans et plus	1	-	-	63	1	65
ENSEMBLE	13	3	9	270	3	298

Gironde

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
16-17 ans	1	-	2	8	5	16
18-24 ans	5	-	23	20	3	51
25-59 ans	37	1	15	101	12	166
60 ans et plus	-	•	-	-	-	-
ENSEMBLE	43	1	40	129	20	233

Landes

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
16-17 ans	-	-	1	-	-	1
18-24 ans	-	-	-	4	-	4
25-59 ans	7	-	-	7	-	14
60 ans et plus	-	-	-	1	-	1
ENSEMBLE	7	-	1	12	-	20

Lot-et-Garonne

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
16-17 ans	-	-	-	-	-	-
18-24 ans	-	-	1	3	-	4
25-59 ans	2	1	-	24	2	29
60 ans et plus	-	-	-	-	-	-
ENSEMBLE	2	1	1	27	2	33

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
16-17 ans	-	-	-	-	-	-
18-24 ans	1	-	-	2	-	3
25-59 ans	10	4	6	7	5	32
60 ans et plus	-	-	5	2	-	7
ENSEMBLE	11	4	11	11	5	42

Cadre de la prise en charge dans la psychiatrie générale (en %)

Avertissement : dans les tableaux qui suivent les pourcentages sont calculés en lignes. La somme peut être supérieure à 100% car quelques jeunes bénéficient de plusieurs prises en charge.

Dordogne

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
16-17 ans	-	-	-	100,0	-	100,0
18-24 ans	4,3	4,3	17,4	73,9	-	100,0
25-59 ans	5,3	1,0	2,4	90,4	1,0	100,0
60 ans et plus	1,5	-	-	96,9	1,5	100,0
ENSEMBLE	4,4	1,0	3,0	90,6	1,0	100,0

Gironde

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
16-17 ans	6,3	-	12,5	50,0	31,3	100,0
18-24 ans	9,8	-	45,1	39,2	5,9	100,0
25-59 ans	22,3	0,6	9,0	60,8	7,2	100,0
60 ans et plus	-	-	-	-	-	-
ENSEMBLE	18,5	0,4	17,2	55,4	8,6	100,0

Landes

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
16-17 ans	-	-	100,0	-	-	100,0
18-24 ans	-	-	-	100,0	-	100,0
25-59 ans	50,0	-	-	50,0	-	100,0
60 ans et plus	-	-	-	100,0	-	100,0
ENSEMBLE	35,0	-	5,0	60,0	-	100,0

Lot-et-Garonne

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
16-17 ans	-	-	-	-	-	-
18-24 ans	-	-	25,0	75,0	-	100,0
25-59 ans	6,9	3,4	-	82,8	6,9	100,0
60 ans et plus	-	-	-	-	-	-
ENSEMBLE	6,1	3,0	3,0	81,8	6,1	100,0

	СМР	CATTP	Hospitalisation de jour	Hospitalisation complète	Autres	ENSEMBLE
16-17 ans	-	-	-	-	-	-
18-24 ans	33,3	-	-	66,7	-	100,0
25-59 ans	31,3	12,5	18,8	21,9	15,6	100,0
60 ans et plus	-	-	71,4	28,6	-	100,0
ENSEMBLE	26,2	9,5	26,2	26,2	11,9	100,0

Adéquation des modalités de prise en charge pédopsychiatrique

Dordogne

	Effectif de	Modalités de prise	Nature des changements nécessaires				
	jeunes	en charge pédopsy	CMP-CATTP vers	Hosp complète vers			
	suivis	pas adaptées	hôpital de jour	HJ pour ados			
0-5 ans	47	21	21				
6-11 ans	47	14	14				
12-15 ans	22	6	6				
16-17 ans	1	1		1			
18 ans et +	2	-					
ENSEMBLE	119	42	41	1			

Gironde

	Effectif de	Modalités de	Nature des changements nécessaires				
	eunes suivis	prise en charge pédopsy pas adaptées	CMP-CATTP vers hôpital de jour	CMP vers CATTP	CMP vers hosp complète	Hop de jour vers hospitalisat° complète	Hosp complète vers HJ pour ados
0-5 ans	163	33	26	7			
6-11 ans	253	24	22		1	1	
12-15 ans	110	12	2		1	9	
16-17 ans	22	3	1			1	1
18 ans et +	16	-					
ENSEMBLE	564	72	51	7	2	11	1

Landes

	Effectif de	Modalités de prise en		Nature des changements nécessaires
	jeunes suivis	charge pédopsy pas adaptées	CMP-CATTP vers hôpital de jour	
0-5 ans	25	12	12	
6-11 ans	98	11	11	
12-15 ans	19	3	3	
16-17 ans	3	-	-	
18 ans et +	-	-	-	
ENSEMBLE	145	26	26	

Lot-et-Garonne

	Effectif de	Modalités de prise		Nature des changements nécessaires			
	jeunes suivis	en charge pédopsy pas adaptées	CMP-CATTP vers hôpital de jour	Hôpital de jour vers hosp complète			
0-5 ans	28	6	6				
6-11 ans	50	12	6	6			
12-15 ans	4	3	2	1			
16-17 ans	-						
18 ans et +	-						
ENSEMBLE	82	21	14	7			

Ţ.	Effectif de	Modalités de prise	Nature des changements nécessaires				
	jeunes suivis	en charge pédopsy pas adaptées	CMP-CATTP vers hôpital de jour				
0-5 ans	58	16	16				
6-11 ans	130	5	5				
12-15 ans	31	2	2				
16-17 ans	8	2	2				
18 ans et +	7						
ENSEMBLE	234	25	25				

Adéquation des modalités de prise en charge en psychiatrie générale

Dordogne

	Effectif des	Modalités de prise en	Nature des changements nécessaires				
	adultes suivis	charge en psychiatrie générale inadaptées	CMP-CATTP vers hôpital de jour	CMP-CATTP vers hospitalisation complète	HJ vers hospitalisation complète	Autres	
16-17 ans	1	-	-	-	-	-	
18-24 ans	23	1	-	-	1	-	
25-59 ans	215	7	-	-	-	-	
60 ans et +	65	-	-	-	-	-	
ENSEMBLE	304	8		•	1	-	

Gironde

	Effectif des	Modalités de prise en	Nature des changements nécessaires				
	adultes suivis	charge en psychiatrie générale inadaptées	CMP-CATTP vers hôpital de jour	CMP-CATTP vers hospitalisation complète	HJ vers hospitalisation complète	Autres	
16-17 ans	15	6	4	-	2	-	
18-24 ans	51	10	6	-	1	-	
25-59 ans	166	9	2	-	-	-	
60 ans et +	1	-	-	-	-	-	
ENSEMBLE	233	25	12		3	-	

Landes

	Effectif des	Modalités de prise en	Nature des changements nécessaires				
	adultes suivis	charge en psychiatrie générale inadaptées	CMP-CATTP vers hôpital de jour	CMP-CATTP vers hospitalisation complète	HJ vers hospitalisation complète	Autres	
16-17 ans	1	-	-	-	-	-	
18-24 ans	4	-	-	-	-	-	
25-59 ans	15	-	-	-	-	-	
60 ans et +	1	-	-	-	-	-	
ENSEMBLE	21	-	=	=	=	-	

Lot-et-Garonne

	Effectif des	Modalités de prise en		Nature des changen	nents nécessaires	
	adultes charge en psychiati suivis générale inadaptée		charge en psychiatrie de la composition della co		HJ vers hospitalisation complète	Autres
16-17 ans	-	-	-	-	-	-
18-24 ans	4	-	-	-	-	-
25-59 ans	29	2	2	-	-	-
60 ans et +				-	-	-
ENSEMBLE	33	2	2	-	-	-

	Effectif des	Modalités de prise en	Nature des changements nécessaires						
	adultes suivis	charge en psychiatrie générale inadaptées	CMP-CATTP vers hôpital de jour	CMP-CATTP vers hospitalisation complète	HJ vers hospitalisation complète	Autres			
16-17 ans	-		-	-		-			
18-24 ans	3	-	-	-	-	-			
25-59 ans	35	15	6	6	6	-			
60 ans et +	7	5	-	-	5	-			
ENSEMBLE	45	20	6	6	11	-			

Besoin d'une prise en charge médico-sociale pour les jeunes suivis par la pédopsychiatrie

Dordogne

Tranche	Effectif		Besoin d'une prise en charge médico-sociale						
d'âge	jeunes suivis	Nb jeunes	dont conjointement à la prise en charge	dont sans poursuite de la prise en					
•		concernés	sanitaire	charge sanitaire					
0-5 ans	47	7	7						
6-11 ans	47	12	4	8					
12-15 ans	22	12	11	1					
16-17 ans	1	1	1						
18 ans et +	2	1	1						
ENSEMBLE	119	33	24	9					

		Nature	de la pris	e en charge	médico-so	ciale nécess	saire	TOTAL	dont validation
	IME	SESSAD d'IME	ITEP	SESSAD d'ITEP	Etab pour polyhand	Etab pour déf auditifs	Etab pour adultes		CDES ou COTOREP
0-5 ans	4	3						7	1
6-11 ans	10	2				1*		12	8
12-15 ans	8		4					12	
16-17 ans			1					1	
18 ans et +							1 en foyer occup	1	
ENSEMBLE	22	5	5			1	1	33	9

^{*} il s'agit d'un jeune déjà dénombré dans la rubrique IME

Gironde

Tranche	Effectif	Besoin d'une prise en charge médico-sociale						
d'âge	jeunes suivis	Nb jeunes concernés	dont conjointement à la prise en charge sanitaire	dont sans poursuite de la prise en charge sanitaire				
0-5 ans	163	28	27	1				
6-11 ans	253	68	39	29				
12-15 ans	110	34	16	18				
16-17 ans	22	5	3	2				
18 ans et +	16	7	2	5				
ENSEMBLE	564	142	87	55				

		Nature d	e la prise	en charge i	médico-soci	ale nécessa	ire	TOTAL	dont validation
	IME	SESSAD d'IME	ITEP	SESSAD d'ITEP	Etab pour polyhand	Etab pour adultes	Non précisé		CDES ou COTOREP
0-5 ans	11	8	1	3			5	28	9
6-11 ans	35	4	8	6	1		14	68	33
12-15 ans	28		1				5	34	20
16-17 ans	2	1				1 en MAS	1	5	4
18 ans et +						4 en MAS 1 en FAM 1 en CAT	1	7	5
ENSEMBLE	76	13	10	9	1	7	26	142	71

Landes

Tranche	Effectif		Besoin d'une prise en charge méd	ico-sociale
d'âge	jeunes suivis	Nb jeunes concernés	dont conjointement à la prise en charge sanitaire	dont sans poursuite de la prise en charge sanitaire
0-5 ans	25	3	2	1
6-11 ans	98	16	13	3
12-15 ans	19	5	1	4
16-17 ans	3			
ENSEMBLE	145	24	16	8

		Nature d	e la prise	ire	TOTAL	dont validation			
	IME	SESSAD d'IME	ITEP	SESSAD d'ITEP	Etab pour polyhand	Etab pour déf auditifs	Etab pour adultes		CDES ou COTOREP
0-5 ans	1				2			3	
6-11 ans	7	7	2					16	5
12-15 ans	5							5	4
16-17 ans									
18 ans et +									
ENSEMBLE	13	7	2		2			24	9

Lot-et-Garonne

Tranche	Effectif	Besoin d'une prise en charge médico-sociale						
d'âge	jeunes suivis	Nb jeunes	dont conjointement à la prise en charge	dont sans poursuite de la prise en				
•		concernés	sanitaire	charge sanitaire				
0-5 ans	28	3	1	2				
6-11 ans	50	10	4	6				
12-15 ans	4	2	1	1				
16-17 ans	-							
18 ans et +	-							
ENSEMBLE	82	15	6	9				

		Nature d	e la prise	ire	TOTAL	dont validation			
	IME	SESSAD d'IME	ITEP	SESSAD d'ITEP	Etab pour polyhand	Etab pour déf auditifs	Etab pour adultes		CDES ou COTOREP
0-5 ans	3							3	1
6-11 ans	9				1			10	5
12-15 ans	2							2	
16-17 ans									
18 ans et +									
ENSEMBLE	14				1			15	6

Tranche	Effectif jeunes	Besoin d'une prise en charge médico-sociale							
d'âge	suivis	Nb jeunes concernés	dont conjointement à la prise en charge sanitaire	dont sans poursuite de la prise en charge sanitaire					
0-5 ans	58	8	7	1					
6-11 ans	130	22	17	5					
12-15 ans	31	2		2					
16-17 ans	8								
18 ans et +	7								
ENSEMBLE	234	32	24	8					

		Nature d	e la prise	ire	TOTAL	dont validation			
	IME	SESSAD d'IME	ITEP	SESSAD d'ITEP	Etab pour polyhand	Etab pour déf auditifs	Etab pour adultes		CDES ou COTOREP
0-5 ans	8							8	1
6-11 ans	20	1	1					22	5
12-15 ans			2					2	
16-17 ans									
18 ans et +									
ENSEMBLE	28	1	3					32	6

Besoin d'une prise en charge médico-sociale pour les adultes suivis par la psychiatrie générale

Dordogne

Tranche d'âge	Effectif adultes	Besoin d'une prise en charge médico-sociale					
	suivis	Nb d'adultes concernés	dont conjointement à la prise en charge sanitaire	dont sans poursuite de la prise en charge sanitaire			
16-17 ans	1	-	-	-			
18-24 ans	23	5	4	1			
25-59 ans	215	77	76	1			
60 ans et +	65	13	12	1			
ENSEMBLE	304	95	92	3			

	Nature de la prise en charge médico-sociale nécessaire					TOTAL	dont validation CDES ou
	ESAT	FO	FAM	MAS	Autres		COTOREP
16-17 ans	-	-	-	-	-	-	-
18-24 ans	1	3	-	1	-	5	3
25-59 ans	2	3	27	41	2	75	67
60 ans et +	-	-	11	1	1	13	11
ENSEMBLE	3	6	38	43	3	93	81

Gironde

Tranche d'âge	Effectif adultes	Besoin d'une prise en charge médico-sociale					
	suivis		dont conjointement à la prise en charge	dont sans poursuite de la prise en			
		concernés	sanitaire	charge sanitaire			
16-17 ans	15	5	4	1			
18-24 ans	51	28	13	10			
25-59 ans	166	100	32	32			
60 ans et +	1	-	-	-			
ENSEMBLE	233	133*	49	43			

pour 41 personnes autistes, la ventilation n'a pas été renseignée

	Nature de la prise en charge médico-sociale nécessaire					TOTAL	dont validation CDES ou	
	ESAT	FO	FAM	MAS	Autres	COTOREP		
16-17 ans	1	-	2	3	2	8	2	
18-24 ans	3	7	12	4	2	28	6	
25-59 ans	2	6	32	55	11	106	62	
60 ans et +	-	-	-	-	-	-	-	
ENSEMBLE	6	13	46	62	15	142	70	

Landes

Tranche	Effectif adultes	Besoin d'une prise en charge médico-sociale					
d'âge	suivis	Nb d'adultes concernés	dont conjointement à la prise en charge sanitaire	dont sans poursuite de la prise en charge sanitaire			
16-17 ans	1	-	-	-			
18-24 ans	4	1	-	1			
25-59 ans	15	6	6	-			
60 ans et +	1	1	1	-			
ENSEMBLE	21	8	7	1			

	Nature de la prise en charge médico-sociale nécessaire					TOTAL	dont validation CDES ou
	ESAT	FO	FAM	MAS	Autres		COTOREP
16-17 ans	-	-	-	-	-	-	-
18-24 ans	-	-	-	1	-	1	-
25-59 ans	-	-	2	4	-	6	-
60 ans et +	-	-	1	-	-	1	-
ENSEMBLE	-	•	3	5	-	8	-

Lot-et-Garonne

Tranche	Effectif adultes		dico-sociale	
d'âge	suivis	Nb d'adultes concernés	dont conjointement à la prise en charge sanitaire	dont sans poursuite de la prise en charge sanitaire
16-17 ans	-	-	-	-
18-24 ans	4	1	-	1
25-59 ans	29	23	15	8
60 ans et +	-	-	-	-
ENSEMBLE	33	24	15	9

	Nature de la prise en charge médico-sociale nécessaire					TOTAL	dont validation CDES ou
	ESAT	FO	FAM	MAS	Autres		COTOREP
16-17 ans	-	ı	-	-	-		-
18-24 ans	1	-	-	-	-	1	-
25-59 ans	-	5		14	-	19	7
60 ans et +	-	-	-	-	-	-	-
ENSEMBLE	1	5		14	-	20	7

Tranche	Effectif adultes	Besoin d'une prise en charge médico-sociale					
d'âge	suivis	Nb d'adultes concernés	dont conjointement à la prise en charge sanitaire	dont sans poursuite de la prise en charge sanitaire			
16-17 ans	-	-	-	-			
18-24 ans	3	1	1	-			
25-59 ans	35	22	10	12			
60 ans et +	7	7	7	-			
ENSEMBLE	45	30	18	12			

	Nature de la prise en charge médico-sociale nécessaire					TOTAL	dont validation CDES ou
	ESAT	FO	FAM	MAS	Autres		COTOREP
16-17 ans	-	-	-	-	-	-	-
18-24 ans	-	-	1	-	-	-	-
25-59 ans	10	12	-	3	-	25	1
60 ans et +	3	4	-	-	-	7	-
ENSEMBLE	13	16	1	3	-	32	1