

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE**

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But Une Foi

SCIENTIFIQUE



U.S.T.T-B

Année : 2012- 2013

N°/

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

TITRE :

**ASPECT EPIDEMIO-CLINIQUE DE L'AUTISME DANS LES
STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE EN SANTE
MENTALE DANS LE DISTRICT DE BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 26/12/ 2013

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : Mme Kadiatou Soumaïla TRAORE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Professeur Baba KOUMARE
Membre : Professeur Souleymane COULIBALY
Co-directeur : Professeur Boubacar TOGO
Directeur de thèse : Professeur Arouna TOGORA

DEDICACES

A ALLAH

« Au nom de Dieu, le tout miséricordieux, le très miséricordieux » ; Je rends grâce à Dieu de m'avoir donné la chance, le courage, de pouvoir entamer et surmonter les différents obstacles de mes études.

Au prophète MOHAMED

«Que la paix et la bénédiction soient sur lui et sa famille».

A ma patrie : le MALI

«Que Dieu bénisse ma chère patrie».

A mon père : Soumaïla TRAORE

Homme de principe, vous êtes si précieux pour moi que les mots me manquent pour vous remercier. Vous nous avez inculqué la crainte de Dieu, le sens de la responsabilité. Votre écoute, votre disponibilité, vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Vous nous avez appris la dignité, le courage, la loyauté, la justice, la tolérance, le respect du prochain, en somme les bonnes règles de la vie. Vous êtes un père exemplaire que n'importe quel enfant aimerait avoir. Papa que Dieu vous prête une bonne santé, une longue vie pour qu'on puisse profiter davantage.

A ma mère : Fatoumata TRAORE

Maman comme vous êtes gentille, tolérante, attentive, honnête, je ne saurai vous dire combien je suis fière d'être votre fille. Vous n'avez jamais failli à votre rôle de mère. Vos conseils, vos encouragements, vos bénédictions, ont été la base de ce travail. Vous m'avez soutenu dans des moments difficiles en me donnant confiance en moi. Maman seul Dieu pourra vous récompenser pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour mes frères, et pour toute la famille TRAORE. Que Dieu vous donne longue vie, bonne santé de retour pour qu'on puisse vous rendre la monnaie de votre de travail.

A ma tante : Lala DRABO

Grand merci à vous tante Lala pour tout ce que vous avez fait pour moi et mes frères que Dieu vous récompense. Votre sens de rigueur, votre sens d'humour, votre envie d'un travail bien fait, m'ont beaucoup aidé dans mes entreprises.

A mes frères et sœurs

Le lien de fraternité qui nous lie est un des liens qu'on ne choisit pas. Que Dieu raffermisse ce lien entre nous. Chère sœur NAKORIA TRAORE ainsi va la vie repose en paix et que la terre te soit légère.

A mon mari : DR Arouna OUATTARA

Ton amour, ta confiance, ton soutien sans faille m'ont donné plus de courage pour la réalisation de ce travail. Que Dieu nous donne des bonnes armes pour les maux de cette vie terrestre.

A ma fille : Maïmouna OUATTARA

Ta naissance a illuminé ma vie. Que ce travail t'inspire.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit de tous ceux qui ont contribué de loin ou de près, consciemment ou inconsciemment, volontairement ou involontairement à la réalisation de ce travail.

A mon oncle feu Sidiki TRAORE

Tonton, sans votre encouragement en un moment de mes études je ne serai pas là où je suis.

J'aurai voulu que vous soignez présent aujourd'hui, mais l'homme propose Dieu dispose.

Dormez en paix.

A mes autres oncles et tantes

Retrouvez dans ce travail ma profonde affection.

A mes cousins et cousines

Vos sympathies et vos soutiens m'ont beaucoup aidé dans l'élaboration de ce travail. Merci infiniment.

A mes neveux et nièces

Merci pour l'amour que vous avez pour moi.

A ma grande mère maternelle

Grande mère, que Dieu vous accorde une bonne santé.

A mes grands-parents décédés

Que la terre vous soit légère.

A mon tonton Dr Mamadou Namory TRAORE et sa famille

Merci pour les conseils

A tonton Yaya DJIRE et sa famille

Tonton Djiré, merci pour votre soutien spontané. Que dieu vous récompense.

A tonton Mahamadou Sékou KEITA et sa famille, tonton Arouna SANKARE et sa famille et tous les collaborateurs de Papa.

Que Dieu consolide votre lien d'amitié, de fraternité avec Papa.

A tout le personnel du service de psychiatrie

AUX Pr Baba KOUMARE (chef de service), Pr Bakoroba COULIBALY, Pr Arouna TOGORA, Pr Souleymane COULIBALY

Chers maîtres, je rends grâce à Dieu d'être encadrer par vous. Recevez l'expression de ma profonde gratitude.

Aux Docteurs Traoré Joseph, DIN Ousmane, TEMBELY Modi Baba, COULIBALY Souleymane Papa, Sidibé Mariam et tous les CES de la psychiatrie.

Merci infiniment pour vos aides et vos conseils éclairés.

A tous les thésards du service : KONE Mahamadou, DIARRA Zoumana, DIA Thierno.

Merci pour votre courtoisie.

A Seydou FOMBA, Mariam SACKO, Sidy SAMAKE, Mariétou DABO, Oumou NOMOGO, Massama TRAORE, Mamby KEÏTA, Boubacar SOUSSOUBALI, Maïmouna KONE, Moussa BOIRE, Souleymane DOUMBIA, Boubacar DIARRA, N'Golo KANE, Adama TRAORE, Alou TRAORE, Idrissa SIDIBE.

Merci pour votre bonne collaboration et votre soutien.

A mes anciennes Co-chambrières : Madame Ouattara Awa Traoré, Dr Touré Habsatou Timbo, Madame Niakaté Mastan Diarra, Dr Coulibaly Djélika.

Tant de difficultés vécu ensemble au Point G et tant de souvenir ; surtout gardons le contact.

A mes camarades de classe et toute ma promotion.

A ma belle famille : merci de m'avoir accepté

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DU JURY

Professeur Baba Koumaré

- **Professeur Titulaire de Psychiatrie à la FMOS**
- **Chef de Service de Psychiatrie au CHU Point G**

Cher Maître, nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury de thèse. Vos qualités intellectuelles et professionnelles ont joué un rôle déterminant dans notre formation médicale.

Soyez assuré cher Maître de l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Souleymane Coulibaly

- **Maître de Conférences à la FMOS**
- **Psychologue Clinicien au CHU du Point G**

Cher Maître, Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être notre juge malgré vos journées très chargées.

Ceci est une preuve de votre constante amabilité.

Nous vous prions de trouver dans cette thèse, l'expression de notre estime et de notre reconnaissance

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Boubacar TOGO

- **Maître de conférences à la FMOS,**
- **Pédiatre et hémato-oncologiste,**
- **Chef de l'unité d'oncologie pédiatrique**

Vous avoir dans ce jury est un privilège pour nous. C'est un grand honneur et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Cher Maître, soyez rassuré de notre considération.

A NÔTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Professeur Arouna Togora

- **Pédopsychiatre au service de psychiatrie du CHU du Point G**
- **Maître de Conférences à la FMOS**

Cher Maître, nous avons été fascinées par la qualité de vos enseignements.

Votre abord facile, votre modestie, surtout votre disponibilité et vos immenses qualités humaines font de vous un homme respectable. Votre simplicité, votre souci de transmettre vos connaissances font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés. Nous avons eu la chance et le privilège de profiter de votre sagesse.

Veillez accepter cher maître, nos sincères remerciements. Que Dieu vous donne encore longue vie pour que les générations futures puissent profiter de votre expérience inépuisable.

LISTE DES ABREVIATIONS

CMPE : Centre Médico-Psycho-Educatif

AMALDEME : Association Malienne de Lutte contre la Déficience Mentale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

EPH : Etablissement publique hospitalier

EEG : Electro-encéphalogramme

SNC : Système Nerveux Central

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

DSM III : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 3^e édition.

DSM IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4^e éditions.

QI : Quotient intellectuel

CIM- 10 : Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition

DCI: Dénomination Commune Internationale

CA: Conseil d'administration

DGA: Directeur Général Adjoint

INFSS: Institut National de formation en Science de la Santé

CES : Certificat d'Etude Spécialisée

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION :10

OBJECTIFS :.....13

I-GENERALITES :.....15

II-METHODOLOGIE :.....36

III-RESULTATS :.....41

IV- DISCUSSIONS :.....59

V-CONCLUSION RECOMMANDATIONS :66

VI-BIBLIOGRAPHIE :.....70

ANNEXES :.....76-79

INTRODUCTION

Introduction

L'autisme de l'enfant touche la possibilité de communiquer avec autrui, il est aujourd'hui considéré comme un trouble envahissant du développement (TED), sa connaissance est encore très imparfaite et pour que des progrès décisifs soient réalisés, il est nécessaire d'établir des liens entre la clinique et les neurosciences [1]. L'autisme est une maladie probablement d'origine multifactorielle (génétique et biochimique ; affectifs et relationnels ; embryopathiques et foetopathique). Le retard du diagnostic entraîne les complications et une mauvaise insertion socio-relationnelle. Aujourd'hui du fait que les syndromes cliniques sont bien connus, la discussion principale est avec les autres formes cliniques de troubles globaux du développement (retard mental ; psychoses) et certains troubles du développement du langage. Au cours des deux ou trois premières années de la vie, le diagnostic est encore difficile. Il peut être associé à d'autres affections de la petite enfance qui perturbent la communication et/ou partagent quelques signes avec lui (déficits sensoriels ; troubles du langage ; problèmes psychosociaux graves). Les nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile ont non seulement éclairé la compréhension de ce syndrome et ont apporté des voies fécondes pour la cure des enfants autistes ; mais elles nous ont aussi instruits sur la genèse du psychisme en général ; sur ses ressorts profonds et sur ses zones de fragilité. Toutes ces approches convergent pour situer au centre de la pathologie autistique un trouble majeur de la communication interhumaine et de la symbolisation intrapsychique. Toutes tendent à lier ces deux versants du fonctionnement mental : pas de développement de la vie intrapsychique sans communication avec autrui et vice versa [1]. Cela s'explique par le fonctionnement des neurones miroirs qui sont une catégorie de neurones du cerveau qui présentent une activité lorsqu'un individu (humain ou animal) exécute une action lorsqu'il observe un autre individu (en particulier de son espèce) exécuter la même action, ou même lorsqu'il imagine une telle action, d'où le terme **miroir**[2].

Les neurones miroirs sont définis par deux propriétés :

- Leur caractère « miroir » : le fait qu'ils réagissent aussi bien aux actions de soi que d'autrui;
- Leur sélectivité : chaque neurone ne répond qu'à un seul type d'action, mais ne répond pas (ou peu) quand il s'agit d'un autre geste. Par exemple, un neurone sensible à un mouvement

de préhension de la main ne réagira pas si l'individu effectue un autre geste (comme une extension des doigts) ou si cet autre geste est effectué par un autre individu [2].

L'étude du développement des fonctions cognitives ; émotionnelles et comportementales est désormais facilitée par l'emploi des techniques audiovisuelles.

Les évaluations n'ont pas seulement pour but de mesurer les performances mais aussi de refléter la variabilité des réalisations et les zones de compétence afin de proposer des solutions éducatives appropriées. L'enjeu en vaut la peine car l'application de traitement précoce peut réduire les aspects les plus spectaculaires et la gravité de l'autisme même lorsque ces enfants ont des handicaps associées. Les difficultés des familles sont aussi amoindries par un diagnostic plus précoce qui leur permet de participer très tôt au projet thérapeutique de leurs enfants. L'autisme se distingue de la schizophrénie ; comme forme particulière de psychose précoce atteignant les jeunes enfants. Actuellement un consensus semble se dégager pour parler non pas d'autisme infantile mais plutôt de syndromes autistiques.

Au Mali une enquête épidémiologique réalisée au centre médico-psycho-éducatif(CMPE)/AMALDEME de septembre 2000 à juillet 2008 a conclu à 417 autistes parmi un échantillon de 3598 enfants âgés de 3 mois et plus [3].

Le manque de la sensibilisation de l'autisme a fait que c'est un problème délaissé dans notre pays.

Compte tenu de la méconnaissance, le faible taux de la consultation et l'absence d'étude, l'autisme reste un problème handicapant dans notre pays.

Le but de ce travail est d'étudier la fréquence des syndromes autistiques chez les enfants de 0-17ans, les facteurs favorisant de l'autisme et la fréquence de l'autisme selon le rang dans la famille au service de psychiatrie du CHU Point G, l'Hôpital «Mère- Enfant» le Luxembourg et le Centre de Santé Mentale(CESAME) JP COUDRAY.

OBJECTIFS

Objectif général :

- Étudier le syndrome autistique chez les enfants de 0-17 ans dans les services de prise en charge en santé mentale dans le district de Bamako.

Objectifs spécifiques:

- Déterminer la fréquence des syndromes autistiques chez les enfants de 0-17ans.
- Identifier les facteurs favorisants.
- Déterminer la fréquence de l'autisme selon le rang dans la fratrie.

GENERALITES

I-DEFINITION

L'autisme est un trouble du développement mental, altérant sévèrement tous les registres du fonctionnement de l'individu (intellectuel, cognitif, socio-relacionnel, affectif).L'autisme associe :

- Des troubles des capacités de communication à la fois verbale et non verbale ;
- Des troubles de la socialisation qui seraient la caractéristique centrale ;
- Des comportements répétitifs : stéréotypies ; compulsions ; routines... [4].

II-HISTORIQUE

Le terme «autisme», dérivé du grec « autos » qui signifie « soi-même », a été introduit pour la première fois par le psychiatre suisse Eugen Bleuler en 1911 pour décrire la symptomatologie schizophrénique chez des patients adultes (retrait social avec repli sur soi).

En 1943, Leo Kanner, psychiatre américain d'origine autrichienne, lui emprunte ce terme pour définir chez onze enfants un syndrome spécifique caractérisé par sa précocité (dès la première année de la vie), sa symptomatologie, son évolution et par les perturbations des relations affectives avec l'entourage [5].

Au cours des années 1950, le syndrome autistique devint dans les pays anglo-saxons une maladie spécifique faisant partie du groupe des schizophrénies infantiles. En France, au concept de schizophrénie infantile, succède celui de psychose infantile.

Différents modèles étiologiques ont été proposés (psychanalytique, génétique...). Certains auteurs ont « rangé » l'autisme dans les schizophrénies infantiles, d'autres dans les encéphalopathies post-virales....

Malgré les recherches qui se sont multipliées ces trente dernières années, aucun modèle étiopathogénique n'a réellement pu être retenu, aucun marqueur biologique identifié, aucun processus psychopathologique spécifique mis en évidence. Devant l'absence de résultats probants et de consensus, l'utilisation du concept de syndrome est probablement le plus approprié pour caractériser l'autisme.

III-RAPPEL

1-Développement psychomoteur

Depuis plusieurs années, les institutions psychiatriques pour enfants et adolescents ont connues, un développement régulier, rythmé par les recherches dans cette spécificité. Il paraît essentiel lorsqu'on s'intéresse à cette spécialité de connaître les normes de référence concernant les étapes du développement. Par ailleurs, il faut se souvenir que pendant de nombreuses années, les troubles mentaux chez l'enfant ont été définis comme une variation anormale du développement. Récemment, la psychiatrie de l'enfant s'est orientée vers un modèle catégoriel ou médical du trouble mental. Cette conception nouvelle de la pédopsychiatrie a permis de définir le trouble mental comme l'aboutissant d'un modèle plurifactoriel.

2-Développement psychoaffectif

Le nouveau-né semble présenter dès sa naissance des performances relationnelles importantes. La qualité de ces premiers échanges paraît donc primordiale pour le développement futur. Le développement affectif serait alors la résultante d'expériences conflictuelles entre les désirs de l'enfant et son environnement.

Freud, met en évidence les aspects évolutifs de la personnalité et l'importance des premières années de vie.

Il détermine ainsi les stades du développement libidinal (oral, anal, phallique, génital, période de latence et adolescence), à l'origine des modes d'organisation de la personnalité.

Lors des dix-huit premiers mois

Les intérêts du nourrisson sont principalement centrés sur la sphère oral, avec entre autres l'alimentation (besoins oro-digestifs et relationnels).

On décrit trois périodes comportementales individualisées décrites par R. Spitz comme des organisateurs, c'est-à-dire des points clefs autour desquels s'articule le développement. On retrouve ainsi : les sourires au visage humain vu de face vers 3 mois, la peur de l'étranger au

8^e mois, avec l'angoisse de la séparation puis l'apparition de l'opposition, de l'accession à l'indépendance, avec vers le 18^e mois, l'acquisition du « non ».

Lors des deuxième et troisième années

Il y a apparition d'intérêts nouveaux, en particulier pour les fonctions sphinctériennes. L'enfant devient l'objet d'une contrainte venant en particulier de la mère et qui devient elle-même l'objet d'un désir de maîtrise de la part de l'enfant. On observe durant cette période l'acquisition du pronom « je ».

Quatrième, cinquième et sixième années

La zone érogène dominante est à ce stade la zone génitale. Les organes sexuels deviennent source d'excitation, d'intérêt marqué, avec reconnaissance de la différence des sexes et apparition du conflit œdipien. On remarque un intérêt plus approfondi de l'enfant vis-à-vis des relations entre les parents. L'enfant développe des sentiments hostiles envers le parent du même sexe.

Le développement des identifications au parent du même sexe permet de sortir du conflit œdipien.

De la sixième année jusqu'à la puberté (période de latence)

L'enfant s'ouvre vers de nouveaux intérêts, avec développement des activités intellectuelles, culturelles, sociales.

Les relations avec les parents régressent sur un plan passionnel.

La **théorie de l'attachement** traite des relations entre êtres humains. Son principe de base est qu'un jeune enfant a besoin, pour connaître un développement social et émotionnel normal, de développer une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue. Les enfants en bas âge s'attachent aux adultes qui se montrent sensibles et attentionnés aux interactions sociales avec eux au moins plusieurs mois durant la période qui va de l'âge de six mois environ jusqu'à deux ans [6].

3-Développement de la psychomotricité

De 0 à 2 ans

Au cours de l'examen de 0 à 2 ans, le praticien doit s'attarder sur :

-la recherche de la présence ou de l'absence des réflexes archaïques ;

-l'examen de la motricité générale: tonus et mobilisation ;

-l'examen de la motricité fine: les mouvements des doigts, faire les « marionnettes », la préhension des objets initialement cubito -palmaire progresse pour aboutir à la pince pouce-index;

-le schéma corporel: la connaissance de son corps (dénomination des parties de son corps et représentation à travers le dessin)

Reflexes archaïques

Ils sont présents à la naissance puis disparaissent après 3 mois. Leur absence à la naissance est un signe d'immaturation cérébrale, leur persistance au-delà de 5 mois doit être considérée comme pathologique. Il s'agit des réflexes suivants :

-succion et déglutition;

-reflexe de Moro: Mouvement d'extension-abduction des deux bras déclenché par une stimulation labyrinthique ;

-marche automatique ;

-reflexe d'allongement croisé: Mouvement de flexion-abduction du membre inférieur controlatéral après stimulation de la plante du pied opposé (persiste plus longtemps que les autres) ;

-reflexe de « grasping » (agrippement) : Préhension des doigts (flexion) après stimulation des paumes.

Posture :

Au cours du premier mois l'enfant soulève le menton en décubitus ventral.

A 2 mois, on constate la disparition de l'hypertonie en flexion des membres.

A 3 mois, l'enfant maintient la tête droite et se retourne « ventre-dos ».

A 6 mois, l'enfant se tient assis avec un équilibre instable.

A 8 mois, l'enfant se tient en position assise sans appui.

A 9 mois, l'enfant marche à quatre pattes et tient debout avec appui.

Entre 12 et 18 mois, la marche est acquise.

Préhension :

A 3 mois, la main s'ouvre au contact de l'objet (préhension volontaire).

Entre 6 et 8 mois, l'enfant passe un objet d'une main à l'autre et le porte à la bouche.

Entre 9 et 12 mois, la pince pouce-index est acquise.

A 1 an, l'enfant peut lâcher volontairement et donner sur ordre.

Sensori-motricité :

A 1 mois, il y a apparition de la vision, de l'audition, de la phonation, du sourire réponse.

A 3 mois, l'enfant suit latéralement à 180°.

A 6 mois, l'enfant distingue les visages familiers.

A 9 mois, l'enfant fait des marionnettes « bravo », « au revoir », il reconnaît les objets, il manifeste « la peur de l'étranger ».

A 1 an, l'enfant reconnaît les objets, donne, boit au verre.

A 18 mois, l'enfant gribouille, encastre ronds et carrés, imite

A 2 ans, l'enfant fait du tricycle monte et descend les escaliers en alternance, obéit aux ordres simples, dessine une ligne verticale.

A 3 ans, il s'habille seul, court, dessine un rond, une croix.

A 4 ans, il dessine un carré, descend et monte les escaliers comme les adultes.

A 5 ans, l'enfant utilise le couteau.

4-Développement du langage :

Le langage est structuré en deux pôles :

-Un pôle réceptif : La compréhension (ensemble des étapes de décodage qui vont du son entendu à l'idée exprimée) ;

-Un pôle expressif : La réalisation (ensemble des étapes d'encodage qui vont de l'idée à exprimer au son émis). La compréhension précède la réalisation. Les différentes étapes de l'acquisition du langage sont les suivantes :

-De 1 à 3 mois : Gazouillis;

-De 7 à 9 mois : Sons syllabiques ;

-A 10 mois : Apparition du premier mot ;

-A 1 an : Plusieurs mots (3-6 mots) ;

-A 2ans : L'enfant peut combiner deux mots ;

-Dès 3 ans : Apparition du « je » ; l'enfant dit son prénom ;

-Dès 5-6 ans : Le système phonétique complet est maîtrisé.

5-Développement de l'intelligence :

Le développement de l'intelligence se fait en plusieurs périodes :

-La période de l'intelligence sensori-motrice : de 0 à 2 ans (intelligence immédiate avec, pour finalité, la satisfaction pratique) ;

-La période préopératoire : de 2 à 6 ans (début de la représentation de l'objet avec imitation, langage.....) ;

-La période opératoire : de 7 à 12 ans (opération concrète, pensée reposant sur la manipulation d'objet) ;

-La période de raisonnement abstrait : ce stade se développe jusqu'à 16 ans (la pensée repose sur un matériel symbolique, le raisonnement procède par hypothèses et par déduction).

6-Développement du contrôle sphinctérien

Les premiers mois de la vie, la défécation est un acte réflexe. Le contrôle du sphincter anal précède en général celui du sphincter vésical.

Le contrôle sphinctérien s'établit normalement :

- vers 18 mois pour la propreté diurne ;
- avant 4 ans (vers 2-3 ans) pour la propreté nocturne.

La vessie est constituée par un muscle lisse comportant deux parties :

- le corps, que représente le muscle détrusor ;
- le trigone (ou sphincter vésical interne), proche du col vésical, par lequel passent les deux uretères et l'urètre.

Puis l'urètre traverse un muscle strié volontaire (sphincter vésical externe ou sphincter strié).

Lors de l'expansion du corps vésical, le détrusor se distend, le réflexe de miction provoque la contraction du détrusor et donc l'évacuation de la vessie. Le sphincter interne se relâche après l'obtention d'une pression vésicale suffisante. Le sphincter externe se relâche au moment de la miction, soit par réflexe, soit volontairement.

7-Développement de l'alimentation

Les premiers mois de la vie impliquent une diversité de mesures alimentaires, avec en particulier le respect d'une alimentation lactée attentionnée :

- de 0 à 3 mois : Lait exclusif 1^{er} âge (1 mesure pour 30 ml d'eau) ;
- à partir de 4 mois : Lait 2^e âge et début de la diversification alimentaire ;
- à partir de 1 an : Lait de croissance (lait de croissance).

8- Sommeil de l'enfant

Le nouveau-né dort 16 à 20 heures par jour (par période de 4 heures environ).

Vers 4 à 6 mois, il dort 16 à 18 heures par jour (régularisation du cycle lumière-obscurité).

Vers 1 à 4 ans, il dort en moyenne 13 heures par jour.

A partir de 10 ans, il dort 8 heures par jour.

Le sommeil paradoxal occupe 50% du sommeil total jusqu'à 5 ans (puis 20% pour le reste de la vie).

Certains comportements sont normaux entre 2 et 5 ans :

- la peur du noir ;
- la phobie des animaux ;
- les difficultés d'endormissement avec lutte contre le sommeil ;
- le désir de dormir avec les parents ;
- l'enfant qui se relève ;
- les rites du coucher : Série d'actes et de vérifications avant le coucher [7].

IV-ETIOPATHOGENIE

-Du point de vue psychogénétique

L'autisme correspond à une anomalie du développement psychique repérable en termes de stades de développement. Elle décrit un premier état de l'enfant dans lequel il ne percevrait pas sa mère comme source de satisfaction de ses besoins ; phase que Mahler appelle « autisme normal ». Dans cette phase le bébé serait « dans un état de désorientation hallucinatoire primaire » au sein duquel la satisfaction de ses besoins relèverait de sa propre sphère autistique toute-puissante. Ses investissements seraient essentiellement orientés vers ses perceptions intéroceptives et une barrière protectrice le séparait des stimuli extérieurs qu'il n'aurait pas le moyen d'intégrer. Suivrait une phase que Mahler appelle « phase symbiotique », dans laquelle l'enfant commencerait à avoir une perception et une conscience confuses de sa mère comme source extérieur de satisfaction. Mais en vivant comme réuni à la mère à l'intérieur d'une membrane symbiotique délimitant un espace commun au nourrisson et à la mère et le séparant du monde environnant dans lequel le bébé projetterait les mauvais objets. Ce qui permettrait la régulation homéostatique de la dyade mère-enfant; c'est pendant cette phase que s'organiseraient les rudiments du Moi, les investissements se déplaceraient des sensations intéroceptives vers le sensorium. Grâce aux stimulations adéquates de la mère,

l'enfant s'oriente peu à peu vers la perception du monde extérieur en adoptant un comportement que Mahler appelle « schéma de la contre-épreuve »: il dirige sa perception vers un élément extérieur; puis il retourne vers le visage de sa mère qui lui sert de point de référence. La troisième phase est celle de la « séparation-individuation »; qui commence à la fin de la première année pour ne s'achever que vers 3 à 4 ans; ce n'est que progressivement, grâce à l'intériorisation de ces objets à l'acquisition de la permanence de l'objet libidinale ; que l'enfant peut se séparer de sa mère et s'individualiser par rapport à elle [8].

Actuellement, les recherches génétiques se tournent vers la méthode des « gènes candidats » (gènes en rapport contrôlant le développement du système nerveux central (SNC), ou des fonctions métaboliques susceptibles d'être impliquées dans l'autisme).

Jusqu'ici, une seule recherche relevant de ce type d'approche s'est révélée positive, montrant l'association de l'autisme avec un marqueur situé sur le chromosome 11, à proximité du gène de la tyrosine hydroxylés [9]. Ce résultat n'a pas encore été confirmé par d'autres études, même si actuellement de nombreuses études s'appuyant sur les ressources de la génétique moléculaire s'efforcent de mettre en évidence des facteurs de susceptibilité génétique dans l'autisme infantile [10].

-Du point de vue biologique

Plusieurs publications indiquent que des pathologies de la grossesse et de la période post-natale (hémorragie du deuxième trimestre ; toxémie ; faible poids de naissance ; prématurité) sont fréquemment associées aux syndromes autistiques.

Des cas d'autisme infantiles faisant suite à des infections virales au cours de la grossesse ; ont été rapportés (rubéole : [11] ; cytomégalovirus [12, 13].

Des observations anecdotiques ont signalé l'association de l'autisme avec la trisomie 21 ; ainsi que d'autres aberrations chromosomiques ; notamment celles portant sur les chromosomes sexuels : syndrome XXX ; syndrome de Klinefelter [14] et surtout le syndrome de l'X fragile [15]

-Du point de vue biochimique

Le métabolisme des monoamines a été particulièrement étudié à la suite de recherches analogues réalisées dans la schizophrénie et dans d'autres affections psychiatriques de l'adulte. C'est dans ce domaine que les résultats les plus cohérents ont été recueillis en ce qui concerne l'autisme infantile. En effet, la plupart des équipes qui se sont intéressées à

cette question ont trouvé une augmentation de la sérotoninémie en fait de la sérotonine plaquettaire chez 30 à 50 % des enfants autistes [16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23]. Il semble exister une corrélation positive entre le taux de sérotonine et l'intensité des symptômes autistiques. Cependant, les valeurs individuelles observées chez les autistes recouvrent celles des témoins, de sorte que ce marqueur biologique ne peut être utilisé comme un critère diagnostique [24]. L'hypersérotoninémie n'est pas spécifique à l'autisme : elle a également été rapportée chez les enfants hyperkinétiques, ainsi que chez des sujets déficients mentaux sans traits autistiques.

-Du point de vue métabolique

L'association de l'autisme avec la phénylcétonurie apparaît mieux établie ; encore qu'elle ne soit pas très fréquente [25; 26]. D'autres formes de syndromes psychotiques ont été observées en association à la phénylcétonurie, que l'autisme infantile typique [27 ; 28; 29].

-Données neuro-anatomiques et neuroradiologiques

De nombreuses recherches ont été menées avec différentes techniques de neuro-imagerie, elles ont donné des résultats peu Cohérents. Des anomalies retrouvées sur des examens pneumo-encéphalographiques ou tomodensitométriques ont aussi été rapportées chez des autistes [30 ; 31 ; 32 ; 33 ; 34]. L'autisme, au moins dans la conception élargie du DSM-III est associé à d'autres affections somatiques dans une proportion significative de cas. Aucune de ces associations ne paraît spécifique.

Plusieurs études récentes, utilisant l'IRM, ont signalé une hypoplasie du vermis cérébelleux [35] ce qui va dans le même sens que quelques cas d'études post mortem dans lesquelles une raréfaction des cellules de Purkinje a été observée dans ces mêmes régions [36].

V-EPIDEMIOLOGIE

Les troubles sont chroniques et la forme typique est l'autisme de KANNER.

Il existe des syndromes autistiques (légèrement différents du syndrome autistique de KANNER) pouvant être d'origine génétique ou foetopathique.

Depuis la première étude réalisée en Angleterre par Lotter (1966), de nombreuses études de prévalence ont eu lieu dans la plupart des pays d'Europe, au Japon et en Amérique du Nord [37]. En France, trois études de prévalence ont été récemment réalisées [38, 39, 40].

Leurs résultats peuvent se résumer ainsi :

a- les estimations des taux de prévalence de l'autisme varient de 0,7/10000[41] à 13,9/10000[42], et une estimation moyenne de 5/10000 peut être retenue chez l'enfant [43]. Les variations des taux rapportés dans ces études s'expliquent principalement par des différences dans les définitions utilisées et dans les méthodes d'identifications des autistes dans les populations cibles.

b- Les taux de prévalence varient selon l'âge de la population cible.

c-Toutes les études ont retrouvé une fréquence plus élevée de l'autisme chez les garçons ; avec un sex ratio de 1,3 pour 1 dans une étude irlandaise [44] à 15 pour 1 dans une étude anglaise [45]. Le sex ratio moyen retenu est de 3 pour 1.

d-Dans les études de prévalence cependant, environ un quart seulement des enfants autistes ont un quotient intellectuel dans la bande normale ($QI > 70$) aux examens psychologiques standardisés.

La prévalence de la maladie est plus grande dans la fratrie d'autistes que dans la population générale.

La complication fréquemment rencontrée est l'épilepsie (la prévalence augmente avec l'âge de l'autiste)

VI-DIAGNOSTIC

Le diagnostic a été posé en se basant sur les critères de la CIM 10 (F84.0 Autisme infantile). Des signes plus nombreux peuvent être obtenus par un examen plus précoce si l'on tient compte des anomalies fines du regard, du tonus, de la motricité ; des perceptions et de la communication [46, 47, 48].

Le diagnostic est avant tout clinique, le bilan somatique (neurologique, sensoriel, etc.....) et certains examens complémentaires sont parfois nécessaires afin d'éliminer un autre diagnostic étiologique. Il faut par ailleurs souligner que les signes d'alerte peuvent tout à fait passer inaperçus, surtout s'ils sont discrets et qu'il s'agit d'un premier enfant, les parents n'ayant pas de points de repères par rapport à une fratrie. Différents "**signes d'alerte**" à retenir :

✓ **Durant le premier semestre**

- **Absence d'échange** avec la mère et d'intérêt pour les personnes : indifférence à la voix et au visage de la mère, absence d'échange de regard avec celle-ci.

- **Indifférence au monde sonore** et impression de surdité

- **Troubles du comportement :**

Soit sagesse excessive : enfant "trop calme" restant sans bouger

Soit au contraire, agitation désordonnée, enfant "trop excité".

- **Troubles psychomoteurs :**

- Défaut d'ajustement postural et d'agrippement lors de la prise de l'enfant par l'adulte : enfant "poupée de son"

- absence d'attitude anticipatrice de l'enfant lorsque l'on ébauche le Mouvement de le prendre dans les bras (normalement, l'enfant accompagne le mouvement en tendant les bras)

- Troubles du tonus : hypotonie le plus souvent (hypertonie parfois)

Absence de sourire au visage humain, qui apparaît normalement vers le 2^{ème} – 3^{ème} mois et qui constitue un bon signe des capacités relationnelles de l'enfant (premier organisateur de Spitz)

- **Retranchement des processus perceptifs** : pose dans la visualisation et indifférence au monde sonore.

- **Anomalie du regard, strabisme persistant** mais variable.

- **Troubles graves et précoces du sommeil :**

- insomnies calmes, les yeux grands ouverts

- ou au contraire, insomnies avec agitation.

- **Troubles oro alimentaire** avec défaut de succion.

✓ **Durant le deuxième semestre**

Durant cette période, les **signes précédents se confirment** (inintérêt pour les personnes, défaut d'ajustement postural, indifférence au monde sonore et visuel), mais

D'autres signes apparaissent :

- **Quête active de stimuli sensoriels** entraînant une sorte d'état extatique (fixation du regard sur des lumières, des objets qui tournent, jeux de doigts devant les yeux)

- **Intérêt compulsif pour des objets insolites**, souvent durs, contrastant avec le désintérêt général pour le monde environnant et l'utilisation d'objets dans le jeu.

- **Ne réagit pas aux bruits** ou de façon inconstante ou paradoxale

- **Peu pas d'émissions vocales**

- **Absence d'intérêt pour les personnes** (défaut de contact)
- **Absence de participation** à des activités comme "faire coucou", "bonjour" (n'imité pas)
- **Absence d'angoisse lors de la séparation** d'avec les personnes qui s'occupent habituellement de lui.
- **Absence d'angoisse de l'étranger.**

Pour comprendre :

On sait que l'angoisse de l'étranger apparaît normalement vers 8 mois. L'enfant, lorsqu'il est mis en présence d'un étranger en l'absence de sa mère, montre, à cette période, des manifestations plus ou moins importantes d'angoisse.

Celles-ci traduisent l'installation d'une image intériorisée de la mère (représentation psychique) dont la confrontation avec la perception de l'étranger vient signifier pour lui l'absence maternelle, source d'angoisse (deuxième organisateur de Spitz).

-Absence de jeu de « faire semblant » (c'est-à-dire de jeux symboliques, apparaissant dès l'âge de 12-15 mois, dans lesquels les objets sont utilisés comme s'ils avaient d'autres propriétés) également très spécifique.

Le deuxième organisateur est le témoin de la capacité nouvelle du bébé à se représenter mentalement sa mère. Cette capacité n'existe pas chez le petit enfant autiste.

✓ **Durant la deuxième année**

Les **signes précédents se confirment**, notamment le désintérêt pour les personnes, une fascination trop vives pour les stimulations sensorielles.

D'autres signes peuvent être notés à cette période :

- **Absence de "pointage"** (c'est-à-dire d'utilisation, à partir de 9-14 mois, de l'index pour indiquer à une autre personne un objet source d'intérêt). L'absence de pointage est considérée comme très caractéristique d'autisme.

Absence ou pauvreté des vocalisations.

-Les troubles du langage+++, constant :

-peu ou pas de gazouillis

–apparition tardive des premiers mots (après 18 mois)

–absence d'utilisation du « je »

–écholalie

-des cris répétitifs.

- **Pauvreté des jeux, absence d'imitation** des mimiques, des gestes...

- **Anomalies de la marche** avec évitement de l'appui plantaire en position debout entraînant une marche sur la pointe des pieds

- **Phobies de certains bruits** (en particulier les bruits mécaniques)

- **Manifestations d'auto agressivité**, automutilations

- **Stéréotypies gestuelles**.

Le diagnostic ne peut s'appuyer que sur la **présence d'une constellation de signes** et surtout sur **l'impression persistante de difficultés majeures de la communication** de la part de l'enfant.

-**Isolement autistique**

-le regard de l'enfant qui fuit le contact œil à œil est évocateur du diagnostic.

-**Immuabilité :**

Il existe une résistance aux changements avec de multiples réactions imprévisibles en cas de modifications de l'environnement (exemple si un jouet de l'enfant s'égaré, une réaction de violence inappropriée peut apparaître).

-**Troubles affectifs**

-Rire et colères immotivés ;

-Auto ou hétéro-agressivité (automutilation) ;

-Crises d'angoisse à l'origine d'agitations violentes.

-**Troubles des fonctions intellectuelles :**

-Déficit intellectuel quasi constant ;

-Déficit pouvant prédominer au niveau du langage ou des performances (calcul, motricité).

-Sensibilité exagérée à des bruits insolites (trotteuse de montre) contrastant avec l'indifférence retrouvée au monde sonore habituel.

-Fascination pour les sources lumineuses ou pour certains objets.

- Insensibilité à la douleur.
- Conduite de «flairage» (reniflement d'objets), de léchage.
- Trouble du comportement alimentaire avec anorexie ou intérêt sélectif pour certains aliments (aliment mixtes, lisses).
- Encoprésie, retard dans l'acquisition de la propreté sphinctérienne.
- Attitudes bizarres : marche sur la pointe des pieds, bizarrerie du comportement.

VII-Evolution

L'évolution est chronique. Elle est **extrêmement variable** et fonction de multiples facteurs parfois d'ailleurs difficiles à identifier clairement.

Au mieux, certains patients (environ 20 %) s'inséreront correctement sur le plan professionnel et social. Certains autres développeront une certaine autonomie mais seront gênés par un certain déficit intellectuel ou certains traits de personnalité pathologique. D'autres auront une évolution plus sévère avec, en particulier, une faible autonomie liée à un déficit intellectuel moyen ou sévère. Un dernier groupe, de faible importance, est constitué de sujets qui évoluent à l'âge adulte vers une schizophrénie de l'adulte, avec un faible niveau d'adaptation psychosociale.

Les facteurs pronostics

Les facteurs de meilleur pronostic

- Facteurs liés à l'enfant lui-même

- l'absence de déficience intellectuelle précoce
- l'apparition du langage avant 5 ans
- les formes d'apparition plus tardive (dysharmonies psychotiques) par rapport aux formes d'apparition plus précoce (autisme de Kanner)

- Facteurs liés à l'environnement

- la précocité du diagnostic et donc de la prise en charge
- la qualité de la prise en charge
- la qualité de la coopération et du soutien familial [46, 47, 48]

Les facteurs de mauvais pronostic

Sont les suivants :

- profondeur (intensité) du retard mental ;
- retard massif de langage (absence de langage au-delà de 5ans) ;
- facteurs organiques associés ;
- carence affective et éducative ;
- maltraitances ;
- précocité d'apparition des troubles,
- sexe (l'autisme a une forme clinique sévère chez la fille)

VIII- Formes cliniques

1/**Autisme de KANNER** : la forme la plus classique

2/**Forme atypique** :

- forme à début plus tardif
- meilleures capacités relationnelles
- le langage est en partie présent
- l'enfant peut paraître simplement original, bizarre
- le pronostic est meilleur

3/**Syndrome d'ASPERGER**

- Sexe masculin++++
- le développement mental est bon
- existence d'un handicap dans les rapports sociaux: solitaire, bizarre, obsessionnel
- parfois on retrouve une compétence exceptionnelle dans certains domaines :

* Astrologie

*Domaine des chiffres (calendrier, calculs mentaux)

*Cinéma

4-Le polyhandicap

Lorsqu'un retard de développement, des troubles neurologiques et des signes d'autisme sont associés, on parle de "polyhandicap avec autisme". Le secteur de la communication est alors le plus souvent perturbé; il existe des comportements caractéristiques (stéréotypies...). [46, 47, 48]

5-Formes associées

Un véritable syndrome autistique peut parfois faire partie du tableau clinique de certaines pathologies organiques :

-Encéphalopathie de la rubéole congénitale ;

-Toxoplasmose congénitale ;

-Phénylcétonurie ;

-phacomatoses ;

-Syndrome de West et de Lennox-Gastaut ;

-Syndrome de l'X fragile ;

-Syndrome de Rett.

IX-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le problème d'un diagnostic différentiel se pose particulièrement dans les deux premières années de vie :

-Retard mental :

On retrouve un bon contact affectif contrairement à l'autisme. Autisme et retard mental ne sont pas exclusifs l'un de l'autre. La majorité des enfants autistes ont un retard souvent

important, mais leur fonctionnement intellectuel est hétérogène et diffère de celui des enfants retardés du même niveau [49].

-Déficits sensoriels : surdité, cécité

-Dysphasie de type réceptive :

Trouble sévère du langage oral avec parfois une absence quasi totale de langage

-Syndrome de Landau et Kleffner :

Aphasie acquise avec épilepsie. Après un développement normal de langage, l'enfant à partir de 3 ans va perdre tous ses acquis dans ce domaine. L'EEG de sommeil est toujours très perturbé.

-Carence éducative et affective :

Une carence sévère peut entraîner un tableau proche de l'autisme. Mais on note une amélioration rapide des symptômes dès lors que l'enfant est placé dans des conditions favorables (famille d'accueil, internat médicalisé).

-Syndrome de Rett :

Encéphalopathie progressive avec atteinte exclusive des filles. On retrouve une mutation sur le chromosome X. La détérioration apparaît après un développement normal (2^{ème} année de vie). On retrouve des éléments autistiques associés à une démence, une microcéphalie et une comitialité. Le pronostic est sévère.

-Trouble désintégratif de l'enfance:

Selon la définition du DSM-IV, le trouble désintégratif de l'enfance se caractérise par une régression marquée dans plusieurs domaines du fonctionnement global, faisant suite à une période de développement normal d'au moins deux années. L'origine reste à ce jour inconnu. On constate fréquemment une stabilisation de la détérioration cognitive. Le traitement est similaire à celui préconisé dans les troubles envahissants du développement.

-Autre psychose de l'enfant :

Schizophrénie de l'enfant : rare, le délire est souvent présent.

.X- TRAITEMENT

Le traitement est essentiellement **symptomatique**. Il a pour but de réduire la symptomatologie comportementale et de favoriser voire de développer les fonctions cognitives retardées. Elle doit être nécessairement pluridisciplinaire et comporte trois grands volets : **psychothérapeutique, chimiothérapeutique, socio thérapeutique**.

1/Axe psychothérapeutique :

Il comporte :

- Rééducation orthophonique, psychomotrice ;
- soutien psychologique apporté à la famille avec guidance éducative ;
- Psychothérapie individuelle ou de groupe: le but est de stimuler l'éveil, les échanges socio-relationnels ;
- Psychothérapie éducative avec apprentissage des tâches quotidiennes.

2/Axe chimiothérapeutique :

Les neuroleptiques sont sans doute les psychotropes les plus prescrits chez les enfants autistes. Selon plusieurs études contrôlées,

- Les antagonistes des récepteurs dopaminergiques (l'Halopéridol) ont des effets positifs, avec notamment une diminution des conduites agressives, des stéréotypies et de l'agitation et, dans certains cas, une diminution du retrait. On a souligné cependant le risque lié aux effets secondaires, notamment les dyskinésies tardives qu'il est parfois difficile de différencier des stéréotypies.

-Halopéridol (DCI) : prescription à faible dose et de durée limitée

-Les antagonistes des récepteurs dopaminergiques et sérotoninergiques ont des effets positifs sur le plan cognitif et une Prise de poids

- Risperidone: 1 à 2 mg par jour.

Plus récemment, des résultats positifs ont été signalés avec l'amisulpride [49]. Les autres neuroleptiques (Lévomépromazine, thioridazine, chlorpromazine) sont également utilisés, surtout pour diminuer l'agitation ou l'agressivité, mais n'ont pas fait l'objet d'études contrôlées.

En définitive, l'utilisation des médicaments dans le traitement des syndromes autistiques reste encore du domaine de la recherche. Leur efficacité, lorsqu'elle existe, reste limitée à certains symptômes : aucun médicament n'a actuellement d'efficacité curative démontrée vis-à-vis des troubles autistiques.

3/Axe socio thérapeutique

C'est la mise en route d'un programme psychopédagogique dans un établissement médico-pédagogique ou d'un programme d'intégration scolaire lorsque celle-ci est possible (par exemple avec l'aide d'un auxiliaire d'intégration).

METHODOLOGIE

METHODE ET PATIENTS

I - CADRE DE L'ETUDE:

Cette étude a eu lieu dans le service de psychiatrie du CHU du point G, l'Hôpital «Mère-enfant» le Luxembourg où les consultations psychiatriques se faisaient à titre de vacation et le Centre de Santé Mentale (CESAME) JP COUDRAY de l'A.M.A.M.M. (Association d'Aide aux Malades Mentaux) en commune IV du district de Bamako.

1 – PRESENTATION DU CHU DU POINT G :

Le CHU du Point G est situé sur les collines du Point G sur la rive gauche du Fleuve Niger en commune III du district de Bamako. Il occupe une superficie de 25 hectares.

2- ORGANISATION:

Le CHU du Point G est placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Les organes d'administration et de gestion sont :

- le Conseil d'Administration (CA)
- la Direction Générale
- le Comité de Direction

3 – LES ORGANES CONSULTATIFS :

- ✓ La Commission Médicale d'Etablissement :
- ✓ La Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux :
- ✓ Le Comité Technique d'Etablissement :
- ✓ Le Comité d'Hygiène et de Sécurité :

4 - SERVICES EXISTANTS AU CHU du POINT G :

Ce sont :

- **L'Administration Générale**
- **Les services techniques**

5 - LE SERVICE DE PSYCHIATRIE du CHU du Point G :

C'est le 1er service de psychiatrie et le 3ème niveau de référence au Mali. C'est un service d'adultes qui reçoit de plus en plus les enfants.

Le service est situé à l'Est dans la cour de l'hôpital.

5 - 1 Description du service :

A- Les Compartiments :

Schématiquement on distingue :

- ❖ La cour grillagée ou « ancien service »
- ❖ Le bloc administratif

- ❖ le bloc des « fonctionnaires » hommes
- ❖ le bloc des « fonctionnaires » femmes
- ❖ Le nouveau bloc
- ❖ Le bloc de cases

B- Le personnel :

Il est composé :

- D'un (1) professeur titulaire de Psychiatrie
- De trois (3) maîtres de conférences dont un psychologue clinicien
- D'un (3) médecin généraliste
- De dix (10) assistants médicaux spécialisés en psychiatrie
- D'un (1) technicien de santé
- D'une (1) secrétaire
- De quatre (3) techniciens de surface
- De trois (3) agents de sécurité
- Deux (2) interne des hôpitaux
- Des CES en formation en psychiatrie
- Des étudiants hospitaliers faisant fonction d'interne
- Des étudiants stagiaires en médecine
- Et des étudiants stagiaires des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé).
- Un groupe d'animateur en art dramatique, contractuel, vient une fois par semaine, animer le « Kotéba » sous la supervision du psychologue.

C - Le fonctionnement du service de psychiatrie :

Le service fonctionne sur un mode de « psychiatrie communautaire » et il mène :

- Des activités de soins
- Des activités de formation, et de recherche.

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un technicien de surface, d'un agent de sécurité et d'un étudiant hospitalier faisant fonction d'interne.

Une visite hebdomadaire des malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

Le « Kotéba » technique psychothérapique originale à l'image de psychodrame de MORENO est mise en scène théâtrale organisé de façon hebdomadaire sous la supervision du psychologue.

Les séances de « Kotéba » ouvert à tout le monde : malades, parents des malades, soignants et visiteurs alternent avec des séances de « Kotéba » fermé organisé avec un seul malade, ses parents et le psychologue.

2-PRESENTATION DE L'HOPITAL « MERE-ENFANT » :

L'Hôpital « Mère-Enfant » ou le « Luxembourg » est créé le 24 Novembre 1998. Il comprend deux bâtiments avec un sous-terrain.

2.1-Situation géographique :

L'Hôpital « Mère-Enfant » est situé au pied de la colline de Lassa sur la rive gauche du fleuve Niger en commune IV du district de Bamako et au Nord-Ouest du quartier d'Hamdallaye.

2.2-Les services existant à l'hôpital « Mère-Enfant » :

- **L'administration générale :**
- **Les services techniques :**

3- PRESENTATION DU CENTRE DE SANTE MENTALE (CESAME) JEAN PIERRE COUDRAY:

Le CESAME est une structure appartenant à l'AMAM (association Malienne d'aide aux malades mentaux), située à Hamdallaye en commune IV du district de Bamako.

Le CESAME fonctionne selon le mode communautaire et dirigé par un assistant médical. Dans son fonctionnement le service mène des activités de consultation et d'hospitalisation.

II-TYPE D'ETUDE :

Il s'agissait d'une étude rétrospective, analytique

III-PERIODE DE L'ETUDE :

Le travail s'est déroulé sur une période de 12 mois de janvier 2012 à Décembre 2012. Et portait sur les données de 20 ans.

IV-ECHANTILLONNAGE

❖ Variables dépendantes

➤ Définition de cas- Autisme

Des dossiers établis au nom de chaque malade a été fait à partir des critères de la CIM 10 (F84.0 Autisme infantile). La définition opérationnelle prend en compte les aspects suivants :

- ✓ Des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques
- ✓ Des modalités de communication
- ✓ Un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. (voir les généralités).

❖ Variables indépendantes

➤ Critères sociodémographiques

- ✓ Sexe
- ✓ Age
- ✓ Statut matrimonial du malade
- ✓ Statut matrimonial des parents
- ✓ Rang dans la fratrie
- ✓ Existence des parents
- ✓ Consanguinité entre les deux parents
- ✓ Antécédents psychiatriques
- ✓ Groupe ethnique
- ✓ Niveau d'étude

➤ Considérations Ethiques

La confidentialité et l'anonymat des dossiers utilisés ont été respectés.

❖ Population d'étude :

Le travail a concerné les enfants de 0-17ans ayant consulté dans le service de la psychiatrie, le Centre de Santé Mentale (CESAME) J.P COUDRAY, l'Hôpital «Mère- Enfant» le Luxembourg dans la période d'étude. Des dossiers établis au nom de chaque malade a été fait à partir des critères de la CIM 10 (F84.0 Autisme infantile).

❖ Critères d'inclusions :

Ont été inclus, tous les dossiers ayant un diagnostic précis.

❖ Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus : Les dossiers incomplets.

V-Déroulement de l'enquête :

L'étude s'est déroulée du 01 Janvier 2012 au 31 Décembre 2012 et les données ont été recueillies sur dossier.

VI-Analyse des données :

Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info3.5.3 janvier 26,2011. Le test *chi*² a été utilisé pour la comparaison des données, si P était inférieur ou égal à 0,05, elle était significative.

Le traitement de texte a été fait sur le logiciel Microsoft Word 2010

Comme tout travail de type rétrospectif, nous avons été confrontés à l'incomplétude des dossiers rendant certains inexploitable et le manque de références bibliographiques.

Ces difficultés et l'absence d'étude sur l'autisme au Mali ont été les principales limites de notre étude.

RESULTATS

RESULTATS

Au cours de notre étude on a colligé 2068 dossiers d'enfants de 0-17ans dont 162 dossiers d'autistes soit une fréquence hospitalière de 7,8%.

Tableau 1 : Répartition des malades selon le sexe

| Sexe | Fréquence | % |
|----------|-----------|-------|
| Masculin | 1097 | 53,0 |
| Féminin | 971 | 47,0 |
| Total | 2068 | 100,0 |

Les malades de sexe masculin étaient les plus représentés avec **53,0%**.

Tableau 2 : Répartition des malades selon l'âge

| Age | Fréquence | % |
|------------|-----------|-------|
| 0 - 5ans | 271 | 13,1 |
| 6 – 12ans | 586 | 28,4 |
| 13 – 17ans | 1211 | 58,5 |
| Total | 2068 | 100,0 |

Les malades âgés de 13- 17ans représentaient **58,5%**.

Tableau 3 : Répartition selon le statut matrimonial des malades

| Statut matrimonial | Fréquence | % |
|--------------------|-----------|-------|
| Célibataire | 1990 | 96,2 |
| Marié | 78 | 3,8 |
| Total | 2068 | 100,0 |

3,8% des malades étaient mariés.

Tableau 4 : Répartition des malades selon le statut matrimonial des parents

| Statut matrimonial des parents | Fréquence | % |
|--------------------------------|-----------|-------|
| Marié | 1990 | 96,2 |
| Divorcé | 78 | 3,8 |
| Total | 2068 | 100,0 |

96,2% des malades avaient des parents mariés.

Tableau 5 : Répartition des malades selon la perte d'un des parents

| Perte d'un des parents | Fréquence | % |
|--------------------------|-----------|-------|
| Père et mère vivants | 1930 | 93,3 |
| Père et mère décédé | 13 | 0,6 |
| Père décédé mère vivante | 86 | 4,2 |
| Mère décédée père vivant | 39 | 1,9 |
| Total | 2068 | 100,0 |

Les malades ayant les deux parents vivants étaient les plus fréquents avec 93,3%.

Tableau 6 : Répartition des malades selon la consanguinité entre les parents

| Consanguinité entre les parents | Fréquence | % |
|---------------------------------|-----------|-------|
| Oui | 158 | 7,6 |
| Non | 1910 | 92,4 |
| Total | 2068 | 100,0 |

Dans 7,6% des cas, il y avait une consanguinité entre les parents.

Tableau 7 : Répartition des malades selon les antécédents psychiatriques dans la famille

| Antécédents psychiatriques | Fréquence | % |
|----------------------------|------------|-------------|
| Sans antécédents | 1772 | 85,7 |
| Avec antécédents | 296 | 14,3 |
| Total | 2068 | 100,0 |

14,3% des malades avaient des antécédents psychiatriques dans la famille.

Tableau 8 : Répartition des malades selon le diagnostic

| Diagnostics | Fréquence | % |
|--------------------|------------|------------|
| Psychose aiguë | 358 | 17,4 |
| Psychose chronique | 136 | 6,5 |
| Névrose | 100 | 4,8 |
| Epilepsie | 852 | 41,3 |
| Autisme | 162 | 7,8 |
| Instabilité | 62 | 3,0 |
| Toxicomanie | 11 | 0,5 |
| Dépression | 81 | 3,9 |
| Autres | 306 | 14,8 |
| Total | 2068 | 100,0 |

Les autistes constituaient **7,8%** de la population malade.

Autres : Déficience mentale, maltraitance, agressions sexuelles, etc.....

Tableau 9: Répartition des malades selon le rang des filles du côté utérin

| Rang fille du côté utérin | Fréquence | % |
|---------------------------|-----------|-------|
| 1 ^{ère} | 199 | 48,9 |
| 2 ^e | 87 | 21,4 |
| 3 ^e | 60 | 14,7 |
| 4 ^e | 33 | 8,2 |
| 5 ^e | 17 | 4,2 |
| 6 ^e | 7 | 1,7 |
| 7 ^e | 1 | 0,2 |
| 8 ^e | 3 | 0,7 |
| Total | 407 | 100,0 |

Les premières filles du côté utérin représentaient **48,9%** parmi les 407 filles rangées.

Utérin : Mère

Tableau 10 : Répartition des malades selon le rang des garçons du côté utérin

| Rang des garçons du côté utérin | Fréquence | % |
|---------------------------------|-----------|-------|
| 1 ^{er} | 242 | 48,2 |
| 2 ^e | 133 | 26,4 |
| 3 ^e | 58 | 11,5 |
| 4 ^e | 49 | 9,7 |
| 5 ^e | 15 | 3,0 |
| 6 ^e | 2 | 0,4 |
| 7 ^e | 1 | 0,2 |
| 8 ^e | 1 | 0,2 |
| 9 ^e | 2 | 0,4 |
| Total | 503 | 100,0 |

Les 503 dossiers avaient le rang garçon du côté utérin sur 2068. Les premiers garçons du côté utérin étaient **48,2%**.

Tableau 11 : Répartition des malades selon les antécédents*au cours de la grossesse

| Antécédents au cours de la grossesse | Fréquence | % |
|---|------------------|-------------|
| Oui | 145 | 45,6 |
| Non | 173 | 54,4 |
| Total | 318 | 100,0 |

Sur 2068 dossiers d'enfants malades 318 contenaient des informations sur les antécédents au cours de la grossesse. Chez 145 malades soit **45,6%**, des antécédents au cours de la grossesse ont été retrouvés.

***= Les difficultés survenues aux différents moments de la grossesse, l'accouchement et l'enfance.**

Tableau 12: Répartition des malades selon les antécédents*liés à l'accouchement

| Antécédents liés à l'accouchement | Fréquence | % |
|--|------------------|-------------|
| Oui | 161 | 46,6 |
| Non | 184 | 53,4 |
| Total | 345 | 100,0 |

Sur les 2068 dossiers des enfants enregistrés, 345 contenaient des informations sur les antécédents liés à l'accouchement et 161 malades soit **46,6%** avaient des antécédents liés à l'accouchement.

Tableau 13: Répartition des malades selon les antécédents* de l'enfance

| Antécédents de l'enfance | Fréquence | % |
|--------------------------|-----------|-------|
| Oui | 657 | 91,5 |
| Non | 61 | 8,5 |
| Total | 718 | 100,0 |

Parmi les dossiers enregistrés, 718 étaient renseignés sur les antécédents de l'enfance, **91,5%** des cas avaient des antécédents de l'enfance.

Tableau 14: Répartition des malades selon le niveau d'étude

| Niveau d'étude | Fréquence | % |
|----------------|-------------|-------------|
| Non scolarisé | 832 | 40,0 |
| Primaire | 1086 | 52,7 |
| Secondaire | 148 | 7,2 |
| Supérieur | 2 | 0,1 |
| Total | 2068 | 100,0 |

Les **52,7%** des malades avaient un niveau d'étude primaire.

Tableau 15 : Répartition des diagnostics en fonction de l'âge

| Diagnostics | AGE | | | | | | Total |
|--------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|------------|
| | 0 - 5ans | | 6 - 12ans | | 13 - 17ans | | |
| | Effectif | % | Effectif | % | Effectif | % | |
| Psychose aiguë | 1 | 0,2 | 22 | 6,2 | 335 | 93,6 | 358 |
| Psychose chronique | 0 | 0,0 | 7 | 5,2 | 129 | 94,8 | 136 |
| Névrose | 1 | 1,0 | 11 | 11 | 88 | 88 | 100 |
| Epilepsie | 153 | 17,9 | 344 | 40,4 | 355 | 41,7 | 852 |
| Autisme | 75 | 46,3 | 71 | 43,8 | 16 | 9,9 | 162 |
| Instabilité | 17 | 27,4 | 36 | 58,1 | 9 | 14,5 | 62 |
| Toxicomanie | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 11 | 100,0 | 11 |
| Dépression | 0 | 0,0 | 7 | 8,7 | 74 | 91,3 | 81 |
| Autres | 24 | 7,8 | 8 | 28,8 | 194 | 63,4 | 306 |
| Total | 271 | | 586 | | 1211 | | 2068 |

L'autisme était la pathologie la plus fréquente dans la tranche d'âge de 0-5 ans avec **46,3%**.

Le nombre d'enfants autistes diminuait avec l'élévation de l'âge, contrairement aux autres pathologies.

Tableau 16: Répartition des autistes en fonction du sexe

| Diagnostics | Sexe | | | | Total |
|-------------------------------|------------|--------------|---------|-------|-------|
| | Masculin | | Féminin | | |
| Autisme | 102 | 62,9% | 60 | 37,1% | 162 |
| Les autres diagnostics | 991 | 51,9% | 915 | 48,1% | 1906 |
| Total | 1093 | | 975 | | 2068 |

Les malades de sexe masculin étaient plus atteints dans l'autisme **62,9%** que dans les autres pathologies **51,9%** avec une différence statistiquement significative $X^2= 6,78$ $P= 0,0092$

Les autres pathologies : Cumule des pathologies de notre étude sauf l'autisme.

Tableau 17 : Répartition des autistes en fonction du statut matrimonial du malade

| Diagnostics | Statut matrimonial du malade | | | | Total |
|-------------------------------|------------------------------|---------------|-------|------|-------|
| | Célibataire | | Marié | | |
| Autisme | 162 | 100,0% | 0 | 0,0% | 162 |
| Les autres pathologies | 1828 | 95,9% | 78 | 4,1% | 1906 |
| Total | 1990 | | 78 | | 2068 |

Les autistes étaient à **100%** célibataires.

Tableau 18 : Répartition des autistes en fonction du statut matrimonial des parents

| Diagnostics | Statut matrimonial des parents | | | | Total |
|------------------------|--------------------------------|-------|---------|------|-------|
| | Marié | | Divorcé | | |
| Autisme | 151 | 93,2% | 11 | 6,8% | 162 |
| Les autres diagnostics | 1839 | 96,5% | 67 | 3,5% | 1906 |
| Total | 1990 | | 78 | | 2068 |

La fréquence des parents divorcés était élevée dans l'autisme avec **6,8%** que dans les autres pathologies avec **3,5%**. La différence était statistiquement significative $X^2= 3,56$ $P= 0,05$.

Tableau 19 : Répartition des autistes en fonction de la perte d'un des parents

| Diagnostics | Perte d'un des parents | | | | Total |
|------------------------|------------------------|-------|-------------------------------|------|-------|
| | Parents vivants | | Un ou deux parents décédé (s) | | |
| Autisme | 155 | 95,6% | 7 | 4,4% | 162 |
| Les autres diagnostics | 1775 | 93,1% | 131 | 6,9% | 1906 |
| Total | 1930 | | 138 | | 2068 |

Les malades ayant les 2 parents vivants étaient nombreux avec **95,6%** dans l'autisme et les autres pathologies avec **93,1%**. Plus les parents étaient absents plus le nombre de malades diminuait. La différence n'était pas significative $X^2=1,18$ $P=0,27$.

Tableau 20 : Répartition des diagnostics en fonction de la consanguinité entre les 2 parents

| Diagnostics | Consanguinité entre les 2 parents | | | | Total |
|---------------------------|-----------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|
| | Oui | | Non | | |
| | Effectif | % | Effectif | % | |
| Psychose aiguë | 15 | 4,2 | 343 | 95,8 | 358 |
| Psychose chronique | 8 | 5,8 | 128 | 94,2 | 136 |
| Névrose | 1 | 1,0 | 99 | 99,0 | 100 |
| Epilepsie | 65 | 7,6 | 787 | 92,4 | 852 |
| Autisme | 41 | 25,4 | 121 | 74,6 | 162 |
| Instabilité | 12 | 19,4 | 50 | 80,6 | 62 |
| Toxicomanie | 0 | 0,0 | 11 | 100,0 | 11 |
| Dépression | 2 | 2,5 | 79 | 97,5 | 81 |
| Autres | 14 | 4,5 | 292 | 95,5 | 306 |
| Total | 158 | | 1910 | | 2068 |

La consanguinité entre les deux parents était présente chez **25,4%** des autistes.

Tableau 21 : Répartition des diagnostics en fonction des antécédents psychiatriques dans la famille

| Diagnostics | Antécédents psychiatriques | | | | Total |
|---------------------------|----------------------------|-------------|------------------|-------------|------------|
| | Avec antécédents | | Sans antécédents | | |
| | Effectif | % | Effectif | % | |
| Psychose aiguë | 68 | 18,9 | 290 | 81,1 | 358 |
| Psychose chronique | 36 | 26,5 | 100 | 73,5 | 136 |
| Névrose | 13 | 13,0 | 87 | 87,0 | 100 |
| Epilepsie | 102 | 11,9 | 750 | 88,1 | 852 |
| Autisme | 25 | 15,4 | 137 | 84,6 | 162 |
| Instabilité | 13 | 20,9 | 49 | 79,1 | 62 |
| Toxicomanie | 0 | 0,0 | 11 | 100,0 | 11 |
| Dépression | 6 | 7,4 | 75 | 92,6 | 81 |
| Autres | 33 | 10,8 | 273 | 89,2 | 306 |
| Total | 296 | | 1772 | | 2068 |

Les antécédents psychiatriques étaient présents chez 25 autistes soit **15,4%**.

Tableau 22 : Répartition des autistes en fonction du rang des filles du côté utérin

| Rang des filles du côté utérin | Diagnostics | | | | Total |
|--------------------------------|-------------|-------------|------------------------|-------------|-----------|
| | Autisme | | Les autres pathologies | | |
| | Effectif | % | Effectif | % | |
| 1^{ère} | 19 | 9,6 | 180 | 90,4 | 199 |
| 2^e | 11 | 0,2 | 76 | 99,8 | 87 |
| 3^e | 10 | 16,7 | 50 | 83,3 | 60 |
| 4^e | 0 | 0,0 | 33 | 100,0 | 33 |
| 5^e | 5 | 29,5 | 12 | 70,5 | 17 |
| 6^e | 0 | 0,0 | 7 | 100,0 | 7 |
| 7^e | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 1 |
| 8^e | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 3 |
| Total | 45 | | 362 | | 407 |

Les 3^e filles du côté utérin étaient autistes à **16,7%**.

Tableau 23 : Répartition des autistes en fonction du rang des garçons du côté utérin

| Rang des garçons du côté utérin | Diagnostics | | | | |
|------------------------------------|-------------|-------------|------------------------|-------------|------------|
| | Autisme | | Les autres pathologies | | Total |
| | Effectif | % | Effectif | % | |
| 1 | 33 | 13,7 | 209 | 86,3 | 242 |
| 2 | 25 | 18,8 | 108 | 81,2 | 133 |
| 3 | 10 | 17,2 | 48 | 82,8 | 58 |
| 4 | 7 | 14,3 | 42 | 85,7 | 49 |
| 5 | 1 | 0,1 | 14 | 99,9 | 15 |
| 6 | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 2 |
| 7 | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 1 |
| 8 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 |
| 9 | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 1 |
| Total | 79 | | 424 | | 503 |

Les 2^e garçons du côté utérin étaient plus touchés avec **18,8%**.

Tableau 24: Répartition des diagnostics en fonction des antécédents* au cours de la grossesse

| Diagnostics | Antécédents au cours de la grossesse | | | | Total |
|---------------------------|--------------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | Oui | | Non | | |
| | Effectif | % | Effectif | % | |
| Psychose aiguë | 4 | 50,0 | 4 | 50,0 | 8 |
| Psychose chronique | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 | 6 |
| Névrose | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 2 |
| Epilepsie | 70 | 40,5 | 103 | 59,5 | 173 |
| Autisme | 41 | 50,6 | 40 | 49,4 | 81 |
| Instabilité | 9 | 40,9 | 13 | 59,1 | 22 |
| Toxicomanie | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 |
| Dépression | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 |
| Autres | 14 | 56,0 | 11 | 44,0 | 25 |
| Total | 145 | | 173 | | 318 |

Des antécédents au cours de la grossesse ont été signalés chez **50,6%** des autistes.

Tableau 25 : Répartition des autistes en fonction des antécédents* au cours de la grossesse

| Diagnostics | Antécédents au cours de la grossesse | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|-----|-------|-------|
| | Oui | | Non | | Total |
| Autisme | 41 | 50,6% | 40 | 49,4% | |
| Les autres pathologies | 104 | 43,9% | 133 | 56,1% | 237 |
| Total | 145 | | 173 | | 318 |

La fréquence des antécédents au cours de la grossesse était plus élevée dans l'autisme avec **50,6%** par rapport aux autres pathologies **43,9%**. La différence n'était pas significative $X^2=0,85$ $P=0,35$.

Tableau 26: Répartition des diagnostics en fonction des antécédents* liés à l'accouchement

| Diagnostics | Antécédents liés à l'accouchement | | | | Total |
|---------------------------|-----------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | Oui | | Non | | |
| | Effectif | % | Effectif | % | |
| Psychose aiguë | 2 | 33,4 | 4 | 66,6 | 6 |
| Psychose chronique | 3 | 60,0 | 2 | 40,0 | 5 |
| Névrose | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 2 |
| Epilepsie | 76 | 39,4 | 117 | 60,6 | 193 |
| Autisme | 53 | 62,3 | 32 | 37,7 | 85 |
| Instabilité | 11 | 45,8 | 13 | 54,2 | 24 |
| Toxicomanie | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 |
| Dépression | 2 | 66,7 | 1 | 33,3 | 3 |
| Autres | 14 | 51,8 | 13 | 48,2 | 27 |
| Total | 161 | | 184 | | 345 |

Les 53 autistes soit **62,3%** avaient des antécédents liés à l'accouchement.

Tableau 27: Répartition des autistes en fonction des antécédents* liés à l'accouchement

| Diagnostics | Antécédents liés à l'accouchement | | | | Total |
|------------------------|-----------------------------------|-------|-----|-------|-------|
| | Oui | | Non | | |
| Autisme | 53 | 62,3% | 32 | 37,7% | 85 |
| Les autres pathologies | 108 | 41,5% | 152 | 58,5% | 260 |
| Total | 161 | | 184 | | 345 |

62,3% des autistes avaient des antécédents liés à l'accouchement contre 41,5% des autres pathologies. La différence n'était pas significative $X^2=10,33$ $P=0,35$

Tableau 28: Répartition des diagnostics en fonction des antécédents* de l'enfance

| Diagnostics | Antécédents de l'enfance | | | | Total |
|--------------------|--------------------------|-------|----------|------|-------|
| | Oui | | Non | | |
| | Effectif | % | Effectif | % | |
| Psychose aiguë | 22 | 84,6 | 4 | 15,4 | 26 |
| Psychose chronique | 10 | 83,3 | 2 | 16,7 | 12 |
| Névrose | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | 9 |
| Epilepsie | 385 | 91,1 | 38 | 8,9 | 423 |
| Autisme | 124 | 96,1 | 5 | 3,9 | 129 |
| Instabilité | 33 | 89,2 | 4 | 10,8 | 37 |
| Toxicomanie | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 |
| Dépression | 6 | 100,0 | 0 | 0,0 | 6 |
| Autres | 69 | 90,8 | 7 | 9,2 | 76 |
| Total | 657 | | 61 | | 718 |

Les 96,1% des autistes avaient des antécédents de l'enfance.

Tableau 29 : Répartition des autistes en fonction des antécédents* de l'enfance

| Diagnostics | Antécédents de l'enfance | | | | Total |
|---------------------------|--------------------------|--------------|-----|------|-------|
| | Oui | | Non | | |
| Autisme | 124 | 96,1% | 5 | 3,9% | 129 |
| Autres pathologies | 533 | 90,5% | 56 | 9,5% | 589 |
| Total | 657 | | 61 | | 718 |

Les autistes ont présenté plus d'antécédents à l'enfance avec **96,1%** par rapport aux autres pathologies. Statistiquement significative $X^2=3,62$ $P=0,05$

Tableau 30 : Répartition des autistes en fonction du niveau d'étude

| Diagnostics | Niveau d'étude | | | | | | | | Total |
|-------------------------------|----------------|--------------|----------|-------|------------|------|-----------|------|-------|
| | Non scolarisé | | Primaire | | Secondaire | | Supérieur | | |
| Autisme | 137 | 84,6% | 25 | 15,4% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 162 |
| Les autres diagnostics | 695 | 36,4% | 1061 | 55,6% | 148 | 7,8% | 2 | 0,1% | 1906 |
| Total | 832 | | 1086 | | 148 | | 2 | | 2068 |

L'absence de la scolarisation était fréquemment liée à l'autisme avec **84,6%** que dans les autres pathologies **36,4%**.

DISCUSSIONS

Discussions :

Cette étude rétrospective que nous venons de mener entre Janvier 2012 et Décembre 2012 avait pour but de mettre en évidence la fréquence des syndromes autistiques chez les enfants de 0-17 ans, les facteurs favorisant de l'autisme et la fréquence de l'autisme selon le rang dans la fratrie. Elle a été pratiquée au sein du service de psychiatrie du CHU du Point G, à l'Hôpital «Mère enfant» le Luxembourg et au Centre de Santé Mental (CESAME) JP COUDRAY. Elle a porté sur les dossiers de malades âgés de 0-17 ans ayant consulté dans les services précédemment cités.

Nous avons colligé 162 dossiers d'autistes sur les 2068 dossiers (les données de 20 ans) durant la période de l'étude, soit une fréquence hospitalière de 7,8%.

I-DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

1-SEXE

Dans notre échantillon, les garçons représentaient **53,0%** contre **47,0%** pour les filles. Cette prédominance masculine pourrait s'expliquer dans notre contexte par le fait que les problèmes de santé des garçons inquiètent plus les parents plus que ceux des filles pour des raisons culturelles d'une part. Et d'autre part par le fait que les garçons sont plus dérangeants et attirent plus l'attention des parents sur eux.

2-AGE

Les enfants âgés de 13-17 ans ont été les plus représentés avec **58,5%**. Cela serait dû au fait que les problèmes psychiatriques des enfants ne sont pris en compte par les parents conventionnellement que lorsqu'ils épuisent tous les autres moyens de bord entraînant ainsi un retard dans la prise en charge.

3-STATUT MATRIMONIAL DU MALADE

En général **96,2%** étaient célibataires, les mariés étaient exclusivement les filles soit **3,8%**. Cela s'explique par le fait que les filles se marient tôt par rapport aux garçons dans notre société.

4-STATUT MATRIMONIAL DES PARENTS

Les **96,2%** des malades ont été issus du mariage entre les 2 parents. Ceci serait dû au fait que dans notre contexte, il y a plus de mariage que de divorce. La prise en charge d'un enfant autiste est beaucoup plus facile dans un contexte marital. Les **3,8%** des divorces pourraient s'expliquer par le fait que la présence d'un enfant malade psychiatrique, surtout autiste peut

constituer une honte ou une malédiction pour les parents dans un foyer. Cela peut entraîner des discordes du coup le divorce peut s'en suivre. Par contre pour d'autres parents c'est une source de chance, raison pour laquelle les enfants ne sont amenés en consultation qu'en cas de complication.

5-RANG DANS LA FRATRIE

Quelque soit le genre de l'enfant, le premier enfant de la fratrie a été toujours plus représenté par rapport aux enfants des autres rangs de la fratrie avec respectivement **48,9%** rang fille du côté utérin, **48,2%**, rang garçon du côté utérin. Cette remarque est inférieure chez Mme Maïga Safiatou LELLI qui a eu **33%** [56] et pareille dans les études menées sur l'autisme et les psychoses infantiles.

Plus le nombre du rang dans la fratrie augmente plus le nombre de malades diminue quel qu'en soit la pathologie. Cela serait dû au fait que les parents s'inquiètent beaucoup des problèmes de santé de leur premier enfant, surtout les garçons compte tenu de leur rôle de substitution du père.

6-LA PERTE D'UN DES PARENTS

Au total 1930 malades avaient les deux parents vivants soit **93,3%**. Plus les parents décédaient plus le nombre de malades diminuait. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'enfant découvre le monde à travers la relation avec sa mère et celle-ci serait un point d'appui pour lui. Et se référerait soit au père soit à la mère dont l'absence entrainera un problème dans la prise en charge.

La prise en charge de l'enfant n'est assurée que par le parent vivant surtout quand les deux sont vivants.

7-CONSANGUINITE ENTRE LES DEUX PARENTS

Chez 158 malades soit **7,6%**, il y avait une consanguinité entre les deux parents. Ce résultat serait le reflet de l'étude rétrospective du fait que les observateurs n'utilisaient pas les mêmes variables, source d'un manque d'information.

8-ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

La présence d'antécédent psychiatrique dans la famille a été observée chez 296 malades soit **14,3%**. Ce constat serait dû au fait que celui qui accompagne l'enfant n'est pas toujours détenteur de l'information d'où la négation, ou la méconnaissance des cas d'antécédents psychiatriques dans la famille.

9-NIVEAU D'ETUDE

Les 1086 malades soit **52,7%** avaient le niveau d'étude primaire. Cela s'expliquerait par le fait que les troubles psychiatriques surtout l'autisme sont des facteurs qui peuvent perturber ou entraver la scolarisation.

II-DONNEES CLINIQUES

1-DIAGNOSTIC

L'épilepsie a été la pathologie la plus représentée avec **41,3%**. Les 162 malades étaient autistes soit **7,8%**. Dans notre contexte la croyance, l'ignorance et surtout le coût et l'absence de prise en charge adéquate sont les facteurs de la faible fréquentation des structures sanitaires des cas d'autisme.

2-REPARTITION DES AUTISTES EN FONCTION DE L'ÂGE

La tranche d'âge la mieux représentée était comprise entre 13-17 ans. Chez les autistes la tranche d'âge la plus fréquente était comprise entre 0-5ans avec **46,3%**. Ce constat se rapproche de ce que Fombonne et al avaient eu dans une étude épidémiologique de l'autisme et des troubles apparentés avec un âge médian : 8,2 ans [51]. Serge Lebovici, René Diatkine, Michel Soulé pensent que la prévalence obtenue pour l'âge scolaire (5-12ans) est sans doute de meilleures estimations de la vraie prévalence de l'autisme alors qu'avant 3-5ans ou à l'adolescence le diagnostic est difficile [52].

Le nombre d'autistes diminuait avec l'élévation de l'âge contrairement aux autres pathologies [Tableau15]. Cela s'explique par le fait que le diagnostic d'autisme est difficile au-delà de 5ans.

3-REPARTITION DES AUTISTES EN FONCTION DU SEXE

Pour les 162 enfants autistes, 102 étaient des garçons soit **62,9%** contre 60 filles soit **37,1%** avec un sex ratio de 1,7 en faveur des garçons. Cette prédominance masculine a été retrouvée

en France par Massaoui et al, Fombonne et al respectivement avec un sex ratio 3,2 et 4 en faveur des garçons [47, 48] et dans les études de l'autisme. Cette prépondérance des garçons s'observe chez les autistes ayant peu ou pas de retard intellectuel. Toutefois, un léger excès du nombre de garçons sur les filles persiste même lorsqu'un retard intellectuel important est associé à l'autisme [50].

4-REPARTITION DES AUTISTES EN FONCTION DU STATUT MATRIMONIAL DU MALADE

Dans notre étude les 100% des malades autistes étaient célibataires. Cet état de fait s'expliquerait par le fait que les enfants autistes n'avaient pas atteint l'âge du mariage. Ce qui dénote la précocité des troubles.

5-REPARTITION DES AUTISTES EN FONCTION DU STATUT MATRIMONIAL DES PARENTS

Dans notre population d'étude 151 autistes soit **93,2%** avaient des parents unis. La fréquence des parents divorcés était élevée dans l'autisme dans notre étude par rapport aux autres diagnostics. B. Rimland admet qu'il y a moins de divorce chez les parents des autistes raison pour laquelle ce n'est pas un facteur de risque. L. Kanner a trouvé le contraire [50].

Mais avec les liaisons incomplètes (les fiançailles et les 2 parents non unis) et l'ignorance, l'autisme peut être un facteur de dislocation du couple. En absence de divorce la mère et l'enfant sont stigmatisés par l'entourage surtout avec la chronicité des troubles.

6-REPARTITION DES AUTISTES EN FONCTION DE LA PERTE D'UN DES PARENTS

Dans notre série 155 autistes soit **95,6%** avaient les deux parents vivants. Sur les 162 autistes 7 avaient un ou les deux parents décédés soit **4,4%**. Ce résultat confirme l'importance de la présence des parents dans la vie d'un enfant surtout quand il s'agit de la prise en charge d'une pathologie aussi lourde.

7-REPARTITION DES AUTISTES EN FONCTION DE LA CONSANGUINITE ENTRE LES 2 PARENTS

La consanguinité entre les deux parents a été observée chez **25,4%** des autistes. Le taux de consanguinité entre les deux parents est plus élevé chez les autistes que dans les autres diagnostics psychiatriques de l'enfant. Le même constat a été obtenu dans les échantillons cliniques de RUTTER et al [51].

Au Mali plusieurs ethnies pratiquent le mariage endogamique depuis des générations.

8-REPARTITION DES AUTISTES EN FONCTION DES ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES DANS LA FAMILLE

Les 25 autistes soit **15,4%** avaient des antécédents psychiatriques dans la famille. La maladie psychiatrique reste un tabou dans notre société raison pour laquelle les antécédents psychiatriques sont évoqués avec beaucoup de réserve, ce qui expliquerait la faiblesse de notre résultat.

9-REPARTITION DES AUTISTES EN FONCTION DU RANG DANS LA FRATRIE

Les premiers enfants ont été les plus représentés à développer des troubles [Tableau 22, 23]. Cela s'explique par la fréquence élevée des premiers enfants, et l'inexpérience des jeunes parents dans la prise en charge de leur premier enfant.

Par contre par rapport aux autres rangs de la fratrie les premiers enfants avaient un taux bas d'autisme; cela serait dû à la diminution du nombre des enfants des autres rangs de la fratrie.

11-ANTECEDENTS AU COURS DE LA GROSSESSE [Tableau 24,25]

Parmi les 2068 dossiers des malades seuls 318 avaient des informations sur les antécédents au cours de la grossesse dont 145 soit **45,6%** avaient des antécédents au cours de la grossesse. Ils ont été mis en cause dans **50,6%** des cas dans l'autisme par rapport aux autres diagnostics **43,9%**. Cela s'explique par le fait que la grossesse est un moment de fragilité pour le fœtus ainsi que pour la mère (infections, traumatismes de tout genre). Un bon suivi régulier des futures mères permet de corriger et de prévenir les complications.

Beaucoup d'auteurs ont fait le même constat mais pensent que ces problèmes ne peuvent en tout état de cause contribuer à l'étiologie des syndromes autistiques que dans une petite proportion de cas [52].

12-ANTECEDENTS LIES A L'ACCOUCHEMENT

Sur les 345 malades ayant des renseignements sur les antécédents liés à l'accouchement 161 cas soit **46,6%** avaient des antécédents liés à l'accouchement. Dans **62,3%** des cas d'autisme, les antécédents liés à l'accouchement étaient présent contre **41,6%** dans les autres diagnostics. Cet état de fait s'explique du fait que les dystocies quelle qu'en soit la nature peuvent entraîner un dysfonctionnement chez le nouveau-né.

La même remarque est faite par beaucoup d'autres auteurs [48].

13-ANTECEDENTS DE L'ENFANCE

Seuls 718 dossiers de malades avaient des informations sur les antécédents de l'enfance dont 657 cas soit **91,5%** avaient des antécédents de l'enfance. Les antécédents de l'enfance étaient présents chez **96,2%** des autistes contre **90,5%** dans les autres diagnostics. Avec la notion d'autisme primaire et secondaire où dans le premier cas, les signes se présentent dès les premiers jours de vie et dans le deuxième cas les signes se présentent au décours d'un événement ou des fois il n'y a pas de causes, peut expliquer le taux élevé de notre résultat.

14-REPARTITION DES AUTISTES EN FONCTION DU NIVEAU D'ETUDE

L'absence de la scolarisation était plus fréquente dans l'autisme que dans les autres diagnostics. Contrairement à Serge Lebovici, René Diatkine, Michel Soulé, le niveau d'étude primaire était plus représenté [49]. Cette différence serait dû au fait qu'ils ont chez eux les moyens réunis pour l'apprentissage de ces enfants. Alors que chez nous les structures scolaires ne sont pas adaptées pour ces enfants qui doivent suivre une éducation spécialisée. Le nombre d'autistes décroît avec la croissance du niveau d'étude. A part certaines formes cliniques les autistes dépassent rarement le niveau d'étude primaire à cause du trouble global de la personne.

CONCLUSION

CONCLUSION

Au terme de cette étude l'objectif était de faire le point sur la fréquence des syndromes autistiques chez les enfants de 0-17 ans, les facteurs favorisant l'autisme et la fréquence de l'autisme selon le rang dans la fratrie.

Les malades de sexe masculin ont été les plus représentés. Les enfants avaient un âge préscolaire compris entre 0-5 ans. La plupart des autistes avaient les deux parents unis et vivants.

La consanguinité entre les deux parents a été observée chez les autistes.

Les antécédents psychiatriques familiaux étaient rares chez les autistes.

Les premiers enfants étaient plus fréquents quel que soit leur genre. Mais d'autres rangs avaient plus de chance de développer des troubles par rapport aux premiers.

Une relation positive a été observée entre l'autisme et les antécédents de l'enfance, le statut matrimonial des parents, le sexe.

Le fait d'être non scolarisé était dû aux conséquences des troubles liés à l'autisme.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, nous faisons les recommandations :

AU MINISTERE DE LA SANTE

- Décentraliser les soins de santé mentale par la création des services de Psychiatrie en général et de pédopsychiatrie en particulier dans les CHU et CHR pour une meilleure assistance psychiatrique dans le pays.
- Former des intervenants dans le domaine à fin de détecter et de prendre en charge précocement les cas d'autisme.
- Assurer une meilleure sensibilisation, d'information, et d'éducation des populations sur l'autisme.
- Elaborer une politique nationale de santé mentale prenant en compte les problèmes relatifs aux enfants en général et particulièrement des autistes.
- Créer une structure scolaire spécialisée pour l'éducation, la formation des enfants autistes pour faciliter leur réinsertion sociale.
- Adopter un programme de lutte contre l'autisme.

AUX PERSONNELS DE LA PSYCHIATRIE

➤ Remplir rigoureusement les supports de recueil de données médicales, (Fiches de consultation externe, dossiers interne et les différents registres) en vue de faciliter les études de recherche antérieures.

- Informatiser les recueils de données.

A LA COMMUNAUTE ET AUX PARENTS DES ENFANTS AUTISTES

- Soutenir les enfants autistes dans la vie quotidienne et dans la prise en charge.
- Diriger les enfants autistes vers les services appropriés à fin de leur faire bénéficier d'une prise en charge adéquate, et prévenir le plus tôt possible les complications.
- Lutter contre la stigmatisation et la marginalisation des enfants autistes.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1-**Lelord G, et al**, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 2^e édition, Paris, Presse Universitaire de France, 2004. 1207.

2-**Wikipedia** : Exemple de présentation dans « les étonnants pouvoirs de transformation du cerveau » disponible sur <http://www.cognitionandculture.net/Olivier-S-blog/do-we-have-mirror-neurons-at-all.html>. Consulté le 7 juin 2012.

3-**Présentation de l'AMALDEME** (Association Malienne de Lutte contre la Déficience Mentale) : Analyse de la situation entre Septembre 2000-Juillet 2008, P 3-4.

4-**Denkla M.B. Et al**, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 2^e édition, Paris, Presse Universitaire de France, 2004. 1208.

5-**EGGERSC, ROTHENBERGERA, BERGHAUSU**. Clinical and neurobiological finding in children suffering from tic disease treatment with triapide. Am j Médical Genetics 17^e édition, 1984.289-297

6-**JOHN BYNG-HALL** (trad. Jérôme de Bucquois), Réinventer les relations familiales, De Boeck, 2013

7-**GASMAN I**. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant ; Psychiatrie de l'enfant de l'adolescent et de l'adulte, Paris, Masson 1^{ère} édition, 2003.79-102 - 109.

8-**Mahler M**. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 2^e édition, Paris, Presse Universitaire de France, 2004.1242-1243.

9-**Hérault J, et al**. Possible association of C-Harvey-RAS-1(HRAS-1) marker with autism, psychiatry Research, 46e edition, 1993.261-267.

10-**Leboyer M, Philippe A**. Facteurs de susceptibilité dans l'autisme infantile. InfPsychiatr 70e édition, 1994.469-475

11-**Chess S**. Autism in children with congenital rubella, journal of autism and childhood Schizophrenia, 1e edition, 1971.33-47. Follow-up report on autism in congenital rubella, journal of Autism and childhood Schizophrenia, 7e édition, 1977. 69-81.

12-**Stubbs E.G**. Autistic symptoms in a child with congenital cytomegalovirus infection, journal of Autism and childhood Schizophrenia, 8e edition 1978.37-43.

13-**Markovitz P. I.** Autism in a child with congenital cytomegalovirus infection, *Journal of Autism and developmental Disorders*, 13e edition 1983. 249-253.

14-**Golden G.S.** Neurological functioning, in Cohen D.J. & Donellan A.M.(eds), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, New York, J. Wiley & Sons, 1987. 133-147

15-**Le LouanrP, et al.** Autisme et syndrome de l’X fragile : Aspects pédopsychiatrique, *Arch. Fr. pediatric*, 3^e, 46^e edition, 1989. 211-216.

16-**Schain R.J., FREEDMAND.X.** Studies on 5-hydroxyindole metabolism in autistic and other mentally retarded children, *journal of pediatrics*, and 1961.58-315-320.

17-**Ritvo E.R.** increased blood serotonin and platelets in early infantile autism, *Archives of General Psychiatry*, 1970. 23-566-572.

18-**HANLEY H.G., STAHL S.M., FREEDMAND.X.** Hyperserotonemia and amine metabolites in autistic and retarded children, *Archives of General Psychiatry*, 1977.34-521-531.

19-**COHEN D.J., CAPARULO B.K., SHAYWITZ B.A., BOWERS M.B.** Dopamine and serotonin metabolism in neuropsychiatric ally disturbed children, *Archives of General Psychiatry*, 1977. 34-545-550.

20-**FERRARI P, et al.** Etude clinique, biochimique et immunologique de l’autisme infantile, in congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (LX XXIIe session), Luxembourg, 2-6 juillet 1984, Paris, Masson, 104-119.

21-**HOSHINO Y, et al.** blood serotonin and free tryptophan concentration in autistic children, *Neuropsychobiology*, 1984. 11-22-27.

22-**DE VILLARD R, et al.** Etude de la concentration en sérotonine plaquettaire chez des enfants autistes et parmi les membres de leurs familles, *L’Encéphale*, 1986. 12-139-142.

23-**MINDERAA R.B, et al.** Urine 5-hydroxy-indoleacetic acid, whole blood serotonin and tryptophan in autistic and normal subjects *Biological Psychiatry*, 1987.22-933-940.

24-**Bursztejn C, et al.** Métabolisme de la sérotonine dans l'autisme infantile, l'encéphale, 1988. 14 - 413 - 419.

25-**Knobloch H., Pasamanick B.** Some etiologic and prognosis factors in early infantile autism and psychoses, *pediatrics*, 1975. 55-182-191.

26-**Lowe T., TANAKA K., SEASHORE M., YOUNG J., COHEN D.** Detection of phénylcétonurie in autistic and psychotic children, *Journal of the American Medical Association*, 243, 1980.126-128.

27-**Hackney I.M., HANLEY W.B., DAVIDSON W., LINDSAO C.B., LINDSAO L.** Phénylketonurie: mental development, behavior and termination of low phenylalanine diet, *Journal of pediatrics*, 72, 1968. 646- 655.

28-**Friedman E.** The autistic syndrome and phénylketonurie, *Schizophrenia*, 1, 1969. 249-261.

29-**Rapport D, et al.** Etude psychologique de 27 enfants phénylcétonuries traitées tard, *Annales de pédiatrie*, 21, 1974. 481- 489.

30-**Schain R.J., Yannet H.** Infantile autism, *Journal of pediatrics*, 57, 1960.560-567.

31-**Hauser S.L., DELONG G.R., ROSMAN P.** Pneumographic findings in the infantile autism syndrome. A correlation with temporal lobe disease, *Brain*, 98, 1975. 667- 688.

32-**Hier D.E., LEMAY M., ROSENBERGER P.B.** Autism: association with reversed cerebral asymmetry, *Neurology*, 28, 1978. 348.

33-**Damasio H, MAURER R.G, DAMASIO A.R, CHUI H.C.** Computerized tomographic scan findings in patients with autistic behavior, *Archives of Neurology*, 37, 1980. 504-510.

34-**Gillberg C., Svendsen P.** Childhood psychosis and computed tomographic brain scan findings, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 13, 1983. 19-32.

35-**COURCHESNE E., YEUNG-COURCHESNE R., PRESS G.A., HESSELINK J.R., JERNIGAN T.L.** Hyperplasia of cerebella vermal lobules VI and VII in autism, *New England Journal of Medicine*, 318, 1988. 1349-1354.

36-**BAUMAN M., KEMPER T.L.** Histoanatomic observations of the brain in early infantile autism, *Neurology*, 35, 1985. 866-874.

37-**Zahner G.E.P., Pauls D.L.** Épidémiological surveys of infantile autism, in Cohen D.J., Donellan A.M., Paul R. eds, handbook of Autism and pervasive and developmental disorders, New York, John Wiley and Sons, 1987. 199-207.

38-**Aussilloux C., COLLERY F., ROY J.** Epidémiologie de l'autisme infantile dans le département de l'Hérault, Revue française de psychiatrie, 7, 6, 1989. 24-28.

39-**Ciadella Ph. Mamella N.** An epidemiological study of infantile autism in a French department", journal of Child Psychology and Psychiatry, 30, 1989. 165-175.

40-**Fombonne E. Mazaubrun C.** Prevalence of infantil autism in four French regions, Social psychiatric Epidemiology, 27, 1992.203-210.

41-**Treffert D.A.** "Epidemiology of infantile autism", Archives of General Psychiatry, 22, 1970. 431-438.

42-**Tanoue Y., ODA S., ASANO F., KAWASHIMA K** "Epidemiology of infantile autism in southern Ibaraki", "Japan: differences in prevalence in birth cohorts", Journal of Autism and developmental Disorders, 2, 1988. 155-166.

43-**Fombonne E. Mazaubrun C.** "Prevalence of infantile autism in four French regions, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27, 1992. 203-210.

44-**Mc carthy P., FITZGERALD M., SMITH M.A.** "Prevalence of childhood autism in Ireland", Irish Medical Journal, 5, 1984.129-130.

45-**Wing L., YEATES S.R., BRIERLEY L.M., GOULD J.** The prevalence of early childhood autism: comparisons of administrative and epidemiological studies, Psychological Medicine, 6, 1976. 89-100.

46-**Mazet P. & Coll.** Autisme infantile et psychoses précoces de l'enfant. Encycl. Méd. Chir, Psychiatrie, 37-201-G-10, 2001, 28 p.

47-**Marcelli D.** Enfance et psychopathologie. Ed. Masson, 5^{ème} édition, Paris, 1996, 286-326.

48-**Ferrari P.** L'autisme infantile. Ed P.U.F. Coll. Que sais-je ? 3^{ème} édition, 2001.

49-**Sauvage D.** Autisme du nourrisson et du jeune enfant, Masson 2^e édition, Paris, 1988.

50-**MOUSSAOUI et al.** Etude de la prévalence des syndromes autistiques. *PSYCHIATRIE FRANÇAISE*, 2007, Vol 38 : 104.

51-**FOMBONNE, Eric.** Etudes épidémiologiques de l'autisme et des troubles apparentés. *Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant*, 2001, vol 34 : 16.

52-**SERGE Lebovici, René Diatkine, Michel Soulé** : Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2^e édition, Paris, Presses Universitaires de France, 2004, 1172-1178.

53- **J. DE AJURIAGUERRA** : Manuel de psychiatrie de l'enfant, 2^e édition, Paris, MASSON, 1980, 756.

54-**Mme Maïga Safiatou LELLI.** Etude de la déficience mentale chez les enfants de 3-60 mois au CMPE/ AMALDEME. Thèse de Med., BAMAKO, 2009, p 53.

55-**Autismes** : Travaux et recherches disponible sur [maurice.villard. Pages perso orange.fr/autisme3.htm](http://maurice.villard.pagesperso-orange.fr/autisme3.htm) consulté le 27-12-2013.

56-**Autisme** www.altermedoc.com/autisme.php consulté le 27-12-2013

ANNEXES

ANNEXE 1

Fiche Signalétique :

Nom : TRAORE

Prénom : Kadiatou Soumaïla

Titre : Aspect épidémio-clinique de l'autisme dans les structures de prise en charge en santé mentale du district de Bamako.

Année : 2012-2013

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Pédopsychiatrie, Pédiatrie, Santé publique.

Résumé :

L'objectif général de notre étude était d'étudier les syndromes autistiques chez les enfants de 0-17ans au CHU point G, à l'Hôpital «Mère- Enfant» le Luxembourg, et au Centre de Santé Mentale CESAME JP COUDRAY. Nous avons menés une étude rétrospective à partir des données hospitalière de 20ans. Durant la dite période la fréquence hospitalière de l'autisme a été évaluée à 7,8%. L'échantillon était composé majoritairement de garçon avec un sex ratio 1,7 et la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 0-5ans.

La consanguinité entre les parents, les antécédents de la grossesse, de l'accouchement, et de l'enfance, le sexe peuvent avoir des relations avec l'autisme.

Mots clés : Autisme, épidémiologie, enfants, Mali.

ANNEXE 2

Fiche d'enquête

A-Age (en classe)

1-(1-5ans) 2-(6-12ans) 3-(13-17ans)

B-Sexe

1-Masculin 2-Féminin

C-Statut matrimonial du malade

1-Célibataire 2-Marié(e) 3-Divorcé(e)

D-Statut matrimonial des parents

1-Marié(e) 2-Séparé(e)

E-Perte d'un des parents

1-Père mère vivants 2-Père mère décédés

3- Père décédé mère vivante 4-Mère décédée père vivant

F-Consanguinité entre les 2 parents

1-Oui 2-Non

G-Antécédents psychiatriques

1-Absence 2-Cote père

3-Cote mère 4-Père et mère

H-Diagnostic

1-Psychose aiguë 2-Psychose chronique 3-Névrose 4-Epilepsie 5-Autisme
6-Instabilité 7-Toxicomanie 8-Dépression 9-Autres

I-Rang fille du côté utérin

J-Rang garçon du côté utérin

K-Niveau d'étude

1-Non scolarisé(e) 2-Primaire 3-Secondaire 4-supérieur

L-Antécédents de la grossesse

1-Oui 2-Non 3-Pas infos

M-Antécédents de l'accouchement

1-Oui 2-Non 3-Pas infos

N-Antécédents de l'enfance

1-Oui 2-Non 3-Pas infos

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.