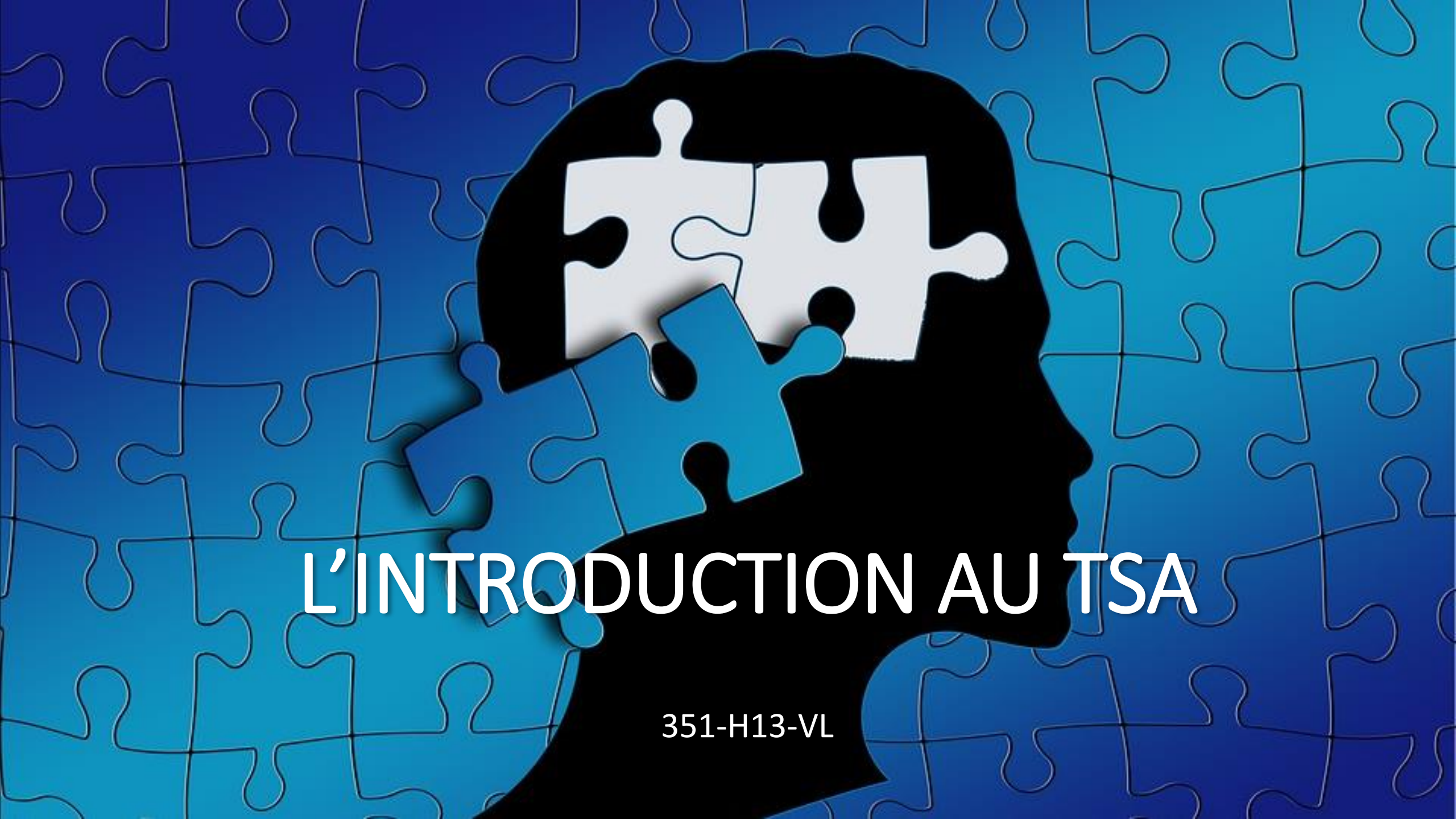




L'INTRODUCTION AU TSA

351-H13-VL



Un survol de l'historique

- En 1943, Léo Kanner, un pédopsychiatre, propose une description clinique de l'autisme infantile.
- En 1944, un psychiatre, Hans Asperger, s'intéresse et publie aussi sur le sujet.
- Son nom sera donné au syndrome d'Asperger en 1981 par Lorna Wing, une psychiatre britannique spécialiste de l'autisme. Celle-ci révèle que le trouble décrit par Asperger pourrait bien être une variante de celui décrit par Kanner.
- Avant et pendant les années 1970, l'incidence du TSA était de 2/10 000. Au lieu de parler d'autisme, on parlait plutôt de schizophrénie infantile et de déficience intellectuelle. On attribuait les troubles du TSA à la froideur de la mère, cela expliquait le manque d'interactions sociales avec les autres.
- Dans les années 1980-2000, l'incidence augmente et passe environ à 25/10 000. Les termes autisme, syndrome d'Asperger et TED, sont de plus en plus utilisés pour définir le trouble. Les mères sont de moins en moins visées dans les causes. On parle de plus en plus de troubles neurologiques ou de cause génétique.
- Le DSM-IV propose la catégorie des TED regroupant cinq troubles, soit l'autisme, le syndrome désintégratif de l'enfant, le syndrome d'Asperger, le TED non-spécifié et le syndrome de RETT.
- Vers la fin des années 1990, le ministère de la santé et des services sociaux commence à proposer des programmes éducatifs, des services de stimulation et d'autres services pouvant venir en aide à ces personnes.

Les années 2000 à aujourd'hui

- Début 2000, l'incidence passe à 70/10 000
- Les causes se précisent et s'orientent vers des troubles neurologiques et l'origine génétique.
- **Au début des années 2000**, on travaille de plus en plus avec un nouveau modèle qui parle davantage du fonctionnement interne chez l'autiste. On parle du modèle SACCADÉ, développer par deux femmes, dont une est autiste de niveau 1.
- **En 2003**, le gouvernement octroie un budget de 18 millions \$ en autisme avec des orientations plus claires (document du MSSS «Un geste porteur d'avenir»).
- **Au Canada en 2018**, 1/42 garçon et 1/165 fille, donc de 1/66 enfant.



Nombre d'enfants avec un diagnostic de TSA
1 sur 66



1 garçon sur 42
présente un TSA



1 fille sur 165
présente un TSA

LES CAUSES

L'étiologie de l'autisme est encore mal connue, mais il semble y avoir consensus dans la communauté médicale pour admettre la multiplicité de ses causes et son origine organique.

- L'évidence d'une **prédisposition génétique** a été prouvée.
- Il s'agit probablement d'une **combinaison de différents facteurs** encore mal définis.
- Sous fond d'origine multifactorielle, il se dégage **trois approches** scientifiques associées au déclenchement de l'autisme:
 - **l'approche génétique** selon laquelle la prédisposition génétique semble évidente;
 - **l'approche neurobiologique** selon laquelle le trouble origine du système nerveux central;
 - **l'approche environnementale** selon laquelle l'autisme découle d'une agression précoce provenant de facteurs environnementaux (pollution, agents infectieux, métaux lourds, etc.)



CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LE DSM-5

Définition du DSM: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Il est utilisé internationalement comme référence pour les diagnostics des troubles mentaux ou psychiatriques. Il les catégorise, décrit leurs critères diagnostiques et fournit diverses informations telles que leur prévalence.

DSM-IV (2000)

Troubles 1^{ère}, 2^{ème} enfance ou adolescence

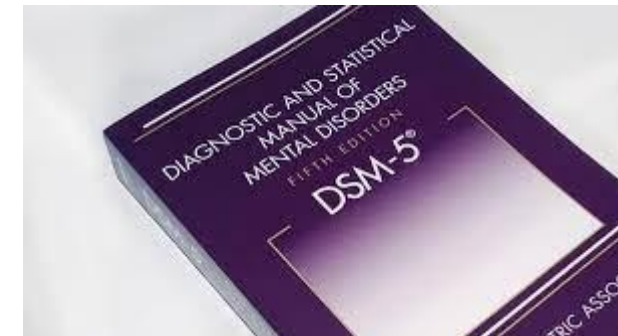
Troubles envahissants du développement:

- Trouble autistique
- Syndrome asperger
- Trouble envahissant du développement non-spécifié

DSM-5 (2015)

Troubles neurodéveloppementaux

Trouble du spectre de l'autisme



LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES du TSA

Deux dimensions:

A) Les déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés;

B) Le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités.

** La sévérité repose sur l'importance du niveau d'aide requise (3 niveaux). Aussi, il faut spécifier s'il y a des comorbidités associées, entre autres une déficience intellectuelle.

COMMUNICATION ET INTERACTIONS SOCIALES



- Verbale, peu verbale, non-verbale
- Difficulté à comprendre les sous-entendu et les expressions non-verbales.
- Ne porte aucune attention à l'autre et/ou ne sait pas comment amorcer une interaction.

COMPORTEMENTS, ACTIVITÉS ET INTÉRÊTS RESTREINTS

- Intérêts peu nombreux mais très développés

https://video.merici.ca/watch_video.php?v=MXA8UANXKS3K

- Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles (Bruits soudains, bruits des autres, chaud/froid, douleur, lumières, mouvements, vêtements...)

- Activités ou comportements répétitifs (aligner les objets ou les faire tourner)

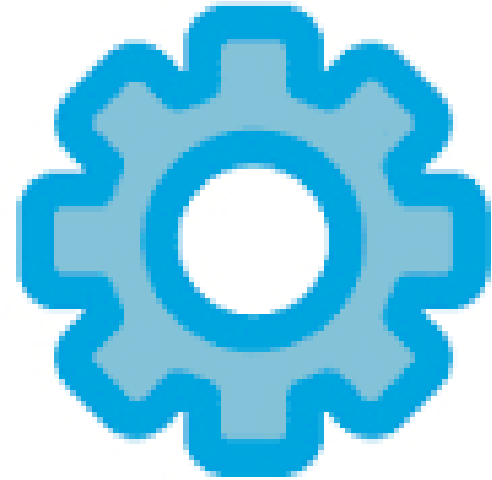
https://video.merici.ca/watch_video.php?v=6R6R42XY1O89

- Les activités répétitives ont un effet rassurant en raison de leur caractère familier

- Mouvements inhabituels du corps (balancement, battements des mains)

https://video.merici.ca/watch_video.php?v=9HB2S8XYRB79

- Les changements peuvent entraîner une détresse importante et/ou des réactions émotionnelles démesurées



LES NIVEAUX DE SÉVÉRITÉ

- Représente un continuum qui varie de léger à sévère.
- Le degré de sévérité précise le besoin de soutien de la personne:
 1. Requiert un **soutien**
 2. Requiert un **soutien important**
 3. Requiert un soutien **très important**
- On dit souvent qu'il y a autant de forme d'autisme que de personnes autistes.

