

# Trouble du spectre de l'autisme

Présenté par :Dr ZAH

Maitre -assistante en

Pédopsychiatrie

## PLAN

I-INTRODUCTION

II-INTERET DE LA QUESTION

III-DEFINITION

IV-HISTOIRE

V-EPIDEMIOLOGIE

VI-ETIOLOGIES ET FACTEURS DE RISQUE

VII-DIAGNOSTIC POSITIF

VIII-CLINIQUE

EXPLORATION

VIII-DÉPISTAGE

IX-COMORBIDITÉS -DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

X-PRISE EN CHARGE

XI-DEVENIR A L'AGE ADULTE

CONCLUSION

## I-INTRODUCTION

Le terme trouble du spectre autistique (TSA) fait référence à un groupe de troubles neurodéveloppementaux définis par la présence d'anomalies dans 2 domaines :

- l'interaction sociale, et la communication ou utilisation verbale et non verbale du langage
- et un mode de comportement, ainsi que des intérêts et des activités stéréotypés, limités ou répétitifs.

Les symptômes deviennent généralement évidents avant l'âge de trois ans, mais dans la plupart des régions du monde, ces troubles ne sont diagnostiqués que quelques années plus tard.

L'identification croissante de ces troubles, l'impact émotionnel qu'ils ont sur les familles, en plus du traitement et du soutien quotidien requis et le défi financier qu'ils demandent, font actuellement des TSA une véritable problème de santé publique.

## II-INTÉRÊT DE LA QUESTION

- Problème de santé publique
- Impact psychologique et financier sur l'ensemble de la famille et de la société,
- Intérêt du Dépistage précoce +++

## III-DEFINITION

La CIM10 (Organisation Mondiale de la Santé) dans la rubrique des troubles envahissants du développement TED définit l'autisme infantile comme :

un groupe de troubles caractérisés par les anomalies qualitatives dans l'interaction sociale réciproque et la communication, associées à un répertoire répétitif des intérêts et des activités.

Ces anomalies qualitatives sont caractéristiques du fonctionnement des patients dans toutes les situations.

A la différence du DSM, elle introduit d'autres diagnostics dans ce chapitre:

- le syndrome d'Asperger ;

- le syndrome de Rett ;
- les autres troubles désintégratifs ;
- les troubles hyperactifs avec retard mental et stéréotypies

Alors que le DSM 4 a repris les sous catégories de la CIM 10 ,le DSM 5 a abandonné ces sous catégories au profit d'un unique trouble :

#### TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

(pas de Sd d'asperger +).

Qui est défini par étant :

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents

C. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement

D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire/ professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement.

#### IV-HISTOIRE

Le terme « autisme », vient du grec « autos » qui signifie « soi-même », a été utilisé pour la première fois par le psychiatre suisse E. Bleuler, en 1911, pour décrire, chez les patients adultes atteints de schizophrénie, l'évasion hors de la réalité et le retrait sur le monde intérieur.

C'est plus tard, en 1943, que L. Kanner isola l'autisme infantile et le décrivit comme une affection psychopathologique spécifique de la petite enfance distincte des « déficiences intellectuelles ». avec lesquelles l'autisme, de même que toute la psychopathologie du petit enfant, était jusqu'alors confondu.

L. Kanner décrit donc pour la première fois, en 1943, dans son article original « Autistic disturbances of affective contact », l'autisme infantile précoce.

Dans son travail, L. Kanner décrivait, chez onze enfants âgés de 2 ans et demi à 8 ans, un syndrome autistique déjà constitué et présentant un certain nombre de caractéristiques cliniques.

Le désordre fondamental, précisait l'auteur, consiste dans « l'inaptitude des enfants à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations, depuis le début de leur vie ».

## V-EPIDEMIOLOGIE

Auparavant l'autisme était considéré comme un état relativement rare. Les récentes données épidémiologiques ont radicalement modifié cette perception;

Le Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies (CDC) estime que la prévalence des TSA chez l'enfant est de 1 pour 88, quel que soit le groupe racial, ethnique ou socio-économique.

→ En moyenne, la prévalence est de 1 pour 100.

→ Sexe-ratio: 3/1 (3 garçons pour une 1 fille)

## VI-ETIOLOGIES ET FACTEURS DE RISQUE

Aux Etats-Unis dans les années 50 et au début des années 60, on pensait que l'autisme était dû à une mauvaise éducation des enfants causée par des parents froids et rejetants (mères frigidaire), ne laissant ainsi pas d'autre choix à l'enfant que de rechercher du réconfort dans la solitude, comme l'avait auparavant déclaré Bruno Bettelheim.

En 1964, Bernard Rimland ouvrit la voie à la compréhension actuelle de l'autisme en introduisant la notion qu'il y avait un désordre du développement cérébral

### 1-Les facteurs génétiques

Les preuves de l'importance des facteurs génétiques dans l'étiologie de l'autisme proviennent des nombreuses études sur les jumeaux et les familles + (par exemple, l'autisme est de 50 à 200 fois plus fréquent chez des frères et sœurs d'un enfant avec autisme que dans la population générale).

Bien que l'héritabilité de l'autisme ait été évaluée à 90%, les facteurs génétiques sont hétérogènes, complexes et encore mal compris.

Quelques gènes identifiés: les chromosomes 2, 3, 4, 6, 7, 10, 15, 17 et 22 ont été associés à un haut risque d'autisme +++

## **2-Les découvertes neuroanatomique et en neuroimagerie**

Des découvertes ont révélés une augmentation du volume cérébral qui affecte à la fois les matières blanches et grises, ainsi qu'un élargissement des ventricules.

Les découvertes en neuroimagerie montrent également des anomalies dans la chimie du cerveau, dans la synthèse sérotonine et dans l'électrophysiologie du cerveau.

Le « spectre » de l'autisme est à présent compris comme étant neurodéveloppemental, cela signifie qu'il y a des particularités dans le mode de développement du cerveau.

## **3-Les facteurs environnementaux**

Certains facteurs environnementaux ont été mis en cause, comme jouant un rôle dans l'étiologie des TSA ; notamment des substances telles que: le mercure, le cadmium, le nickel, le trichloréthylène , le chlorure de vinyle.

Il est important de noter que le lien suggéré entre les vaccins ROR (Rubéole Oreillons Rougeole) et le trouble de spectre autistique a été RÉFUTÉ par les agences internationales +++.

Des associations entre différents facteurs environnementaux contribuant à une carence en Vitamine D et le risque d'autisme ont également été proposées, ça requiert des recherches approfondies +

## **4-Les facteurs épigénétiques**

Il existe des indications que, en plus des facteurs génétiques et environnementaux, les facteurs épigénétiques jouent également un rôle .

Ceci se voit à travers le fait que de nombreux syndromes génétiques qui sont associés au TSA montrent des marques de dérégulation épigénétique qui aide à réguler l'expression du gène.

## **5-Les facteurs de risque**

Le guide NICE tout en notant la faible qualité des preuves découvertes, liste les facteurs de risques du TSA qui sont cliniquement et statistiquement significatifs tels que:

- Un frère ou une soeur souffrant d'autisme
- Un antécédent familial de schizophrénie ou trouble schizophréniforme
- Un antécédent familial de trouble de l'humeur

- Un antécédent familial de tout autre trouble mental ou du comportement
- Un âge de maternité supérieur à 40 ans
- Un âge de paternité entre 40 et 49 ans (TSA)
- Un poids à la naissance inférieur à 2500 grammes
- Une naissance prématurée (inférieur à 35 semaines)
- Une admission dans une unité de soin intensif néonatal
- La présence de défauts de naissance
- Le sexe masculin
- Une menace d'interruption de grossesse à moins de 20 semaines
- Vivre dans une capitale
- Vivre dans la banlieue d'une capitale

## VII-DIAGNOSTIC POSITIF

### ***Le diagnostic de l'autisme est CLINIQUE +++***

#### **Clinique de l'autisme:**

##### **1-Les anomalies qualitatives dans l'interaction sociale :**

Des trois domaines de symptômes centraux qui définissent le trouble autistique, les anomalies de l'interaction sociale sont un aspect central +++

Cela comprend:

-des anomalies dans les comportements non verbaux utilisés pour réguler les interactions sociales,

-l'échec à développer des relations appropriées avec des enfants de même niveau de développement

-ainsi qu'un manque de recherche spontanée à partager son plaisir, ses intérêts ou réussites avec les autres. (Par exemple, en évitant de montrer, d'apporter ou de pointer ses objets d'intérêt à l'attention des autres).

Les enfants montrant des anomalies dans ces domaines souffrent d'un manque de réciprocité sociale et émotionnelle.

-Les déficits d'attention conjointe (importants dans l'apprentissage du langage et au développement cognitif +++ ) sont un symptôme précoce majeur qui peut être observé auprès de très jeunes enfants souffrant d'autisme.

-Les enfants avec un TSA utilisent moins souvent des comportements non verbaux tels que le contact visuel, les gestes, la position du corps et les expressions du visage que les enfants typiques.

L'une des plus importantes découvertes des dernières années a été l'observation que les enfants de 2 ans autistes échouent à s'orienter vers des êtres animés, tels que les êtres humains en mouvement et ils préfèrent ne pas regarder dans les yeux les adultes s'approchant d'eux.

Même les individus les moins atteints de TSA peuvent avoir des problèmes dans les relations avec leurs pairs.

Lorsque que certains sujets n'ont aucun intérêt dans le fait de se lier aux autres, certains peuvent avoir des difficultés à jouer à des jeux impliquant un tour de rôle (notamment trouver puis se cacher dans le jeu de cache-cache). Certains enfants avec le TSA peuvent vouloir entretenir des relations avec leurs pairs mais rencontrent des problèmes à interpréter les actions des autres et à y répondre de façon correcte.

De nombreux patients souffrant de TSA n'ont pas de compréhension interne de la nature des relations sociales, notamment dans leur propre rôle dans les relations.

Beaucoup peuvent échouer à développer de l'empathie.

Toutes ces difficultés mènent à une faiblesse des relations sociales.

### ***\*La théorie de l'esprit:***

La recherche sur la « théorie de l'esprit » a montré que la capacité des enfants à imiter les autres, repose à l'origine sur la compréhension de la perspective des autres.

La théorie de l'esprit permet à un individu d'avoir une idée de l'état mental de l'autres et, jusqu'à un certain point, de prédire ses actions. Il est également lié à la capacité à comprendre la tromperie et toutes les autres émotions (empathie) +++

Les déficits en théorie de l'esprit affectent la capacité à jouer à des jeux de faire-semblant, l'empathie, le partage d'intérêts ou d'émotions, la réciprocité sociale et émotionnelle, et les relations entre pairs.

Les déficits en théorie de l'esprit peuvent être vus chez tous les individus souffrant de TSA, sans distinction d'âge et d'intelligence .

<https://www.autismspeaks.org/directory>

## **2-Les anomalies qualitatives dans la communication**

Ce groupe de symptômes essentiels comporte:

-un retard ou une absence de développement du langage parlé qui n'est pas accompagné de tentatives pour communiquer autrement ;

- des difficultés dans la capacité à initier ou soutenir une conversation,
- un langage stéréotypé, répétitif ou idiosyncratique,
- et une absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge),
- une absence de jeu d'imitation sociale.

Les retards de langage, l'absence de langage et les particularités du langage parlé sont fréquent dans les TSA et sont souvent un des premiers signes d'inquiétude parentale.

(Une distinction importante repose sur la présence ou l'absence de tentative de compensation des difficultés de communication. Les enfants avec d'autres troubles du développement ou des troubles sensoriels utilisent généralement d'autres moyens non verbaux – tels que les gestes – pour communiquer.)

- La répétition des mots d'autres personnes, appelé écholalie, est fréquente en cas de TSA.

Le niveau, le volume et l'intonation du langage peut être anormalement élevé, bas, rapide, lent, agité, monotone

<https://youtu.be/eTFY9LJor2U>

- Les individus avec TSA un TSA peuvent inventer leurs propres mots ou phrases et le langage peut être répétitif, ils peuvent répéter les mêmes phrases même si elles sont inadaptées au contexte. (une séquence de dessin animé): l'idiosyncrasie.

Même les individus présentant des formes légères de TSA peuvent avoir des problèmes pour débiter ou soutenir une conversation.

→ Ceci inclut un manque de discussions socialement partagées (parler de la pluie et du beau temps par exemple), un manque d'informations fournies, un manque de demande d'informations.

### **3-Des modes de comportements, d'activités et d'intérêts, répétitifs, restreints et stéréotypés**

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (p. ex. stéréotypies motrices simples, activités d'alignement des jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques).

2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (p. ex. détresse extrême provoquée par des changements mineurs, difficulté à gérer les transitions, modes de pensée rigides, ritualisation des formules de salutation, nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).



3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but (p. ex. attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérants).

4. Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (p. ex. indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques, actions de flairer ou de toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements).

→ Les comportements stéréotypés peuvent être observés dans de nombreuses autres troubles tels que le :

-syndrome de Gilles de la Tourette,

-le syndrome de l'X fragile,

-le syndrome de Rett,

-les troubles obsessionnels compulsifs,

-la surdité,

-la c civit ,

-la schizophrénie

-et une variété de déficiences intellectuelles sans TSA.

Il semble que la **fréquence** mais pas la forme - qui est liée au niveau de développement - du comportement est ce qui est distinctif des TSA.

## **→ Le diagnostic**

### **Le diagnostic est CLINIQUE +++**

Une fois que la présence de TSA est suspectée, l'enfant devrait être adressé pour une évaluation multi disciplinaire dans laquelle chaque membre de l'équipe devrait avoir une expérience des TSA (pédiatres ,neuropédiatres ,orthophonistes ,ergothérapeutes,psychologues,et bien sur un Pédopsychiatre++)

Il est recommandé également que l'enfant soit idéalement observé dans différentes situations(intérêt des vidéos+++)

Il existe des échelles qui permettent un dgc très précis du TSA et de son intensité:  
ADI,ADOS(formation,temps+++)

### **→ L'examen physique:**

Un examen physique approfondi devrait également être effectué.

Les découvertes faites à partir d'examens physiques peuvent être utiles pour détecter des comorbidités ou des symptômes pouvant soit avoir une dimension étiologique soit orienter vers un TSA.

Une attention particulière devrait être apportée au repérage de

→ taches cutanées orientant vers des neurofibromatoses et scléroses tubéreuses,

→ ainsi qu'aux malformations congénitales et autres signes dysmorphiques incluant la micro et macrocéphalie.

-> L'examen devrait aussi servir à repérer les signes de blessures physiques, telles que l'automutilation ou la maltraitance.

Le Processus d'évaluation comprend également des examens complémentaires cliniques et paracliniques :

→ **Examens Cliniques**: échelles d'évaluation comme :

- la CARS (dgc et intensité du TSA),

- échelle d'évaluation du niveau de développement KABC,

- échelles de l'efficacité intellectuelle comme: WPPSI, WISC

→ **Examens Paracliniques**:

- un bilan sanguin: FNS, ionogramme, bilan rénal, bilan hépatique, TSH, T3T4, Cortisolémie à 8h, Phénylcétonémie

- Un EEG

- Un examen ORL

- prévoir une TDM, une IRM

D'autres bilans selon les signes d'appel

## VIII-DEPISTAGE PRECOCE

La détection précoce constitue une avancée majeure permettant une intervention rapide qui peut améliorer le pronostic pour une proportion significative d'enfants avec un TSA.

Des informations pertinentes pour guider les cliniciens furent tirées des longues recherches conduites par le First Words Project (Florida State University) qui identifia « des drapeaux rouges » pour les TSA. Bien qu'ils insistent sur le fait qu'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques qui garantissent la présence de TSA.

Les enfants avec un TSA ne présentent pas tous, tous les symptômes, ni au même moment.

## **→ Les instruments dépistage**

Parmi les nombreux outils disponibles, deux méritent une mention spéciale du fait de leur gratuité, de leur application possible dans différents groupes d'âge (un d'enfant jeunes, l'autre d'enfants plus âgés) ou de différentes cultures, et de leur traduction des diverses langues, en plus d'avoir été étudiés par de nombreux pays.

Il s'agit du Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) et du Childhood Autism Spectrum Disorders Test (CAST) (anciennement connu sous le nom Childhood Asperger Syndrome Test).

L'Académie Américaine des pédiatres recommande de dépister le TSA pour des enfants de 18 à 24 mois

## **IX-COMORBIDITES-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

### **COMORBIDITES:**

En continuant de souligner la faiblesse des preuves apportées, le guide NICE liste la prévalence des TSA dans certaines autres pathologies:

- Handicap intellectuel (8%-27.9%)
- Syndrome du X fragile (24%-60%)
- Sclérose tubéreuse (36%-79%)
- Encéphalopathie néonatale ou épileptique, syndrome de West (4%-14%)
- Infirmité motrice cérébrale IMC (15%)
- Trisomie 21 (6%-15%)
- Dystrophie musculaire (3%-37%)
- Neurofibromatose (4%-8%)

## **DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**

### **Les enfants et les nourrissons**

Le diagnostic différentiel à cet âge devrait différencier les troubles qui interfèrent avec le développement normal du langage et des facultés sociales :

**→ Une perte d'audition** peut être suspectée si l'enfant perd son babillage, montre une faible vocalisation ou une indifférence aux stimuli auditifs.

Un examen de routine chez les très jeunes enfants avec lesquels on ne s'attend pas à une coopération inclut des émissions auto - acoustique et une impedancemétrie.

Si cet examen est normal, il n'y a pas de raison de procéder à d'autres tests. S'ils sont anormaux, l'oreille externe devrait être examinée et les deux tests répétés dans 2 ou 3 mois.

Si les résultats sont de nouveau anormaux, il faut discuter l'indication de PEA (Potentiels évoqués auditifs)

**→ Une sévère carence psychosociale.** Il est bien connu qu'une sévère privation émotionnelle dans l'enfance conduit à de sérieux dommages psychologiques, incluant des tableaux cliniques pseudo- autistiques : Syndrome autistique-like.

Les syndromes semblables à ceux de l'autisme dans ces cas consistent généralement en une relative indifférence à l'environnement, un retard de communication, des intérêts réduits et des comportements répétitifs. Contrairement à l'autisme, la réciprocité sociale n'est pas complètement anormale, bien que le fait de se lier puisse être affecté, et les déficits peuvent être améliorés rapidement dans la majorité des cas si l'environnement s'améliore.

**→ La déficience Intellectuelle** (auparavant connue sous le nom de retard mental).

C'est un diagnostic différentiel compliqué, surtout dans la petite enfance, car l'évaluation du fonctionnement cognitif est plus complexe.

Certains symptômes, (comme la dysmorphie faciale, ou la microcéphalie) peuvent suggérer l'existence de problèmes génétiques ou neurologiques connus pour causer une déficience intellectuelle.

Il est important de souligner que l'association des TSA avec la déficience intellectuelle est fréquente et que de nombreuses causes connues de déficience intellectuelle, tels que les anomalies chromosomiques présentent souvent des symptômes autistiques (par exemple le syndrome de l'X fragile, le syndrome de Prader-Willi).

**→ Le syndrome de Rett.**

Le DSM-V propose de ne pas inclure le trouble de Rett dans les TSA parce que bien que les patients présentent souvent des symptômes autistiques, ceux-ci ne sont souvent présents que transitoirement dans la petite enfance.

Le syndrome de Rett est un trouble neuro-développemental lié au X qui affecte exclusivement les filles.

Il y a typiquement un développement normal jusqu'à 6-18 mois, puis le développement s'arrête et une régression apparaît (perte de parole et de l'utilisation volontaire des mains) ainsi que des mouvements stéréotypés spécifiques, un retrait social, qui peut ressembler à l'autisme.

De plus, il y a un ralentissement de la croissance de la tête conduisant à une microcéphalie et des crises convulsives peuvent apparaître.

Les recherches ont conduit à identifier le gène (MECP2) sur le chromosome X (expliquant la forte prévalence chez les filles, bien que certains cas masculins aient été rapportés).

### **→ Les troubles du langage réceptif-expressif.**

Les troubles du langage expressif sont très fréquents chez les enfants et consiste généralement en un simple retard dans la maîtrise de la phonologie, du lexique et de la syntaxe dans un contexte de développement typique des facultés sociales, de la communication non verbale, des facultés cognitives et de l'imagination.

Le « trouble sémantique pragmatique » qui comporte des problèmes dans les aspects sociaux des échanges conversationnels, incluant l'écholalie.

Cependant, contrairement à l'autisme, on ne retrouve souvent pas de rituels ou d'intérêts répétitifs. Il est noté que ce trouble n'est pas inclut dans le DSM-IV ou l'ICD-10.

### **→ Le syndrome de Landau-Kleffner.**

L'aphasie acquise avec épilepsie ou syndrome de Landau-Kleffner se caractérise par un développement normal jusqu'à l'âge de 3 ou 4 ans suivi par une régression massive du langage réceptif suivi peu après de la régression du langage expressif.

Typiquement associé à des crises épileptiques ou des anomalies dans l'électroencéphalogramme durant le sommeil, la régression peut être associée à un retrait social transitoire mais un tableau complet d'autisme est rarement observé.

### **→ Mutisme sélectif et anxiété de séparation.**

Le retrait, l'anxiété et les problèmes de communication ne sont pas rares. Cependant, il peut être facilement distingué de l'autisme en raison de l'existence d'habiletés socio-communicatives normales dans certains contextes (par exemple en famille ou dans un environnement rassurant)

## **Les enfants plus âgés**

Les diagnostics différentiels dans tableaux autistiques typiques sont plus faciles chez les enfants plus âgés, mais il peut être difficile dans des cas du phénotype élargi : des cas en « périphérie » du spectre, notamment chez les enfants avec de bonnes capacités intellectuelles (haut niveau) ou les cas avec un trouble incomplet.

Une histoire médicale précise, précisant l'âge d'apparition des symptômes avant ou après 3 ans, est souvent un indicateur important.

Les cliniciens devraient prendre en compte la schizophrénie de l'enfance.

Une potentielle confusion entre ce trouble rare et le TSA peut être faite en raison, d'une mauvaise expression des émotions ou d'un négativisme. Cependant, les hallucinations, les éléments délirants sont spécifiques à la schizophrénie.

De plus, la plupart des enfants avec schizophrénie à début précoce ne présentent pas de retard de langage ou d'anomalies et de déficits sociaux typiques des TSA.

D'autres troubles psychiatriques peuvent constituer des diagnostics différentiels, comme

→ le trouble du déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH), qui peut également être une comorbidité (Inattention+)

→ et les troubles obsessionnels compulsifs en raison de rituels et d'intérêts sélectifs.

Mais le diagnostic différentiel peut facilement être établi sur les bases de l'histoire et du tableau clinique global.

## X-LES TRAITEMENTS

### **A ce jour, il n'y a aucun remède pour le TSA +++**

On ne peut pas parler « DU traitement ». Car il y a une multitude de facteurs à prendre en charge,

Les différences dans l'âge, le degré des déficits, les troubles du comportement, la situation sociale et celle de la famille, le niveau des ressources et le développement de la communauté, la scolarisation (ou son absence), la santé et l'assurance maladie, les opportunités pour une embauche et la disponibilité d'une insertion dans la vie de la communauté une fois adulte font une grande différence.

-Internet permet aux familles et aux professionnels d'entendre parler de nombreux « traitements ».

Certains traitements sont basés sur des connaissances bien établies, d'autres le sont sur des superstitions et des fausses croyances, entraînant une certaine confusion +++

Alors qu'il n'existe aucun remède pour les TSA, il y a de fortes preuves qu'une

→ approche éducative appropriée tout au long de la vie,

→ le soutien de la famille et des professionnels et l'apport de services de qualité au sein de la communauté peuvent améliorer considérablement la vie des personnes avec un TSA et celle de leurs familles.

Les programmes impliquant des interventions basées sur le comportement, apparaissent avoir la meilleure efficacité, au moins dans le court terme.

Il y a de nombreux autres éléments qui sont essentiels d'améliorer sur le long terme :

- L'éducation, le plus tôt possible, avec une attention particulière pour le développement social, de la communication, scolaire et comportemental, par un personnel formé +++

- Un soutien communautaire approprié
- L'accès à une offre diversifiée de traitements psychologiques et médicaux Tels que ceux proposés pour le reste de la population.

Selon Autism Europe, les interventions qui réunissent le meilleur niveau de preuve, comportent 4 principes :

**1• Individualisation.** Il n'y a pas un seul traitement qui est efficace pour toutes les personnes avec un TSA.

**2• Structure.** Adaptation de l'environnement

**3• Intensité et généralisation.** Les interventions effectuées ne devraient pas être sporadiques ou à court terme, mais appliquées d'une manière systématique sur une base quotidienne

**4• Implication de la famille.** Durant l'enfance et au-delà, les parents doivent être reconnus et valorisés comme l'élément clé de toute intervention

## XI-PRONOSTIC ET DEVENIR A L'AGE ADULTE

Les chercheurs ont mis en évidence la haute variabilité dans le devenir à court terme des enfants d'âge préscolaire, mettant l'accent sur l'importance de considérer les caractéristiques de l'individu et ses stratégies d'adaptation. +++

Ils suggèrent que ces différences peuvent être dues à certaines caractéristiques initiales comme les facultés de langage et la sévérité des symptômes autistiques.

Plus le handicap intellectuel est sévère, plus le devenir est négatif.

Il est communément accepté que le fait de parler avant l'âge de 6 ans et un QI élevé sont associés à un meilleur pronostic.

Cependant nous ne disposons que de données scientifiques limitées concernant l'ensemble du spectre durant tout le cycle d'une vie.

C'est pour cela que les cliniciens doivent faire preuve de beaucoup de prudence en terme de pronostic à long terme.

Les TSA sont des troubles qui durent toute la vie et qui ne peuvent être guéris.

Néanmoins, le handicap dépend non seulement des caractéristiques de l'individu mais également de l'environnement qui est offert à la personne, s'il est adapté ou non, afin d'atténuer le handicap.

Globalement, on peut dire que la vaste majorité des enfants souffrants de TSA continueront à montrer des difficultés dans les interactions sociales durant toute la vie.

Il faut supposer qu'ils auront besoin de soutien et d'aide dans de nombreux domaines.

Cependant, leur qualité de vie peut être améliorée quand des programmes adaptés sont disponibles dans leurs communautés.

Les personnes autistes auront besoin de structure, de clarté, et de prédictibilité tout au long de leur vie.

Le comportement et les capacités d'adaptation tendent à s'améliorer avec l'âge.

Le pronostic devrait être discuté avec la famille afin d'éviter des attentes irréalistes (processus d'annonce dgc) et pour focaliser tous les efforts sur une intervention précoce, en renforçant l'implication des familles et leurs connaissances, aussi bien que la participation de la communauté.+++

Il est important de souligner que les efforts actuels dans la création de traitements et de soutiens adaptés (qui n'existent pas dans la plupart des pays) vont avoir une répercussion dans le devenir à l'âge adulte des enfants diagnostiqués et pris en charge actuellement.

## Infos clés

☒ TSA = trouble neurodéveloppemental 2--Anomalies dans 2 domaines :

☒ l'interaction sociale, et la communication ou utilisation verbale et non verbale du langage

et un mode de comportement, ainsi que des intérêts et des activités stéréotypés, limités ou répétitifs.

symptômes généralement évidents avant l'âge de trois ans

CIM 10 ☒ trouble envahissant du développement

DSM 5 TSA

-prévalence est de 1 pour 100.

-Sexe-ratio: 3/1 (3 garçons pour une 1 fille)

-Cause: multifactorielle, cause biologique ++++

-Dgc: CLINIQUE +++

-A ce jour, il n'y a aucun remède pour le TSA +++

-preuves efficaces pour les PEC Comportementale et éducatives