

# AUTISME

## Repérage dans l'enfance

Les signes d'alerte

Les conduites à tenir

L'évaluation fonctionnelle

L'évolution des classifications



arapi

association pour la recherche sur l'autisme et la prévention des inadaptations

Formation continue N° 24370208737 - ODPC N°7518

# Les signes d'alerte (RBPP février 2018)

## 1 – L'inquiétude des parents:

- un développement qui semble ne pas se dérouler normalement;
- une régression du développement, quel que soit l'âge, dans les domaines du langage, des interactions sociales, de l'intérêt pour l'environnement, etc.

# Les signes d'alerte (RBPP février 2018)

2 – L'inquiétude des professionnels de la petite enfance, des enseignants:

- dont les consultations de suivi obligatoires entre 0 et 6 ans qui impliquent de renseigner une échelle de développement susceptible d'orienter vers la recherche des signes de TSA;
- ou lors du suivi de populations à risque.

# Les signes d'alerte (RBPP février 2018)

Chez l'enfant, les premiers troubles se manifestent souvent avant 3 ans:

- Retard dans le développement du langage, absence de pointage;
- Gestes répétés et des obsessions inhabituelles;
- Incompréhension des émotions des autres et comportements sociaux inadaptés.

Le M-CHAT-R pertinent dès 18 mois est un outil facile d'usage et précis.

# Les signes d'alerte (RBPP février 2018)

Chez les filles, le diagnostic est souvent plus tardif. Elles ont une meilleure capacité d'adaptation sociale qui « camoufle » le handicap. Leurs difficultés sociales peuvent être prises pour une timidité, socialement acceptée chez les filles, alors qu'elle interroge chez les garçons.

# Les signes d'alerte (RBPP février 2018)

Chez les garçons, les signes d'alerte sont repérés plus précocement que chez les filles (gestes stéréotypés, routines, alignements d'objets, centres d'intérêt très restreints, retard de langage, expression inappropriée des émotions).

Le comportement général suscite l'incompréhension de l'entourage.

# Conduite à tenir face aux signes d'alerte

Consulter un médecin en soins primaires:

- médecin traitant, généraliste ou pédiatre;
- médecin de PMI;
- médecin de crèche;
- médecin de l'Education Nationale,

afin de consigner formellement ces signes d'alerte et, dans les 3 semaines, de réaliser une consultation dédiée pour un examen clinique approfondi.

# Conduite à tenir face aux signes d'alerte

Si la consultation dédiée confirme la réalité d'un développement inhabituel mais non évocateur d'un diagnostic clair, elle doit être renouvelée à un mois;

Si la consultation dédiée suspecte un TSA, le bilan approfondi comportera

- examen ORL et visuel;
- Bilan orthophonique
- Bilan du développement moteur

et il sera prescrit une évaluation par une équipe spécialisée de 2<sup>ème</sup> ligne, formée aux TND.

# Conduite à tenir face aux signes d'alerte

La confirmation d'une suspicion de TSA orientera vers un bilan approfondi.

Le recours aux équipes de 3<sup>ème</sup> ligne sera réservé aux situations complexes.

# L'évaluation initiale fonctionnelle de l'enfant

- Anamnèse développementale détaillée;
- Vérification de la réalisation des tests de repérage standard (audition, vision);
- Examen pédiatrique clinique;
- Observation clinique;
- Examen des différentes dimensions du langage et de la communication non verbale et pragmatique;
- Examen du niveau de fonctionnement intellectuel et du profil cognitif;
- Examen des capacités adaptatives de l'enfant;
- Examen des fonctions psychomotrices;
- Examen des processus d'intégration sensorielle.

# L'évaluation initiale fonctionnelle de l'enfant

Sa réalisation doit être disponible dans un délai le plus court possible.

Elle ne doit pas différer la mise en place des interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques.

Le diagnostic de TSA confirmé doit être complétée:

- par la recherche de troubles associés, du fait de leur fréquence élevée;
- par l'exclusion d'un diagnostic différentiel.

# L'évolution des classifications

Le DSM-III date de 1980.

En 1983, cette classification introduit la catégorie « Trouble Global du Développement » dans laquelle on trouve:

- l'autisme infantile
  - le syndrome complet
  - le syndrome résiduel

*N.B.: l'ARAPI naît en 1983 comme « Association pour la Recherche sur l'Autisme et les Psychoses Infantiles ».*

# L'évolution des classifications

La CIM 10 date de 1992.

Elle se rattache en 1993 à la catégorie du « Trouble Envahissant du Développement »:

- Autisme infantile;
- Autisme atypique;
- Syndrome de Rett;
- Autres troubles désintégratifs;
- Troubles hyperactifs avec retard mental et stéréotypies;
- Syndrome d'Asperger;
- TED sans précision.

# L'évolution des classifications

Le DSM-IV (1994) et le DSM-IV-R (2000) reprennent en 1996 le « Trouble Envahissant du Développement »:

- Trouble autistique;
- Syndrome de Rett;
- Troubles désintégratifs de l'enfance;
- Syndrome d'Asperger;
- TED non spécifié, dont l'autisme atypique.

# L'évolution des classifications

Le DSM-5 de 2013 introduit le « Trouble du Spectre de l'Autisme»:

- Troubles du spectre autistique, dont trouble autistique et désintégratif de l'enfance, syndrome d'Asperger et TED non spécifié.
- Troubles de la communication sociale (pragmatique).

## Critères diagnostiques du TSA dans le DSM-5

Présent

Absent

**A**

***Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observées dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs). Les trois éléments suivants doivent être présents.***

<b>1</b>	Déficits de la réciprocité socio-émotionnelle, allant, par exemple, d'anomalies de l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à à une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre.		
<b>2</b>	Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, allant, par exemple, d'une intégration défectueuse dans la communication verbale et non verbale à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à des déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale.		
<b>3</b>	Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs.		

**B**

***Caractères restreints et répétitifs 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 (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs).***

<b>1</b>	Caractère stéréotypé ou répétitifs des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (par exemple, stéréotypies motrices simples, activités d'alignement des jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques).		
<b>2</b>	Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (par exemple, détresse extrême provoqués par des changements mineurs, difficultés à gérer les transitions, modes de pensée rigide, ritualisation des formules de salutations, nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).		
<b>3</b>	Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but (par exemple, attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêt excessivement circonscrits ou persévérants).		
<b>4</b>	Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (par exemple, indifférence apparente à la douleur ou à la température, réaction négative 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).		

**C**

***Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises par des stratégies apprises)***

**D**

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

# Les caractéristiques du DSM-5

Pour retenir le diagnostic de TSA comme certain, justifiant des évaluations complémentaires (dont ADI-R et ADOS), il est nécessaire:

- que les 3 signes « A » soient présents;
- que 2 des 4 signes « B » soient présents;
- qu'en « C », le début précoce soit confirmé (l'absence de ce critère excluant le diagnostic de TSA);
- qu'en « D », il existe un retentissement cliniquement significatif, autrement dit que la notion de sévérité du handicap soit acquise.