

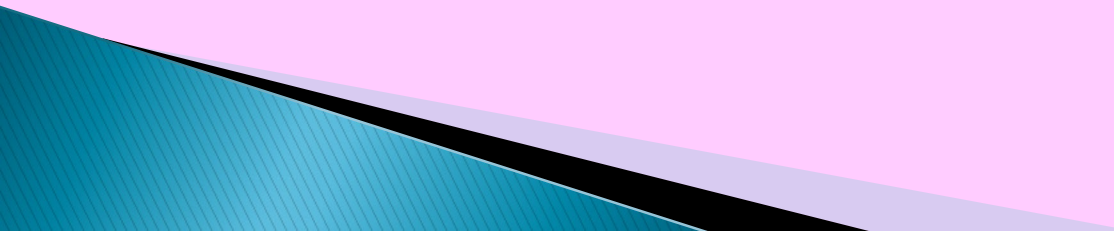
Université Ferhat Abesse, Faculté de médecine
psychiatrie novembre 2023

Le trouble du spectre autistique TSA

Dr:Boudelliou;D



Plan:

- I. Introduction– définition.
 - II. Épidémiologie .
 - III. Historique
 - IV. Clinique .
 - V. Méthodes diagnostiques.
 - VI. Diagnostique différentiel
 - VII. Méthodes de prise en charge.
- 

Autisme:

- Imaginez que vous voyagez dans une région dont vous ne connaissez ni la langue, ni la culture , ni les coutumes ni la signification gestuelle.

I. Introduction; définition:

Trouble de spectre autistique (TSA) ; est un trouble **neuro-développemental** caractérisé par la présence d'anomalies dans **3 domaines** : L'interaction sociale et la réciprocité émotionnelle .La communication. Les intérêts et les activités.

- ▶ il est plus juste de parler **de troubles autistiques** tant la diversité clinique est importante, et les évolutions diverses. Il s'agit **d'un syndrome**, c'est-à-dire une **association de symptômes**, dont les étiologies (causes) sont variées.
- ▶ Comme on le voit, il s'agit d'une **définition clinique** qui ne préjuge en rien de l'étiologie et de l'évolution du trouble.

II. Épidémiologie

- sa prévalence est **en augmentation** constante et continue.

1% au niveau mondial

2013: Une recherche publié en 2013 avance un ratio de 1:68.

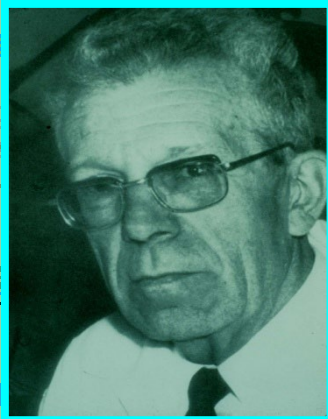
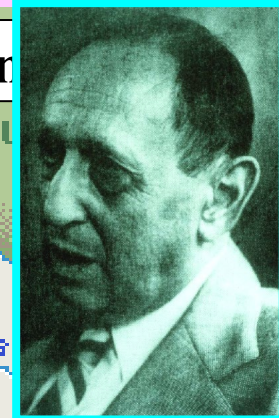
1/150 selon MSPRH/INSP (Algérie 2019).

- ▶ ● Le sex-ratio est de **quatre garçons pour une fille**.
- ▶ ● Pour le syndrome **d'Asperger**, le sex-ratio est **de huit garçons pour une fille**.
- ▶ ● Pour les enfants autistes ne présentant pas de dysmorphie ni d'anomalies à l'imagerie, le sexratio est de **vingt-trois garçons pour une fille**.

troubles envahissant le développement aux TSA)

Theodore Heller, 1930

Leo Kann



Hans Asperger, 1944

Andreas Rett, 1966



III. La clinique:

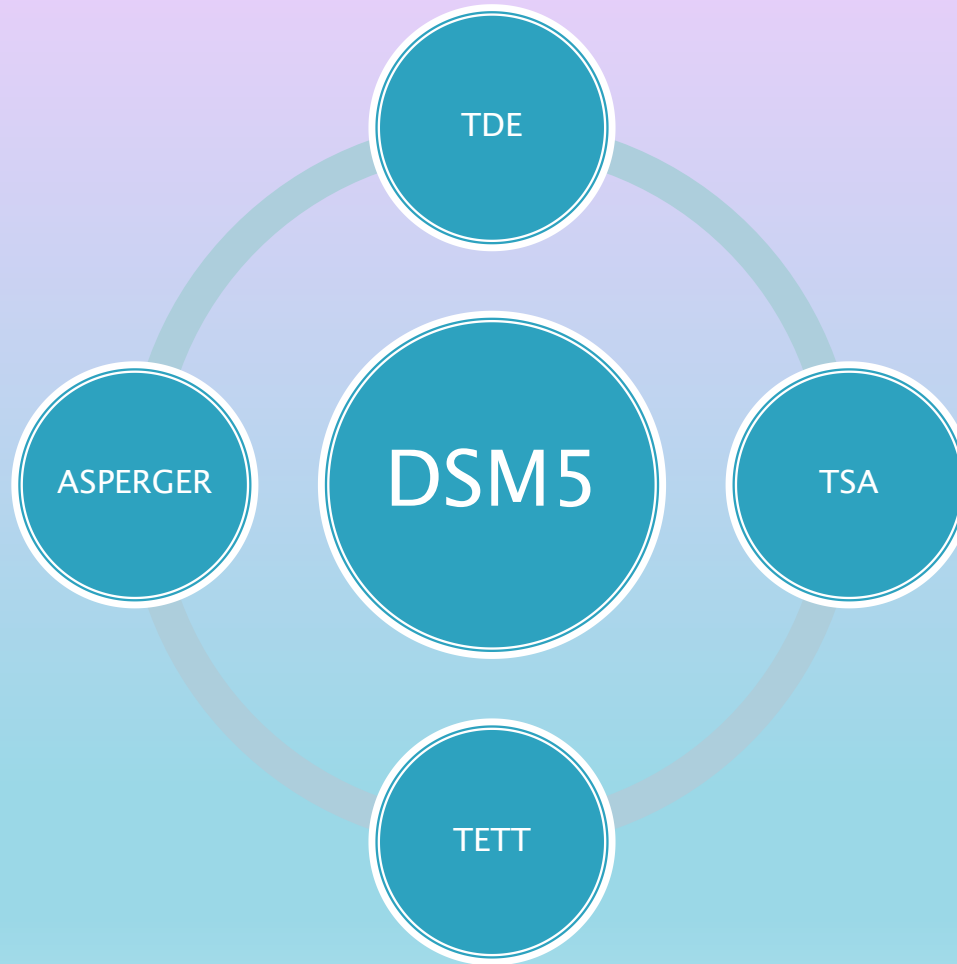
Les TSA: sont donc des altérations qualitatives (ce ne sont pas seulement des retards) dont le trouble fondamental est **l'incapacité à établir des relations et de communiquer avec les personnes**

DSMV: Troubles du spectre de l'autisme :

A. Altération qualitative de la communication et des interactions sociales.

Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, intérêts et activités (léger, moyen, sévère)

LES TSA DANS LE DSMV



A-Séméiologie typique

Généralement constitué vers l'âge de 2-3 ans, l'autisme se manifeste:

par une triade de symptômes associant des troubles de :

Socialisation

Communication

comportement

1-Troubles de la socialisation

Le **retrait autistique** traduit une incapacité à développer :

des relations interpersonnelles, un manque de réactivité aux autres, ou d'intérêt pour eux. L'enfant autiste établit rarement le contact, paraissant même l'éviter, le refuser : il ne regarde pas en face, mais jette de brefs regards périphériques, ou bien le regard est vide, « transparent ». Le contact oculaire pour communiquer un intérêt ou attirer l'attention n'est pas utilisé.

2- Troubles de la communication

**le langage et la communication non verbale qui
sont très perturbés:**

Le langage expressif peut être
absent. Lorsqu'il se développe, il
est retardé et se caractérise

par de nombreuses particularités :

écholalie, inversion des pronoms
(utilisation de « tu » à la place de «
je »), mots détournés de leur sens
habituel.

Dans les cas où le langage est bien développé, la voix a fréquemment une modulation anormale,

avec un débit et un rythme particuliers. La communication peut être gênée aussi par

des soliloque. Enfin quel que soit le niveau de langage, le sujet semble

incapable d'entrer dans un échange à type de dialogue.

Les modes de **communication non verbales** sont aussi limités, que ce soit pour comprendre autrui:

– mimiques, sourires, gestes –
ou pour aider à l'expression:

désigner du doigt, dire au revoir,
avoir des mouvements de joie,
de surprise ou de peur.

Les expressions faciales sont
pauvres, le sourire rare.

3-Troubles du comportement

Les comportements sont caractéristiques notamment par leur aspect: **bizarre ou stéréotypé**. Les intérêts de l'enfant sont **restreints**,

l'activité est pauvre, répétitive: Les objets sont utilisés de façon détournée : par exemple il fait **tourner** longuement **les roues** de la petite voiture près de son oreille au lieu de la faire rouler sur le sol, s'attache à des objets inhabituels (un **fil, des cailloux...**),

aligne inlassablement des jouets. Il n'a pas ou peu de jeux

Il n'a pas ou peu de jeux **spontanés, imaginatifs ou symboliques**, comme avec la poupée.

des anomalies perceptives:

Auditives : indifférence apparente au monde sonore l'enfant paraît **insensible** aux bruits extérieurs, ne répond pas à son nom) contrastant avec des **réactions paradoxales** .

peur de certains bruits même familiers qui peuvent déclencher une

angoisse panique, sursaut à un froissement de papier, à un chuchotement, peur d'un bruit mécanique (aspirateur),

Fascination pour la musique.

Comportements spécifiques:

Faire tourner les objets, balancements du corps, battements de mains,

tournoiements, bruits de bouche, grincements de dents,

Attirance pour certaines lumières, jeux de doigts devant les yeux, recherche

Fuite du contact corporel, attirance ou aversion pour certains tissus,

Manies alimentaires étranges (sélectivité extrême, besoin que les aliments soient lisses).

Signes associés

troubles de la psychomotricité et de l'activité motrice , le développement moteur est souvent plus avancé que celui du langage ou des interactions sociales (cas des syndromes génétiques).

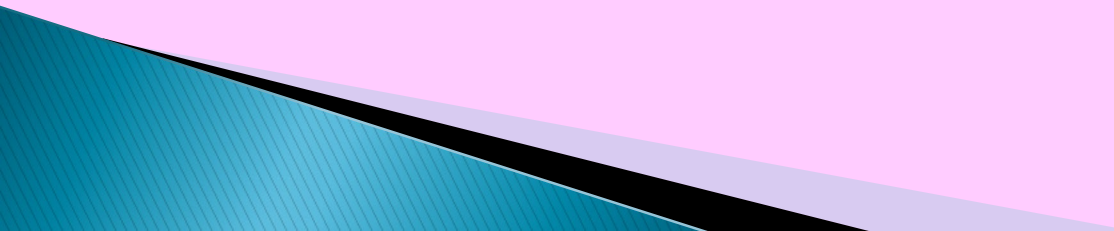
2/Anomalies ou troubles sensoriels : sont fréquents I peut s'agir d'une **hyperactivité** (réaction exagérée, vive et /ou prolongée), d'une **hypoactivité** (méconnaissance ou réponse lente ou d'une recherche de stimulation (intérêt ou provocation d'expérience sensorielles intenses ou prolongées).

3/ troubles du sommeil : Sont fréquents , il s'agit le plus souvent d'une insomnie, ou un sommeil agité (réveil et pleurs).

4/ troubles de alimentation : diversification difficile, sélectivité alimentaire

Après 3ans , 4ans : la symptomatologie va être plus typique selon l'intensité, tendance aux cris, troubles du comportement surtout en situation de retard diagnostic et de prise en charge.

Certains enfants avec des formes atypiques : surtout de TSA léger; qui se révèlent souvent en classe de maternelle ou d'école primaire ; dont la symptomatologie est d'ordre adaptatif .



Si on le regarde:

- ▶ Souvent l'enfant semble **sans émotions**, ni gai, ni triste, ni effrayé, ni étonné, ni fâché, ou bien il exprime ses **émotions** de manière inadéquate : comme pleurer ou rire dans des lieux inattendus, sans raison apparente; L'enfant peut aussi avoir des **peurs inhabituelles d'objets**
- ▶ ou de situations, **une intolérance aux changements** (de lieux, de personnes, d'emploi du temps, de vêtements, de jouets...), qui suscitent des réactions d'angoisse, de colère vive, d'agressivité avec parfois **automutilation**. Certains ont aussi **des troubles du sommeil** parfois durables et intenses.
- ▶ **L'attention** peut être à la fois difficile à fixer ou à détourner : il ne fixe pas le regard

B- Diagnostic précoce:

- ▶ Les formes de début sont de trois types :
- ▶ ☐ **Un début progressif** dès les **premiers mois** est le plus
- ▶ fréquent, sans qu'il soit possible de préciser une
- ▶ date, comme si les troubles avaient toujours existé
- ▶ ☐ Parfois le début paraît **plus tardif** entre **1 et 2 ans**,
- ▶ mais un examen des antécédents met habituellement en
- ▶ évidence des signes plus discrets ou méconnus jusqu'à
- ▶ cette « aggravation »
- ▶ ☐ Un début réellement **secondaire**, et parfois tardif (**1-3 ans**), paraît plus exceptionnel mais possible.

- ▶ **Les signes initiaux** peuvent être des **troubles du contact et de la communication, évocateurs d'autisme : passivité ou irritabilité,**
- ▶ **impression de surdité, pauvreté de la communication, anomalies du regard, absence d'attitude anticipatrice, stéréotypies.**
- ▶ Mais ils peuvent aussi être des **troubles du comportement** moins spécifiques, des troubles du **développement psychomoteur,**
- ▶ En fonction de **l'âge** signes peuvent concerner le développement moteur, le tonus, le langage, la perception auditive, le regard, le comportement, interactions sociales, la régulation émotionnelle .

1 – Entre 0 et 6 mois

- ▶ l'impression que quelque chose est « **anormal** », ou
- ▶ « différent » pas d'échange avec la mère
- ▶ bébé **trop calme**, ou **trop excité**
- ▶ indifférence au **monde sonore** et impression de **surdité**
- ▶ anomalies **du regard**, **strabisme**
- ▶ anomalies de la motricité et du tonus : **hypotonie**, défaut
- ▶ d'attitude **anticipatrice**, **d'ajustement postural**
- ▶ absence ou rareté du **sourire**
- ▶ des troubles du **sommeil** ou de **l'alimentation** sont possibles,
- ▶ Absence de sourire au visage humain

2 – Entre 6 et 12 mois

- ▶ ne réagit pas aux **bruits**, ou de façon inconstante, ou paradoxale.
- ▶ activités **solitaires** : **jeux** de **doigts** et de **mains** devant les
- ▶ **yeux, balancements**
- ▶ utilisation inhabituelle des objets (**gratter, frotter**)
- ▶ absence **d'intérêt** pour les personnes, défaut de contact (**visuel, oculo-moteur, pré-langagier...**)
- ▶ **peu** ou **pas** d'émissions **vocales**
- ▶ ne participe pas à des activités comme « **faire coucou** », « **bonjour** » confirmation des particularités motrices : hypotonie (parfois hypertonie), hypoactivité (parfois excitation)
- **Réaction absente**, ou pauvre, lors des séparations **c'est l'absence de l'angoisse de séparation.**
- ▶ **Absence de l'angoisse de l'étranger**

3 – Entre 1 et 2 ans

- ▶ **l'absence de langage** (ou l'arrêt de son développement après les « premiers mots ») devient l'élément le plus constant
 - ▶ - retard d'autres acquisitions
 - ▶ - pauvreté des jeux, absence d'imitation (des mimiques, des gestes : ex : faire les marionnettes)
- ▶ **stéréotypies**
 - ▶ - intérêts particuliers (**sources lumineuses, objets qui tournent**)
 - ▶ - comportements bizarres : **marche sur la pointe des pieds, balancements, tournoiements** parfois automutilation : **se frapper, se mordre**
- ▶ **Absence de pointage**
- ▶ **Absence de jeux de faire semblant**: très spécifique
- ▶ **Peu ou pas de gazouillis**

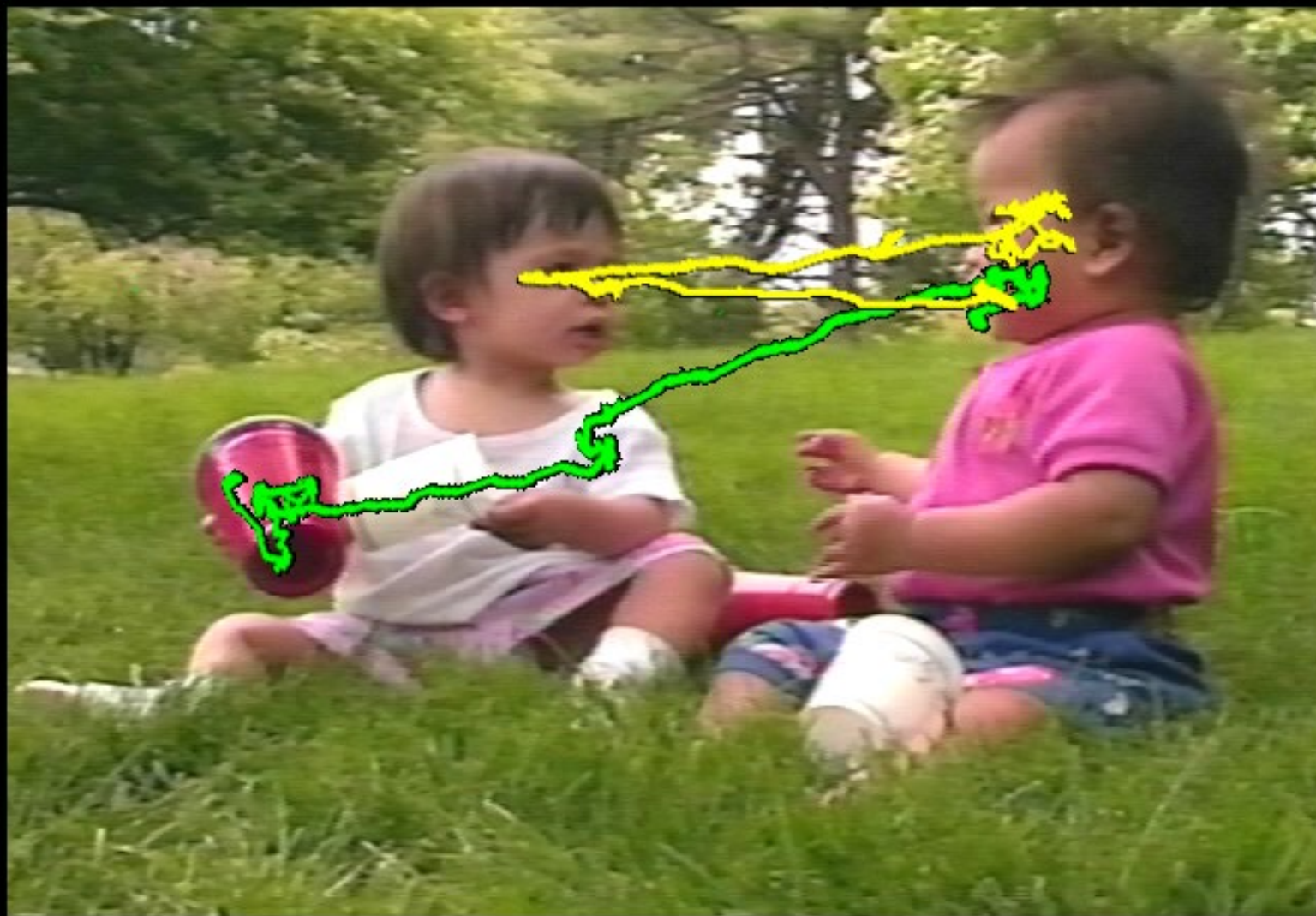
Organisateurs de spitz:

- ▶ **Absence de sourire au visage humain :2mois**
- ▶ **Absence de de l'angoisse de l' étranger:8mois**
- ▶ **Absence de l'angoisse de séparation**









IV. Méthodes diagnostiques

1–Observation clinique , entretien , vidéo:

critères diagnostiques CIM10, DSMV

f



2–Outils d'évaluation et de diagnostique:

Echelles spécifiques:

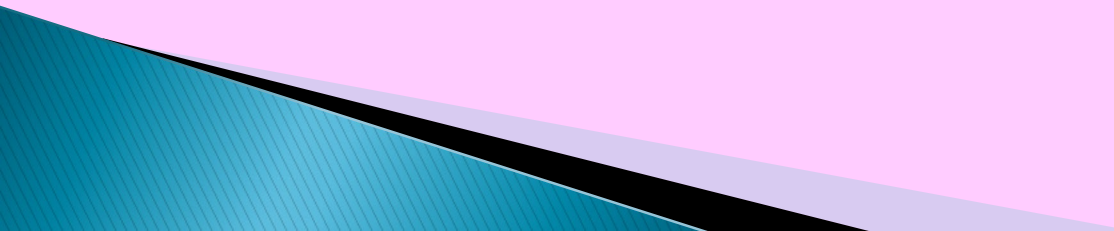
CARS:childhood autism rating scale. Shopler

ADI_R:autisme diagnostic interviw:lord,Rutter ADOS ,CHAT et des échelles globales pour l' évaluation du développement et du comportement adaptatif:WISC

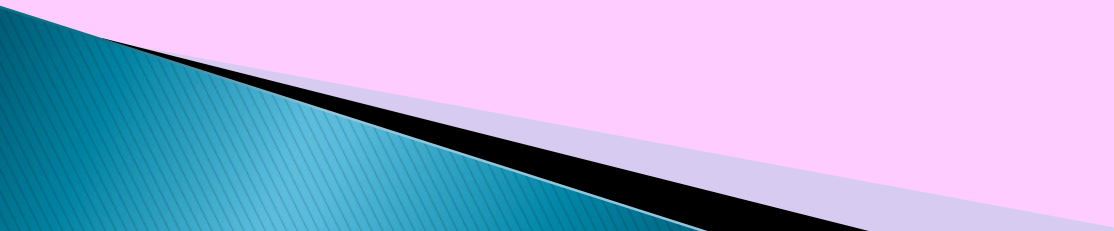
3–investigation complémentaires:

Examens specifiques:**ORL**,vision,neurologiques et génétique

4–examens complementaires:EEG,caryotype,ADN ,dosage neurometaboliques

- ▶ 5-examens complémentaires de développement:
 - ▶ *Examen psychologique: évaluation* des capacités cognitives; relationnelles et sociales
 - ▶ *Examen orthophonique*
 - ▶ *Examen psychomoteur*: anomalies motrices, posturale et gestuelles
- 

V. Diagnostique différentiel

- 1-Troubles du neuro-développement (DI, TDHA, Dysphasies).
 - 2 - Des troubles sensoriels (surdité, cécité).
 - 3- Dépression du nourrisson et les carences affectives précoces .
 - 4-Carence psychosociale sévère (Déficit de réciprocité sociale s'améliorant rapidement après rétablissement de la relation).
 - 5- Un syndrome génétique (phénylcétonurie...).
 - 6- Pathologie neurologique (Certaines formes d'épilepsie, ou certaines encéphalopathies développementales).
 - 7- Schizophrénies de début très précoce.
- 

VI. METHODES DE PRISE EN CHARGE:

- ▶ **Educatives**
- ▶ **Thérapeutiques**
- ▶ **Accompagnement**

Danger actuel : inflation des méthodes proposées (un vrai marché de méthodes)

Méthodes : pharmacologiques

- ▶ Efficacité prouvée pour les troubles associés

La prise en charge institutionnelle:

- ▶ Hôpital de jour pour autistes
- ▶ Séance quotidienne: 1 à 3 ans .
- ▶ équipe :médecins pédopsychiatres;
psychologues,psychopedagogues,psychomotriciens,erg
otherapeutes,orthophonistes et éducatrices.

Méthodes :

- ▶ **Méthodes comportementales intensives:**

Ou **ABA**:applied behaviorisme analysis:la plu utilisée et la plus efficaces stratégie est de :

- ▶ Développer des compétences fonctionnelles avec la mise en œuvre des moyens de communication et diminuer les comportements problématiques
- ▶ Prise en charge structurée, intensive (40 h. semaine) précoce et sur plusieurs années

Autres méthodes:

1.Méthodes : TEACCH

- ▶ Thérapie d'Echange et de développement
- ▶ thérapies langage et communication
- ▶ Rééducations neurosensorielles
- ▶ Interventions pro sociales et par le jeu
- ▶ Acquisitions d'habiletés générales
- ▶ 2.Denver:enfant de moins de 3 ans

Intégration dans la société

- ▶ **Scolarisation** : 3 phases avec chevauchements **séparation des enfants ordinaires**, justifiée par l'application de méthodes spécialisées .
- ▶ **intégration** : approche spécialisée, complément de fréquentation des milieux ordinaires, dans la mesure du possible et sous la responsabilité des spécialistes qui assument la « prise en charge » et l'acceptation par les parents
- ▶ **inclusion** : le principal est l'école à qui appartient, avec les parents, la responsabilité de l'aménagement de moyens complémentaires ou substitutifs

Conclusion:

Mieux me comprendre
c'est mieux m'aider



Maintenant, vous me
connaissez mieux.

Nous allons pouvoir faire un
bout de chemin ensemble !

