

Trouble du spectre autistique

Le rôle du neuropédiatre et du pédopsychiatre

Dr Marie DEPREZ
Dr Chloé GIOURGAS

Luxembourg, 4 mai 2018

Plan de discussion

- Cas cliniques
- Motifs de consultation
- Définitions et concept de TSA
- (Épidémiologie)
- Rôle du pédiatre et signes cliniques à connaître
- **Signes d'alerte précoces (démarche pédopsychiatrique)**
- Évaluation clinique et démarche neuropédiatrique
- Diagnostic différentiel
- Prise en charge
- Conclusions

Cas cliniques

- Mohamed, Alexandre, Karim et les autres
- Extrême diversité clinique, approche pluridisciplinaire



Motifs de consultation

- Retard de langage
- Retard global de développement
- Troubles « scolaires »
- Troubles de comportement et « bizarreries »
- Régression
- Inquiétude parentale
- ...

- Le TSA suscite un intérêt sans précédent ces dernières années
 - Public et professionnels de plus en plus informés et sensibilisés
 - Consensus tant chez chercheurs que cliniciens: intervention précoce et caractère mobilisable des symptômes
 - Journée mondiale de sensibilisation à l'Autisme le 2 avril (Nations Unions 2008)



Définitions et historique

En 1943, le psychiatre Léo Kanner décrit avec précision des enfants verbaux ou non verbaux avec des comportements d'indifférence sociale et affective. Le pédiatre Hans Asperger fait état de comportements voisins chez adolescents verbaux. Concept d'autisme infantile.

À partir de 1981, date de parution du DSM-III, l'autisme infantile devint intégré à « déviations du développement de nombreuses fonctions psychiques fondamentales impliquées dans l'acquisition des aptitudes sociales et du langage ».

Déviations regroupées sous le terme Pervasive Developmental Disorders (PDD).

Définitions : TED, TSA, PDD

TED, conception élargie de ce qu'était l'autisme initialement. Investigations scientifiques révèlent qu'il s'agit de variations neurodéveloppementales du fonctionnement cérébral (large éventail de symptômes)

Les TED regroupent plusieurs syndromes liés à des déficiences qualitatives, sévères et envahissantes dans trois aspects du développement :

- les interactions sociales,
- la communication verbale et non verbale,
- les intérêts et les comportements restreints, stéréotypés et répétitifs.

Définitions : TED, TSA, PDD

Les personnes ayant un TED forment un groupe **très hétérogène** tant par le degré de ces altérations que par la présence ou l'absence de troubles associés, comme par exemple, la déficience intellectuelle.

Selon le DSM IV-TR (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), les TED font partie des désordres de l'enfance et de l'adolescence et regroupent cinq troubles :

Troubles envahissants du développement



AUTISME

TED
NON SPÉCIFIÉ

SYNDROME
D'ASPERGER

DÉSORDRE
DÉSINTÉGRATIF
DE L'ENFANCE

SYNDROME
DE RETT

Définitions: TSA

- Dans le DSM V (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 2013, traduction française 2015), cette dénomination est remplacée par celle de TSA : Troubles du Spectre de l'Autisme
 - Trouble autistique
 - Syndrome d'Asperger
 - Trouble envahissant de développement non spécifié
- Ce nom introduit une nouvelle approche des TED comme faisant partie d'une même famille, celle de l'autisme, mais présentant un éventail de caractéristiques avec une intensité variable. (1 spectre et différents degrés de gravité)

Critères DSM-V du TSA

- Déficiences persistantes de la communication et des interactions sociales
 - Déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle
 - Déficiences des comportements de communication non verbaux
 - Déficit du développement, du maintien et de la compréhension des relations
- Appréhension spécifique de l'environnement
 - Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements de l'utilisation des objets ou du langage
 - Intolérance au changement, adhésion à des routines ou à des comportements
 - Intérêts restreints et fixes
 - Hyper ou hypo réactivité aux stimulations sensorielles

Critères DSM-V du TSA

Les symptômes doivent être présents dans la période de développement précoce (mais peuvent ne devenir pleinement manifestes qu'après que les exigences sociales dépassent les capacités limitées, ou peuvent être masqués par des stratégies apprises plus tard dans la vie).

Les symptômes causent une altération cliniquement significative du fonctionnement actuel dans les domaines sociaux, scolaires ou professionnels, ou d'autres domaines importants.

Critères DSM-V du TSA

Ces perturbations ne sont pas mieux expliquées par la déficience intellectuelle (trouble de développement intellectuel) ou un retard global de développement.

La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme surviennent fréquemment ensemble ; pour poser les deux diagnostics de trouble du spectre de l'autisme et de déficience intellectuelle, la communication sociale devrait être inférieure à celle prévue pour le niveau de développement général.

DIFFÉRENCES ENTRE LE DSM-IV ET LE DMS-V

LES CHANGEMENTS

Le trouble du spectre de l'autisme aussi appelé TSA regroupe les conditions qui étaient connues sous les noms suivants :

- Autisme
- Syndrome d'Asperger
- TED non spécifié
- Trouble désintégratif de l'enfance

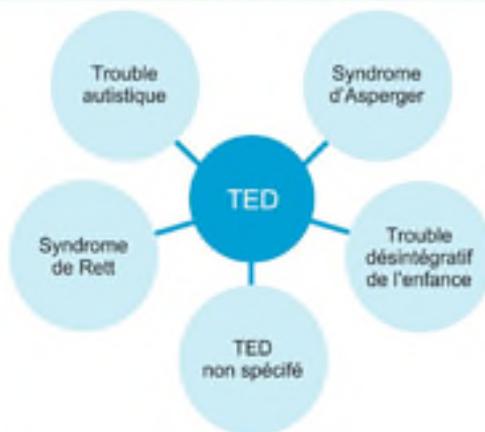
Le syndrome de Rett est une entité à part qui peut coexister avec le trouble du spectre de l'autisme.

Un nouveau diagnostic a fait son apparition : le trouble de la communication pragmatique.

La 5^e édition du DSM de l'Association Américaine de Psychiatrie a redéfini ce que l'on nommait auparavant les Troubles envahissants du développement.

Cette redéfinition de l'autisme est basée sur les recherches scientifiques menées au cours des dernières décennies, ce qui a permis une meilleure compréhension de cette condition et des troubles qui y sont associés.

DSM-IV 1994



DSM-V 2013



NIVEAUX DE SÉVÉRITÉ DU TSA

NIVEAU DE SÉVÉRITÉ	COMMUNICATION SOCIALE	INTÉRÊTS RESTREINTS ET COMPORTEMENTS RÉPÉTITIFS
Niveau 3 Nécessite un soutien très important	<ul style="list-style-type: none"> • Déficiences graves dans les compétences de communication sociale verbale et non verbale, provoquant des déficiences graves dans le fonctionnement. • Initiation très limitée des interactions sociales. • Réponse minimale aux tentatives de socialisation d'autrui. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des préoccupations, des rituels fixes et/ou des comportements répétitifs qui nuisent considérablement au fonctionnement dans tous les domaines. • Détresse marquée lorsque les rituels et/ou routines sont perturbés. • Il est très difficile de rediriger les intérêts puisque la personne y retourne rapidement.
Niveau 2 Nécessite un soutien important	<ul style="list-style-type: none"> • Déficiences marquées au niveau des compétences de communication sociale verbales et non verbales. • Altérations sociales manifestes, en dépit des mesures de soutien mises en place. • Initiation limitée des interactions sociales, avec réponses réduites ou déficientes aux tentatives de socialisation des autres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les comportements restreints et répétitifs et/ou les préoccupations ou les intérêts se manifestent assez souvent pour perturber le fonctionnement de la personne dans plusieurs contextes. • La détresse et la frustration se manifestent lorsque les comportements restreints et répétitifs sont interrompus; il est difficile de rediriger les intérêts de la personne.
Niveau 1 Nécessite un soutien	<ul style="list-style-type: none"> • Sans soutien, les déficits au niveau de la communication sociale provoquent des déficiences notables. • Difficulté à initier des interactions sociales, manifestation concrète de réponses atypiques ou vaines aux ouvertures sociales d'autrui. • Manque d'intérêt apparent pour les interactions sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les rituels et comportements restreints et répétitifs nuisent considérablement au fonctionnement de la personne dans un ou plusieurs contextes. • Résistance lors des tentatives d'une personne (saco de météo) fin aux comportements restreints et répétitifs ou la redirection des intérêts spécifiques.



**SPECTRE DE
L'AUTISME.COM**

UN OUTIL COMPLET À PORTÉE DE CLIC

Différences entre le DSM IV et le DSM V

LES CHANGEMENTS

Le trouble du spectre de l'autisme aussi appelé TSA regroupe les conditions qui étaient connues sous les noms suivants :

- Autisme
- Syndrome d'Asperger
- TED non spécifié
- Trouble désintégratif de l'enfance

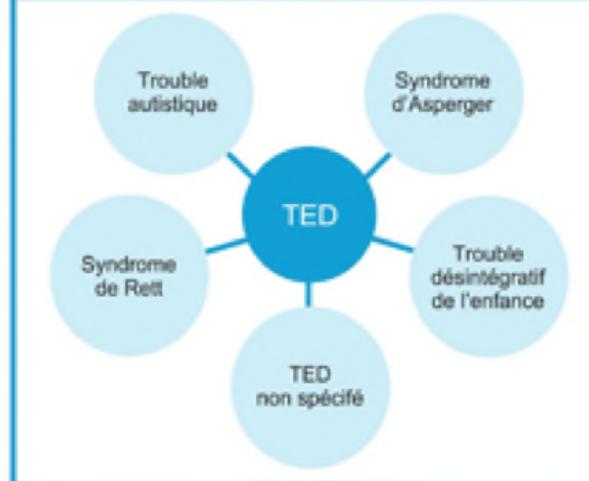
Le syndrome de Rett est une entité à part qui peut coexister avec le trouble du spectre de l'autisme.

Un nouveau diagnostic a fait son apparition : le trouble de la communication pragmatique.

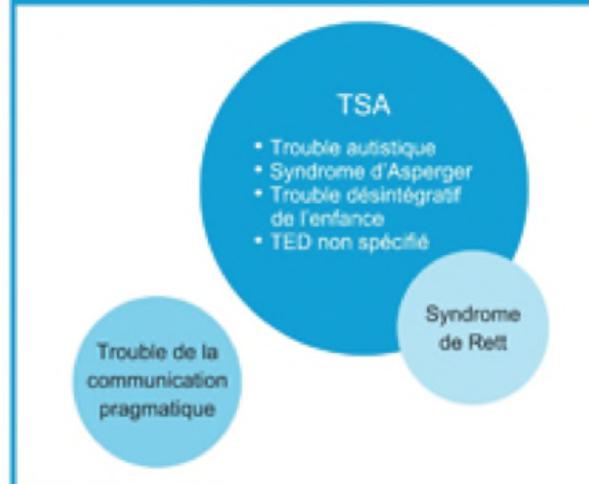
La 5^e édition du DSM de l'Association Américaine de Psychiatrie a redéfini ce que l'on nommait auparavant les Troubles envahissants du développement.

Cette redéfinition de l'autisme est basée sur les recherches scientifiques menées au cours des dernières décennies, ce qui a permis une meilleure compréhension de cette condition et des troubles qui y sont associés.

DSM-IV 1994



DSM-V 2013



Différences entre le DSM IV et le DSM V

NIVEAUX DE SÉVÉRITÉ DU TSA		
NIVEAU DE SÉVÉRITÉ	COMMUNICATION SOCIALE	INTÉRÊTS RESTREINTS ET COMPORTEMENTS RÉPÉTITIFS
<p>Niveau 3</p> <p>Nécessite un soutien très important</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déficiences graves dans les compétences de communication sociale verbale et non verbale, provoquant des déficiences graves dans le fonctionnement. • Initiation très limitée des interactions sociales. • Réponse minimale aux tentatives de socialisation d'autrui. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des préoccupations, des rituels fixes et/ou des comportements répétitifs qui nuisent considérablement au fonctionnement dans tous les domaines. • Détresse marquée lorsque les rituels et/ou routines sont perturbés. • Il est très difficile de rediriger les intérêts puisque la personne y retourne rapidement.
<p>Niveau 2</p> <p>Nécessite un soutien important</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Déficiences marquées au niveau des compétences de communication sociale verbales et non verbales. • Altérations sociales manifestes, en dépit des mesures de soutien mises en place. • Initiation limitée des interactions sociales, avec réponses réduites ou déficientes aux tentatives de socialisation des autres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les comportements restreints et répétitifs et/ou les préoccupations ou les intérêts se manifestent assez souvent pour perturber le fonctionnement de la personne dans plusieurs contextes. • La détresse et la frustration se manifestent lorsque les comportements restreints et répétitifs sont interrompus; il est difficile de rediriger les intérêts de la personne.
<p>Niveau 1</p> <p>Nécessite un soutien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sans soutien, les déficits au niveau de la communication sociale provoquent des déficiences notables. • Difficulté à initier des interactions sociales, manifestation concrète de réponses atypiques ou vaines aux ouvertures sociales d'autrui. • Manque d'intérêt apparent pour les interactions sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les rituels et comportements restreints et répétitifs nuisent considérablement au fonctionnement de la personne dans un ou plusieurs contextes. • Résistance lors des tentatives d'une personne tierce de mettre fin aux comportements restreints et répétitifs ou la redirection des intérêts spécifiques.

Ce n'est pas toujours si simple...



Épidémiologie

- **1% de la population.** (Epidémiologie de l'autisme, *ERIC FOMBONNE, M.D. Hôpital de Montréal pour enfants, 2012*)
- Variabilité selon les études liée aux TED-NS
- Fréquence plus élevée chez les garçons avec sex ratio de 4/1
- Récurrence dans la fratrie : 5-10%
- Récurrence chez jumeaux homozygotes: 60-90%

Épidémiologie

- Évolution considérable des taux de prévalence de l'autisme ?
 - Élargissement des critères diagnostiques par rapport à la description initiale
 - Disponibilité et accès à des outils standardisés
 - Multiplication des professionnels formés
 - Diagnostic de plus en plus précoce, les échelles d'évaluation se sont affinées
 - Sensibilisation des professionnels et de la population

Évaluation clinique et diagnostic

- Le diagnostic d'autisme est un diagnostic **clinique** qui comprend
 - Des troubles de la communication;
 - Des difficultés à comprendre les situations sociales et les attentes de l'entourage;
 - Des comportements stéréotypés ou répétitifs et des intérêts restreints;
 - Des troubles de perception sensorielle;
 - Un fonctionnement cognitif particulier.
- Apparition avant l'âge de 30 mois.
- Pas de marqueur biologique spécifique!

Évaluation clinique et diagnostic

- Lorsque suspicion par professionnel de l'enfance, confirmé 9 fois/10 par centre de référence et équipe pluridisciplinaire (Québec)
- Nécessité d'une approche pluridisciplinaire spécialisée
- Souvent le diagnostic « certain » se fait aux alentours de l'âge de 3 ans
- Il existe beaucoup de signes qui sont présents plus précocement
 - Certains signes cliniques surgissent dès les premiers mois de vie
 - Chez 20 à 50 % des enfants avec autisme, les parents se sont inquiétés dès l'âge de 18 mois!
- D'où l'importance du rôle du pédiatre: première ligne!

Rôle du pédiatre et du MG

- Fondamental dans le dépistage des signes précoces qui altèrent le développement de l'enfant
- Nécessité de bien connaître le développement normal du jeune enfant. Difficile car caractère non spécifique des 1ers signes (troubles sensoriels, retard global...)
- Dès les signes d'alerte, envoyer pour prise en charge précoce car caractère mobilisable des troubles autistiques
- Prendre le temps d'écouter les parents = élément clé du diagnostic
- Pas de réassurance bienveillante
- Recherche des pathologies associées et bien orienter la famille

Deuxième ligne

- Avis spécialisé : neuropédiatre et/ou pédopsychiatre
 - Exclure pathologies acquises ou génétiques,
 - Recherche d'une condition médicale connue pour son association possible à l'autisme
 - Diagnostics différentiels

Troisième ligne

- Centres de Référence Autisme
 - Outils spécifiques
 - Équipe pluridisciplinaire
 - Évaluation développementale complète

Signes cliniques très précoces (0-12 MOIS)

- Avant 2 mois :
 - 3 signes précoces
 - Absence de signaux d'appel
 - Absence de satisfaction
 - Absence d'accordage
 - Au niveau du regard
 - Au niveau vocal
- De 2 à 6 mois: une multitude d'expériences

Signes cliniques très précoces (0-12 MOIS)

- De 6 à 9 mois: l'ouverture au symbolique
 - Reconnaissance de soi dans le miroir
 - Jeu du coucou
 - Peur de l'étranger
 - Jeter/reprendre objets
- Entre 10 mois et 1 an : jeu du « semblant »



De 18 mois à 3 ans : prendre la parole



Signes cliniques: Socialisation

- Interactions sociales
 - Pas de développement de relations amicales
 - Jeux solitaires, utilisations des autres comme « outils »
 - Peu de compréhension des conventions sociales
 - Faible interaction avec les êtres « aimés »
- Comportement non verbal :
 - Contact oculaire
 - Expressions faciales, Mouvements, Postures corporelles
 - Signes précoces : bébés ne voulant pas être câlinés, n'ouvrant pas les bras

Signes cliniques: Socialisation

- Attention conjointe
 - Peu de partage d'intérêt ou d'amusement avec les parents/autres enfants
- Réciprocité sociale
 - Non conscience des autres enfants
 - Manque d'empathie

Signes cliniques: Communication

- Retard et défaut de langage : plainte la plus fréquente
- Retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans compensation par d'autres moyens de communication)
- Ne pointe pas pour réaliser ses demandes
- Absence du jeu de faire semblant (pas d'imitation sociale)
- Grande variabilité
 - Développement de langage, sans fonction de communication (écholalies, répétition de dialogues)
 - Difficulté à initier ou poursuivre une conversation
 - Défauts subtiles d'accents ou intonations

Signes cliniques: Comportement

- Préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt restreints et stéréotypés, anormale dans son intensité ou dans son orientation (ex : dates, programmes, numéros de téléphone, plaques d'immatriculation, classifications)
- Adhésion inflexible à des habitudes et rituels spécifiques et non fonctionnels (suivre toujours la même route, habitudes alimentaires, rangement des jouets)

Signes cliniques: Comportement

- Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs
 - Battements des mains, mouvements complexes du corps
 - Parfois auto-mutilations : griffures, morsures
 - Déclenchement parfois prévisible (frustration, angoisse,...)
- Jeu
 - Défaut de jeu spontané
 - Utilisation de certaines parties des jouets plutôt que leur fonction globale

Signes cliniques: Perceptions sensorielles

- Hyposensibilité et/ou hypersensibilité aux différents stimuli sensoriels
- Attention importante aux objets, brillants, tournants, lumières, odeurs
- Refus de manger certaines nourritures (sélectivité alimentaire, couleurs, textures), obsessions alimentaires pouvant mener à des troubles alimentaires (anorexie, obésité)
- Reniflent ou lèchent des objets non alimentaires (PICA)
- Résistance au contact physique ou sensibilité accrue à certains types de contact
- Indifférence apparente à la douleur
- hypersensibilité à certaines fréquences ou certains types de sons
- Troubles du sommeil



Manifeste de l'indifférence



Se joint à un groupe seulement sur l'insistance et avec l'aide de l'adulte



Les interactions sont unilatérales



Indique ses besoins en utilisant la main de l'adulte



Ne joue pas avec les autres enfants



Parle de façon incessante sur un sujet particulier

Altération qualitative des relations sociales



Utilisation écholalique du langage

Altération qualitative de la communication



Présente des comportements bizarres



Rit de façon inappropriée

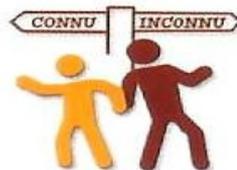
Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités



Fait tourner des objets



Manque de contact oculaire



N'apprécie pas les changements



Manque de jeux imaginatifs



Certains peuvent avoir des talents, mais pas au niveau du raisonnement social

Signes alerte au niveau langage

(INSERM 2005)

- Absence de babillage à 12 mois
- Absence de gestes (pointage, au revoir de la main,...) à 12 mois
- Absence de réaction à l'appel de son prénom à 12 mois
- Absence de mots à 16 mois
- Absence de combinaisons spontanées de 2 mots (pas seulement écholalies) à 24 mois
- N'importe quelle perte de compétence (de langage ou sociale) à tout âge

Démarche neuropédiatrique

- Anamnèse familiale
 - Arbre généalogique sur trois générations
 - Consanguinité? Antécédents de troubles psychiatriques? Retards mentaux?
 - Antécédents médicaux: Épilepsie? Fausses couches? Décès périnataux?
- Antécédents personnels
 - Antécédents prénataux et périnataux
 - Facteurs tératogènes, foetopathies, toxiques
 - Prématurité, RCIU, difficultés d'adaptation
 - Antécédents médicaux
 - Épilepsie, spasmes infantiles?

Démarche neuropédiatrique

- Évaluation des différentes étapes du développement de l'enfant
 - Retard global et précoce?
 - Régression langagière et des interactions?
 - Développement dysharmonique?
- Histoire clinique et anamnèse
 - Préoccupations des parents sur le développement relationnel de leur enfant spécifique et sensible dans le diagnostic
 - Contexte social, éducatif, psychoaffectif, mode de garde
 - Alimentation
 - Sommeil
 - Sensorialité

Démarche neuropédiatrique

- Examen clinique et **observation** comportementale
 - Attention conjointe? Langage? Contact? Réponse prénom? Compréhension consignes? Désignation d'images?
 - Mensuration et mesure PC
 - Macrocranie, 20 % des enfants autistes notamment dans le cadre de syndromes génétiques
 - Microcéphalie fait rechercher une foetopathie ou un syndrome d'alcoolisme foetal, présente aussi dans certains syndromes génétiques
 - Taches cutanées (lampe de Wood), recherche phacomatoses
 - Taches achromiques évoquant la STB
 - Taches pigmentées, tâches café au lait...
 - Dysmorphie évoquant diagnostic?
 - Visage, extrémités
 - Malformations?

Démarche neuropédiatrique

- Examen neurologique complet
 - Anomalies du tonus? Des réflexes? De la coordination?
 - Signes de focalisation? Marche? Mollets?
- Exclure troubles sensoriels
 - Systématique!
- Contrôle d'évolution et suivi clinique

Pathologies neurologiques associées aux troubles autistiques

- Épilepsie
 - Fréquent chez les patients autistes
 - Risque plus grand si troubles associés
 - en cas d'autisme isolé, risque estimé à 6%
- Pathologies acquises anté- et périnatales
 - Rubéole, CMV, alcool, valproate
 - Prématurité, souffrance
- Pathologies génétiques
- Pathologies métaboliques

Pathologies génétiques, autisme syndromique

Remaniements chromosomiques +++

Sclérose tubéreuse de Bourneville

Myopathie de Duchenne

Syndrome X-fra

Syndrome de Cowden (PTEN), Syndrome de Sotos

Syndrome de CHARGE

22q11

Syndrome d'Angelman, Rett, Williams

Trisomie 21

Pathologies métaboliques

Incidence dans l'autisme très faible. Important de les rechercher car souvent conseil génétique et parfois possibilités thérapeutiques

Phénylcétonurie

Maladie de Sanfilippo

Anomalies du métabolisme des purines

Pathologies mitochondriales

Syndrome de Smith Lemli Opitz

Déficit en créatine

Mise au point neurologique

- Selon la clinique et les points d'appel
 - Retard mental?
 - Dysharmonie ? Au détriment langage?
 - Anomalies à l'examen neurologique? Dismorphie?
- Handicaps associés?
- Mise au point métabolique (déficits créatine? Dosage purines, pyrimidines, ...)
- Mise au point et avis génétique (X-fra et CGH, panel autisme, ...)
- EEG simple, EEG de sieste? EEG de 24h?
- IRM cérébrale +/- spectroscopie

Diagnostic différentiel dans notre pratique

- Troubles sensoriels: surdité ou troubles de la vision
- Trouble de l'attachement
- Dépression infantile
- Troubles développementaux du langage
- Retard mental isolé
- Troubles anxieux, Troubles obsessionnels compulsifs
- Manque de stimulation, carence affective
- TDA/H
- Troubles de la modalité sensorielle
- POCS, syndrome de Landau Kleffner
- Psychose infantile

Diagnostic différentiel du TSA selon DSM V

- Syndrome de Rett
- Schizophrénie
- Mutisme sélectif
- Trouble persistant du langage
- Trouble de la communication sociale (pragmatique)
- Handicap intellectuel
- Mouvements stéréotypés isolés

Comorbidité: TSA et ...

- Retard mental
- Troubles anxieux
- Troubles graves du comportement
- Troubles attentionnels
- Retard moteur et hypotonie
- Trouble oppositionnel
- Syndrome de Gilles de la Tourette
- Troubles du sommeil
- Troubles dépressifs
- Épilepsie
- ...

Outils d'aide au diagnostic

- Échelles de première ligne et de dépistage précoce (dès 16 mois) :
 - CHAT et M-CHAT
- Échelles utilisées par psychologues spécialisés:
 - Autism behavior checklist (ABC)
 - Guilliam autism rating scale (GARS)
 - Childhood autism rating scale (CARS)
 - ADOS
 - ADI-R
 - ...

Prise en charge

- Dès suspicion, en parler aux parents afin de mettre en place une prise en charge individuelle, au cas par cas (diminue l'angoisse et l'errance parentale)
- Psychomotricité relationnelle ou thérapie de développement
- Prise en charge logopédique pour moyens de communication alternatifs (SESAM, PECS...)
- Service d'aide précoce: aides spécifiques à domicile ou à l'école
- Travail thérapeutique parents-enfants, guidance parentale

Prise en charge

- Traitements pharmacologiques
- Approches essentiellement comportementales et analytiques
- Structures spécialisées en Belgique
 - Écoles à pédagogie adaptée (méthodes éducatives TEACCH), communauté française
 - Structures psycho-socio-thérapeutiques (lits K de jour, lits K de nuit, convention INAMI)
 - Services du secteur du handicap, AVIQ, COCOF

Prise en charge précoce

- Intérêt important
- Cerner les difficultés de l'enfant: points forts et points faibles
- Mettre en place des moyens de communication alternatifs (PECS, SESAM, IPAD, langage gestuel....)
- Diminuer les problèmes de comportement conséquents au trouble, l'intervention précoce peut diminuer les symptômes secondaires tels que comportements destructeurs et automutilation
- Accompagner les parents et contribuer à une meilleure relation parents-enfants
- Évolution plus favorable de l'enfant, plasticité cérébrale
- Difficulté principale: accessibilité aux interventions précoces

Centres de référence en Belgique

- Depuis 2005, convention INAMI
- Bilan multidisciplinaire spécifique
 - Évaluation pédopsychiatrique
 - Évaluation développementale
 - Observation avec outils standardisés
 - Évaluation logopédique (communication et langage)
 - Évaluation psychomotrice et sensorielle
 - Évaluation neuropédiatrique avec examen clinique
 - Ré évaluation après prise en charge afin de confirmer ou infirmer le diagnostic

Conclusions du neuropédiatre

- TSA, trouble très hétérogène, diagnostic **clinique** lourd de conséquences
- Rôle du pédiatre et connaissance des signes précoces!
- Rôle du neuropédiatre: implication dans le diagnostic, démarche clinique exhaustive, recherche de pathologies neurologiques associées, orientation diagnostique et thérapeutique
- Pluridisciplinarité

Conclusions du pédopsychiatre

- Aucun signe précoce pris isolément n'est spécifique , ni prédictif de l'évolution
- Il peut s'agir de positions transitoires d'évitement relationnel, d'un retrait anxieux ou dépressif, d'autres troubles physiques ou sensoriels
- Il y a donc lieu de penser que l'attention précoce aux signes de souffrance ou de désorganisation psychique de nourrissons avant 18 mois aura un impact beaucoup plus large
- Impact du diagnostic sur la relation parents-enfants
- Accompagner et conseiller une aide spécifique
- Parcours du combattant pour les parents

Merci pour votre attention

