

Cette présentation a été effectuée le 5 décembre 2018 au cours de la journée « La santé publique en appui au développement global et à l'inclusion des enfants et des jeunes autistes » dans le cadre des 22es Journées annuelles de santé publique (JASP 2018). L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP à la section Éditions précédentes au : <https://www.inspq.qc.ca/jasp>.



UQAT
UNITÉ DE RECHERCHE SUR
LES INTERACTIONS HUMAINES

CARACTÉRISTIQUES NEUROATYPIQUES ET COMPRÉHENSION DES BESOINS DES PERSONNES AUTISTES

Par **Marie-Hélène Poulin Ph.D.**
Professeure agrégée à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et chercheure régulière pour l'Institut en Déficience intellectuelle et en Trouble du spectre de l'autisme

QUESTIONS INSPIRANT LA PRÉSENTATION

- Quelles sont les caractéristiques neurodéveloppementales du TSA qui peuvent orienter les besoins des personnes autistes?
- Comment bien évaluer l'influence de ces caractéristiques sur la participation sociale?
- Quels sont les défis des services pour favoriser l'inclusion des personnes autistes?

CARACTÉRISTIQUES NEURODÉVELOPPEMENTALES DES PERSONNES AUTISTES

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TSA (DSM-5; APA, 2015)

A. Difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales (présentes ou à l'histoire) (3 de 3 symptômes).

1. Réciprocité socio-émotionnelle (initiative et réponse sociale, conversation, partage d'intérêt et d'émotions).

2. Déficit dans la communication non-verbale (coordination des moyens de communication verbaux et non verbaux; intégration des moyens verbaux et non-verbaux au contexte; utilisation et compréhension du contact visuel, des gestuelles, de la posture, des expressions faciales).

3. Difficulté à développer, maintenir et comprendre des relations sociales appropriées pour l'âge; difficulté à adapter son comportement à différents **contextes sociaux**, difficulté à partager le jeu symbolique et imaginaire avec autrui, absence manifeste d'intérêt pour autrui.

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TSA (SUITE)

B. Comportements stéréotypés et intérêts restreints (présent ou à l'histoire) (2 de 4 symptômes)

1. Utilisation de **mouvements** répétitifs/stéréotypés, utilisation particulière du **langage** (écholalie différée, phrases idiosyncratiques, propos stéréotypés) et des **objets** (p.ex. alignement d'objets, rotation d'objets).

2. Insistance sur la **similitude**, aux **routines et rituels** verbaux ou non verbaux (p.ex. détresse importante face aux moindres changements, difficultés avec les transitions, pensées rigides, rituels de salutation figés, nécessité des mêmes itinéraires, manger la même nourriture, etc.)

SUITE...

3. Intérêts restreints, limités ou atypiques quant à l'intensité et au type d'intérêt (p.ex. attachement excessif à un objet inhabituel, ou intérêts trop limités à certains sujets ou prenant une place très importante).

4. Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel envers des éléments sensoriels de l'environnement (p.ex. Indifférence à la douleur/température, réponse négative à certains sons ou textures, fascination pour les lumières ou objets qui tournent).

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES (SUITE ET FIN)

C. Les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance mais il est possible qu'ils se manifestent pleinement seulement au moment où les demandes sociales dépassent les capacités individuelles.

- ▶ Écart entre les capacités et les exigences de l'environnement
- ▶ Reconnaissance que les manifestations peuvent être masquées par les interventions, la compensation individuelle et le support offert à la personne TSA.

D. Les symptômes limitent ou altèrent le fonctionnement quotidien.

E. Perturbations pas mieux expliquées par une DI ou un RGD.

- Comorbidité plus fréquente entre TSA et DI;
- Pour le DX différentiel, le développement de la communication sociale devrait être inférieur au stade attendu.

AUTRES SYMPTÔMES ASSOCIÉS (DSM-5, APA, 2015)

- Fréquentes difficultés **motrices** (maladresses, retard, ...);
- Troubles du **comportement** (plus fréquents dans le TSA que dans les autres troubles, incluant la DI);
- Comportements d'**auto-mutilation**;
- **Anxiété et dépression**;
- **Catatonie** (plus haut risque à l'adolescence);
- Éléments associés au pronostic: développement langagier, intellectuel et la présence de comorbidités.

PROFIL COGNITIF

Faible cohérence centrale (Frith, 1989)

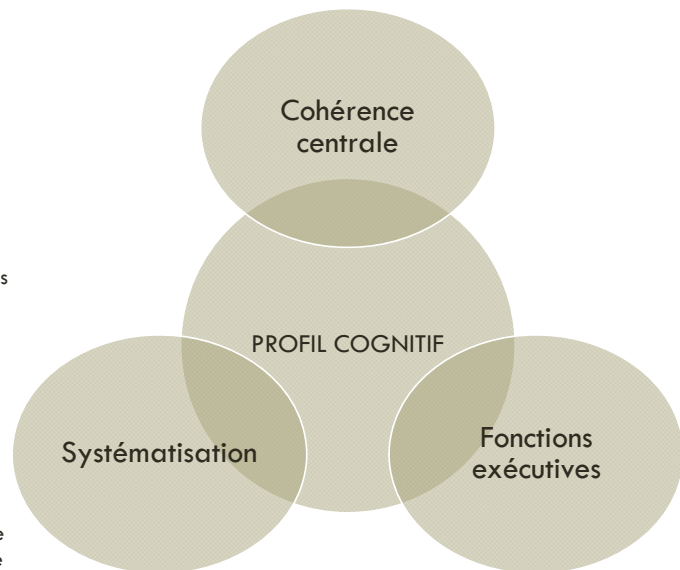
- Les personnes autistes ont un biais naturel à concentrer leur attention sur les détails et les particularités des objets ainsi que des difficultés à intégrer ces informations dans des catégories plus générales et significatives (fonctions).

Dysfonctions exécutives et TSA (Ozonoff, Pennington & Rogers, 1991)

- Capacité à inhiber un comportement, de planification et de flexibilité cognitive.

Systématisation (Baron-Cohen, 2002)

- Apprennent en recherchant des liens ou en appliquant des règles permettant de prédire le changement ou de comprendre la nouvelle information.



Vanegas & Davidson (2015)

THÉORIE DE L'ESPRIT

Le mécanisme d'acquisition de la théorie de l'esprit passe par deux composantes: « Il faut tout d'abord pouvoir se représenter l'ensemble des états épistémiques (faire semblant, penser, savoir, croire, imaginer, rêver, deviner, tromper). Il faut ensuite pouvoir relier tous ces concepts d'états mentaux (le volitionnel, le perceptif, l'épistémique) en une explication cohérente des rapports entre états mentaux et actions. » (Baron-Cohen, 1999; p.287 dans Nader-Grobois, 2011, p.24)

Permet de comprendre ses propres états mentaux, d'inférer ceux d'autrui afin d'expliquer ses propres comportements, de prédire et d'expliquer ceux d'autrui (Melot, 1999 dans Nader-Grosbois, 2011, pp.24-25)

« Capacité à penser la pensée d'autrui » (Adrien, Rossignol, Barthélémy, Jose et Sauvage, 1995 dans Nader-Grobois, 2011)

EFFETS DES APTITUDES RÉDUITES DE LA THÉORIE DE L'ESPRIT

- ❖ Difficulté à lire les messages sociaux et émotionnels dans les yeux de quelqu'un
- ❖ Faire une interprétation littérale
- ❖ Considérée comme insolente ou malpolie
- ❖ Honnêteté et tromperie
- ❖ Tendance à la paranoïa
- ❖ Résolution de problèmes
- ❖ Gestion de conflits
- ❖ Introspection et conscience de soi
- ❖ Comprendre l'embarras
- ❖ Anxiété
- ❖ Vitesse et qualité du raisonnement social
- ❖ Épuisement

(Attwood, 2008; p.127-138)

HABILETÉS SOCIALES

Autorégulation

- 7 habiletés spécifiques

Empathie

- 8 habiletés spécifiques

Gestion des amitiés

- 16 habiletés spécifiques

Gestion des conflits

- 8 habiletés spécifiques

Habiletés conversationnelles

- 17 habiletés spécifiques

Jeu coopératif

- 18 habiletés spécifiques



(Baker, 2003; Borczon, 2007; Gutstein et Sheely, 2002)

HÉTÉROGÉNÉITÉ DES PROFILS

Différences selon le sexe

- 4:1 (CDC, 2018)



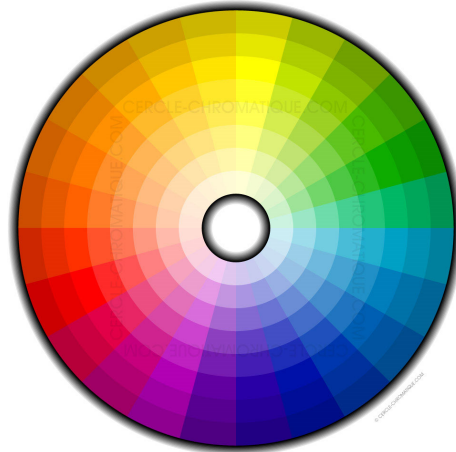
Comorbidités

- TDAH
- Anxiété
- Dépression

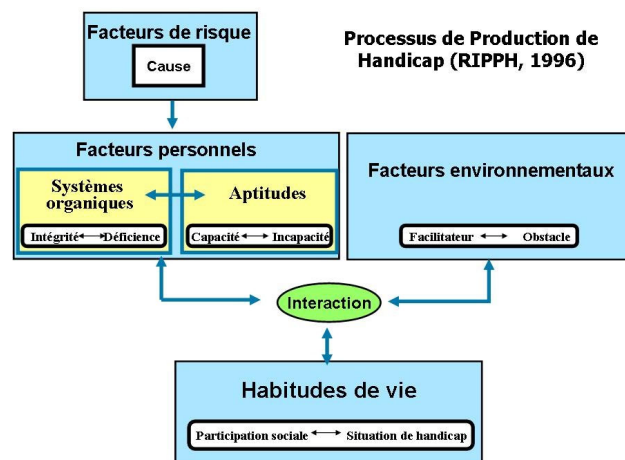
Particularités sensorielles

Comportements

- Stéréotypies
 - Écholalie
 - Auto-stimulation
- Capacités de communiquer



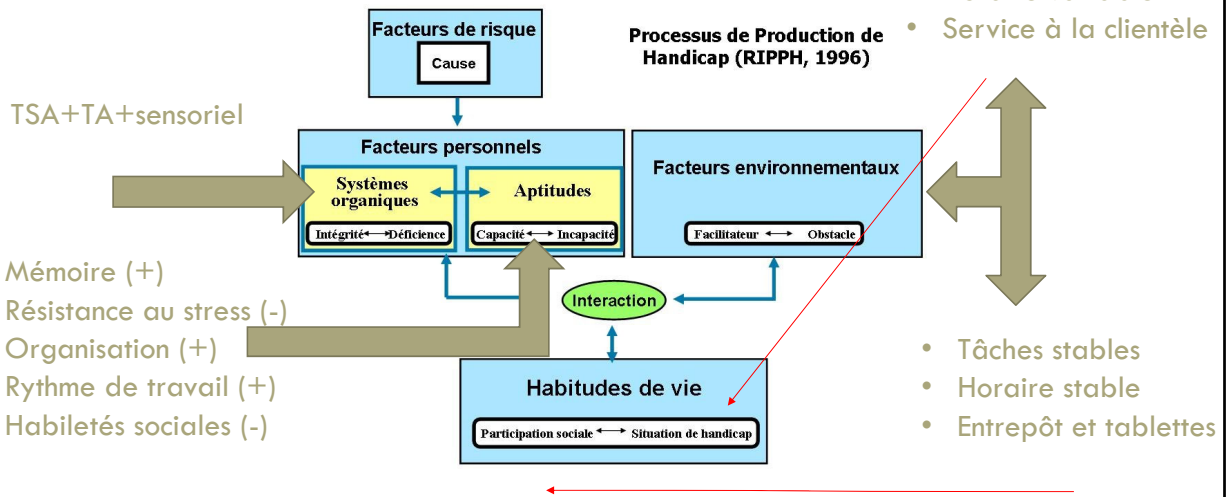
BIEN ÉVALUER LE CONTEXTE D'INTERVENTION



MODÈLE INTÉGRATEUR : APPLICATION

EMPLOI : commis d'épicerie

- Tâches variables
- Horaire variable
- Service à la clientèle

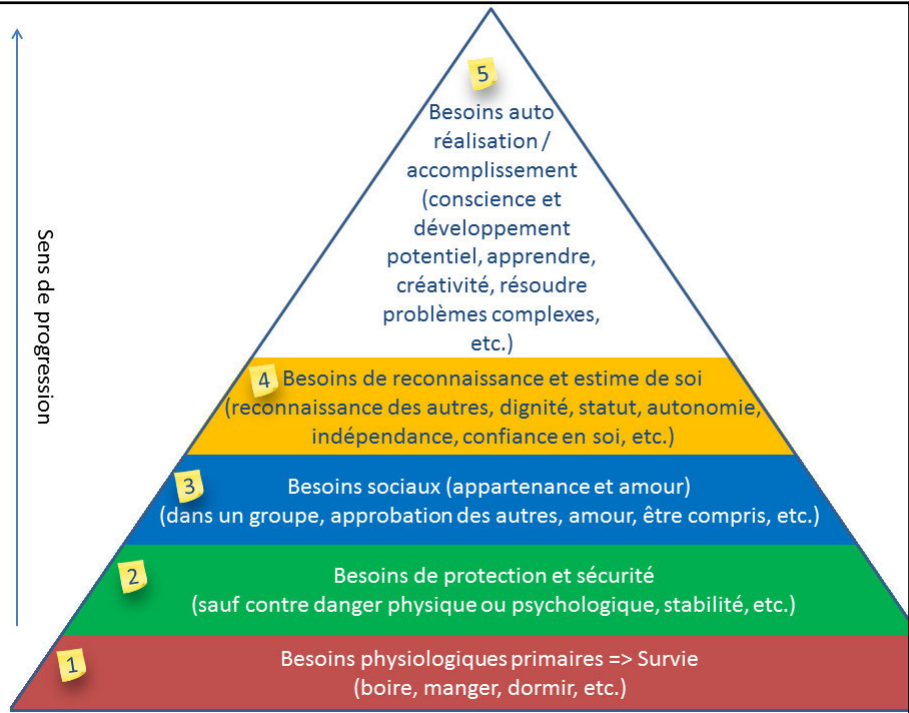


BESOINS DES PERSONNES AUTISTES

QUELS SONT LES BESOINS DES PERSONNES AUTISTES?

Maslow (1954)

Source de l'image:
<http://www.nouscopenprendre.com/pyramide-de-maslow/>

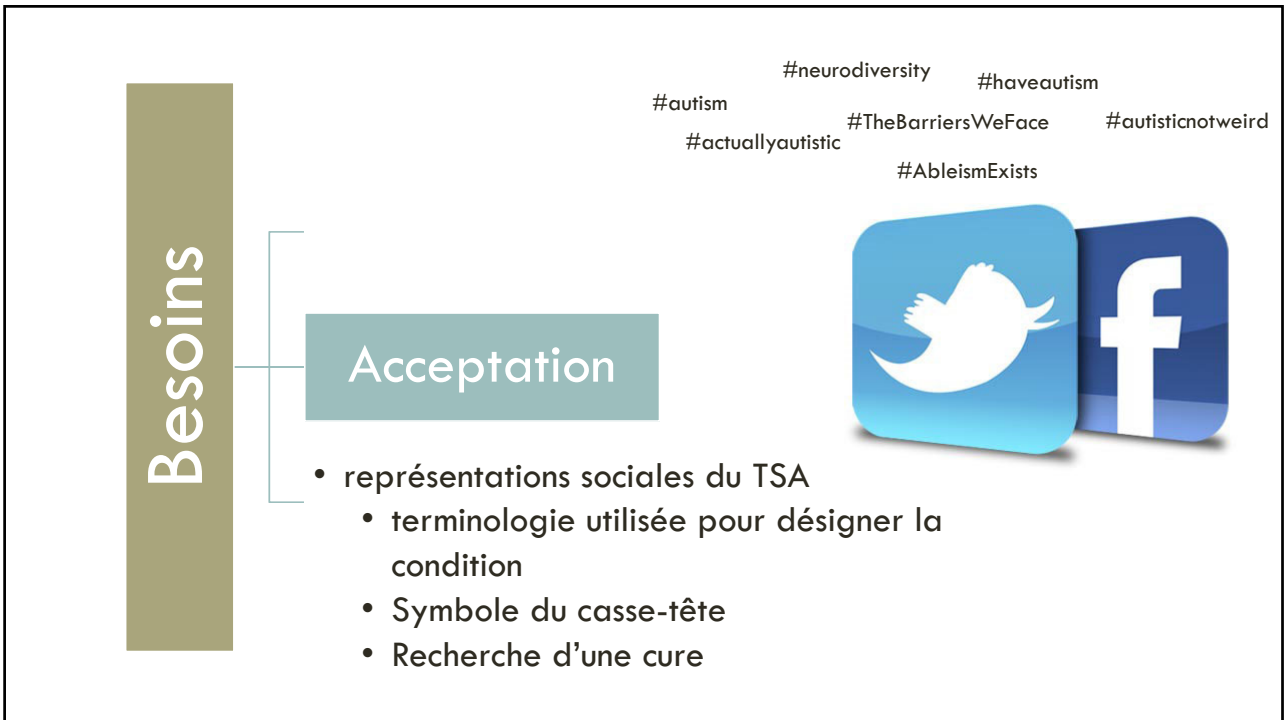
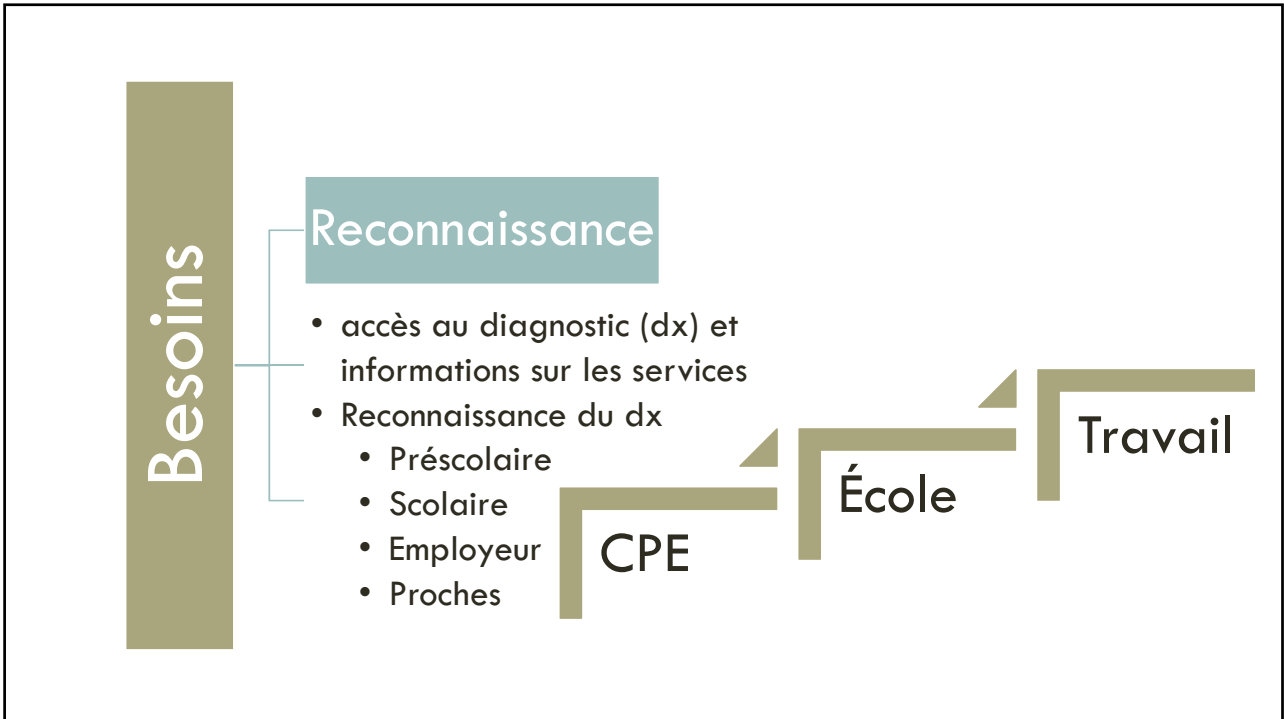


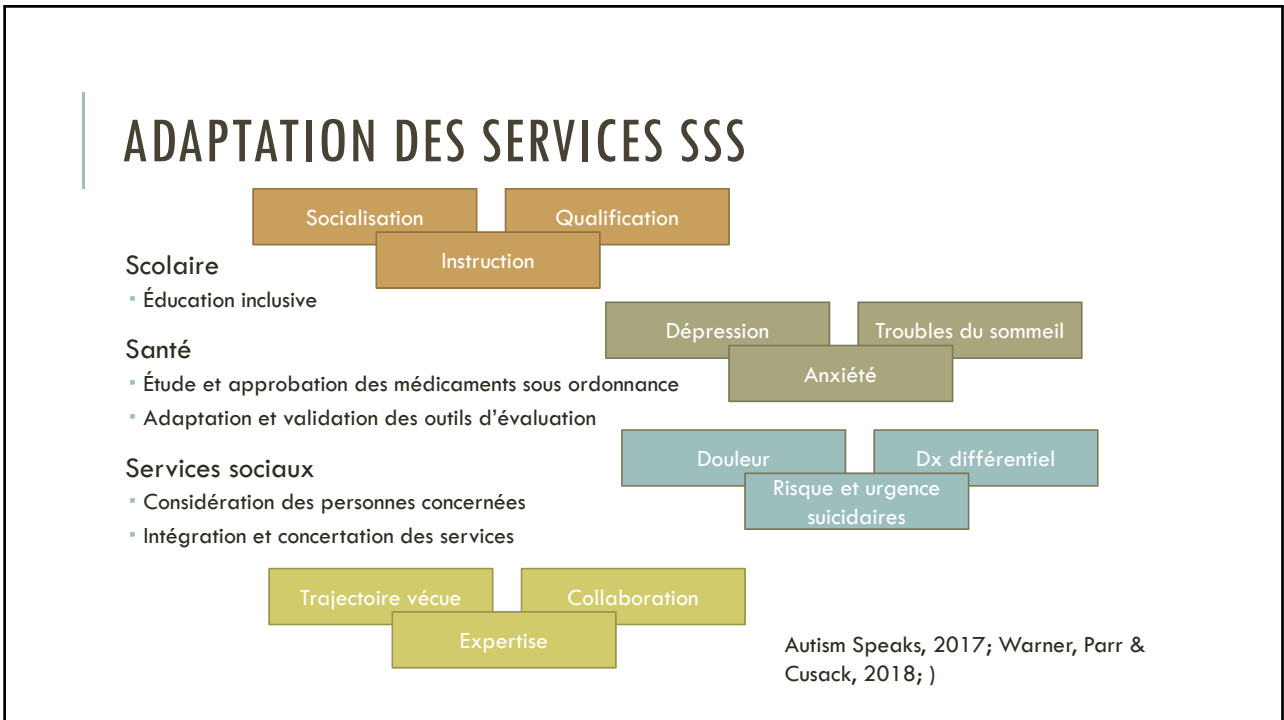
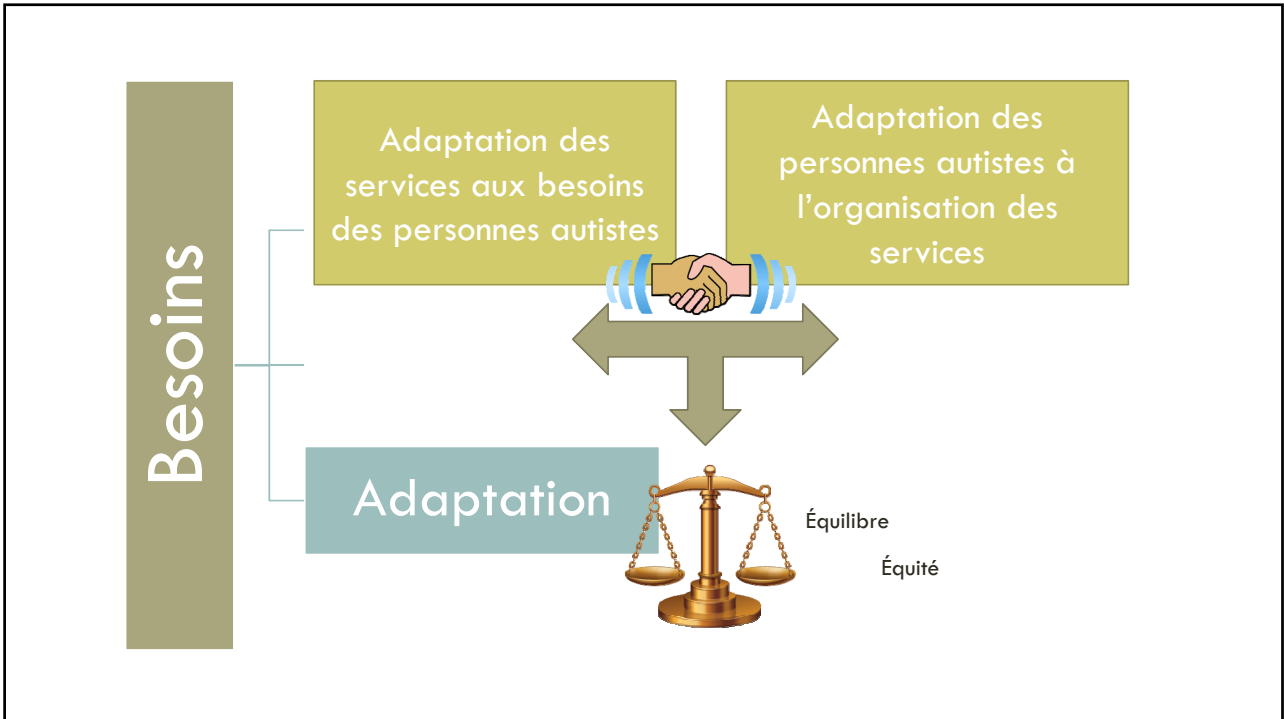
Besoins

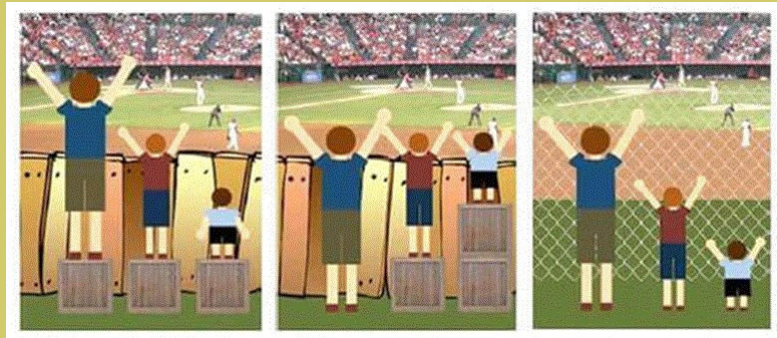
Reconnaissance

Acceptation

Adaptation







DÉFIS POUR LES SERVICES

DÉFIS POUR LES SERVICES

Mieux connaître (savoirs)

Avoir les moyens (savoir-faire)

Mieux comprendre (savoir-être)

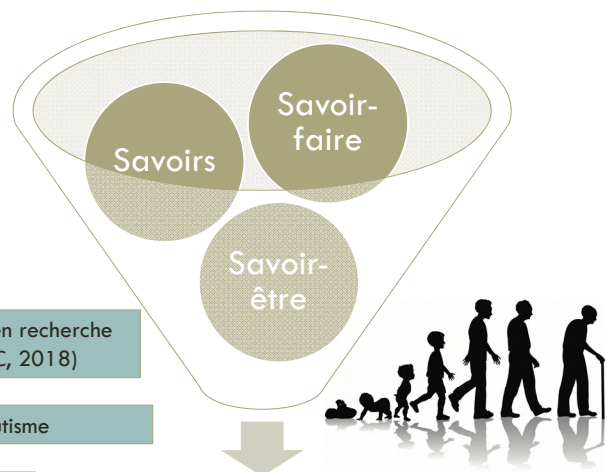
500 000 adolescents autistes seront bientôt en recherche d'emploi dans les 10 prochaines années (CDC, 2018)

Concierner les services en dépendance, santé mentale, etc. et autisme

Développer les connaissances sur le développement de la sexualité, du genre et de l'identité des personnes autistes

Valider des outils

Sensibiliser la population et les intervenants des autres ministères



Services adaptés





C'EST UN RENDEZ-VOUS!

Merci de votre écoute

RÉFÉRENCES

Ashwood et al. (2016). Predicting the diagnosis of autism in adults using the Autism-Spectrum Quotient (AQ) questionnaire. *Psychological Medicine*, 46, 2595-2604.

Atwood, T. (2008). *Le syndrome d'Asperger: guide complet*. Montréal: Chenelière Éducation.

Centers for Disease Control and Prevention (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. *U.S. Surveillance Summaries*, 67 (6), Département of Health and Human Services.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2017). *Plan d'action sur le trouble du spectre de l'autisme 2017-2022 – Des actions structurantes pour les personnes et leur famille*. Québec: Gouvernement du Québec.
Récupéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001828/>

Vanegas, S.B. & Davidson, D. (2015). Investigating distinct and related contributions of weak central coherence, executive dysfunction, and systematizing theories to the cognitive profiles of children with autism spectrum disorders and typically developing children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 11, 77-92.

Warner, G., Parr, J.R. & Cusack, J. (2018). Workshop report: Establishing priority research areas to improve the physical health and well-being of autistic adults and older people. *Autism in Adulthood*, 1 (1), 6-12.