
CHAPITRE 6 – TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX

Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI)

Le contenu du présent chapitre a été révisé en décembre 2022.

Table des matières

INTRODUCTION	1
TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX COURANTS	2
TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)	2
AUTISME	7
ENSEMBLE DES TROUBLES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISATION FŒTALE	13
TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES	17
SOURCES	19

INTRODUCTION^{a,b}

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition (DSM 5), définit les troubles neurodéveloppementaux comme un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ces troubles se manifestent typiquement tôt durant l'enfance et se poursuivent généralement à l'adolescence et à l'âge adulte.

Les troubles neurodéveloppementaux se caractérisent par des différences sur le plan du développement qui peuvent avoir des répercussions sur le fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. Les déficits ou altérations peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre, allant des limites d'apprentissage précises à des altérations globales de l'intelligence ou des aptitudes sociales qui nuisent au fonctionnement quotidien.

Les troubles neurodéveloppementaux se manifestent souvent simultanément. Ils comprennent la déficience intellectuelle, les troubles de la communication, l'autisme, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles d'apprentissage et les troubles moteurs.

La **neurodiversité** est un concept relativement nouveau qui se distingue du modèle biomédical plus traditionnel en ce sens qu'il reconnaît les différences individuelles relatives au comportement et aux modes de pensée et d'apprentissage comme faisant partie des variations normales qui peuvent être observées dans la population humaine et comme une identité distincte plutôt que comme un trouble. Les différences sont accueillies et célébrées plutôt que d'être perçues comme des anomalies.

La neurodiversité appuie les interventions axées sur les forces qui favorisent le développement des capacités d'adaptation et du bien-être plutôt que les interventions visant à faire en sorte qu'un enfant (ou une personne) paraisse neurotypique. Les personnes atteintes de troubles neurodéveloppementaux sont considérées comme *neurodivergentes*.

On peut soupçonner la présence de troubles neurodéveloppementaux lorsque les parents, les personnes qui s'occupent de l'enfant ou le personnel de l'établissement scolaire ou du service de garde expriment des préoccupations à l'égard du développement ou des comportements de l'enfant ou lorsque des signes et symptômes sont observés au moment des activités habituelles de surveillance du développement (p.ex. bilan de santé du bébé ou de l'enfant).

L'évaluation des troubles neurodéveloppementaux exige avant tout l'établissement d'une bonne relation thérapeutique avec la famille et l'enfant. La rencontre initiale est généralement longue; il s'agit de la séance au cours de laquelle on bâtit un lien de confiance en établissant la relation thérapeutique. Envisagez la possibilité d'effectuer des évaluations courtes mais fréquentes après la rencontre initiale afin de maintenir le lien de confiance et une bonne communication avec la famille.

L'anamnèse et l'examen physique varient en fonction du motif de consultation, mais doivent comprendre l'obtention des antécédents médicaux complets et un examen physique complet (*voir le chapitre « Évaluation de la santé pédiatrique »*)



Consulter un médecin ou une infirmière praticienne si vous êtes hors du cadre légal de votre champ de pratique et si aucune délégation autorisée n'a été obtenue.

TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX COURANTS

TROUBLE DU DÉFICIT DE L'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)^{c,d,e,f}

Le TDAH est le trouble neurodéveloppemental le plus courant durant l'enfance. Il se caractérise par un ensemble de symptômes :

- Inattention
- Hyperactivité
- Impulsivité

Les enfants atteints d'un TDAH ne présentent pas nécessairement ces trois symptômes, mais l'ampleur et la fréquence des symptômes présents vont au-delà de ce qui est attendu pour un âge ou un stade de développement donné.

Les enfants peuvent avoir un TDAH avec une prédominance d'inattention ou un TDAH avec une prédominance d'hyperactivité-impulsivité, ou une combinaison des deux.

Les symptômes sont présents dans au moins deux sphères de la vie, dont le milieu familial, le milieu scolaire ou les activités parascolaires, et sont suffisamment importants pour nuire au fonctionnement familial, scolaire ou social.

Le TDAH est un trouble chronique permanent. Les symptômes sont généralement observés tôt au cours de la petite enfance, mais le trouble est souvent diagnostiqué plus tard.

Le TDAH touche davantage les garçons que les filles¹; cependant, il est possible que le trouble soit sous-diagnostiqué chez celles-ci. Les filles sont plus nombreuses à avoir des symptômes d'inattention, tandis que les garçons sont plus nombreux à avoir des symptômes d'hyperactivité-impulsivité.

Chez 70 % des enfants atteints d'un TDAH, on observe la présence d'au moins un autre trouble psychiatrique tel que l'anxiété, le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble obsessionnel compulsif, les tics ou la dépression.

La Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA) fournit des renseignements, des outils et des lignes directrices d'excellente qualité permettant d'évaluer, de diagnostiquer et d'assurer le suivi du TDAH. Les lignes directrices et les outils de la CADDRA peuvent être téléchargés gratuitement à l'adresse suivante :

<https://adhdlearn.caddra.ca/?lang=fr>.

CAUSES

- Fortement héréditaire : Les enfants dont les parents sont atteints d'un TDAH sont 50 % plus à risque d'être atteints d'un TDAH, et 25 % des enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH ont un parent qui répond aux critères diagnostiques de TDAH.
- Étiologie génétique complexe : de nombreux gènes différents ont été identifiés comme étant liés au TDAH.
- D'autres facteurs peuvent contribuer au TDAH (p. ex. tabac, consommation d'alcool pendant la grossesse, prématurité, faible poids à la naissance et épreuves psychologiques).

ANAMNÈSE

Recueillez les antécédents médicaux complets (voir le chapitre « Évaluation de la santé pédiatrique ») en accordant une attention particulière aux éléments ci-dessous si des préoccupations sont notées lors du bilan de santé courant ou mentionnées par les parents, la personne qui s'occupe de l'enfant ou le personnel de l'établissement scolaire :

- Phase prénatale : historique de grossesse, exposition à l'alcool, au tabac ou à d'autres substances.
- Phase périnatale : toute complication pendant l'accouchement, poids à la naissance.
- Étapes du développement.
- Antécédents médicaux : maladies, blessures, commotions, convulsions.
- Antécédents familiaux : TDAH, troubles neurodéveloppementaux connexes.
- Antécédents de santé mentale : dépistage approprié selon l'âge de l'anxiété et de la dépression à l'aide du questionnaire de dépistage de l'anxiété chez les enfants (SCARED) (http://www.shared-care.ca/files/SCARED_Child_Updated_June_2015.pdf) (page en anglais) et de l'échelle d'évaluation de la dépression chez l'adolescent de KUTCHER (KADS) (http://www.shared-care.ca/files/Kutcher_depression_scale_KADS11.pdf) (page en anglais).
- Historique du rendement scolaire : demander à la famille ou à l'adolescent de fournir les bulletins scolaires, les évaluations antérieures effectuées à l'école ou tout autre document pertinent. Il est à noter qu'un bon rendement scolaire **ne permet pas** d'exclure un TDAH.
- Examen des habitudes en matière d'alimentation et de mode de vie : sommeil, exercice, temps passé devant un écran, consommation de substances, activités à risque élevé, activités sexuelles (le cas échéant).
- Examen de symptômes propres au TDAH.

Inattention

- Ne parvient pas à être attentif aux détails; commet des erreurs d'inattention.
- A du mal à soutenir son attention dans les tâches ou les jeux.
- Souvent, ne se conforme pas aux instructions et ne parvient pas à mener à terme ses tâches.
- Est facilement distrait.
- A souvent du mal à organiser ses tâches ou ses activités.
- Évite ou a en aversion les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu.
- Perd souvent des objets.
- Se laisse facilement distraire par des stimulus externes.
- A des oublis fréquents dans la vie quotidienne.

Hyperactivité

- Remue, pianote du doigt ou tape du pied, se tortille.
- A de la difficulté à demeurer assis.
- Court ou grimpe partout dans des situations où cela est inapproprié.
- A du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités.
- Bouge sans cesse ou agit comme s'il était « propulsé par un moteur ».
- Parle souvent de manière excessive

Impulsivité

- Répond aux questions sans attendre son tour.
- Interrompt ou fait souvent irruption parmi les autres

OBSERVATIONS³

Réalisez un examen physique complet (voir le chapitre « Évaluation de la santé pédiatrique ») en accordant une attention particulière aux éléments suivants :

- Anomalies congénitales, dysmorphies évoquant des pathologies génétiques et ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale.
- Examen des oreilles et de l'audition.
- Examen des yeux et de la vue.
- Évaluation de la thyroïde.
- Observation de l'affect de l'enfant, de son discours et de son comportement, y compris son interaction avec ses parents et ses aptitudes au jeu – p. ex. le dessin ou l'intérêt pour les jouets).
- Il ne faut pas se fier aux symptômes du TDAH observés durant l'entretien, car les symptômes pourraient ne pas se manifester lors d'une interaction individuelle ou dans une situation nouvelle. Si les symptômes sont observés durant l'entretien, cela laisse souvent entendre que les symptômes sont plus graves dans l'environnement habituel de l'enfant.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La plupart des personnes atteintes d'un TDAH présentent des troubles neurodéveloppementaux concomitants :

- Trouble oppositionnel avec provocation
- Trouble d'apprentissage
- Autisme
- Trouble des conduites
- Tics
- Trouble de l'humeur, trouble anxieux

Autres diagnostics différentiels à considérer :

- Réaction à un facteur de stress psychologique/traumatisme
- Intoxication par le plomb
- Déficience auditive ou visuelle
- Trouble de la glande thyroïde
- Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
- Anémie grave
- Trouble du sommeil
- Hypoglycémie

TRAITEMENT

Objectifs

- Améliorer les symptômes du TDAH
- Améliorer la qualité de vie
- Améliorer l'estime de soi
- Améliorer le rendement scolaire, et le fonctionnement social et émotionnel
- Prévenir ou réduire au minimum les répercussions des éventuels troubles concomitants

Consultation

Consultez un médecin ou une infirmière praticienne.

La prise en charge appropriée du TDAH requiert notamment la participation d'une équipe multidisciplinaire qui compte parmi ses membres essentiels la famille et l'équipe de spécialistes de l'éducation. Le traitement doit être effectué en collaboration et doit cibler les besoins et les objectifs de chaque personne.

Les interventions psychosociales et les médicaments améliorent les symptômes du TDAH et, surtout, la qualité de vie globale de l'enfant.

Le rôle du personnel médical consiste à veiller sur les intérêts de l'enfant et parfois à administrer les médicaments. L'école, les parents ou les personnes qui s'occupent de l'enfant devraient être attentifs aux effets souhaités et aux effets indésirables des médicaments (p. ex. retard de croissance ou tics).

Traitement adjuvant

Éducation du client

- La psychoéducation est le traitement de première intention. Voir le document intitulé « TDAH : Guide pour la psychoéducation » de la CADDRA, qui est accessible à la page : <https://caddra.ca/pdfs/Psychosocial2016French.pdf>.
- Éduquez la famille et le client à propos du TDAH (p. ex. les symptômes, les déficiences fonctionnelles, les troubles concomitants possibles et les traitements). Remettez-leur le document d'information et de ressources sur le TDAH de la CADDRA qui se trouve dans la trousse d'outils et qui est accessible gratuitement à l'adresse : <https://adhdlearn.caddra.ca/acheter-lignes-directrices/?lang=fr>.
- Fournissez-leur des ressources comme le site Web de la CADDRA, des ressources locales ou des listes d'ouvrages.
- Expliquez-leur l'importance de combiner les interventions pharmacologiques et psychosociales.
- Donnez aux parents ou aux personnes qui s'occupent de l'enfant des conseils sur les médicaments : utilisation appropriée, posologie et effets secondaires.
- Donnez des conseils adaptés à la réalité culturelle sur l'importance de faire de l'activité physique régulièrement, d'avoir une bonne hygiène du sommeil et une saine alimentation.
- Encouragez l'adoption d'une approche positive et axée sur les forces, et découragez l'adoption d'une attitude critique.
- Favorisez un suivi régulier.

Stratégies en matière d'enseignement, de comportement et d'environnement

Conseillez les parents ou la personne qui s'occupe de l'enfant au sujet des stratégies ci-dessous.

Enseignement

- Établir un contact visuel et/ou un léger contact physique avant de donner une ou deux consignes claires.
- S'assurer que les consignes ont été bien comprises avant de commencer.

Comportement

- Employer une approche positive et un ton calme.
- Enseigner des techniques de relaxation pour prévenir l'aggravation du conflit.
- Favoriser le renforcement positif et remarquer les bons coups.
- Établir des objectifs clairs qui sont atteignables et réalistes ainsi que des limites claires.
- Utiliser des mesures d'encouragement positives et des conséquences appropriées.
- Faire preuve d'empathie (*Je comprends...*).
- En tant qu'adulte, montrer l'exemple en faisant preuve de maîtrise de soi et de ses émotions et en adoptant un mode de vie sain.
- Limiter les choix offerts à deux ou trois possibilités.

Environnement

- La structure et la routine sont essentielles.
- Afficher des rappels visuels.
- Utiliser un chronomètre ou des applications pour les rappels.
- Segmenter les tâches en étapes.
- Prévoir des pauses.
- Permettre l'utilisation de bruit blanc pendant les devoirs ou au coucher.

Interventions non pharmacologiques

- Soutien pour la famille.
- Défense des droits des personnes atteintes du TDAH dans le système d'éducation et la collectivité.

Interventions pharmacologiques

Les médicaments représentent un élément important du traitement du TDAH, car ils permettent d'améliorer la concentration, la maîtrise de soi, et de diminuer l'impulsivité et l'hyperactivité.

Plusieurs médicaments sont offerts pour traiter le TDAH. Les lignes directrices de la Canadian ADHD Resource Alliance (CADDRA) recommandent les stimulants à longue durée d'action tels que Concerta, Biphentin, Adderall XR et Vyvance comme options de traitement de première intention. D'autres médicaments non stimulants tels que l'atomoxetine (Strattera) peuvent être utilisés.

Les effets secondaires sont faciles à gérer et disparaissent souvent avec le temps. Il est possible d'administrer de l'acétaminophène pour soulager les maux de tête au début du traitement. Pour contrer la baisse de l'appétit, administrer le médicament au moment des repas; faire en sorte que l'enfant mange des repas riches en calories lorsque les effets du stimulant sont faibles, notamment au déjeuner et au moment du coucher; et faire participer l'enfant à la préparation des repas et à l'achat de ses aliments préférés. Si un effet rebond est observé au niveau de l'appétit en soirée, il est possible de diviser le repas du souper en deux ou trois collations pour prévenir les troubles digestifs. Pour ce qui est de l'insomnie, il faut favoriser une hygiène du sommeil optimale, s'assurer que les doses de médicament sont administrées plus tôt au cours de la journée et éviter l'administration de stimulants après 14 h.

Pour plus de renseignements sur les médicaments utilisés pour traiter le TDAH, consultez le Guide *CADDRA pour les traitements pharmacologiques du TDAH au Canada (2022)*, qui est accessible à la page :

<https://www.caddra.ca/wp-content/uploads/Nov-2022-Medication-laminate-1.pdf>

Surveillance et suivi

- Le TDAH est une affection chronique qui exige un suivi à long terme, que des médicaments soient prescrits ou non.
- Un suivi doit être effectué deux à trois fois par année avec l'enfant, les parents ou la personne qui prend soin de l'enfant afin d'évaluer les progrès et d'offrir du soutien. Un suivi plus fréquent est nécessaire lorsque l'enfant commence à prendre un médicament ou lorsqu'il change de médicament.
- Surveillez la consommation de médicaments, la posologie, la réponse au traitement et les effets secondaires (y compris les effets sur le poids, la taille et la pression artérielle). Le *formulaire CADDRA sur les médicaments pour le patient atteint du TDAH* est un outil utile qui peut être remis aux clients afin qu'ils le remplissent. Le formulaire fait partie de la trousse d'outils CADDRA : <https://adhdlearn.caddra.ca/acheter-lignes-directrices/?lang=fr>
- Une fois par année, communiquez avec la personne-ressource de l'école (obtenez auparavant le consentement des parents).

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Adressez l'enfant à un médecin ou à une infirmière praticienne afin qu'une évaluation médicale approfondie soit effectuée le plus tôt possible si vous soupçonnez la présence d'un TDAH. Une évaluation par un pédiatre spécialisé dans les troubles du développement peut être recommandée.

AUTISME a,b,g-n

Le trouble du spectre de l'autisme, ou autisme, est un trouble neurodéveloppemental qui a des répercussions sur les personnes atteintes tout au long de leur vie. L'autisme se caractérise par des dysfonctionnements sur le plan de la communication et de l'interaction sociale, du traitement sensoriel, ainsi que par les aspects restreints et répétitifs des comportements, des intérêts et des activités. La façon dont le trouble se manifeste et son évolution au fil du temps sont extrêmement variables. Chaque enfant (ou adulte) autiste est unique; il présente des symptômes différents, d'intensité variable, ainsi que des degrés d'aptitudes variables. Les personnes autistes présentent souvent d'autres troubles neurodéveloppementaux et des problèmes de santé physique ou mentale concomitants comme le TDAH, l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil, l'épilepsie, des troubles digestifs, etc..

Les sous-types de troubles envahissants du développement qui faisaient auparavant l'objet d'une catégorie diagnostique et qui comprenaient les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger, le trouble désintégratif de l'enfance et les troubles envahissants du développement ne sont plus utilisés. Les signes et symptômes qui étaient associés à ces sous-types sont maintenant considérés comme faisant partie des troubles du spectre de l'autisme.

La Société canadienne de pédiatrie recommande que l'on effectue auprès de tous les enfants canadiens le dépistage des signes comportementaux précoces de l'autisme dans le cadre des activités de surveillance courantes du développement. La surveillance du développement général est généralement effectuée au moyen du Relevé postnatal Rourke (Rourke Baby Record [RBR]). D'autres outils de dépistage du développement peuvent être utilisés en plus du RBR, notamment le Questionnaire sur les étapes du développement (QED) et la liste de vérification Looksee (auparavant le Questionnaire de dépistage du district de Nipissing), pour ne nommer que ceux-là. Suivez les recommandations provinciales ou territoriales en matière d'examen systématique de dépistage sur le plan du développement. (Pour plus de détails, consultez les chapitres « Évaluation de la santé pédiatrique » et/ou « Prévention et maintien de la santé en pédiatrie ».)

Le Relevé postnatal Rourke recommande de soumettre à un test de dépistage de l'autisme tout enfant de 18 à 24 mois qui présente des résultats pouvant révéler la présence de difficultés au questionnaire d'évaluation des compétences sociales, émotionnelles et en communication, qui a un frère ou une sœur atteinte de TSA, ou pour lequel des préoccupations en matière de développement ont été soulevées par un parent, une personne prenant soin de l'enfant ou un professionnel de la santé. Consultez un médecin ou une infirmière praticienne.

Comme les enfants dont les symptômes sont légers reçoivent souvent un diagnostic plus tard, la surveillance de toute caractéristique comportementale liée au TSA devrait se poursuivre tout au long de l'enfance.

Stratégies pour faciliter les rendez-vous médicaux

Les rendez-vous médicaux peuvent être difficiles pour les enfants autistes pour de nombreuses raisons (par exemple; difficultés d'interactions sociales et de communication, aversions sensorielles, situation nouvelle).

Le tableau 1 présente des stratégies visant à faciliter les rendez-vous médicaux pour les enfants autistes.

Tableau 1 : Stratégies pour faciliter les consultations cliniques pour les enfants autistes

- Communiquer avec le personnel soignant avant et pendant la visite ou l'intervention pour connaître les stratégies permettant d'optimiser la participation d'un client en tenant compte des forces, des difficultés et des sensibilités sensorielles. La salle d'examen pourrait devoir être réorganisée pour accueillir l'enfant (salle silencieuse, lumières tamisées).
- Effectuer une visite d'« essai » afin de se familiariser avec les lieux, le personnel et les méthodes.
- Donner à l'enfant le premier ou le dernier rendez-vous de la journée, lorsqu'il y a moins de personnes dans la salle d'attente et pour réduire au minimum le temps d'attente.
- Prévoir une plage horaire plus longue pour le rendez-vous.
- Demander à la famille d'utiliser une « histoire sociale » ou un tableau visuel sur le sujet présentant les éléments prévus du rendez-vous afin d'aider l'enfant ou l'adolescent à s'avoir à quoi s'attendre.
- Prévoir suffisamment de temps pour recueillir les antécédents et parler avec le parent ou la personne qui s'occupe de l'enfant avant l'examen.
- Permettre à l'enfant de manipuler les instruments et le matériel.
- Garder les instructions simples.
- Utiliser un langage simple pour les personnes qui ont des compétences linguistiques faibles, parler clairement et éviter d'utiliser un langage abstrait et des figures de style.
- Utiliser des repères et des supports visuels.
- Faire en sorte que des membres de la famille et du personnel connu soient disponibles.
- Réduire au minimum les éléments de l'examen qui pourraient être bouleversants ou trop stimulants.

CAUSES

Les causes de l'autisme ne sont pas entièrement connues, mais il s'agit probablement d'une combinaison de facteurs génétiques, épigénétiques et environnementaux.

FACTEURS DE RISQUE

- Antécédents familiaux
- Personnes de sexe masculin (bien que la maladie puisse être sous-diagnostiquée chez les personnes de sexe féminin parce que celles-ci présentent des symptômes plus subtils)
- Parents plus âgés (≥ 35 ans)
- Obésité, diabète ou hypertension chez la mère
- Infection chez la mère (p. ex. rubéole)
- Grossesses rapprochées (< 12 mois)
- Faible poids à la naissance
- Prématurité extrême
- Exposition fœtale au valproate, à des pesticides ou à la pollution atmosphérique liée à la circulation automobile

ANAMNÈSE

Recueillez les antécédents médicaux complets (voir le chapitre « Évaluation de la santé pédiatrique ») si des préoccupations sont soulevées lors du bilan de santé ou exprimées par les parents, la personne qui s'occupe de l'enfant ou le personnel de l'établissement scolaire.

Les parents, la personne qui s'occupe de l'enfant ou le personnel de l'établissement scolaire peuvent signaler des comportements compatibles avec l'autisme. Voir le tableau 2 : Caractéristiques comportementales associées à l'autisme.

Reportez-vous au tableau 1: Stratégies pour faciliter les consultations cliniques pour les enfants autistes afin d'obtenir des recommandations qui vous aideront lors de l'entretien.

L'anamnèse doit comprendre les éléments suivants :

- Antécédents prénataux et périnataux.
- Antécédents médicaux.
- Antécédents liés au développement, en accordant une attention particulière aux étapes précoces de développement socio-affectif et du langage, aux aptitudes et aux comportements associés au jeu, ainsi qu'à la perte des compétences.
- Antécédents familiaux de TSA, de déficience intellectuelle, de retard dans l'acquisition du langage, de trouble de l'apprentissage ou de TDAH, de convulsions, de tics, de syndromes, de trouble obsessionnel compulsif, d'anxiété, de timidité extrême, de phobie sociale ou de mutisme sélectif, de troubles de l'humeur ou de schizophrénie.
- Antécédents psychosociaux: soutien et stress familiaux, exposition à des traumatismes.
- Antécédents de troubles connexes courants : perturbation des mécanismes d'autorégulation (sommeil, alimentation, hygiène personnelle).
- Automutilation, convulsions, anxiété, dépression (fréquente chez les adolescents et les adultes), difficultés d'apprentissage et troubles de l'attention.
- Forces et faiblesses.
- Sensibilités sensorielles.

Tableau 2 : Caractéristiques comportementales associées à l'autisme

Âge	Tableau clinique
6 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Caractère réduit ou limité des sourires ou des expressions joyeuses à l'égard des autres. • Peu ou pas de contacts visuels. • Échange réciproque limité des sons, des sourires ou des expressions faciales. • Gazouillement ou gestes (p. ex. pointer, tendre le bras pour attraper quelque chose, saluer de la main) réduits, atypiques ou inexistantes. • Réaction limitée à son nom.
9 à 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Émergence de comportements répétitifs (p. ex. faire tourner ou aligner des objets). • Jeux inhabituels (p. ex. exploration visuelle ou tactile intense des jouets).
12 à 18 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacité de dire des mots. • Absence de gestes compensatoires (comme pointer). • Absence de jeux imaginaires. • Déficit de l'attention conjointe (p. ex. initiation ou réponse à un intérêt ou partage d'un intérêt).
15 à 24 mois	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité à formuler deux mots significatifs limitée, atypique, non spontanée ou incohérente.

<p>Enfants d'âge scolaire et adolescents</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développement du langage anormal, y compris mutisme. • Le cas échéant, le langage parlé peut être atypique (p. ex. débit, rythme, ton ou volume inhabituels; écholalie; vocalisations non liées au discours; tendance à parler uniquement de certains sujets; vocabulaire inhabituel; peut sembler impoli, inapproprié, difficile à comprendre ou ambigu). • Intérêt limité ou atypique pour les relations sociales (pairs ou adultes). • Trop formel ou trop familier. • Contacts visuels, expressions faciales ou gestes réduits, atypiques ou inexistantes. • Réaction limitée à son nom. • Difficulté à établir ou à maintenir des amitiés; préférence pour la solitude. • Facilement submergé par la stimulation sociale ou les autres types de stimulations. • Réponse réduite ou absente aux sentiments des autres. • Hyperréactivité émotionnelle. • Manque de souplesse, de coopération, d'imagination ou de créativité dans le jeu. • Préférence marquée pour la routine. • Difficulté ou incapacité à composer avec le changement. • Hypersensibilité excessive ou manque de sensibilité.
<p>Tout âge</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inquiétude des parents ou d'autres personnes qui s'occupent de l'enfant quant à la possibilité de TSA. • Régression du développement (perte de capacités) : réduction de la fréquence ou perte des comportements sociaux (p. ex. diriger son regard vers les autres) et de la communication (paroles et gestes) par rapport à un plus jeune âge.

OBSERVATIONS

Réalisez un examen physique complet comprenant une évaluation de la vue et de l'ouïe adaptée en fonction de l'âge (voir le chapitre « Évaluation de la santé pédiatrique »).

Il pourrait être nécessaire de prévoir plus de temps pour l'examen, car les difficultés de communication et les symptômes comportementaux pourraient limiter la coopération. Consultez le tableau 1, Stratégies pour faciliter les consultations cliniques pour les enfants autistes.

Observations possibles lors de l'examen :

- Des habitudes alimentaires restrictives et répétitives peuvent se traduire par une faible prise de poids corporel ou par de l'obésité.
- Croissance accélérée de la tête se stabilisant par la suite.
- Hypotonie légère.
- Asymétrie tonique ou des réflexes.

TRAITEMENT

Consultation

Consultez un médecin ou une infirmière praticienne si les parents, les personnes qui s'occupent de l'enfant ou le personnel de l'établissement scolaire expriment des préoccupations au sujet de l'enfant lors du bilan de santé ou à tout moment durant l'enfance.

Objectif

- Détection et diagnostic en temps opportun
- Traitements et soutien appropriés
- Améliorer la qualité de vie de l'enfant et de la famille

- Améliorer le fonctionnement social, les aptitudes de jeu, la communication verbale et non verbale et la capacité d'adaptation fonctionnelle
- Réduire les comportements inadaptés
- Favoriser l'apprentissage et l'acquisition de connaissances

Éducation du client

- Une fois le diagnostic posé, fournir aux parents ou aux personnes qui s'occupent de l'enfant des ressources éducatives sur le TSA et le soutien local disponible.
- Conseiller les familles au sujet des stratégies et des interventions qui peuvent améliorer les environnements physiques de l'enfant (p. ex. une routine structurée et prévisible), et sa vie sociale (constance relativement aux fournisseurs de soins et aux approches de gestion des comportements, et soins axés sur la famille pour les parents).
- Offrir des conseils d'ordre préventif en matière de sécurité, en particulier sur la prévention de la noyade et de l'errance.
- Discuter de l'importance de prendre soin de soi en tant que parents.

Interventions non pharmacologiques

- Les enfants autistes peuvent avoir besoin de thérapies comportementales et développementales ainsi que de services de soutien. Comme chaque enfant autiste présente des degrés de déficits variables sur le plan du fonctionnement social et comportemental, il n'existe pas d'approche universelle en matière de traitement. Les mesures de soutien et les services doivent être personnalisés pour répondre aux besoins particuliers de chaque enfant. Voir la section *Orientation vers d'autres ressources médicales*.
- Des services d'orthophonie peuvent être nécessaires pour améliorer les habiletés de communication verbale, non verbale et sociale. Des aides à la communication, comme des systèmes de communication au moyen d'images, de signes et de gestes, ou des dispositifs spécialisés peuvent être recommandés.
- L'ergothérapie peut permettre de résoudre des difficultés fonctionnelles liées aux activités de la vie quotidienne, y compris des difficultés motrices et des troubles du traitement sensoriel.
- La physiothérapie peut améliorer la motricité globale et l'endurance, la force, l'équilibre, la coordination et la démarche.
- Il n'y a pas d'éléments de preuve sur l'efficacité des traitements proposés par les médecines complémentaires ou parallèles, notamment la supplémentation en vitamines B₆, C, D et en magnésium ou en acides gras oméga-3 ou les interventions alimentaires telles que les régimes sans gluten ou sans caséine; ces traitements ne sont pas appuyés par des données probantes, mais sont jugés sans danger. Consultez un médecin ou une infirmière praticienne.

Interventions pharmacologiques

La présence concomitante de symptômes comportementaux et de problèmes de santé mentale est courante chez les enfants autistes. Des médicaments peuvent être nécessaires comme traitement adjuvant aux traitements non pharmacologiques.

- Irritabilité et agression : Les antipsychotiques de deuxième et de troisième génération peuvent être utiles.
- L'anxiété est fréquente chez les personnes atteintes de TSA : Un traitement par des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) peut être essayé.
- Le TDAH est généralement traité avec du méthylphénidate ou d'autres médicaments stimulants.
- Dépression : Des ISRS peuvent être prescrits.
- Troubles du sommeil : La mélatonine peut être utilisée.

Surveillance et suivi

- Les enfants autistes doivent recevoir les mêmes soins préventifs et faire l'objet du même suivi que les autres enfants. Lors des consultations régulières, il est particulièrement important de se renseigner sur les comportements de l'enfant lors des repas, sur sa consommation alimentaire, son activité physique et le temps passé devant un écran. (voir le chapitre « Prévention et maintien de la santé en pédiatrie »).
- Assurez une surveillance continue des problèmes de santé concomitants, tels que le TDAH, l'anxiété, la dépression, les convulsions, le dérèglement émotionnel, les troubles du sommeil, les problèmes gastro-intestinaux, les problèmes liés à l'alimentation, le fait de s'habiller et de faire sa toilette, et le maintien d'une bonne hygiène.
- Assurez-vous que des ressources et du soutien sont offerts pour répondre aux besoins affectifs, psychosociaux, physiques et mentaux de la fratrie, des parents et des personnes qui s'occupent de l'enfant, et orientez ces personnes vers d'autres ressources médicales en consultation avec un médecin ou une infirmière praticienne.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Au besoin, il est possible d'orienter les personnes vers un pédiatre, un psychologue, un neuropsychologue, un conseiller en génétique, un orthophoniste, un audiologiste, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un travailleur social, etc.
- Si une aide financière est nécessaire pour accéder aux produits, aux services et aux mesures de soutien requis, orienter les parents ou les personnes qui s'occupent de l'enfant vers le Principe de Jordan et l'Initiative de l'enfant d'abord pour les Inuits.

ENSEMBLE DES TROUBLES CAUSÉS PAR L'ALCOOLISATION FŒTALE^{o-v}

Terme diagnostique employé pour décrire l'éventail d'effets physiques et neurodéveloppementaux qui peuvent survenir en raison de l'exposition prénatale à l'alcool, y compris le syndrome d'alcoolisation fœtale avec ou sans traits faciaux sentinelles. Les lignes directrices publiées en 2016 par le Réseau canadien de recherche sur les troubles causés par l'alcoolisation fœtale (CanFASD) comprennent également la désignation [traduction] « à risque de troubles neurodéveloppementaux et de troubles causés par l'alcoolisation fœtale associés à une exposition prénatale à l'alcool », qui est utilisée chez les personnes qui ne satisfont pas à tous les critères diagnostiques de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF ou TCAF).

Les personnes atteintes d'un TCAF éprouveront certaines difficultés dans leur vie quotidienne et auront besoin de différents niveaux de soutien dans les domaines suivants : motricité, santé physique, apprentissage, mémoire, attention, communication, régulation des émotions et aptitudes sociales.

Un TCAF dure toute la vie. Il s'agit de la première cause connue des troubles du développement au Canada.

Il existe peu de données sur la prévalence de TCAF au sein des populations autochtones. Cependant, le TCAF est reconnu comme un problème de santé publique par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone et comme une priorité d'intervention élevée par la Commission de vérité et réconciliation (CVR).

CAUSES

Exposition à l'alcool pendant la grossesse.

L'alcool est un agent tératogène bien connu. Aucune information ne permet d'établir avec certitude la quantité d'alcool pouvant être consommée sans risque au cours de la grossesse.

La Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC)¹⁴ recommande de s'abstenir de consommer de l'alcool avant et pendant la grossesse, car on ne dispose pas de suffisamment de données probantes pour déterminer s'il est possible de consommer même de petites quantités d'alcool durant la grossesse sans risque pour le fœtus. La SOGC recommande également aux mères qui allaitent de s'abstenir de consommer de l'alcool, car il s'agit de la pratique la plus sûre.

FACTEURS DE RISQUE^{11,14}

- Toutes les mères sont à risque de donner naissance à un enfant atteint d'un TCAF si elles consomment de l'alcool au cours de leur grossesse.
- On sait que les enfants atteints d'un TCAF sont plus à risque de se retrouver en famille d'accueil ou d'avoir des démêlés avec le système de justice.
- Au nombre des facteurs de risque maternels et psychologiques de TCAF figurent les suivants :
 - Disparités et inégalités en matière de santé liées aux déterminants sociaux de la santé
 - Soins prénataux inadéquats
 - Âge plus avancé de la mère
 - Gestité et parité plus élevées
 - Antécédents personnels de TCAF
 - Alimentation inadéquate pendant la grossesse
 - Consommation de substances, y compris le tabac
 - Problèmes de santé mentale, y compris la dépression
 - Antécédents d'abus physiques ou sexuels
 - Isolement social
 - Violence conjugale
 - Partenaire consommant de l'alcool et/ou d'autres substances pendant la grossesse
 - Autres membres de la famille consommant des substances au moment de la grossesse

ANAMNÈSE

Recueillez les antécédents médicaux complets (voir le chapitre « Évaluation de la santé pédiatrique »), y compris l'exposition prénatale à l'alcool si des préoccupations sont notées lors du bilan de santé courant ou mentionnées par les parents, la personne qui s'occupe de l'enfant ou le personnel de l'établissement scolaire.

Les parents, la personne qui s'occupe de l'enfant ou le personnel de l'établissement scolaire peuvent signaler des préoccupations ou des anomalies liées au développement neurologique lors du bilan de santé courant de surveillance du développement :

- Troubles de l'humeur
- Déficits des fonctions exécutives
- Déficit d'attention, faible capacité d'attention, hyperactivité, impulsivité, incapacité à maîtriser ses impulsions
- Irritabilité ou affect négatif
- Difficultés à s'endormir
- Faibles aptitudes sociales
- Interactions sociales inappropriées
- Faible capacité d'adaptation

Il faut faire preuve de tact et adopter une approche exempte de jugement lorsqu'on pose des questions liées à la consommation d'alcool au cours de la grossesse.

On peut employer l'énoncé suivant avant de poser les questions : « Je pose des questions standard à toutes les personnes qui s'occupent d'un de mes clients, car cela m'aide à comprendre les facteurs qui pourraient avoir une incidence sur la santé de ces personnes ou sur la santé de l'enfant ».

Les autres renseignements à recueillir comprennent :

- Antécédents de santé généraux
- Habitudes actuelles de consommation d'alcool
- Habitudes de consommation d'alcool avant la grossesse
- Habitudes de consommation d'alcool pendant la grossesse
- Âge gestationnel au moment de la découverte de la grossesse
- Quantité d'alcool consommée à chaque occasion (nombre de consommations standard [12 oz] par jour)
- Fréquence de la consommation d'alcool
- Moment où l'alcool a été consommé pendant la grossesse

OBSERVATIONS

Faites un examen physique complet (voir le chapitre « Évaluation de la santé pédiatrique »).

- Les éléments suivants peuvent être observés :
- Dysmorphie faciale (courtes fentes palpébrales, fine bordure vermillon et philtrum lisse) et autres anomalies congénitales
- Retard de croissance
- Circonférence réduite de la tête
- Anomalies neurologiques (réflexes anormaux et anomalies du tonus, déficits des nerfs crâniens)

Anomalies congénitales liées à la consommation d'alcool

Anomalies cardiaques

- Communication interauriculaire
- Communication interventriculaire
- Transposition des gros vaisseaux
- Tétralogie de Fallot

Anomalies squelettiques

- Hypoplasie des ongles
- Brièveté du cinquième doigt
- Synostose radio-cubitale
- Contractures en flexion
- Camptodactylie
- Clinodactylie
- Thorax en entonnoir et en carène
- Syndrome de Klippel-Feil
- Hemivertèbre
- Scoliose

Anomalies rénales

- Aplasie, dysplasie ou hypoplasie rénale
- Reins en fer à cheval
- Uretères doubles
- Hydronéphrose

Anomalies oculaires

- Strabisme
- Ptose
- Anomalies vasculaires rétiniennes
- Hypoplasie du nerf optique
- Troubles de la réfraction oculaire causés par un globe trop court

Anomalies auditives

- Surdité de transmission
- Surdité de perception

TRAITEMENT**Consultation**

Consultez un médecin ou une infirmière praticienne le plus tôt possible si vous soupçonnez la présence de troubles neurodéveloppementaux ou de dysmorphie faciale chez un enfant, un adolescent ou un adulte dans le contexte d'une exposition prénatale à l'alcool. Il importe de procéder à un diagnostic et à des interventions précoces.

Des traitements non pharmacologiques et pharmacologiques peuvent être nécessaires pour répondre aux besoins particuliers de l'enfant ou de l'adolescent.

Orientation vers d'autres ressources médicales

- L'évaluation et le diagnostic d'un TCAF (réalisés dans des cliniques spécialisées) et les soins de suivi exigent la participation d'une équipe multidisciplinaire coordonnée pour maximiser le potentiel de l'enfant et lui procurer une qualité de vie optimale. Cela exige souvent la participation du personnel infirmier, des parents, d'un psychologue, d'un ergothérapeute et d'un orthophoniste, d'un pédiatre, d'un médecin et du personnel infirmier praticien, ainsi que du personnel des programmes communautaires de TCAF, le cas échéant.
- Les parents doivent se voir offrir de l'aide pour gérer les symptômes associés au TCAF.
- Du financement est accessible par le biais du Principe de Jordan et de l'Initiative de l'enfant d'abord pour les Inuits pour faire en sorte que l'enfant puisse accéder aux produits, aux services et aux mesures de soutien nécessaires.

Prévention

- L'héritage du colonialisme, le système des pensionnats et les traumatismes intergénérationnels connexes sont des facteurs de risque qui peuvent être à l'origine des problèmes de consommation d'alcool pendant la grossesse.
- Pour assurer la prévention du TCAF, on ne devrait pas accorder la priorité absolue à l'éducation en santé au sujet des dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse.
- La prévention du TCAF dans les communautés autochtones devrait se préoccuper avant tout d'aborder les dimensions historiques, sociales, politiques, économiques et culturelles de la consommation d'alcool pendant la grossesse et tout au long de la vie.
- Sur le plan clinique, la grossesse offre au professionnel de la santé une excellente occasion de procéder au dépistage des troubles de la consommation d'alcool et de substances et de discuter de la question.
- Une approche bienveillante et exempte de jugement est primordiale pour encourager les personnes à révéler leur consommation d'alcool et à accéder aux services.
- La SOGC recommande de procéder périodiquement au dépistage des troubles liés à la consommation problématique d'alcool chez les femmes en âge de procréer.
- Il faut procéder au dépistage chez toutes les personnes enceintes au moyen d'outils validés (questionnaires sur la consommation d'alcool T-ACE, TWEAK, AUDIT-C, ou autres).
- Si le dépistage révèle un trouble de la consommation, il faut procéder à une intervention de courte durée et à l'orientation vers les ressources et les programmes accessibles dans la communauté ou offrir d'autres modalités de traitement. Consulter un médecin ou une infirmière praticienne.
- Les interventions brèves comprennent les éléments suivants :
 - Sensibilisation et évaluation de l'état de préparation au changement.
 - Formulation de conseils et discussion sur les stratégies permettant de réduire ou d'éliminer la consommation problématique d'alcool.
 - Assistance sous forme de recherche d'idées au sujet des stratégies de changement, d'appui des activités de préparation et d'établissement d'objectifs visant à réduire ou à éliminer la consommation d'alcool, renforcement positif et/ou orientation vers des services de soutien.
- Si une personne continue de consommer de l'alcool pendant sa grossesse, il faut l'encourager à recourir à des mesures de réduction des méfaits, à des traitements et à des stratégies de soutien social.
- Il est essentiel d'utiliser des approches adaptées à la culture, et axées sur les forces et le mieux-être lors de la réalisation de l'intervention de courte durée et de la fourniture de services de soutien.
- Comme les personnes qui ont vécu des traumatismes risquent davantage de consommer de l'alcool pendant leur grossesse, il est essentiel que les soins tiennent compte des traumatismes, et qu'ils soient offerts dans un milieu axé sur le respect, la sécurité et la dignité. Augmenter la sécurité, les choix offerts ainsi que la collaboration en matière de planification des soins et de prise de décision, et offrir d'enseigner les compétences de maîtrise de soi : voilà tous des éléments qui font partie des pratiques tenant compte des traumatismes.

TROUBLES SPÉCIFIQUES DES APPRENTISSAGES^{a,w,x}

Les troubles neurodéveloppementaux se caractérisent par des difficultés persistantes à apprendre des compétences scolaires en lecture, en écriture ou en mathématiques à un niveau égal à ceux d'un groupe de pairs composé d'enfants possédant des facultés intellectuelles moyennes ou supérieures à la moyenne.

Les troubles d'apprentissage se manifestent souvent avec d'autres troubles neurodéveloppementaux tels que l'autisme ou le TDAH.

CAUSES

En général, on croit que des facteurs biologiques sont à l'origine de troubles spécifiques des apprentissages, même si l'on ignore la nature de ces facteurs et leurs mécanismes exacts.

FACTEURS DE RISQUE

- Antécédents familiaux de troubles d'apprentissage
- Pauvreté et milieu caractérisé par un manque de stimulation
- Prématurité
- Autres troubles du développement et de la santé mentale (p. ex. TDAH, autisme, anxiété ou dépression)
- Troubles neurologiques (p. ex. trouble épileptique, syndrome de Gilles de la Tourette)
- Exposition prénatale à l'alcool
- Aberrations chromosomiques
- Certaines affections médicales comme le diabète de type 1, l'infection à VIH
- Antécédents d'infection du système nerveux central, d'irradiation ou de traumatisme cérébral
- Disparités et inégalités en matière de santé liées aux déterminants sociaux de la santé

ANAMNÈSE

Recueillez les antécédents médicaux (voir le chapitre « Évaluation de la santé pédiatrique » et/ou le chapitre « Prévention et maintien de la santé en pédiatrie ») si des préoccupations sont notées lors du bilan de santé courant ou mentionnées par les parents, la personne qui s'occupe de l'enfant ou le personnel de l'établissement scolaire.

- Examinez les préoccupations relatives à l'apprentissage formulées par les parents ou la personne s'occupant de l'enfant en prenant note du moment où les difficultés ont été remarquées pour la première fois et des stratégies utiles.
- Évaluez le rendement scolaire de l'enfant (niveau scolaire, capacité de l'enfant à faire ses devoirs seul, toute intervention précoce antérieure ou actuelle, services d'éducation spécialisés antérieurs ou actuels, préoccupations des enseignants, redoublement antérieur).
- Évaluez la fréquentation scolaire et le désir de ne plus aller à l'école (antérieurs et actuels).
- Obtenez les antécédents de santé mentale de l'enfant, y compris sa capacité de se concentrer et de rester attentif pour exécuter les tâches du quotidien, sa participation aux activités sociales, sa capacité à maîtriser son anxiété, sa capacité à gérer la frustration.
- Obtenez les antécédents médicaux, y compris les cours prénataux et périnataux, les complications, l'âge gestationnel, le poids à la naissance, les maladies antérieures (en particulier celles touchant le SNC), l'exposition au plomb, les médicaments antérieurs et actuels, les symptômes neurologiques pouvant évoquer des convulsions, les habitudes de sommeil.
- Examinez les étapes importantes du développement.
- Évaluez la capacité de faire partie d'équipes sportives et de participer à d'autres activités de loisir.
- Évaluez les antécédents familiaux de problèmes d'apprentissage, de problèmes de santé mentale ou de troubles du développement, les habitudes de lecture des parents, de la famille et de la personne qui s'occupe de l'enfant, et la réussite scolaire des parents.
- Évaluez les antécédents sociaux, y compris la situation d'emploi des parents, les antécédents de maltraitance ou de négligence, l'itinérance antérieure ou actuelle, les maladies antérieures ou actuelles des parents et des membres de la famille.

- Demandez les bulletins scolaires à la famille, à la personne qui s'occupe de l'enfant ou au client.

Examen physique

Réalisez un examen physique (voir le chapitre « Évaluation de la santé pédiatrique » et/ou « Prévention et maintien de la santé en pédiatrie ») en accordant une attention particulière aux éléments suivants :

- Observation générale (humeur, affect, comportement, niveau d'activité, communication)
- Paramètres de croissance
- Évaluation de l'ouïe et de la vue
- Examen neurologique

La plupart des aspects de l'examen requis pour déceler un trouble spécifique des apprentissages sont pris en charge par un psychologue et des spécialistes de l'éducation.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Déficience intellectuelle légère.
- Troubles psychiatriques (p. ex. TDAH, dépression, anxiété).
- Attentes des parents ou de l'école qui ne concordent pas avec les capacités et les intérêts de l'élève.
- Disparités et inégalités en matière de santé liées aux déterminants sociaux de la santé.
- Facteurs environnementaux (p. ex. manque de possibilités, absences scolaires, méthodes d'enseignement, facteurs culturels [p. ex. le français est la langue seconde de l'enfant]).
- Problèmes de sommeil.
- Troubles sensoriels (p. ex. déficience auditive ou visuelle).
- Exposition prénatale à l'alcool (troubles causés par l'alcoolisation fœtale [TCAF]).

TRAITEMENT

Interventions non pharmacologiques

- L'identification précoce des troubles d'apprentissage est importante afin de fournir des interventions et des mesures d'adaptation appropriées.
- Défendez les intérêts de l'enfant auprès de l'établissement scolaire.
- Aidez l'enfant à développer son estime de soi.
- Aidez l'enfant et ses parents, ou la personne qui s'en occupe, en proposant des stratégies comportementales et en fournissant un accompagnement psychologique et pédagogique.

Surveillance et suivi

- Deux ou trois fois par année, rencontrez l'enfant et ses parents, ou la personne qui s'en occupe, afin d'évaluer les progrès réalisés et d'apporter votre soutien.
- Une fois par année, communiquez avec la personne-ressource de l'école (obtenez auparavant le consentement des parents).

Orientation vers d'autres ressources médicales

- Adressez l'enfant ou l'adolescent à un médecin ou à une infirmière praticienne pour qu'une évaluation médicale plus approfondie soit effectuée le plus tôt possible (rendez-vous non urgent) si la présence de troubles d'apprentissage est soupçonnée par les parents, la personne qui s'occupe de l'enfant, le client, l'école et/ou le clinicien.
- Une évaluation faite par un pédiatre spécialisé dans les troubles du développement peut être recommandée.
- Communiquez avec le personnel scolaire local pour vous assurer que des mesures d'adaptation sont prises et faites un suivi pour vous assurer que les résultats d'apprentissage de l'enfant sont positifs.

SOURCES

2010 - NOTES DE FIN DE DOCUMENT

11. Chudley AE, Conry J, Cook JL, Looock C, Rosales T, LeBlanc N. *Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis*. CMAJ 2005;172:S1-S21. p. S1-S2. Available at: http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/172/5_suppl/S1
14. Carson, G., Cox, L. V., Crane, J., Croteau, P., Graves, L., Kluka, S., et al. (2010, August). Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2010;32(8 supplement 3): S1-S31. Available at: <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui245CPG1008E.pdf>

Examen du contenu effectué en décembre 2022 – Références

- a. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013). 5th edition. Arlington, VA. American Psychiatric Association.
- b. Canadian Academy of Health Sciences. (2022). *Autism in Canada: Considerations for future public policy development - Weaving together evidence and lived experience*. Ottawa (ON): The Oversight Panel on the Assessment on Autism, CAHS. *Autism in Canada: Considerations for future public policy development*. <https://cahs-acss.ca/autism-assessment/>
- c. Drupasl, M., Ware, M. (2021). *Toronto Notes: Comprehensive Medical Reference and Review for MCCQE I and USMLE II*. Toronto Notes for Medical Students Inc.
- d. CADDRA: Canadian ADHD Resource Alliance (2020). *Canadian ADHD Practice Guidelines 4.1 Edition*. <https://adhdlearn.caddra.ca/purchase-guidelines/>
- e. Krull, K.R. (2021). Attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: Clinical features and diagnosis. *Uptodate*. Retrieved November 8, 2022 from: https://www.uptodate.com/contents/attention-deficit-hyperactivity-disorder-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?search=adhd&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
- f. Virani, A. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (2021). *Canadian Pharmacists Association*. Retrieved November 8, 2022 from: <https://www.e-therapeutics.ca/search>
- g. Augustyn, M., von Hahn, L.E. (2022). Autism spectrum disorder: Evaluation and diagnosis. *Uptodate*. Retrieved December 5, 2022 from: https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-evaluation-and-diagnosis?search=autism&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- h. Brian, J.A., Zwaigenbaum, L., Ip, A.. (2019). Standards of diagnostic assessment for autism spectrum disorder. Canadian Paediatric Society, Autism Spectrum Disorder Guidelines Task Force. *Paediatr Child Health* 2019 24(7):444–451. <https://cps.ca/en/documents/position/asd-diagnostic-assessment>
- i. Government of Canada (2022). Autism: for professionals. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/autism-spectrum-disorder-asd/professionals-autism-spectrum-disorder-asd.html>
- j. Government of Canada (2022). Autism: About, causes and co-occurring conditions. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/autism-spectrum-disorder-asd.html>
- k. Ip, A., Zwaigenbaum, L., Brian, J.A. (2019) Post-diagnostic management and follow-up care for autism spectrum disorder. Canadian Paediatric Society, Autism Spectrum Disorder Guidelines Task Force. *Paediatr Child Health* 2019 24(7):461–468. <https://cps.ca/en/documents/position/asd-post-diagnostic-management>
- l. Weissman, L. (2022). Autism spectrum disorder: Surveillance and screening in primary care. *Uptodate*. Retrieved December 5, 2022 from: https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-surveillance-and-screening-in-primary-care?search=autism&usage_type=default&source=search_result&selectedTitle=7~150&display_rank=7
- m. Weissman, L. (2019). Autism spectrum disorder in children and adolescents: Overview of management. *Uptodate*. Retrieved December 5, 2022 from: https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-in-children-and-adolescents-overview-of-management?search=autism&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- n. Zwaigenbaum, L., Brian, J.A., Ip, A.. (2019) Early detection for autism spectrum disorder in young children. Canadian Paediatric Society, Autism Spectrum Disorder Guidelines Task Force. *Paediatr Child Health* 2019 24(7):424–432. <https://cps.ca/en/documents/position/asd-early-detection>
- o. Canada FASD research network. <https://canfasd.ca/>
- p. Graves, L., Carson, G., Poole, N., Patel, T., Bigalky, J., Green, C.R., Cook, J.L. (2020). Guideline No. 405: Screening and Counselling for Alcohol Consumption During Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*

- 2020;42(9):1158–1173
- q. Cook, J.L., Green, C.R., Lilley, C.M., Anderson, S.M., Baldwin, M.E., Chudley, A.E., Conry, J.L., LeBlanc, N., Looock, C.A, Lutke, J., Mallon, B.F., McFarlane, A.A., Temple, V.K., Rosales, T. (2016). Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. Canada Fetal Alcohol Spectrum Disorder Research Network. <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/188/3/191.full.pdf>
 - r. Flannigan, K., Unsworth, K., Harding, K. (2018). FASD prevalence in special populations. Canada FASD Research Network. <https://canfasd.ca/wp-content/uploads/publications/Prevalence-2-Issue-Paper-FINAL.pdf>
 - s. Government of Canada (2021). Fetal alcohol spectrum disorder: About, causes and co-occurring conditions. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/fetal-alcohol-spectrum-disorder.html>
 - t. Government of Canada (2008). Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) Prevention: Canadian Perspectives. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/childhood-adolescence/programs-initiatives/fetal-alcohol-spectrum-disorder-fasd/publications/canadian-perspectives.html#3>
 - u. Weitzman, C., Rojmahamngkol, P. (2022). Fetal alcohol spectrum disorder: Clinical features and diagnosis. Uptodate. Retrieved November 8, 2022 from: https://www.uptodate.com/contents/fetal-alcohol-spectrum-disorder-clinical-features-and-diagnosis?search=FASD%20&source=search_result&selectedTitle=1~46&usage_type=default&display_rank=1
 - v. Wolfson, L., Poole, N., Morton Ninomiya, M., Rutman, D., Letendre S., Winterhoff, T., Finney, C., Carlson, E., Prouty, M., McFarlane, A., Ruttan, L., Murphy, L., Stewart, C., Lawley, L., Rowan, T. (2019). Collaborative Action on Fetal Alcohol Spectrum Disorder Prevention: Principles for Enacting the Truth and Reconciliation Commission Call to Action #33. Int. J. Environ. Res. Public Health 2019, 16, 1589; doi:10.3390/ijerph16091589. <https://canfasd.ca/wp-content/uploads/publications/ijerph-16-01589.pdf>
 - w. Von Hahn, E. (2019). Specific learning disabilities in children: Clinical features. *Uptodate*. Retrieved November 16, 2022 from: https://www.uptodate.com/contents/specific-learning-disabilities-in-children-clinical-features?search=learning%20disroder&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 - x. Von Hahn, E. (2019). Specific learning disabilities in children: Role of the primary care provider. *Uptodate*. Retrieved November 16, 2022 from: https://www.uptodate.com/contents/specific-learning-disabilities-in-children-clinical-features?search=learning%20disroder&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1