

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LE TROUBLE DU STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES ENFANTS AUTISTES :
LES MANIFESTATIONS ET CONSÉQUENCES POSSIBLES**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA**

MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION

**PAR
STACY PARENT**

JANVIER 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Annie Paquet

Prénom et nom

Directrice de recherche

Colombe Lemire

Prénom et nom

Codirectrice de recherche

Comité d'évaluation :

Annie Paquet

Prénom et nom

Directrice de recherche

Colombe Lemire

Prénom et nom

Codirectrice de recherche

Michel Rousseau

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Les caractéristiques des personnes autistes les amènent à avoir une perception différente du monde et à avoir différentes réactions face à des événements potentiellement traumatisques. Cet essai vise à mieux comprendre ce qui peut être considéré comme un événement traumatisant par les enfants autistes ainsi que les manifestations possibles du trouble du stress post-traumatique (TSPT), qui est l'une des réactions possibles face à un trauma. Pour répondre à ces questions, une recension des écrits a été effectuée dans trois bases de données. De cette recherche, neuf articles ont été retenus. Trois catégories distinctes d'informations ont émergé : 1) les types de traumas ayant été vécus par les participants des études ; 2) les manifestations du TSPT ; 3) les autres manifestations ou conséquences possibles à la suite d'un trauma. Les résultats indiquent qu'il est possible pour les enfants autistes d'obtenir un diagnostic de TSPT, mais que certains manifestent d'autres comportements que ceux répertoriés dans le DSM-V. Cet essai souligne la pertinence d'approfondir les connaissances sur le sujet comme celles-ci sont actuellement limitées.

Table des matières

Résumé	iii
Listes des tableaux et des figures	v
Remerciements	vi
Introduction	1
Objectif.....	7
Méthode.....	8
Critères d'inclusion	8
Recherche documentaire	8
Extraction des données.....	10
Résultats	11
Description des études retenues	11
Types de trauma.....	14
Manifestations du TSPT.....	15
Symptômes envahissants	16
Évitement persistant.....	17
Altérations des cognitions et/ou de l'humeur	17
Altération de l'éveil et/ou de la réactivité.....	19
Autres manifestations ou conséquences observées.....	19
Troubles psychologiques	20
Difficultés d'adaptation	20
Troubles somatiques	20
Modifications de la présentation de l'autisme	21
Discussion	22
Apports à la psychoéducation	25
Limites de la présente recension	26
Avenues pour de futures recherches	27
Conclusion.....	29
Références	30

Listes des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1 Description des études retenues.....	14
------------------------------------------------	----

Figures

Figure 1 Modèle transactionnel du trauma, des difficultés reliées au trauma et à l'autisme (traduction libre, Kerns et al., 2015, p.3481).....	5
Figure 2 Synthèse des études identifiées et sélectionnées.....	11

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite exprimer ma reconnaissance à ma directrice, la professeure Annie Paquet, et ma co-directrice, la professeure Colombe Lemire, pour leur disponibilité et leurs judicieux conseils tout au long du processus de rédaction. Un remerciement tout spécial à mes amies d'université qui ont été à mes côtés tout au long de mon parcours universitaire. On a traversé de nombreux défis la tête haute et les coudes soudés ; vous avez mis beaucoup de joie et de rires sur mon chemin et mon expérience n'aurait pas été la même sans vous pour me soutenir. Finalement, je tiens à remercier ma famille et mes amis qui m'ont encouragée tout au long de mes études et qui ont cru en mes compétences et capacités même quand j'avais plus de difficulté à avancer.

Introduction

Au cours des deux dernières décennies, le nombre d'enfants ayant un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) a grandement augmenté au Québec. Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2017), la prévalence du TSA chez les enfants de 1 à 17 ans est passée d'environ 2 jeunes sur 1000 (0,02 %) en 2000-2001 à 12 sur 1000 (1,2 %) en 2014-2015. Les données les plus récentes de l'Agence de la santé publique du Canada (2022) estiment le pourcentage d'enfants autistes de 1 à 17 ans dans la province à environ 1,7 %. Cela se compare à la moyenne canadienne, qui est de 2 % des enfants de la même tranche d'âge. Parmi ceux-ci, on y retrouve quatre fois plus de garçons que de filles (Agence de la santé publique du Canada, 2022).

Le TSA, considéré comme un trouble neurodéveloppemental par l'American Psychiatric Association (APA, 2013), est caractérisé d'une part par un déficit dans la communication et les interactions sociales ainsi que d'autre part par la présence de modes de comportements, d'intérêts ou d'activités qui sont restreints. Pour cette première sphère, on peut observer : des retards de langage; des difficultés dans le développement, le maintien et la compréhension des relations sociales; une moins grande réciprocité sociale ou émotionnelle (APA, 2013). La réciprocité socioémotionnelle se traduit notamment par un déficit de « l'habileté d'un individu de s'engager dans des interactions sociales » (traduction libre, Schwartz et al., 2021, p.25). Selon Schwartz et al. (2021), une personne possédant cette habileté est en mesure de décoder les signaux sociaux et émotionnels chez les autres. Chez les personnes autistes, le déficit de cette habileté peut s'exprimer par : une absence de réponse aux émotions de l'autre; une réponse non conventionnelle aux échanges; l'absence ou une mauvaise utilisation des signaux et comportements sociaux, émotionnels et communicatifs (Schwartz et al., 2021). Concernant la deuxième sphère des caractéristiques, on peut observer : une intolérance aux changements; des rituels dans les routines ou dans les comportements verbaux ou non verbaux; des intérêts restreints ou fixes; de l'hyper ou de l'hyporéactivité sensorielle, qui peut affecter un ou plusieurs sens.

Les manifestations de l'autisme sont plutôt hétérogènes, variant grandement d'un individu à l'autre. Selon le manuel diagnostique de l'APA (2013), chaque sphère est catégorisée par un niveau de besoin pour mieux décrire les caractéristiques de la personne autiste : niveau 1 « Nécessitant de l'aide », niveau 2 « Nécessitant une aide importante » et niveau 3 « Nécessitant une aide très importante ». Aussi, la personne doit absolument présenter des comportements liés à l'autisme dès la petite enfance et ceux-ci doivent altérer le fonctionnement social, scolaire ou professionnel ou toute autre sphère. Plusieurs personnes concernées ont également un diagnostic de déficience intellectuelle (DI) (APA, 2013). On estime que cela représente environ 45 % des personnes ayant reçu un diagnostic de TSA (Lai et al., 2014).

Bien que le manuel diagnostique de l'APA (2013) utilise le terme TSA, dans le cadre de cet essai, les termes « enfants, jeunes ou personnes autistes » seront privilégiés. Ce choix a été effectué dans le but d'utiliser un langage non stigmatisant en respectant les préférences de la communauté autiste, qui ont été recueillies entre autres par une étude québécoise (Fecteau et Cloutier, 2023) et deux regroupements (Autism Speaks Canada, 2023; Fédération québécoise de l'autisme [FQA], N/A).

Les caractéristiques associées à l'autisme ont des répercussions sur le fonctionnement général de la personne et sont susceptibles d'influencer son inclusion et sa participation sociale, notamment dans leur milieu scolaire. Selon différentes études (Maïano et al., 2016; Paul et al., 2018; Berg, 2016), les jeunes autistes vivraient davantage de victimisation de leurs pairs, de maltraitance et d'adversité à l'enfance. À l'âge scolaire, une forme de victimisation par les pairs présente est l'intimidation. Presque un jeune autiste sur deux est à risque de subir de l'intimidation physique, verbale ou relationnelle (Maïano et al., 2016). Dans l'étude de Paul et al. (2018), il est rapporté que quatre fois plus d'entre eux ont subi de l'intimidation que le groupe contrôle constitué de jeunes neurotypiques. Quant à eux, Berg et al. (2016) relève que le taux d'enfants autistes exposés à l'adversité est semblable aux enfants neurotypiques. Cependant, le nombre d'événements auxquels ils sont confrontés serait plus important. En effet, ils auraient

deux fois plus de chances que leurs pairs neurotypiques de vivre quatre événements adverses et plus.

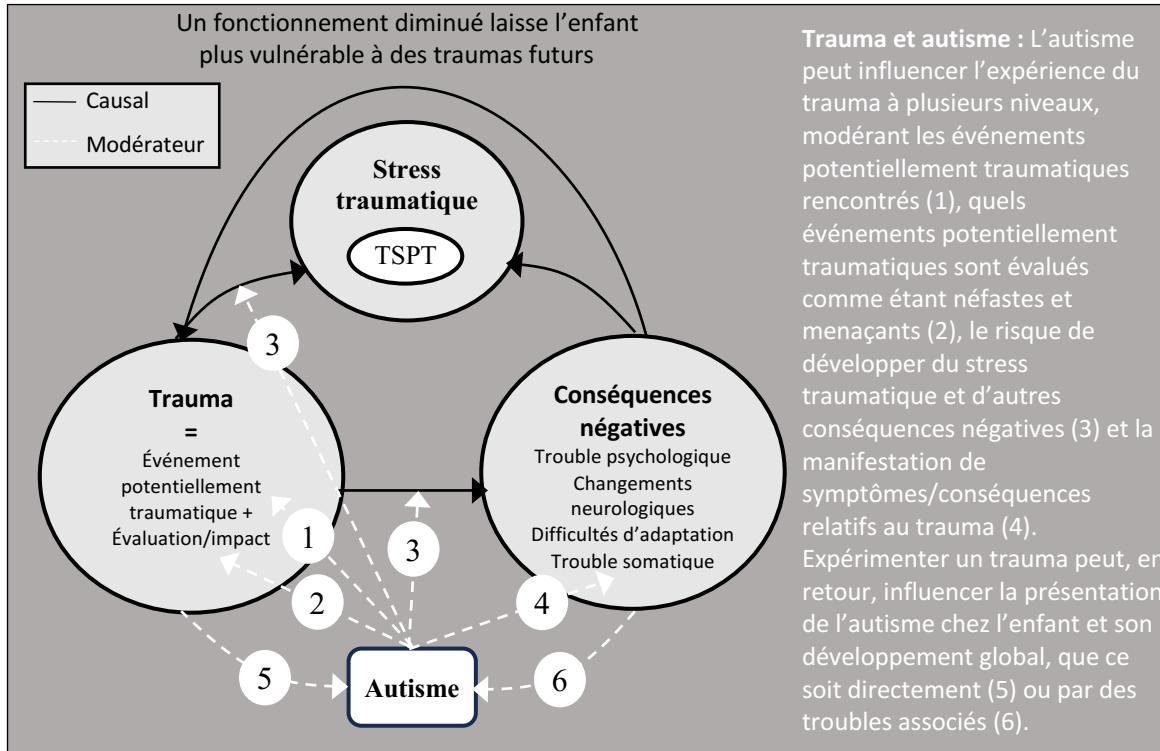
Les situations d'adversité identifiées ci-dessus peuvent, dans certains cas, être considérées comme traumatisantes par la personne les ayant vécues. À cet effet, Kerns et al. (2015) définissent un trauma comme étant un événement ou une série d'événements que la personne vit comme étant menaçant et qui a des conséquences immédiates ou durables sur le fonctionnement de la personne. Ces auteurs soulignent qu'un même événement peut être considéré comme étant traumatisant par un individu, mais pas pour un autre. Cela dépend de l'évaluation de la situation et des réactions de la personne.

Par ailleurs, les facteurs de risques associés à la possibilité de vivre un trauma présentent plusieurs similarités avec les caractéristiques associées à l'autisme (Paul et al., 2018; Peterson et al., 2019). Paul et al. (2018) en relèvent plusieurs : rencontrer des difficultés dans les relations sociales; être moins vigilant; être porteur d'un stigmate social; faire confiance facilement en la parole des autres; ne pas rapporter les offenses commises à son égard; être isolé socialement. De plus, ces auteurs constatent que, chez les enfants ayant vécu des traumas et chez les enfants autistes, les garçons se retrouvent en plus grande proportion. Peterson et al. (2019) ont recensé les caractéristiques suivantes des personnes autistes qui pourraient les mettre plus à risque de rencontrer des événements potentiellement traumatisants. Premièrement, comme mentionné plus haut, les enfants autistes sont plus susceptibles d'être victimes de maltraitance. Cette vulnérabilité serait liée aux difficultés sociales et de communication. Elle est encore plus grande si l'enfant a un handicap physique ou cognitif ou s'il a des comportements difficiles, tels que faire des crises ou faire preuve d'agressivité (Peterson et al., 2019). Deuxièmement, dû à ces enjeux sociaux et dans la communication, ils peuvent rencontrer davantage de difficultés à rapporter avoir vécu un événement traumatisant ou de l'abus. Troisièmement, les difficultés dans la lecture sociale et dans la reconnaissance des frontières et limites les amènent à être plus vulnérables à la manipulation et la victimisation. Les difficultés d'interprétation du non verbal peuvent les mettre à risque de ne pas bien comprendre les intentions malicieuses des autres.

Une question fréquente dans la littérature sur l'autisme et les traumas concerne la réaction des personnes autistes face à un trauma comparé à une personne neurotypique. Kerns et al. (2015) proposent que les personnes autistes sont plus susceptibles d'exprimer des symptômes à la suite d'un trauma. Ces derniers mettent en lumière des ressemblances entre le TSPT et l'autisme concernant une dérégulation des structures neurobiologiques, principalement dans l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien. Cette structure est responsable de la régulation du stress et de plusieurs fonctions physiques, notamment les émotions, l'humeur, la digestion et la réponse immunitaire. Un exemple de l'effet de cette dérégulation est une sécrétion plus élevée de cortisol dans des situations stressantes et un taux plus élevé de cortisol lorsque la personne anticipe être réexposée à un stresseur. Ces mécanismes, combinés aux facteurs de risque précédemment mentionnés, mettraient les enfants autistes à plus grand risque de développer des symptômes de trauma selon cette théorie. Kerns et al. (2015) ont d'ailleurs développé un modèle conceptuel transactionnel du trauma, permettant d'expliquer les difficultés reliées à la fois au trauma et à l'autisme (Figure 1). Dans ce modèle, l'une des conséquences possibles du stress traumatique est le trouble du stress post-traumatique (TSPT). Ce modèle est basé sur les études décrivant les nombreux symptômes liés au trauma chez les personnes autistes. Il prend également en considération qu'un trauma sévère ou chronique peut altérer la trajectoire développementale de la personne l'ayant vécu, mais aussi que l'autisme peut influencer la façon dont la personne va vivre le trauma ainsi que ses conséquences possibles. Kerns et al. (2015) précisent que les effets du trauma peuvent se produire immédiatement, mais qu'il est également possible qu'ils se produisent par le biais du développement ou de la dégradation de difficultés psychologiques préexistantes, comme l'anxiété et la dépression.

Figure 1.

Modèle transactionnel du trauma, des difficultés reliées au trauma et à l'autisme (traduction libre, Kerns et al., 2015, p.3481).



En somme, considérant que les personnes autistes présentent plusieurs caractéristiques qui sont considérées comme des facteurs de risque de subir un trauma, il est pertinent de s'intéresser aux effets possibles. Bien qu'elles soient diverses, on retrouve parmi les conséquences les plus connues le stress traumatisant et le TSPT (Kerns et al., 2015). Selon l'APA (2013), le TSPT fait partie des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Le premier critère du TSPT (A) pour les plus de six ans est l'exposition de la personne à un ou plusieurs événements traumatisques, que ce soit par exposition directe ou indirecte (ex. : apprendre qu'un proche a subi un ou plusieurs événements traumatisques). Ensuite, quatre catégories de symptômes sont présentées : symptômes envahissants (critère B); évitement des stimuli associés à un ou plusieurs traumatismes (critère C); altérations négatives des cognitions ou de l'humeur (critère D); altérations marquées de l'éveil et de la réactivité (critère E). Les symptômes envahissants peuvent

être subdivisés en deux catégories : la reviviscence de l'événement et les sentiments de détresse psychique intense ou réactions physiologiques. L'individu doit avoir au moins une manifestation pour les critères A à C et deux manifestations pour les critères D et E pour une durée de plus d'un mois (APA, 2013). Selon la revue systématique réalisée par Rumball (2019), une grande variance dans la prévalence du TSPT chez les enfants autistes ressort, soit entre 0 % et 17,4 % selon les études. Une moyenne de 2,9 % a tout de même été proposée par Rumball (2019). Cette moyenne est plus élevée que la moyenne du TSPT chez les adolescents dans la population générale, qui est de 1,6 % (Kessler, 2012). Kerns et al. (2023) rapportent au contraire que plusieurs études estiment la prévalence comme étant égale ou plus basse que dans la population générale. Il n'y a donc, pour le moment, pas de consensus concernant la prévalence du TSPT chez les enfants autistes.

L'exposition prolongée au stress traumatique a plusieurs conséquences négatives au long terme, notamment sur l'éveil et la réactivité, les fonctions exécutives, la mémoire ainsi que sur la régulation des affects et des comportements (Kerns et al., 2015). Selon Kerns et al. (2015), ces effets peuvent mener à des troubles somatiques ou psychiatriques plus tard dans la trajectoire de vie. De plus, être exposé à des événements traumatiques dans l'enfance est associé à un plus grand risque de développer des troubles de santé physique, comme des troubles cardiaques et métaboliques, de revivre un trauma et de décéder prématurément (Kerns et al., 2015). Selon The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN, N/A), un enfant exposé à répétition à des événements traumatiques et qui ne reçoit pas de traitement a de plus grands risques d'adopter des comportements à risque pour sa santé, tels qu'abuser de substances et avoir des habitudes alimentaires anormales liées à des troubles alimentaires, en plus d'avoir des effets néfastes sur le cerveau et le système nerveux.

Objectif

Considérant les caractéristiques des personnes autistes les rendant plus susceptibles d'être confrontés à des événements potentiellement traumatisques et les diverses conséquences possibles de l'exposition prolongée à du stress traumatisant, il est pertinent de mieux connaître les manifestations du TSPT chez les enfants autistes afin d'être en mesure de mieux les soutenir. L'accès à un traitement est essentiel pour prévenir plusieurs conséquences néfastes, qui peuvent perdurer jusqu'à l'âge adulte (NCTSN, N/A). L'objectif de cet essai est donc de recenser les connaissances actuelles concernant les manifestations du TSPT chez les enfants autistes. Cette recension contient également deux objectifs secondaires pour mieux documenter ce trouble : 1) mieux comprendre le vécu potentiellement traumatisant chez les enfants autistes; 2) recenser les autres manifestations et conséquences vécues par ceux-ci. Une meilleure connaissance des événements susceptibles d'être vécus comme un trauma, des manifestations du TSPT et de leurs conséquences est nécessaire pour adapter aux caractéristiques de l'autisme les thérapies et approches sensibles aux traumas (Peterson, 2019).

Méthode

Dans le cadre de cet essai, qui vise à rapporter les connaissances actuelles sur l'expression des symptômes du TSPT chez les enfants autistes, une recension narrative est réalisée. Pour assurer une recherche documentaire rigoureuse, la démarche est inspirée des étapes du *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Tricco et al., 2018).

Critères d'inclusion

Une étude est retenue seulement si elle comprend ces critères d'inclusion:

- Les participants ont un diagnostic de TSA;
- Le TSA est mis en lien avec le TSPT;
- Les personnes dans l'étude sont considérées comme étant des mineurs dans leur pays;
- Les études sont des articles scientifiques revus par les pairs;
- Ces articles sont écrits en français ou en anglais.

Recherche documentaire

La recension des écrits a débuté le 24 octobre 2023. Les bases de données choisies sont APA PsycInfo, Medline et CINAHL. Celles-ci ont été sélectionnées avec la bibliothécaire spécialisée pour leur pertinence en fonction de l'objectif de l'essai. L'inclusion des bases de données avec des sujets médicaux (Medline et CINAHL) a permis de ne pas mettre de côté des articles du point de vue médical. Comme on recherche ici les manifestations diagnostiques, il était incontournable de le prendre en considération, le diagnostic étant un acte réservé par les médecins. APA PsycInfo a permis de recenser les articles qui analysent les manifestations d'un point de vue psychosocial.

Dans un premier temps, des termes de bases ont été ressortis pour refléter les principaux concepts de cet essai : trouble du stress post-traumatique et trouble du spectre de l'autisme. Puis, les termes spécifiques de chaque thésaurus ont été ajoutés dans l'équation de recherche. Ces termes ont été cherchés dans les résumés des articles par les moteurs de recherche.

L'équation de recherche utilisée pour l'APA Psychinfo est : AB (PTSD or "post traumatic stress disorder*") OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "traumatic neurosis") OR DE ("Posttraumatic Stress Disorder" OR DE "Posttraumatic stress") AND AB (Autis* OR Asperger*) OR DE ("Autism Spectrum Disorders").

Celle de Medline et CINALH est: AB (PTSD or "post traumatic stress disorder*") OR "posttraumatic stress disorder*" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "traumatic neurosis") OR MH ("Stress Disorders, Post-traumatic") AND AB (Autis* OR Asperger*) OR MH ("Autism Spectrum Disorder" OR "Autistic Disorder").

Une fois la recherche lancée, des filtres de deux ordres ont été ajoutés. Premièrement, un filtre pour que seuls les articles revus par les pairs soient sélectionnés est utilisé. Deuxièmement, tous les filtres disponibles concernant les personnes d'âge mineur ont été sélectionnés pour restreindre la recherche à la population cible. Aucun filtre concernant les années de publication des articles n'a été utilisé étant donné le petit échantillon d'articles. Pendant la lecture, la méthode boule de neige a été utilisée afin de cibler d'autres articles qui auraient pu ne pas être inclus dans la recherche initiale.

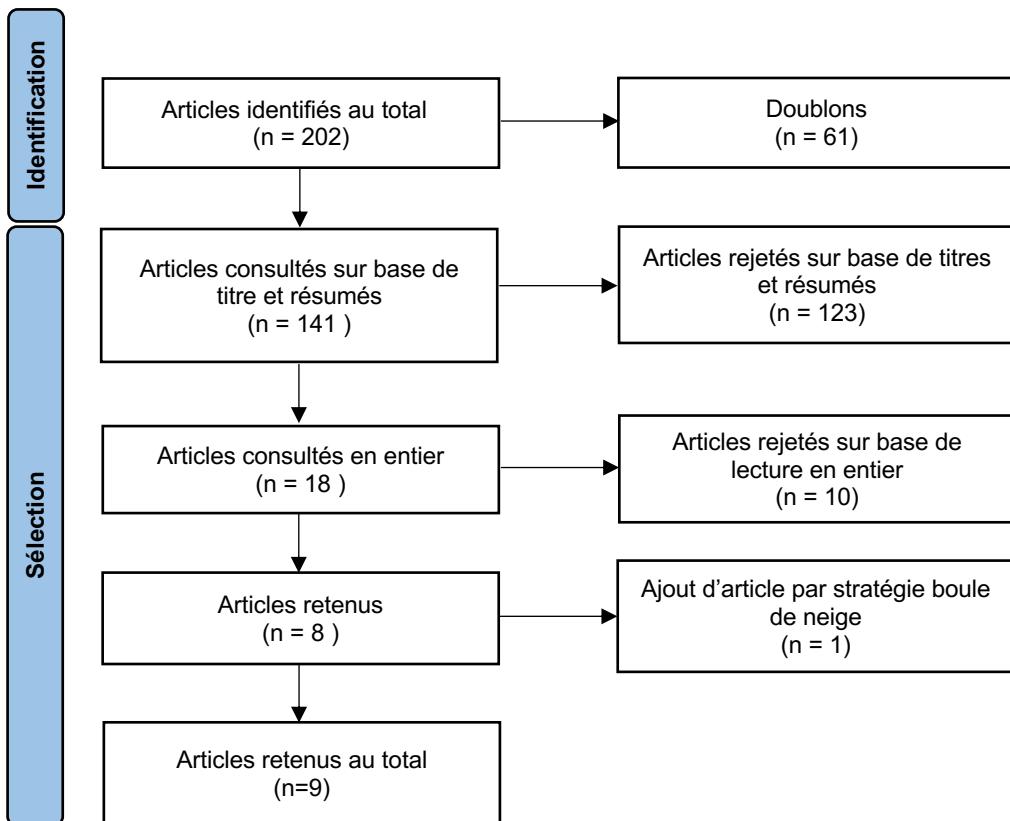
Plusieurs études ont été retirées de l'échantillonnage parce qu'elles étaient hors sujet :

- Elles traitaient de méthodes d'intervention ou de médication fonctionnant avec les deux diagnostics (TSA et TSPT) séparément;
- Elles traitaient de comparatifs entre les deux diagnostics ou comparaient le sujet de l'étude à un des deux diagnostics;
- Elles comprenaient un échantillon contenant des participants ayant un TSA et d'autres ayant un TSPT.

La Figure 2 présente un aperçu du processus de sélection des études.

Figure 2.

Synthèse des études identifiées et sélectionnées



Extraction des données

Les informations suivantes ont été extraites des articles sélectionnés et colligées dans des fiches de lecture :

1. Caractéristiques de l'échantillon;
2. Caractéristiques de l'étude;
3. Objectifs principaux de la recherche;
4. Méthodologie;
5. Résultats en lien avec les manifestations du TSPT chez les personnes mineures autistes.

Résultats

Cet essai vise la recension des diverses manifestations possibles du TSPT chez les enfants autistes. Dans cette section, les caractéristiques des études recensées seront présentées. Par la suite, les résultats de cette recension seront présentés selon les thèmes suivants: 1) les types de trauma vécus par les participants des études (critère A); 2) les diverses manifestations du TSPT (critère B à E); 3) les autres manifestations ou conséquences du TSPT observées chez les enfants autistes. Ces thèmes sont inspirés des critères du TSPT selon le DSM-V (APA, 2013), ainsi que selon le modèle conceptuel transactionnel de Kerns et al. (2015).

Description des études retenues

Cette recension est composée de neuf articles, tous publiés entre 2011 et 2023, à l'exception d'une (Cook et al., 1993). Un résumé des caractéristiques des articles scientifiques consultés est disponible dans le Tableau 1. Parmi ces articles, il y a une revue systématique (Kildahl et al., 2019), trois études de cas (Cook et al., 1993; del Pilar Trelles Thorne et al., 2015; Lin et al., 2020), quatre études dont l'échantillon est constitué d'un groupe d'enfants (Brenner et al., 2018; Mehtar et Mukaddes, 2011; Paul et al., 2018; Storch et al., 2013), ainsi qu'une étude réalisée auprès d'un groupe d'experts (Kerns et al., 2023). Ces études ont eu lieu dans de nombreux pays : la majorité ($n = 5$) a été effectuée en Amérique du Nord; deux en Europe (Norvège et France) (Kildahl et al., 2019; Paul et al., 2018); une en Asie (Taiwan) (Lin et al., 2020); et une en Eurasie (Turquie) (Mehtar et Mukaddes, 2011). La revue systématique de Kildahl et al. (2019) porte sur des études ayant été réalisées en Amérique du Nord ($n = 3$) et en Europe ($n = 4$). Tous les échantillons des études concernent des enfants autistes et comprennent entre 1 et 350 participants, sauf Kildahl et al. (2019), puisqu'il s'agit d'une recension, et Kerns et al. (2023). Kerns et al. (2023) ont recourt à un échantillon de 72 experts ayant un minimum de cinq ans d'expérience avec les personnes autistes et/ou ayant vécu un trauma à l'enfance. La seule étude dont l'échantillon ne comporte pas au moins 75 % de garçons autistes dans son échantillon est celle de Lin et al. (2020), où une adolescente est l'objet de l'étude. L'âge des participants varie entre 6 et 21 ans. Les trois études de cas ont utilisé des devis qualitatifs. Toutes les autres, à l'exception de Kerns et al. (2023) et de Kildahl et al. (2019), ont utilisé un devis

quantitatif. Kerns et al. (2023) ont plutôt opté pour un devis mixte. Enfin, Kildahl et al. (2019) ont réalisé une revue systématique qui inclut 18 articles, dont 7 portent sur les enfants autistes ayant une DI.

Tableau 1.

Description des études retenues

Auteurs et année	Type de devis	Objectif	Échantillon
Brenner et al., 2018	Article empirique – Quantitatif	Examiner comment les manifestations comportementales de trauma dû à l'abus s'expriment chez les jeunes autistes.	350 enfants autistes âgés de 4 à 21 ans. 42 % ont une DI. 79 % sont des garçons.
Cook et al., 1993	Article empirique – Qualitatif (Étude de cas)	Décrire la symptomatologie du TSPT chez un enfant autiste.	Un garçon autiste d'environ 13 ans sans DI.
del Pilar Trelles Thorne et al., 2015	Article empirique – Qualitatif (Étude de cas)	Discuter des défis et de la gestion du TSPT chez un enfant autiste.	Un enfant autiste américain mexicain de 9 ans ayant un TDAH et une intelligence limite.
Kerns et al., 2023	Article empirique – Mixe (Consensus d'experts par méthode Delphi)	Générer un consensus d'experts sur les indicateurs importants d'une réaction traumatique chez les jeunes autistes.	72 experts ayant un minimum de 5 ans d'expérience avec la clientèle autiste et/ou ayant vécu un trauma à l'enfance. 92 % ont une expérience avec les 6 à 13 ans.
Kildahl et al., 2019	Recension systématique des écrits	Identifier les lacunes en matière de connaissances concernant la présentation et l'identification du TSPT chez les individus autistes et ayant une D.I.	Les articles discutent des symptômes du TSPT ou des réactions au trauma chez les individus autistes avec DI. Quatre études de groupe, dont trois avec au moins 76 % de garçons dans leur échantillon, et trois études de cas, dont seulement une sur une fille, qui concernent

Auteurs et année	Type de devis	Objectif	Échantillon
			des mineurs sur les 18 études incluses.
Lin et al, 2020	Article empirique – Qualitatif (Étude de cas)	Rapporter les symptômes chez une adolescente avec le syndrome d'Asperger.	Une adolescente de 16 ans ayant des caractéristiques de l'autisme (Asperger) sans DI.
Mehtar et Mukaddes, 2011	Article empirique – Quantitatif	Évaluer la prévalence de l'exposition au trauma chez les enfants et adolescents autistes, détecter la présentation clinique du TSPT ainsi qu'identifier les facteurs de risque probables associés au trauma.	69 jeunes autistes âgés de 6 et 18 ans, dont 76,8 % sont des garçons et 72,4% ont une DI.
Paul et al., 2018	Article empirique – Quantitatif	Déterminer la prévalence de la victimisation et de la polyvictimisation dans une population française de jeunes autistes comparés à un groupe contrôle de jeunes neurotypiques.	Enfants âgés de 7 à 18 ans. Le groupe d'enfants autistes sans DI est de 39 jeunes, dont 84,6 % des garçons, tandis que le groupe d'enfants neurotypiques contient 55 jeunes, dont 84,9 % de garçons.
Storch et al., 2013	Article empirique – Quantitatif	Examiner la phénoménologie et les corrélations cliniques des idéations et comportements suicidaires dans une population de jeunes autistes « avec besoin de soutien limité » et un seuil clinique d'anxiété.	102 jeunes autistes sans DI, dont 77 % sont des garçons, âgés de 7 et 16 ans et ayant des problèmes d'anxiété. Parmi eux, six ont un diagnostic de TSPT.

La revue systématique de Kildahl et al. (2019) comporte quelques similarités avec la présente recension, mais comporte aussi diverses différences. Cette revue systématique ne comprend que des enfants et des adultes autistes ayant une DI. Les auteurs de cette étude ont choisi des articles traitant de TSPT, mais également des articles portant sur le trauma vécu par des personnes autistes ayant une DI. Dans le cas de ces études, les auteurs ont identifié eux-

mêmes les symptômes de TSPT retrouvés dans la description des participants des articles traitant de trauma. Considérant que les auteurs traitent autant d'études portant sur les enfants autistes que les adultes autistes, seuls les résultats concernant les enfants autistes ont été considérés dans la présente recension.

Types de trauma

Plusieurs types d'événements adverses peuvent être considérés comme traumatiques par la personne les ayant vécus ou en ayant été témoin selon l'évaluation de la situation de la personne et ses réactions (Kerns, 2015). Dans les articles sélectionnés, quatre catégories d'événements ont émergé : 1) l'abus physique, 2) les mauvais traitements psychologiques, 3) l'abus sexuel et 4) les autres événements potentiellement traumatiques. Il est à noter que deux auteurs (Kerns et al., 2023; Storch et al., 2013) n'ont pas mentionné de type de trauma dans leur étude.

L'abus physique est recensé dans six études empiriques (Brenner et al., 2018; Cook et al., 1993; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015; Lin et al., 2020; Mehtar et Mukaddes, 2011; Paul et al., 2018). Dans trois de ces études (Cook et al., 1993; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015, Lin et al., 2020), les enfants autistes ou leur proche ont rapporté que l'enfant a vécu des voies de fait sous forme de coup de la part d'un donneur de soin, sauf dans l'étude de Cook et al. (1993) où l'auteur du geste était un membre du personnel scolaire. Dans l'étude de Paul et al. (2018), des parents des participants identifient que leur enfant avait été victime de voies de fait avec une arme ainsi que d'intimidation physique. Dans les études de Brenner et al. (2018) et de Mehtar et Mukaddes (2011), 13 % et 4,35 % des enfants autistes ont subi ou été témoins d'une forme non précisée d'abus physique. En ce qui concerne la revue systématique de Kildahl et al. (2019), il est rapporté que certains enfants autistes ont été victimes et/ou témoin d'abus physique non précisé.

Les mauvais traitements psychologiques sont identifiés dans quatre études empiriques (Brenner et al., 2018; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015; Lin et al., 2020; Paul et al., 2018). L'abus émotionnel ressort des résultats de Brenner et al. (2018) et de Kildahl et al. (2019). del

Pillar Trelles Thorne et al. (2015), quant à eux, ont identifié que l'adolescente a été témoin de violence conjugale. Ces mêmes auteurs, de même que Lin et al. (2020) et Paul et al. (2018), rapportent que des jeunes autistes ont été victime d'intimidation. Paul et al. (2018) font des distinctions dans les types d'intimidation, qualifiant celle-ci d'intimidation émotionnelle.

L'abus sexuel est rapporté dans deux études empiriques (Brenner et al., 2018; Mehtar et Mukaddes, 2011). Brenner et al. (2018) ont identifié que 8 % de leur échantillon total ($n = 350$) en a été victime, tandis que Mehtar et Mukaddes (2011) ont identifié que seulement 1,45 % ($n = 68$) en a soit été victime ou témoin. Les résultats de Kildahl et al. (2019) mettent en lumière que des enfants autistes ont été témoin ou victime d'abus sexuel.

Les abus multiples sont rapportés dans cinq études empiriques (Brenner et al., 2018; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015; Lin et al., 2020; Mehtar et Mukaddes, 2011; Paul et al., 2018) et dans une recension des écrits (Kildahl et al., 2019).

Les autres événements potentiellement traumatisques sont rapportés dans seulement une étude empirique (Mehtar et Mukaddes, 2011), à savoir 13 % de leur échantillon total a été témoin ou victime d'un accident ou d'un désastre naturel et un autre 13 % a été témoin ou victime de violence, sans préciser le type. En plus d'avoir recensé ces types d'événements, Kildahl et al. (2019) en ont identifié deux autres : exposition à la mort, que ce soit voir un corps mort ou apprendre qu'un proche est décédé de manière violente; entendre des voix incitant à avoir des comportements violents.

Brenner et al. (2018) rapportent que 18 % de leur échantillon total a vécu plus d'une forme de trauma, tandis que Mehtar et Mukaddes (2011) en rapportent plutôt 4,35 %.

Manifestations du TSPT

Le TSPT a diverses façons de se manifester chez un individu. Les cinq catégories de symptômes du TSPT selon le DSM-V (APA, 2013) ont été retenues afin d'organiser les résultats

des études consultées : 1) des symptômes envahissants (critère B), 2) un évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatisque (critère C) (Crocq et al., 2015); 3) des altérations des cognitions et/ou de l'humeur (critère D); 4) une altération de l'éveil et/ou de la réactivité (critère E).

Symptômes envahissants

Des symptômes envahissants sont recensés dans les neuf études comme étant des manifestations du TSPT chez les enfants autistes (Brenner et al., 2018 ; Cook et al., 1993 ; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019 ; Lin et al., 2020 ; Mehtar et Mukaddes, 2011 ; Paul et al., 2018 ; Storch et al., 2013). Dans cette catégorie de symptômes, ceux qui sont les plus mentionnés sont : les souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants (Brenner et al., 2018 ; Cook et al., 1993 ; Lin et al., 2020 ; Kerns et al., 2023 ; Paul et al. 2018) ainsi que le sentiment intense ou prolongé de détresse (del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019 ; Storch, 2013). Dans le cas des souvenirs répétitifs, Kerns et al. (2023) précisent que c'est un symptôme très important pour l'identification du TSPT chez les enfants autistes. Ils se manifestent de différentes manières. Kerns et al. (2023) suggèrent que cela peut notamment s'exprimer par un jeu répétitif qui utilise des aspects ou des thèmes liés au traumatisme. Dans le cas du sentiment intense ou prolongé de détresse psychique, il peut s'exprimer entre autres par : une dysrégulation émotionnelle marquée (del Pillar Trelles Thorne et al., 2015) ; des pensées troublantes concernant la maladie, la mort ou autres (Kildahl et al., 2019) ; des idées suicidaires (del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Storch, 2013) ; de l'agitation et de la nervosité (Kildahl, 2019). Pour Kerns et al. (2023), il s'agit également d'un symptôme important à l'identification du TSPT chez les enfants autistes. Seulement deux études notent des réactions physiologiques marquées (Cook et al., 1993 ; Kildahl et al., 2019), par exemple des épisodes d'agitation et d'anxiété lorsque l'enfant se rappelle l'événement traumatisque (Cook et al., 1993). Enfin, seuls Kerns et al., (2023) notent que les réactions dissociatives et surtout les rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse sont des symptômes pouvant être aperçus chez les enfants autistes ayant possiblement un TSPT.

Il est à noter que les experts consultés lors de l'étude de Kerns et al. (2023) ont nommé que le critère B du TSPT qui sont considérés pour les enfants de moins de 6 ans, soit les souvenirs récurrents, involontaires ou intrusifs qui ne semblent pas provoquer de détresse, peut aussi être présent chez les enfants de 6 à 13 ans, ce qui constitue une adaptation aux critères reconnus habituellement pour les enfants de cet âge.

Évitement persistant

L'évitement persistant de stimuli est recensé dans six études (Cook et al., 1993 ; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019 ; Mehtar et Mukaddes, 2011 ; Paul et al., 2018). Deux auteurs (del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023) rapportent que l'évitement présenté chez les enfants autistes vise à ne pas être en contact avec les souvenirs, les pensées ou les sentiments liés au traumatisme, comme refuser de parler de l'abus vécu (del Pillar Trelles Thorne et al., 2015). Trois auteurs (Cook et al., 1993 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019) rapportent que les enfants évitent des rappels externes liés au traumatisme. Cela peut être par exemple d'éviter de retourner au lieu où l'événement traumatique a eu lieu (Cook et al., 1993) ou encore se couvrir les yeux et les oreilles pour éviter des stimuli lui rappelant l'événement traumatique (Kildahl et al., 2019). Kerns et al. (2023) précisent ici aussi que l'évitement des rappels externes est un indice important de la présence du TSPT chez les enfants autistes.

Altérations des cognitions et/ou de l'humeur

Les altérations négatives des cognitions et/ou de l'humeur sont recensées dans sept études (Brenner et al., 2018 ; Cook et al. 1993 ; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl, 2019 ; Lin et al., 2020 ; Mehtar et Mukaddes, 2011). Les symptômes de cette catégorie les plus mentionnés sont l'état émotionnel négatif persistant (Brenner et al., 2018 ; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019 ; Lin et al., 2020), une réduction de l'intérêt (Brenner et al., 2018 ; Cook et al., 1993 ; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023) ainsi qu'un sentiment de détachement d'autrui (del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019 ; Mehtar et Mukaddes, 2011 ; Paul et

al., 2018). L'état émotionnel négatif persistant est l'un des symptômes les plus présents chez les enfants autistes ayant un TSPT selon Brenner et al. (2018) ; plusieurs enfants autistes de cet échantillon ressentaient un sentiment de peur persistant. L'état émotionnel négatif peut se traduire par des manifestations de peur (Brenner et al., 2018), de tristesse (del Pillar Trelles Thorne et al., 2015), de l'anxiété ou des attaques de panique (Kildahl et al., 2019) ou de la colère (Lin et al., 2020). Les deux derniers symptômes sont également considérés comme importants par Kerns et al. (2023) dans l'identification du TSPT chez les enfants autistes, soit un sentiment de détachement d'autrui et une réduction de l'intérêt. Le sentiment de détachement d'autrui peut se manifester par un détachement de ses proches (del Pillar Trelles Thorne et al., 2015), un évitement marqué des interactions sociales (Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019 ; Paul et al., 2018) et une diminution ou une perte des habiletés de communication et de socialisation (Mehtar et Mukaddes, 2011 ; Kildahl et al., 2019). La réduction de l'intérêt chez l'enfant peut se traduire notamment par la perte d'intérêt dans des activités qui lui faisaient auparavant plaisir (Cook et al., 1993 ; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015).

En ce qui concerne le détachement d'autrui, il semble se manifester chez les enfants autistes par une augmentation de comportements socialement évitant (del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019) et une détérioration des habiletés sociales, de communication ou des relations avec les pairs (Mehtar et Mukaddes, 2011 ; Kildahl et al., 2019). Trois auteurs (del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019) mentionnent la présence de croyances négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, les autres ou le monde chez les enfants autistes ayant potentiellement un TSPT. Deux études (Kerns et al., 2023 et Kildahl et al., 2019) évoquent l'incapacité persistante d'éprouver des émotions positives. Seuls Kerns et al. (2023) rapportent l'incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement et les distorsions cognitives poussant la personne à blâmer elle-même ou autrui comme possibles symptômes de TSPT chez les enfants autistes.

Altération de l'éveil et/ou de la réactivité

Les altérations marquées de l'éveil et de la réactivité sont recensées dans toutes les études (Brenner et al., 2018 ; Cook et al., 1993 ; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019 ; Lin et al., 2020 ; Mehtar et Mukaddes, 2011 ; Paul et al., 2018 ; Storch et al., 2013). Dans cette catégorie de symptômes, ceux qui sont considérés comme étant les plus présents sont le comportement irritable ou d'accès de colère (Brenner et al., 2018 ; Cook et al., 1993 ; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019 ; Lin et al., 2020), le comportement irréfléchi ou autodestructeur (del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019 ; Paul et al., 2018 ; Storch et al., 2013) ainsi que la perturbation du sommeil (Cook et al., 1993 ; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019 ; Lin et al., 2020 ; Mehtar et Mukaddes, 2011 ; Paul et al., 2018). Kerns et al. (2023) soulignent que la perturbation du sommeil et le comportement irréfléchi ou autodestructeur sont des éléments importants dans l'identification du TSPT chez les enfants autistes. De plus, Brenner et al. (2018) identifient l'augmentation des crises de colère comme étant une manifestation importante. Quatre études (Lin et al., 2020 ; Kerns et al., 2023 ; Kildahl et al., 2019 ; Paul et al., 2018) mentionnent les problèmes de concentration comme étant des symptômes possibles du TSPT chez les jeunes autistes. Paul et al. (2018) rapportent, quant à eux, de l'hypervigilance chez ses participants. Brenner et al. (2018) ont observé davantage de léthargie chez les enfants autistes ayant un TSPT. Ils mentionnent que c'est un des symptômes les plus importants observés.

Autres manifestations ou conséquences observées

La détresse provoquée par le trauma et les symptômes du TSPT engendre diverses conséquences chez les enfants autistes. En prenant appui sur le modèle conceptuel transactionnel de Kerns et al. (2015), ces autres manifestations ou conséquences observées dans le cadre des études ont été classées dans les catégories suivantes : 1) les troubles psychologiques; 2) les difficultés d'adaptation; 3) les troubles somatiques; 4) les modifications de la présentation de l'autisme.

Troubles psychologiques

Différents symptômes d'autres troubles psychologiques ont été observés chez les participants de différentes études. Lin et al. (2020) ainsi que Paul et al. (2018) ont constaté des symptômes liés à la dépression. Paul et al. (2018) ont constaté également des symptômes liés à l'anxiété et aux troubles alimentaires. Kildahl et al. (2019) décrivent des symptômes apparentés à un trouble psychotique (voir des fantômes et des clowns; difficultés à distinguer la fantaisie de la réalité), au trouble obsessionnel compulsif (comportements compulsifs) et à de la labilité émotionnelle, qui peut s'apparenter à divers diagnostics.

Difficultés d'adaptation

Diverses difficultés d'adaptation peuvent émerger chez les enfants autistes ayant des symptômes du TSPT. Deux auteurs décrivent la régression de compétences préalablement acquises, telles que celles utiles au quotidien (Kildahl et al., 2019), les habiletés liées à l'autonomie (Kildahl et al., 2019) et les habiletés à prendre soin de soi (Mehtar et Mukaddes, 2011). del Pilar Trelles Thorne et al. (2015) ont observé une diminution de la performance scolaire chez leur participant. Mehtar et Mukaddes (2011) ont quant à eux répertorié de nouvelles difficultés comportementales non spécifiées chez leurs participants.

Troubles somatiques

Les troubles somatiques ont été nommés dans quatre études. Certains de ces symptômes peuvent s'apparenter à des symptômes d'autres troubles psychologiques, mais, dans l'absence de contexte, ils ont été répertoriés dans la présente catégorie. Kildahl et al. (2019) ainsi que Mehtar et Mukaddes (2011) mentionnent la perturbation de l'appétit. del Pilar Trelles Thorne et al. (2015) ainsi que Kildahl et al. (2019) ont observé une apparition ou une augmentation de l'incontinence chez les enfants. L'enfant autiste suivi dans l'étude de Cook et al. (1993) a eu une perte de poids importante à la suite de l'événement traumatique qu'il a vécu.

Modifications de la présentation de l'autisme

Les modifications de la présentation de l'autisme comprennent les comportements qui font partie de ses critères diagnostiques, mais elles font aussi référence aux autres comportements qui peuvent être associés à l'autisme. Trois études abordent ce type de conséquence. Cook et al. (1993), Kildahl et al. (2019) et Mehtar et Mukaddes (2011) constatent chez certains participants une augmentation des comportements stéréotypés, des mouvements répétés et des rituels. Kildahl et al. (2019) rapportent d'autres types de modifications : l'augmentation des intérêts restreints ; une régression des habiletés d'imitation ; le développement d'une posture étrange ; une perte d'habileté motrice. Finalement, l'enfant autiste qui a participé à l'étude de Cook et al. (1993) avait des crises de pleurs, couché au sol, pendant de longues périodes sans être capable d'être rassuré par ses parents, alors que leur toucher le rassurait avant l'événement traumatisque.

Discussion

Cet essai a comme objectif principal de recenser les connaissances actuelles sur les manifestations du TSPT chez les enfants autistes. Une meilleure compréhension de ce phénomène est un premier pas vers des interventions adaptées et des approches sensibles au trauma, et ce, en fonction des caractéristiques de l'autisme. En ce sens, deux objectifs secondaires ont été poursuivis afin de bien comprendre les différentes facettes du TSPT chez les enfants autistes : 1) mieux comprendre le vécu potentiellement traumatique chez les enfants autistes; 2) recenser les autres manifestations et conséquences vécues par ceux-ci.

Tous les articles empiriques retenus dans l'analyse comportaient, parmi l'échantillon d'enfants autistes, certains qui avaient obtenu un diagnostic de TSPT (Brenner et al., 2018; Cook et al., 1993; del Pilar Trelles Thorne et al., 2015; Lin et al., 2020; Mehtar et Mukaddes, 2011; Paul et al., 2018; Storch et al., 2013). Les deux symptômes les plus souvent mentionnés, apparaissant dans six études sur neuf respectivement, et faisant tous les deux partie du critère E (altération de l'éveil), sont : 1) un comportement irritable ou des accès de colère (Brenner et al., 2018; Cook et al., 1993; Del Pilar Trelles Thorne et al., 2015; Kerns et al., 2023; Kildahl et al., 2019; Lin et al., 2020) et 2) la perturbation du sommeil (Cook et al., 1993; Del Pilar Trelles Thorne, 2015; Kerns et al., 2023; Kildahl et al., 2019; Lin et al., 2020; Paul et al., 2018). Il est à noter que ces deux symptômes sont des difficultés relativement communes chez les enfants autistes (Kalvin et al., 2021), sans qu'ils n'aient nécessairement vécu de trauma. De plus, ce sont également des symptômes liés aux troubles dépressifs et d'anxiété généralisée, qui sont deux troubles souvent diagnostiqués chez les enfants autistes selon Mazurek et Petroski (2015). En effet, environ 40 % des enfants autistes auraient au moins un trouble anxieux (Paul et al., 2018). Ces auteurs soulignent que, chez les enfants autistes ayant un TSPT, cette anxiété pourrait se détériorer. Ces enfants pourraient même développer des réactions phobiques envers certains stimuli (Paul et al., 2018). Ces symptômes deviendraient alors des indicateurs de la possible présence d'un TSPT.

Cette difficulté de diagnostiquer un trouble parce que ses symptômes sont associés à un autre se nomme la dissimulation diagnostique. Plus précisément, ce phénomène fait référence, selon Kanne (2021), « au biais négatif qui influence le jugement d'un clinicien concernant un trouble concomitant chez les personnes qui ont une déficience intellectuelle ou un autre trouble de santé mentale. Les symptômes ou comportements qui pourraient être causés par un trouble de santé mentale spécifique sont attribués à un autre trouble, historiquement le retard mental, sans considérer une étiologie alternative » (traduction libre, p.1428). C'est le cas ici pour les symptômes du TSPT qui sont associés à des caractéristiques de l'autisme. En plus des ressemblances dans les manifestations, les défis que certains enfants autistes ont dans leurs habiletés cognitives et de communication peuvent rendre plus difficile l'identification d'un trauma et de certains symptômes du TSPT, notamment en ce qui concerne la reviviscence du trauma (Kerns et al., 2023). Pour contrer ce phénomène de dissimulation diagnostique, Kildahl et al. (2019) recommandent de demeurer attentif aux changements de comportement chez l'enfant, ce qui s'écarte de ce qu'il fait normalement. Kildahl et al. (2019) ont relevé que les symptômes de TSPT les plus facilement identifiables chez les personnes autistes sont l'altération de l'éveil ainsi que l'altération des cognitions et/ou de l'humeur.

En plus du phénomène de dissimulation diagnostique, une autre raison soulevée par certains auteurs pour expliquer la difficulté de diagnostiquer un TSPT chez les enfants autistes est l'absence d'instrument de dépistage ou d'évaluation du TSPT qui est adapté pour les personnes autistes (Cragin, 2019; Peterson et al., 2019; Kerns et al., 2023). Ces mêmes auteurs précisent que c'est un besoin des intervenants de la santé et des services sociaux d'avoir des instruments adaptés afin de les soutenir dans leur impression diagnostique. Peterson et al. (2019) ajoutent que ces instruments d'évaluation devraient prendre en considération le large éventail de profils d'enfants autistes ainsi que le fait que certaines manifestations du TSPT chez ceux-ci peuvent s'apparenter à plusieurs autres diagnostics, comme mentionné plus haut. Mehtar et Mukaddes (2011) ont proposé leur propre instrument de mesure pour examiner les symptômes traumatiques chez les personnes autistes. Leur instrument de mesure se concentre sur les changements dans cinq catégories de comportements : les habiletés sociales et de communication ; les problèmes

comportementaux ; les comportements stéréotypés et de rituel ; les habiletés à prendre soin de soi ; les symptômes végétatifs, qui comprennent les perturbations du sommeil et de l'appétit.

L'utilisation d'un instrument de mesure adapté aux caractéristiques et divers profils de personnes autistes pourrait expliquer la grande différence de résultats dans le diagnostic de TSPT dans leur échantillon, qui est de 17,4 % comparé à la moyenne de 2,9 % proposée par Rumball (2019).

Pour développer leur instrument, Mehtar et Mukaddes (2011) ont sélectionné des manifestations en concordance avec certains résultats de cette recension, telles que les perturbations du sommeil, les accès de colère et les capacités d'imitation. Ils ont également orienté l'appréciation des symptômes vers les changements de comportement chez les enfants autistes. Cependant, les auteurs n'expliquent pas comment ils ont procédé pour créer leur instrument de mesure. Aucune étude de validité ou de fidélité n'a été trouvée concernant celui-ci. Par ailleurs, pour la construction d'instruments de mesure adaptés, une diversité de répondants ainsi que plusieurs méthodes d'évaluation seraient à favoriser (Kildahl et al., 2019; Hoover, 2015). Par exemple, l'autoévaluation permet selon Hoover (2015) d'avoir accès au vécu expérientiel de la personne, en plus d'avoir accès à des manifestations qui ne peuvent être perçues de l'extérieur, telles que les souvenirs répétitifs et un sentiment intense ou prolongé de détresse. Cependant, Brenner et al. (2018) rappellent que les enfants autistes ont de la difficulté à rapporter leur vécu émotif, ce qui rend plus ardu de diagnostiquer le TSPT. Ainsi, parallèlement, il est également important d'avoir des instruments pouvant être utilisés avec un proche.

En plus de proposer l'adaptation des outils d'évaluation, les experts interrogés dans l'étude de Kerns et al. (2023) ont établi un consensus sur la nécessité que l'APA développe des orientations sur le diagnostic du TSPT pour les personnes autistes. Ce type d'orientation existe déjà pour les personnes ayant une DI (McCarthy et al., 2017). Les prochains paragraphes contiennent des suggestions d'éléments à considérer pour l'élaboration de telles orientations.

Dans la présente recension, le type d'abus le plus souvent répertorié (6/9) est l'abus physique (Brenner et al., 2018; Cook et al., 1993; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015; Lin et al., 2020; Mehtar et Mukaddes, 2011; Paul et al., 2018), suivi par les mauvais traitements

psychologiques (4/9) (Brenner et al, 2018; del Pillar Trelles Thorne et al., 2015; Lin et al., 2020; Paul et al., 2018). Selon Kerns et al. (2015), les enfants autistes sont plus susceptibles de vivre des événements potentiellement traumatisques, mais ils sont plus à même de percevoir un événement comme étant traumatisque que leurs pairs neurotypiques. Cette perception du monde différente n'est probablement pas bien représentée dans les instruments d'évaluation du TSPT (Kerns et al., 2015) ni dans le critère A du DSM-V, soit le type de trauma vécu (APA, 2013). Il est donc essentiel pour les cliniciens de garder cela en tête lorsqu'ils repèrent des symptômes pouvant s'apparenter à une réaction traumatisante chez les enfants autistes.

En plus des symptômes du TSPT présentés dans le DSM-V, d'autres manifestations ont été observées par divers auteurs. Un consensus d'expert dans l'étude de Kerns et al. (2023) souligne l'importance de considérer d'autres manifestations qui n'apparaissent pas dans le DSM-V, mais qui, selon la recherche, font partie des possibles réactions traumatisantes chez les enfants autistes. Il y a notamment la régression des compétences acquises (del Pilar Trelles Thorne et al., 2015; Kildahl et al., 2019; Mehtar et Mukaddes, 2011) et les troubles somatiques (Cook et al., 1993; del Pilar Trelles Thorne, 2015; Kildahl et al., 2019; Mehtar et Mukaddes, 2011). Des modifications dans la présentation de l'autisme ont également été observées dans trois études (Cook et al., 1993; Kildahl et al., 2019 et Mehtar Mukaddes, 2011). Cela peut se manifester de plusieurs façons, comme l'augmentation des comportements restreints et la régression des habiletés d'imitation. Les changements de comportement soudains chez l'enfant autiste peuvent représenter un indicateur d'un trauma (Mehtar et Mukaddes, 2011) et cette observation est une piste pour de futures orientations diagnostiques.

Apports à la psychoéducation

La NCTSN (N/A) mentionne qu'il peut y avoir plusieurs conséquences importantes si un enfant ayant vécu des événements traumatisques à répétition ne reçoit pas de traitement. La sensibilisation aux manifestations du TSPT de divers corps de professionnels est donc importante pour que les jeunes autistes ayant vécu des traumas reçoivent rapidement l'aide dont ils ont besoin. Il apparaît donc important que les psychoéducateurs et psychoéducatrices œuvrant auprès

des enfants autistes puissent être sensibilisés aux potentiels événements traumatisques pouvant être vécus par ceux-ci, aux caractéristiques des personnes autistes les mettant potentiellement plus à risque de vivre des traumas ainsi qu'à la façon dont peut se traduire le TSPT chez cette clientèle. Kerns et al. (2015) proposent un modèle d'interactions entre ces éléments qui s'applique bien à la pratique psychoéducative. Selon ces auteurs, le niveau de sévérité d'un trauma dépend des interactions entre le potentiel traumatisant et la chronicité du stresseur, soit le potentiel expérientiel (PEX), et la sensibilité de la personne, soit le potentiel adaptatif (PAD). Une meilleure compréhension de ces interactions pourrait permettre aux psychoéducateurs et psychoéducatrices de mieux identifier les manifestations du TSPT chez les enfants autistes et ainsi de procéder de façon plus systématique à des dépistages. Cette plus grande sensibilité aux manifestations du TSPT pourrait également mener à ce que ces professionnels adoptent davantage d'interventions sensibles aux traumas adaptées au profil de l'enfant autiste.

Limites de la présente recension

Cet essai comprend certaines limites, notamment en ce qui concerne les différences des échantillons des études choisies. L'âge des échantillons varie d'une étude à l'autre. Certaines ont des échantillons d'enfants plus jeunes, soit de 6 à 13 ans (Kerns et al., 2023), et d'autres en ont d'enfants plus vieux, allant parfois même jusqu'à 21 ans (Brenner et al., 2018). Concernant cette dernière étude, elle a été conservée comme l'âge de la majorité est de 21 ans dans le pays où elle s'est tenue. Cette différence d'âge dans les échantillons est à considérer, car les différents stades de développement peuvent potentiellement avoir un impact sur les symptômes manifestés. Certains échantillons comprennent des participants ayant une DI alors que d'autres n'en comportent pas. Cela signifie que les profils diffèrent d'un participant à l'autre et donc que l'expression des symptômes peut être différente.

Dans les critères d'exclusion, aucune limite de temps n'a été mise. Cette décision a été prise comme il y a peu de recherche sur le sujet et cela permet également de voir la constance ou la divergence des résultats dans le temps. Cela a un impact comme les critères du trouble du spectre de l'autisme ainsi que ceux du trouble du spectre post-traumatique ne sont pas exactement

les mêmes d'un article à l'autre. En effet, les articles sont basés sur différentes éditions du DSM qui ont différents critères diagnostiques d'une édition à l'autre. L'auteure du présent essai a recensé les résultats en utilisant les diagnostics en vigueur actuellement afin de pouvoir comparer les résultats de tous les articles recensés. Les résultats des études suivantes sont tout de même à nuancer comme ils utilisent des critères antérieurs : Cook et al., 1993; Mehtar et Mukaddes, 2011; Storch et al., 2013.

Avenues pour de futures recherches

La recherche sur les traumas chez les enfants autistes n'en est qu'à son début. Dans un premier temps, il est important d'élargir la recherche sur toutes les réactions possibles à la suite d'un événement potentiellement traumatisant comme le TSPT n'est pas la seule issue d'un trauma (Kerns et al., 2015). Cook et al. (2005) précisent que les manifestations du trauma sont diverses et peuvent inclure des altérations psychologiques, sociales, physiques ou du fonctionnement adaptatif. Kerns et al. (2015) pensent que les réactions des jeunes autistes seraient encore plus variées et difficiles à reconnaître que leurs pairs neurotypiques.

Dans un deuxième temps, il serait intéressant d'étudier les manifestations du TSPT selon les genres. Toutes les études choisies pour cette recension, sauf celle de Lin et al. (2020), ont plus de 75 % de garçons dans leur échantillon. Cela est cohérent avec le fait qu'il est généralement considéré qu'il y a quatre fois plus de garçons que de filles qui ont ce diagnostic (Agence de la santé publique du Canada, 2022). Même si, selon Paul et al. (2018), les garçons autistes se retrouvent en plus grande proportion dans les enfants ayant vécu des traumas, l'étude de Garza et Jovanovic (2017) chez de jeunes neurotypiques indique qu'à partir de l'adolescence, ce sont davantage les filles qui reçoivent un diagnostic de TSPT. Cette différence dans les réactions face au trauma mérite d'être étudiée également chez les adolescents autistes.

Dans un troisième temps, tel que discuté dans les limites, les différences de manifestations du TSPT entre les enfants et les adolescents ainsi qu'entre les jeunes avec et sans DI seraient intéressantes à étudier. Cela permettrait de mieux outiller les cliniciens et les intervenants sur le

terrain à repérer des manifestations du TSPT selon les caractéristiques particulières de l'enfant, surtout qu'ils côtoient souvent un large éventail de profils de jeunes autistes.

Enfin, les professionnels nomment un besoin d'avoir des instruments de dépistage et d'évaluation. En ce sens, il serait pertinent que des études de fidélité et de validité soient réalisées sur l'instrument de Mehtar et Mukaddes (2011). Plusieurs manifestations utilisées dans celui-ci sont en cohérence avec cette recension. Ces études permettraient d'identifier si l'instrument peut être utilisé par les cliniciens ainsi que les manifestations à conserver et celles à ne pas utiliser dans la conception de futurs instruments de dépistage.

Conclusion

Cet essai a permis de recenser les connaissances actuelles sur les manifestations du TSPT chez les enfants autistes. Les auteurs des neuf articles recensés ont exploré les types d'événements traumatisques en plus des réactions des enfants autistes face à ces événements. Plusieurs d'entre ceux qui ont reçu un diagnostic de TSPT ont été exposés à divers types d'abus, mais certains ont également été exposés à des événements qui ne sont pas recensés par le DSM-V, surtout dû à leur conception différente du monde. Les auteurs ont observé que les enfants autistes peuvent avoir des symptômes du TSPT, et donc obtenir ce diagnostic, mais aussi qu'ils peuvent manifester d'autres comportements face à un événement traumatisique. Les manifestations les plus récurrentes étant les comportements irritables ou les accès de colère ainsi que les perturbations du sommeil, qui sont des comportements présents chez plusieurs enfants autistes, rendent difficile le diagnostic du TSPT. Face à ce phénomène de dissimulation diagnostique, le présent essai souligne l'importance de plutôt se baser sur les changements de comportements chez l'enfant autiste. Ces résultats pourraient permettre aux divers professionnels de mieux identifier le TSPT chez les enfants autistes et de leur apporter l'aide nécessaire en adaptant des interventions sensibles aux traumas aux caractéristiques de l'autisme. Cet essai met en lumière que l'information existante sur le sujet est limitée et que les cliniciens et intervenants ont besoin d'être mieux informés, mais également mieux outillés en ayant des instruments de dépistage et d'évaluation adaptés à la clientèle.

Références

- Agence de la santé publique du Canada. (2022). *Trouble du spectre de l'autisme: Faits saillants de l'enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes de 2019*.
<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/autism-spectrum-disorder-canadian-health-survey-children-youth-2019/trouble-spectre-autisme-enquete-sante-canadienne-enfants-jeunes-2019.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5^e éd.). American Psychiatric Association.
<http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/dsm-5/online-assessment-measures>
- Autism Speaks Canada. (2023). *Guide de terminologie*. <https://www.autismspeaks.ca/wp-content/uploads/ASC-Language-Guide-FR.pdf>
- Berg, K. L., Shiu, C. S., Acharya, K., Stolbach, B. C. et Msall, M. E. (2016). Disparities in adversity among children with autism spectrum disorder: a population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(11), 1124-1131.
- Brenner, J., Pan, Z., Mazefsky, C., Smith, K. A. et Gabriels, R. (2018). Behavioral Symptoms of Reported Abuse in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder in Inpatient Settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(11), 3727-3735.
<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3183-4>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M. et Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.
- Cook, E. H., Jr., Kieffer, J. E., Charak, D. A. et Leventhal, B. L. (1993). Autistic disorder and post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1292-1294. <https://doi.org/10.1097/00004583-199311000-00025>
- Cragin, C. A. (2019, 2019/12/01). Considerations for treating trauma in children with autism spectrum disorder. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 35(12), 1-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cbl.30426>
- Crocq, M. A., Guelfi, J. D., American Psychiatric, A. et American Psychiatric Association, D. S. M. T. F. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e édition éd.). Elsevier Masson.
- del Pilar Trelles Thorne, M., Khinda, N. et Coffey, B. J. (2015). Posttraumatic stress disorder in a child with autism spectrum disorder: Challenges in management. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 25(6), 514-517.
<https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2015-37545-009&site=ehost-live>

- Fecteau, S.-M. et Cloutier, I. (2023). *Diversité de paroles: Résultats du sondage*.
<https://static1.squarespace.com/static/60e2fdd5c78e21094c6d116c/t/6457e8912498da771cbe5795/1683482772462/1.+Fecteau+et+Cloutier+-+R%C3%A9sultats+au+sondage.pptx.pdf>
- Fédération québécoise de l'autisme (FQA). (N/A). *Comment parler d'autisme*.
<https://www.autisme.qc.ca/je-travaille-en-autisme/le-vocabulaire/>
- Garza, K. et Jovanovic, T. (2017, 2017/09/30). Impact of Gender on Child and Adolescent PTSD. *Current psychiatry reports*, 19(11), 87. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0830-6>
- Hoover, D. W. (2015). The effects of psychological trauma on children with autism spectrum disorders: A research review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2, 287-299.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2017). *Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec*. Bureau d'information et d'études en santé des populations. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2310>
- Kalvin, C. B., Gladstone, T. R., Jordan, R., Rowley, S., Marsh, C. L., Ibrahim, K. et Sukhodolsky, D. G. (2021). Assessing Irritability in Children with Autism Spectrum Disorder Using the Affective Reactivity Index. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(5), 1496-1507. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10803-020-04627-9>
- Kanne, S. (2021). Diagnostic Overshadowing. Dans F. R. Volkmar (dir.), *Encyclopedia of autism spectrum disorders* (2^e éd., p. 1428–1430). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-91280-6>
- Kerns, C., Newschaffer, C. et Berkowitz, S. (2015). Traumatic Childhood Events and Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 45(11), 3475-3486. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2392-y>
- Kerns, C., Robins, D., Shattuck, P., Newschaffer, C. et Berkowitz, S. (2023). Expert consensus regarding indicators of a traumatic reaction in autistic youth: A Delphi survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(1), 50-58. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13666>
- Kessler, R. C. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 372.
- Kildahl, A. N., Bakken, T. L., Iversen, T. E. et Helverschou, S. B. (2019). Identification of post-traumatic stress disorder in individuals with autism spectrum disorder and intellectual disability: A systematic review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 12(1-2), 1. <https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1595233>

- Lai, M. C., Lombardo, M. V. et Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet*, 383(8), 896-910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61612-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61612-8)
- Lin, I. C., Tseng, L.-Y. et Lee, Y.-T. (2020). Post-traumatic stress disorder in an adolescent with Asperger syndrome. *Psychiatria Danubina*, 32(3-4), 436-437. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.436>
- Maïano, C., Normand, C. L., Salvas, M.-C., Moullec, G. et Aimé, A. (2016). Prevalence of School Bullying Among Youth with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Autism Research*, 9(6), 601-615. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/aur.1568>
- Mazurek, M. O. et Petroski, G. F. (2015, 2015/02/01/). Sleep problems in children with autism spectrum disorder: examining the contributions of sensory over-responsivity and anxiety. *Sleep Medicine*, 16(2), 270-279. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.11.006>
- McCarthy, J., Blanco, R. A., Gaus, V. L., Razza, N. J. et Tomasulo, D. J. (2017). Trauma and stressor-related disorders. Dans *DM-ID 2. Diagnostic manual – intellectual disability: A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability* (p. 353-400). NADD Press.
- Mehtar, M. et Mukaddes, N. M. (2011). Posttraumatic stress disorder in individuals with diagnosis of autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 539-546. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2010.06.020>
- Paul, A., Gallot, C., Lelouche, C., Bouvard, M. P. et Amestoy, A. (2018). Victimization in a French population of children and youths with autism spectrum disorder: A case control study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0256-x>
- Peterson, J. L., Earl, R. K., Fox, E. A., Ma, R., Haidar, G., Pepper, M., Berliner, L., Wallace, A. S. et Bernier, R. A. (2019). Trauma and autism spectrum disorder: Review, proposed treatment adaptations and future directions. *Journal of child & adolescent trauma*, 12(4), 529-547. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00253-5>
- Rumball, F. (2019). A systematic review of the assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in individuals with autism spectrum disorders. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 6(3), 294.
- Schwartz, L., Beamish, W. et McKay, L. (2021). Understanding Social-Emotional Reciprocity in Autism: Viewpoints Shared by Teachers. *Australian Journal of Teacher Education*; v.46 n.1 p.24-38; January 2021, 46(1), 24-38. <https://doi.org/10.14221/ajte.202v46n1.2>

Storch, E., Sulkowski, M., Nadeau, J., Lewin, A., Arnold, E., Mutch, P., Jones, A. et Murphy, T. (2013). The Phenomenology and Clinical Correlates of Suicidal Thoughts and Behaviors in Youth with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 43(10), 2450-2459. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1795-x>

The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (N/A). *About Child Trauma*. <https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/about-child-trauma>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garrity, C... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>