

**UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES**

**LES FACTEURS POUVANT CONTRIBUER À L'OBTENTION DU DIAGNOSTIC  
PRÉCOCE DU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME**

**ESSAI PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA  
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR  
CHLOÉ VEILLETTE**

**SEPTEMBRE 2023**

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 :**

Carmen Dionne

---

Prénom et nom

Directeur de recherche

**Comité d'évaluation :**

Carmen Dionne

---

Prénom et nom

Directeur de recherche

Caroline Couture

---

Prénom et nom

Évaluateur

## Résumé

L'obtention d'un diagnostic du trouble du spectre de l'autisme (TSA) le plus tôt possible dans la vie de l'enfant s'avère essentielle (Brian *et al.*, 2019; Instituts de recherche en santé du Canada, 2006, cités dans Coo *et al.*, 2012). Cet essai, inspiré d'une adaptation de l'approche écosystémique de Bronfenbrenner, vise à identifier les facteurs liés à l'enfant, à la famille et à la communauté qui peuvent contribuer à la précocité de l'âge auquel un enfant obtient son diagnostic du TSA. Ces facteurs seront identifiés à partir de 14 études provenant de différents pays occidentaux. Ce sont 20 principaux facteurs qui feront l'objet d'une analyse lors cette recension des écrits. De ces facteurs, certains font consensus au sein des chercheurs, alors que d'autres non. La discussion de cet essai mettra en lumière les principaux facteurs favorisant l'obtention d'un diagnostic le plus précoce possible. Finalement, l'implication de cet essai pour la pratique, ainsi que certaines avenues de futures recherches seront discutées.

## Table des matières

Résumé .....	iii
Introduction .....	1
Le trouble du spectre de l'autisme .....	2
Problématique.....	3
Cadre conceptuel .....	4
Objectif.....	5
Méthode.....	6
Recherche documentaire .....	6
Sélection des écrits.....	6
Extraction des données et identification des principaux facteurs .....	8
Description des écrits .....	8
Résultats .....	9
L'enfant.....	9
Développement intellectuel .....	9
Caractéristiques du langage .....	9
Niveau de soutien.....	10
Sévérité des symptômes.....	10
Domaines de la communication sociale et des modes de comportements restreints et répétitifs .....	11
Types de diagnostic du TSA.....	11
Problématiques associées.....	11
Sexe.....	12
Origine culturelle .....	12
Diagnostic de déficience intellectuelle (DI) .....	13
La famille .....	13
Fratrie.....	13
Parents.....	14
Âge. ....	14

Niveau d'éducation.....	14
Revenu familial .....	15
Statut matrimonial .....	16
Première inquiétude parentale .....	16
Grands-parents .....	16
Présence d'un diagnostic du TSA dans la famille .....	16
La communauté.....	17
Pratiques des médecins lors de l'évaluation diagnostique.....	17
Cohorte de naissances.....	17
Discussion .....	18
Facteurs sur lesquels il existe un consensus.....	18
L'enfant.....	18
La famille.....	20
La communauté.....	21
Facteurs ne faisant pas consensus au sein des auteurs .....	22
L'enfant.....	22
La famille.....	25
Implication pour la pratique.....	28
Avenues pour de futures recherches .....	29
Forces et limites de la recension .....	29
Conclusion.....	31
Références .....	32

## Introduction

Au cours des dernières années, la prévalence du trouble du spectre de l'autisme (TSA) connaît une augmentation importante à l'échelle mondiale (Chiarotti et Venerosi, 2020; Fombonne, 2020). Au Canada, la prévalence du TSA s'élève à deux pour cent parmi les jeunes âgés entre un et 17 ans, selon la dernière enquête canadienne sur la santé des enfants et des jeunes (ECSEJ) effectuée en 2019 (Palmer *et al.*, 2022). Selon cette même enquête, au Québec, la prévalence est de 1,7 pour cent. Cette augmentation importante peut s'expliquer, entre autres, par l'élargissement du concept de l'autisme, par une plus grande précision des critères diagnostiques, par une plus grande sensibilisation quant au TSA, par l'amélioration de la détection et du diagnostic précoce, ainsi que par la stabilité des diagnostics posés pendant la petite enfance (Darcy-Mahoney, 2016; Fombonne, 2020). Depuis quelques années, tant à l'échelle mondiale que nationale, de nombreux efforts sont mis en place afin d'améliorer la détection, le diagnostic et le traitement précoce du TSA (Van't Hof *et al.*, 2021). À l'échelle mondiale, l'importance des politiques et des mesures visant l'amélioration de la détection précoce du TSA a été soulevée dans les dernières lignes directrices de guides de pratiques publiés par plusieurs pays, dont les États-Unis, le Royaume-Uni, la France (Van't Hof *et al.*, 2021) et le Canada (Brian *et al.*, 2019). En plus, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) mentionne que la détection du TSA dans les soins primaires est un élément essentiel dans un système de santé national (Van't Hof *et al.*, 2021). Au Canada, la Société canadienne de pédiatrie a émis des recommandations visant l'optimisation du diagnostic rapide du TSA et quant à l'accès aux interventions (Zwaigenbaum *et al.*, 2019).

L'importance de l'obtention d'un diagnostic d'autisme le plus tôt possible dans la vie de l'enfant s'avère essentielle (Brian *et al.*, 2019; Instituts de recherche en santé du Canada, 2006). À long terme, cette détection précoce apporte de nombreux bénéfices tant sur le développement de l'enfant (Atzori, 2022; Coe *et al.*, 2012; Rogé *et al.*, 2009; Zwaigenbaum *et al.*, 2019) que sur les coûts familiaux et sociétaux associés au TSA (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016). La détection précoce permet à l'enfant d'avoir accès à des interventions précoces et intensives, qui améliorent son pronostic clinique à long terme (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016; Eldevik *et al.*, 2009, cités dans

Coo *et al.*, 2012; Rogé *et al.*, 2009; Zwaigenbaum *et al.*, 2019). Les études démontrent que l'efficacité des interventions est plus grande avant l'âge de cinq ans (Heifetz, 2022). Elles démontrent aussi que la deuxième année de vie des enfants autistes est associée à une période de développement critique. Au cours de cette période, leur cerveau connaît une croissance et une augmentation en volume, où la connectivité atypique associée au TSA émerge. À ce moment, leur cerveau connaît une plasticité neuronale importante permettant un plus grand potentiel de changement développemental (Atzori, 2022), pouvant ainsi optimiser leur développement (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016). Les interventions précoces permettent donc de solidifier ces connexions, ce qui améliore le fonctionnement intellectuel, les capacités linguistiques, les compétences socio-émotionnelles et les comportements adaptatifs de l'enfant, en plus de diminuer les troubles fonctionnels associés au TSA, la présence de comportements inadaptes et la gravité des symptômes autistiques (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016; Dawson et Burner, 2011, cités dans Van't Hof *et al.*, 2021; Eldevik *et al.*, 2009, cités dans Coo *et al.*, 2012; Emerson *et al.*, 2016). Toutefois, l'accès aux interventions précoces doit, majoritairement, d'abord passer par l'obtention d'un diagnostic précoce.

### **Le trouble du spectre de l'autisme**

Selon le DSM-5, le TSA est un trouble neurodéveloppemental qui altère ou limite le fonctionnement quotidien de la personne (American Psychiatric Association [APA], 2015). Il se caractérise par des déficits sur deux principaux domaines, soit celui de la communication sociale (domaine A) et celui des modes comportementaux restreints et répétitifs (domaine B) (APA, 2015). Le domaine A comprend des déficits marqués liés à la communication verbale et non verbale, pouvant limiter les interactions sociales. D'abord, un déficit sur le plan de la réciprocité sociale et émotionnelle est présent, entraînant ainsi des difficultés à interagir avec autrui et à maintenir des échanges avec autrui. De plus, un déficit sur le plan des comportements de communication non verbale est présent, rendant plus ardue la détection des subtilités pouvant être présentes entre la communication verbale et la communication non verbale. Ce déficit peut aussi se traduire par l'absence complète d'expressions faciales ou de communication non verbale. Un déficit quant au développement, au maintien et à la compréhension des relations est



également présent, créant ainsi un manque d'aptitudes sociales (APA, 2015). Le domaine B réfère à l'utilisation d'un langage, d'objets ou de mouvements moteurs répétitifs ou stéréotypés, à l'intolérance face au changement, à l'adhésion rigide à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés, à des intérêts extrêmement restreints, limités ou atypiques et à une hyperréactivité ou à une hyporéactivité aux stimuli sensoriels ou à un intérêt inhabituel face à des aspects sensoriels (APA, 2015).

Les symptômes du TSA peuvent se traduire de différentes façons. Les capacités et les déficits sont différents, créant ainsi une variabilité de profils cliniques (Ofner *et al.*, 2018). Les difficultés peuvent se manifester selon trois niveaux de sévérité, soit le niveau un « nécessitant de l'aide », le niveau deux « nécessitant une aide importante » et le niveau trois « nécessitant une aide très importante » (APA, 2015). Les besoins sont uniques à chaque personne et les niveaux d'aide peuvent varier dans le temps (Ofner *et al.*, 2018).

### **Problématique**

Dès la petite enfance, les premiers symptômes du TSA peuvent être observables, soit entre un et deux ans (Heifetz, 2022). Ils sont généralement les suivants : retard dans l'acquisition du langage, retard dans les compétences sociales (Heifetz, 2022), retard dans l'imitation, réponses anormales ou émoussées aux stimuli et schémas atypiques dans l'attention visuelle (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016). La recherche démontre qu'il est maintenant possible de diagnostiquer de manière fiable le TSA dès l'âge de deux ans (Atzori, 2022; Steiner *et al.*, 2012). Un diagnostic émis à cet âge semble associé aux profils cliniques plus évidents, où les retards de développement sont plus importants (Zwaigenbaum *et al.*, 2019). Or, dans certains profils cliniques plus subtils, les symptômes peuvent apparaître plus tard, soit lorsque les demandes sociales dépassent les capacités individuelles de la personne. (APA, 2015). Pourtant, malgré l'obtention possible d'un diagnostic à deux ans, les efforts pour améliorer la détection et le diagnostic et le fait que les interventions aient une plus grande efficacité avant l'âge de cinq ans, des études récentes réalisées aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Canada affirment que l'âge moyen au moment de l'obtention du diagnostic demeure entre quatre et cinq ans (Zwaigenbaum

*et al.*, 2019). Cela retarde le début des interventions possibles et par le fait même, réduit l'efficacité des traitements. Ainsi, il semble important de se questionner sur les facteurs qui peuvent contribuer à l'obtention d'un diagnostic précoce du TSA.

Darcy-Mahoney *et al.* (2016) évoquent que l'identification de ces facteurs peut être favorable à la mise en place de campagnes de sensibilisation visant le public et à l'éducation des prestataires des soins de santé. Ils évoquent aussi que cette identification peut aussi être bénéfique pour identifier les obstacles qui peuvent retarder le diagnostic et pour identifier les populations cibles afin de minimiser les disparités dans l'obtention de ce diagnostic. Toutefois, les données probantes actuelles sont contradictoires ou non concluantes face à ces facteurs (Brian *et al.*, 2019; Van 't Hof *et al.*, 2021). L'ECSEJ (2019) soulève dans son rapport que des travaux de recherche sont nécessaires afin d'explorer ces facteurs (Brian *et al.*, 2019; Palmeter *et al.*, 2022; Van 't Hof *et al.*, 2021). Frenette *et al.* (2013) ajoutent qu'il existe peu de littérature sur les facteurs qui peuvent influencer l'âge au moment de l'obtention d'un diagnostic (AmD) du TSA. Pour ces raisons, il semble pertinent de se questionner sur ces facteurs d'influence.

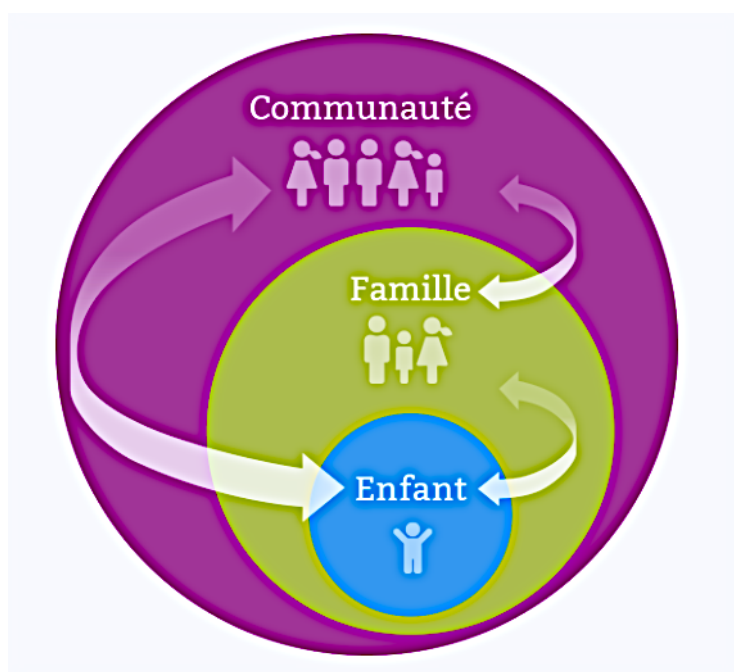
### **Cadre conceptuel**

Cet essai sera inspiré d'une adaptation de l'approche écosystémique de Bronfenbrenner. L'adaptation, réalisée en 2012 par Avenir d'enfants, priorise trois des six systèmes de l'approche écosystémique (Agirtôt, 2023). Le premier réfère à l'enfant, c'est-à-dire à toutes les dimensions de son développement (habiletés, forces et défis). Le deuxième réfère à la famille (parents, fratrie, grands-parents). Le troisième réfère à la communauté et à sa mise en place d'environnements (politiques, sociaux, culturels et physiques) favorables au bien-être de l'enfant et de sa famille. L'approche de Bronfenbrenner est utilisée dans le domaine psychosocial depuis plusieurs années (Agirtôt, 2023). Son adaptation met de l'avant l'interaction constante entre l'enfant, la famille et la communauté, ainsi que l'interinfluence qui est présente entre tous ces systèmes. Selon l'approche, le développement de l'enfant est au cœur des systèmes et il est influencé par l'environnement dans lequel il évolue. Ainsi, afin de favoriser le développement optimal de l'enfant, la prise en compte de ces deux autres systèmes s'avère essentielle. Dans

cette recension des écrits, l'approche écosystémique permettra d'identifier si certains facteurs liés à l'enfant, à la famille et à la communauté peuvent exercer une influence sur la précocité de l'AmD du TSA. La Figure 1 présente un schéma de l'adaptation de cette approche (Agirtôt, 2023).

**Figure 1**

*Schéma de l'adaptation de l'approche écosystémique de Bronfenbrenner (Agirtôt, 2023)*



### **Objectif**

L'objectif de ce travail de recherche vise à identifier quels sont les facteurs qui peuvent exercer une influence sur la précocité de l'âge auquel un enfant obtient son diagnostic du TSA. L'identification de ces facteurs sera effectuée à partir d'écrits scientifiques. Les facteurs ayant été identifiés comme pouvant exercer une influence sur la précocité de l'âge d'accès au diagnostic seront rapportés dans cet essai. Finalement, ces facteurs d'influence seront mis en lumière selon les trois systèmes de l'adaptation de l'approche écosystémique de Bronfenbrenner réalisée par Avenir d'enfants.

## Méthode

La section suivante présente les méthodes utilisées pour la recherche documentaire, la sélection des écrits, l'extraction des données et l'identification des principaux facteurs, en plus de décrire les études sélectionnées.

### Recherche documentaire

La recherche documentaire a été effectuée en ligne, avec le soutien d'une bibliothécaire en vue de recenser les écrits scientifiques permettant de répondre à l'objectif de cet essai. Elle a été réalisée entre les mois de mars et d'avril 2023, à partir du moteur de recherche Sofia de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La sélection des bases de données s'est faite en fonction de leur pertinence et de leur exhaustivité quant au sujet de recherche. Les quatre bases de données sélectionnées sont relatives à la psychoéducation et aux sciences de la santé, soit *Academic Search Complete*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Complete* (CINAHL), ERIC et PsycInfo. Les années 2013 à 2023 ont été ajoutées comme précision de dates de publication des articles. À l'effet de la recension des écrits, des mots-clés liés aux variables d'intérêt ont été identifiés et articulés entre eux. L'équation de recherche suivante s'est appliquée dans chacune des bases de données : « *(factor\* OR predictor\*) N10 (diagnosis OR detection OR identification OR screening)* » – AND « *Autis\** » OR « *autism spectrum disorder* » OR « *ASD* » – AND « *age of diagnosis* ». Afin d'assurer la pertinence, l'uniformité et la cohérence des publications scientifiques avec le sujet de recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis. Pour qu'un écrit soit retenu, il devait : contenir un échantillon d'enfants ayant au maximum six ans (72 mois) comme moyenne d'AmD du TSA; examiner au moins un facteur pouvant exercer une influence sur la précocité de l'AmD du TSA; être rédigé en anglais ou en français et provenir d'un pays occidental. Les articles issus de thèses, de mémoires, de rapports de recherche, de livres et de conférences ont été exclus.

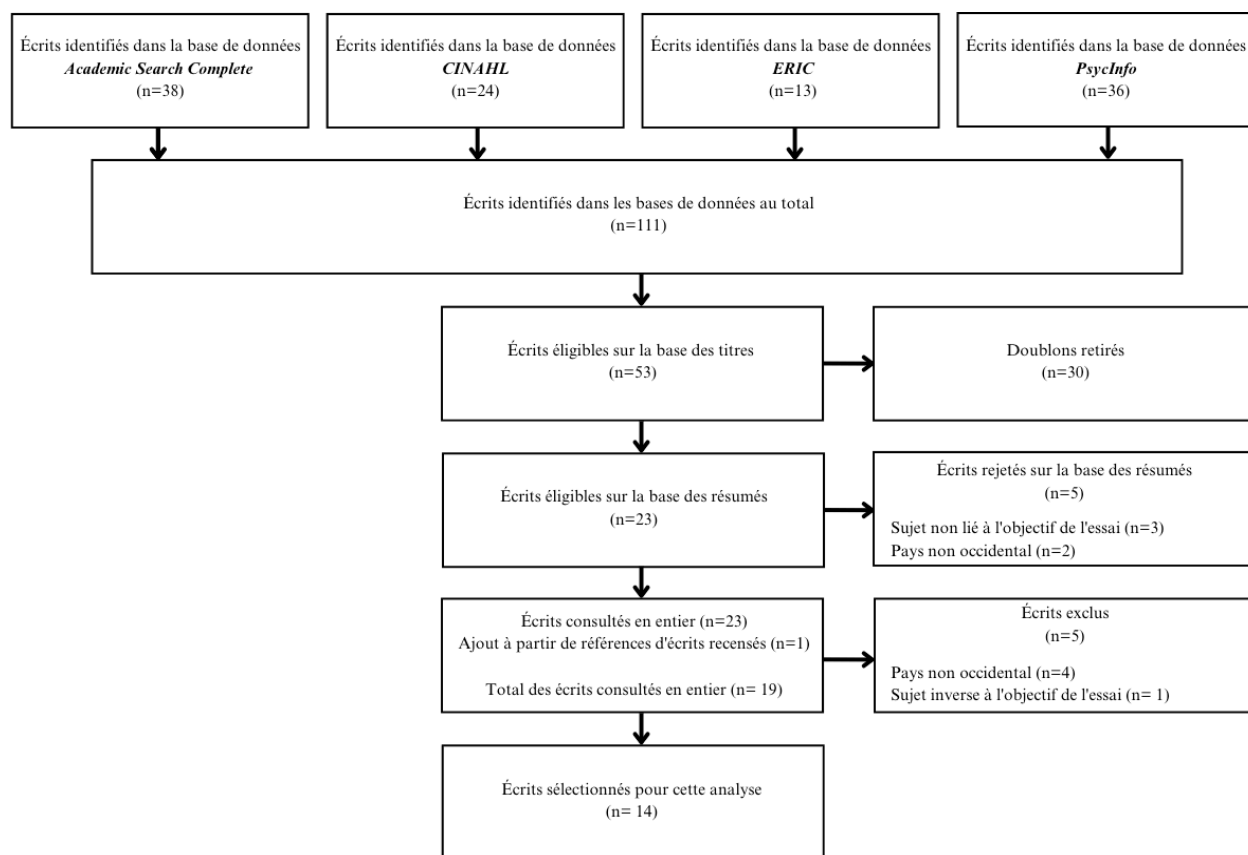
### Sélection des écrits

Un total de 111 écrits a été identifié, plus précisément 38 dans *Academic Search Complete*, 24 dans CINAHL, 13 dans ERIC et 36 dans PsycInfo. À la lecture des titres, 53 ont été

retenus pour l'évaluation de leur éligibilité. De ce total, 30 doublons ont été retirés et le résumé de 23 articles a été consulté. Dans le but de ne conserver que les publications pertinentes avec le sujet de recherche, et considérant les critères de sélection, 18 ont fait l'objet d'une lecture intégrale. Par l'entremise de la liste de références d'un de ces articles, un a été ajouté. À l'issue de ce processus, 14 articles ont été sélectionnés et seront inclus dans cette analyse critique des écrits. Certaines publications exclues lors de la recension et d'autres ajoutées à partir de listes de références seront utilisées dans la discussion, entre autres, à des fins d'appuis théoriques. La Figure 2 présente une synthèse de ce processus de sélection, en guise de représentation visuelle en utilisant le *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (Page et al., 2021).

**Figure 2**

*Synthèse des écrits identifiés, éligibles et sélectionnés*



### **Extraction des données et identification des principaux facteurs**

Deux autres lectures intégrales des écrits retenus ont été faites. L'une afin de dégager les caractéristiques principales des études, telles que : le nom des auteurs; l'année de publication; le pays d'origine; les objectifs visés; les caractéristiques de l'échantillon (nombre, sexe, moyenne de l'AmD); les méthodes utilisées (types de devis, tests standardisés, sondages, questionnaires et analyses); les dimensions évaluées et les appuis théoriques. Ces informations ont été classées dans des fiches de lecture. L'autre lecture a permis d'extraire tous les facteurs identifiés par les auteurs comme pouvant exercer une influence sur la précocité de l'AmD du TSA. Ces facteurs ont été ajoutés aux fiches de lecture, sous forme de tableau. Une fois cette étape terminée, une analyse approfondie des fiches de lecture s'est effectuée. D'une part pour regrouper les facteurs récurrents et similaires sous une même catégorie de facteur et d'une autre part pour relever les résultats convergeant et divergeant entre les auteurs. Les résultats ont été répartis selon 20 principaux facteurs, qui eux, ont été classés selon le système de l'adaptation de l'approche écosystémique de Bronfenbrenner auquel ils appartiennent.

### **Description des écrits**

Les 14 écrits sélectionnés fournissent des données sur les facteurs pouvant exercer une influence sur l'obtention d'un diagnostic précoce du TSA. Ils ont été réalisés entre 2013 et 2023. Ils proviennent de cinq pays occidentaux, soit des États-Unis (n= 7), du Canada (n= 3), du Royaume-Uni (n= 2), de la France (n= 1) et de la République tchèque (n=1). Les échantillons totaux comprennent entre 195 et 3 335 enfants. Ils sont majoritairement constitués de garçons, mais incluent tous des filles. Les moyennes d'AmD du TSA sont toutes de 72 mois et moins et se situent entre 28,00 et 69,66 mois. Un échantillon ne fait mention que de la médiane de l'AmD qui est de 55,50 mois. Les 14 écrits ont utilisé un devis quantitatif. Les méthodes utilisées par les auteurs afin d'étudier les facteurs pouvant exercer une influence sur la précocité de l'AmD du TSA sont les suivantes : des analyses de dossiers (n= 8), des tests standardisés (n= 8), des sondages (n= 3), des questionnaires (n= 5) et des formulaires (n= 2). Certains auteurs ont combiné deux ou plusieurs de ces méthodes. L'Appendice A présente une brève description de ces écrits.

## Résultats

Les principaux résultats soulevés par les auteurs quant aux facteurs pouvant exercer une influence sur l'obtention d'un diagnostic précoce du TSA sont présentés ci-dessous. Ils sont présentés selon le système de l'adaptation de l'approche écosystémique auquel ils appartiennent.

### L'enfant

Cette section permet d'identifier les facteurs liés aux dimensions du développement de l'enfant qui peuvent influencer la précocité de l'AmD du TSA.

#### *Développement intellectuel*

Ce facteur a été soulevé dans quatre des écrits retenus. À l'aide de tests standardisés mesurant le niveau intellectuel, les auteurs s'entendent tous pour dire que ce facteur exerce une influence sur la précocité de l'âge auquel l'enfant obtient son diagnostic du TSA. Trois auteurs (Harrop *et al.*, 2021; Rattaz *et al.*, 2022; Zwaigenbaum *et al.*, 2018) soutiennent que plus les capacités intellectuelles sont élevées, plus l'AmD est tardif et qu'un niveau intellectuel plus faible serait associé à un AmD plus tôt. À l'inverse, Bickel *et al.* (2015) affirment que c'est un quotient intellectuel (QI) plus élevé qui exerce une influence sur la précocité de l'AmD. Dans leur étude, le QI s'est avéré un fort prédicteur individuel de la précocité de l'AmD dans la cohorte d'enfants ayant reçu leur diagnostic à 36 mois ou avant.

#### *Caractéristiques du langage*

Près de la moitié des études ont abordé ce facteur (n= 6). La quasi-totalité d'entre elles (n= 5) affirme qu'il exerce une influence sur la précocité de l'AmD de l'enfant. Bickel *et al.* (2015) et Brett *et al.* (2016) rapportent que des capacités langagières plus basses, tant expressives que réceptives, sont liées à une précocité de l'AmD. Brett *et al.* (2016) documentent l'influence d'une régression du langage sur l'AmD, soulignant que sa présence devancerait l'obtention du diagnostic de 22,44 mois. De plus, leur étude démontre qu'un enfant verbal serait diagnostiqué 36,61 mois après un enfant non verbal et 27,74 mois après un enfant n'utilisant que des mots simples et/ou un langage écholalique. Ces derniers démontrent aussi que les enfants ayant reçu un

diagnostic du TSA avant l'âge de 3 ans présentent des symptômes plus sévères liés à la communication non verbale. Rattaz *et al.* (2022) ajoutent que l'AmD est plus précoce lorsque les premières inquiétudes parentales sont liées à des signes de trouble de communication non verbale chez leur enfant. Deux autres études (Rattaz *et al.*, 2022; Zwaigenbaum *et al.*, 2018) concluent que les capacités verbales plus élevées sont associées à un AmD plus tardif, d'autant plus chez les filles (Rattaz *et al.*, 2022). Zwaigenbaum *et al.* (2018) arrivent à cette conclusion puisque les enfants obtenant un score plus élevé dans une épreuve langagière se sont avérés avoir un AmD plus tardif. Puis, Rattaz *et al.* (2022) arrivent à la même conclusion avec la passation d'un instrument d'évaluation des comportements adaptatifs. Puis, McDonnell *et al.* (2021) ajoutent qu'un QI verbal plus élevé serait lié à un AmD plus tardif, d'autant plus chez les filles. Le QI verbal a été mesuré à l'aide d'un test cognitif standardisé. Une étude démontre que les caractéristiques du langage suivantes : l'âge auquel l'enfant dit ses premiers mots et l'âge auquel il dit ses premières phrases de trois mots et plus, n'exercent aucune influence sur la précocité de l'AmD (Harrop *et al.*, 2021).

### ***Niveau de soutien***

Rappelons que les difficultés liées au TSA se catégorisent selon trois niveaux d'aide (APA, 2015). Brett *et al.* (2016) sont les seuls à soulever ce facteur comme pouvant influencer l'âge de l'obtention du diagnostic. Plutôt que de parler de niveau d'aide, ces derniers utilisent les termes niveau de soutien. Leur étude démontre que plus le niveau de soutien augmente, plus l'AmD est précoce. Un enfant ayant besoin du troisième niveau de soutien serait diagnostiqué 22,48 mois plus tôt que celui ayant besoin du premier niveau de soutien.

### ***Sévérité des symptômes***

Les deux études ayant abordé ce facteur arrivent à deux constats différents. Le premier constat est qu'une sévérité de symptômes plus grande serait associée à un AmD plus précoce, et ce, mesurée par un outil diagnostique de l'autisme (Rattaz *et al.*, 2022). L'étude de Rattaz *et al.* (2022) montre que les enfants ayant reçu un diagnostic avant l'âge de 3 ans présentent une plus grande sévérité de symptômes que ceux l'ayant reçu au-delà de cet âge. Le dernier constat



indique qu'une sévérité de symptômes modérée exerce une plus grande influence sur la précocité de l'AmD qu'une sévérité de symptômes sévère ou légère (Emerson *et al.*, 2016). Pour ce dernier constat, la sévérité des symptômes fut rapportée par les parents de l'enfant.

### ***Domaines de la communication sociale et des modes de comportements restreints et répétitifs***

Rattaz *et al.* (2022) et Zwaigenbaum *et al.* (2018) s'entendent sur l'influence exercée par ces deux domaines sur l'AmD. Pour le domaine de la communication sociale (A), ces deux auteurs s'entendent sur le fait qu'il n'exerce pas d'influence sur l'AmD. Pour le domaine des modes de comportements restreints et répétitifs (B), les résultats montrent que plus la gravité des symptômes y est élevée, plus l'AmD est tardif (Zwaigenbaum *et al.*, 2018). Les résultats démontrent aussi que plus l'enfant vieillit, plus la présence de comportements stéréotypés augmente, menant à un AmD plus tardif (Rattaz *et al.*, 2022). L'étude de Rattaz *et al.* (2022) ajoute que les enfants ayant reçu un diagnostic avant l'âge de 3 ans avaient significativement moins de comportements stéréotypés. Des résultats opposés sont démontrés dans l'étude de Hrdlicka *et al.* (2023) qui suggère qu'une plus grande sévérité de symptômes dans le domaine A et dans le domaine B serait associée à un AmD plus précoce.

### ***Types de diagnostic du TSA***

Deux études concluent que le diagnostic d'autisme est posé plus précocement que le diagnostic d'Asperger (Brett *et al.*, 2016; Petrou *et al.*, 2018). Toutefois, l'étude de Petrou *et al.* (2018) démontre que cela s'est avéré n'être significatif que pour les garçons ayant un reçu un diagnostic à 60 mois ou plus. Brett *et al.* (2016) ajoutent que le diagnostic d'Asperger est le type de diagnostic étant posé le plus tardivement.

### ***Problématiques associées***

Ce facteur est étudié dans un écrit scientifique. Selon Petrou *et al.* (2018) et à l'aide des propos rapportés par les parents dans un questionnaire, un diagnostic plus précoce serait posé chez les garçons et les filles ayant des problèmes liés à la propreté et ayant un tempérament

difficile. Ils ajoutent que chez les garçons, la précocité de leur diagnostic serait plus élevée lorsqu'ils présentent des problèmes liés à l'alimentation.

### ***Sexe***

Plus de la moitié des études ont évalué ce facteur (n= 9). Quatre démontrent que le sexe masculin est associé à un AmD plus précoce (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016; Harrop *et al.*, 2021; McDonnell *et al.*, 2021; Petrou *et al.*, 2018). Les études d'Harrop *et al.* (2021) et de McDonnell *et al.* (2021) ajoutent que le sexe féminin serait diagnostiqué entre 12,00 et 20,19 mois plus tard. L'étude de Petrou *et al.* (2018) apporte une légère distinction en démontrant que les personnes appartenant au sexe féminin ayant été diagnostiquées après 5 ans auraient reçu leur diagnostic 10,90 mois après celles de sexe masculin. Deux études soutiennent que le sexe est un faible prédicteur de l'AmD. D'un côté, celle de Brett *et al.* (2016) démontre que le sexe masculin obtenait un diagnostic 4,78 mois plus tôt et, d'un autre côté, celle de Frenette *et al.* (2013) démontre qu'il l'obtenait 2 mois plus tôt. Finalement, trois autres études affirment que le sexe n'exerce pas d'influence sur l'AmD (Bickel *et al.*, 2015; Rattaz *et al.*, 2022; Zwaigenbaum *et al.*, 2018).

### ***Origine culturelle***

L'origine culturelle de l'enfant et celle des parents seront abordées conjointement. La majorité des études ayant analysé ce facteur (n= 3) mentionnent qu'il n'existe pas de lien entre l'AmD et l'origine culturelle des enfants ou des parents (Adelman et Kubiszyn, 2017; Harrop *et al.*, 2021; McDonnell *et al.*, 2021; Zwaigenbaum *et al.*, 2018). Dans les études de McDonnell *et al.* (2021) et de Zwaigenbaum *et al.* (2018), l'origine culturelle des parents est incluse de façon plus large dans les facteurs sociodémographiques. À l'opposé, deux études démontrent qu'un lien existe. Emerson *et al.* (2016) exposent qu'un enfant afro-américain, hispanique ou de tout autre minorité ethnique est diagnostiqué, en moyenne, plus tôt qu'un enfant caucasien. Darcy-Mahoney *et al.* (2016) démontrent une légère influence puisque les enfants de mères afro-américaines ou d'autres minorités culturelles auraient une plus grande probabilité d'être diagnostiqués plus rapidement que ceux de mères caucasiennes, soit entre quatre et cinq mois plus tôt.

### ***Diagnostic de déficience intellectuelle (DI)***

Les auteurs (n= 4) ne s'entendent pas sur l'influence d'un diagnostic de DI sur l'AmD de l'enfant. L'étude de Frenette *et al.* (2013) démontre qu'un enfant ayant une DI est diagnostiqué 13 mois plus tard qu'un enfant n'ayant pas de DI. À l'inverse, deux recherches concluent que la présence d'une DI est associée à un AmD plus précoce (Rattaz *et al.*, 2022), soit de 10,63 mois plus tôt (Brett *et al.*, 2016). La recherche de Petrou *et al.* (2018) affirme que ce diagnostic n'exerce pas d'influence sur l'AmD lorsqu'un garçon présente une DI. Toutefois, ils ajoutent que ce diagnostic exerce une légère influence sur l'AmD des filles. Celles présentant une DI sont diagnostiquées 12,5 mois plus tôt.

### **La famille**

Cette section identifie les facteurs liés à la fratrie, aux parents et aux grands-parents de l'enfant pouvant influencer l'obtention d'un diagnostic précoce du TSA.

### ***Fratrie***

Cinq recherches se sont penchées sur l'influence que peuvent exercer les caractéristiques de la fratrie sur l'AmD du TSA. Quatre l'ont évaluée en fonction du rang de naissance de l'enfant dans sa fratrie et elles arrivent à la même conclusion. Bickel *et al.* (2015) disent qu'avoir une naissance plus tardive influence la précocité de l'AmD. Emerson *et al.* (2016) mentionnent que c'est le fait d'être un frère ou une sœur plus jeune qui exerce cette influence. Sicherman *et al.* (2018) évoquent que lorsqu'il y a la présence d'une fratrie, le fait d'être le plus jeune réduit l'AmD d'environ 10 mois. Ils apportent une nuance en affirmant que les enfants uniques seraient diagnostiqués entre six et huit mois plus tôt que ceux ayant une fratrie. Cela concorde avec l'étude de Bickel *et al.* (2015) qui rapporte que lorsqu'il y a moins d'enfants dans la maison l'AmD serait plus précoce. Puis, la recherche de Frenette *et al.* (2013) démontre que les enfants nés en premier dans la fratrie ont un AmD significativement plus élevé. Quatre autres recherches l'ont évaluée en fonction de la présence d'un diagnostic du TSA dans la fratrie et elles ne s'entendent pas. La moitié, arrive à la conclusion qu'avoir un frère ou une sœur ayant un TSA est associé à l'obtention d'un diagnostic du TSA plus précoce (Adelman et Kubiszyn, 2017; Bickel

*et al.*, 2015). Pour Bickel *et al.* (2015), cette association est plus significative dans la cohorte d'enfants ayant reçu un diagnostic à 36 mois ou moins. Puis, l'autre moitié ne conclut à aucune association significative (Brett *et al.*, 2016; Rattaz *et al.*, 2022).

### ***Parents***

Les facteurs suivants sont liés aux caractéristiques des parents de l'enfant.

**Âge.** Quatre publications abordent l'influence de l'âge des parents sur la précocité de l'AmD. Trois l'abordent en lien avec l'âge maternel et une traite de l'âge paternel. La majorité de ces publications concluent que l'âge de la mère ou du père influence la précocité de l'AmD de leur enfant. Darcy-Mahoney *et al.* (2016) démontrent que la probabilité de recevoir un diagnostic du TSA à un plus jeune âge est plus élevée lorsque les mères sont plus âgées. Une deuxième publication évoque que chaque année supplémentaire dans l'âge de la mère est associée à une diminution de 0,06 an dans l'AmD de l'enfant (Frenette *et al.*, 2013). Les résultats d'une autre publication mentionnent que l'AmD moyen est plus bas lorsque les pères sont âgés de 29 ans ou plus, au moment de la naissance de leur enfant (Hrdlicka *et al.*, 2023). Seule la publication de Bickel *et al.* (2015) affirme que l'âge de la mère n'aurait pas d'influence sur l'AmD du TSA.

**Niveau d'éducation.** La moitié des études ont évalué ce facteur (n= 7). Certaines parlent du niveau d'éducation maternel, d'autres du niveau d'éducation paternel et plusieurs du niveau d'éducation parental. Deux études affirment qu'un niveau d'éducation maternel élevé est un prédicteur significatif de la précocité de l'AmD de l'enfant (Bickel *et al.*, 2015; Hrdlicka *et al.*, 2023). Hrdlicka *et al.* (2023) ajoutent que les enfants sont diagnostiqués plus tard lorsque leur mère détient une éducation de niveau primaire. À l'inverse, six études concluent que le niveau d'éducation maternel (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016), paternel (Hrdlicka *et al.*, 2023) et parental (Adelman et Kubiszyn, 2017; Emerson *et al.*, 2016; McDonnell *et al.*, 2021; Zwaigenbaum *et al.*, 2018) n'exerce pas d'incidence sur l'AmD du TSA. À noter que les études de McDonnell *et al.* (2021) et de Zwaigenbaum *et al.* (2018) évaluent le niveau d'éducation des parents dans une catégorie qui inclut ces autres facteurs sociodémographiques : l'origine culturelle et le revenu

familial pour McDonnell *et al.* (2021), ainsi que le statut matrimonial, ajouté par Zwaigenbaum *et al.* (2018).

**Revenu familial.** La définition de ce facteur varie selon les auteurs. Certains parlent spécifiquement du revenu familial (n= 3), d'autres l'incluent dans des facteurs sociodémographiques (n= 2) et deux réfèrent au statut socioéconomique (SSE) (n= 2). Trois articles parlent précisément du revenu familial dans leur étude. À l'aide du pourcentage du seuil de pauvreté fédéral des États-Unis, un article démontre qu'il y a plus d'enfants pauvres que d'enfants riches qui ont reçu un diagnostic tardif (Emerson *et al.*, 2016). Dans le même sens, un article démontre qu'un revenu familial plus élevé pourrait être associé à un AmD plus précoce (Hrdlicka *et al.*, 2023). Cette fois, le revenu a été mesuré à partir des définitions juridiques de l'État tchèque en vigueur lors du début de l'étude. Ce résultat n'est en revanche pas statistiquement significatif. Le dernier article ne montre aucune association entre le revenu familial et l'AmD de l'enfant (Adelman et Kubiszyn, 2017). Cette conclusion découle du revenu annuel des parents. À l'aide de la passation de questionnaires aux parents, les études de McDonnell *et al.* (2021) et de Zwaigenbaum *et al.* (2018) ne démontrent aucun lien significatif entre le revenu familial et l'AmD de l'enfant. Tel que préalablement mentionné, ces auteurs évaluent le revenu familial dans une catégorie qui inclut d'autres facteurs sociodémographiques. Finalement, deux études parlent du SSE de façon plus large. Elles mentionnent que lorsque l'enfant vit dans une famille ayant un SSE plus faible, le diagnostic du TSA est donné plus tôt. Dans leur étude, Brett *et al.* (2016) calculent le SSE selon l'indice de défavorisation de Townsend, qui lui, mesure le score de privation (c'est-à-dire le fait de ne pas avoir de voiture, de ne pas être propriétaire d'un logement, d'être sur le chômage et de vivre dans un ménage surpeuplé). Leur étude montre que les enfants ayant été diagnostiqués avant 60 mois font partie d'une famille ayant un SSE plus faible. L'étude de Rattaz *et al.* (2022) calcule le SSE selon les expériences professionnelles des parents. Ces auteurs démontrent que plus de parents avec un SSE élevé sont présents dans le groupe d'enfants ayant été diagnostiqués après 7 ans. Selon cette étude, les enfants qui vivent dans une famille ayant un faible SSE ont un AmD plus précoce que ceux qui vivent dans une famille ayant un SSE plus élevé.

**Statut matrimonial.** Trois des études retenues se sont penchées sur le statut matrimonial des parents, alors que deux se sont penchées uniquement sur celui de la mère. Deux études affirment que l'AmD de l'enfant est plus précoce lorsque les parents habitent ensemble (Hrdlicka *et al.*, 2023; Kalb *et al.*, 2021). L'étude de Kalb *et al.* (2021) enrichit en disant que lorsqu'ils habitent ensemble, le diagnostic serait posé 1,4 an plus tôt. Contrairement à deux autres études qui ne démontrent aucun lien entre l'AmD et le statut matrimonial des parents (Zwaigenbaum *et al.*, 2018) ou de la mère (Frenette *et al.*, 2013). Concernant celle de Zwaigenbaum *et al.* (2018), le statut matrimonial s'inclut, de façon plus large, dans les facteurs sociodémographiques. La dernière étude abordant ce facteur démontre une influence significative du statut matrimonial de la mère sur l'AmD de son enfant (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016). Plus précisément, les enfants de mères mariées seraient diagnostiqués 10 mois plus tôt que ceux de mères divorcées ou veuves.

**Première inquiétude parentale.** Une étude démontre que plus l'enfant est jeune lorsque les parents observent leurs premières inquiétudes développementales, plus son diagnostic est donné tôt dans sa vie (Harrop *et al.*, 2021). Elle mentionne aussi que les inquiétudes semblent s'observer 18 mois plus tard chez les filles que chez les garçons.

### ***Grands-parents***

Une seule publication scientifique parle des grands-parents (Sicherman *et al.*, 2018). Dans cette dernière, les auteurs soulèvent que la fréquence des contacts entre l'enfant et ses grands-parents peut accélérer l'obtention du diagnostic du TSA. Selon eux, la fréquence doit être d'au minimum une fois par semaine pour qu'il y ait influence. Ils ajoutent que ce sont les contacts avec les grands-mères qui s'avèrent avoir l'effet le plus significatif, soit l'obtention d'un diagnostic plus tôt de 5,18 mois. Les contacts avec les grands-pères diminueraient, quant à eux, l'AmD de 3,78 mois.

### ***Présence d'un diagnostic du TSA dans la famille***

Trois recherches abordent ce facteur et elles arrivent toutes à la même conclusion, soit qu'aucun effet significatif n'est présent entre l'AmD de l'enfant et la présence du TSA chez un

membre de la famille, excluant la fratrie (Bickel *et al.*, 2015; Brett *et al.*, 2016; Rattaz *et al.*, 2022). La recherche de Brett *et al.* (2016) ajoute une distinction quant à la présence de traits autistiques chez les proches de l'enfant. Selon eux, lorsqu'il y en a, l'enfant obtient son diagnostic 8,65 mois plus tôt. Toutefois, ils mentionnent que cela ne prédit pas de manière significative l'AmD de l'enfant.

### **La communauté**

Cette section identifie les facteurs liés aux environnements de l'enfant pouvant influencer l'obtention d'un diagnostic précoce du TSA.

#### ***Pratiques des médecins lors de l'évaluation diagnostique***

Seul l'article d'Adelman et Kubiszyn (2017) porte sur ce facteur. Les auteurs mentionnent que deux des pratiques des pédiatres peuvent devancer l'AmD du TSA. D'une part, leur étude démontre que les enfants ont été diagnostiqués plus tôt lorsque le pédiatre a effectué un dépistage approfondi, en réponse aux inquiétudes des parents. D'une autre part, elle montre que le diagnostic a été plus précoce lorsque le pédiatre a référé l'enfant à risque de présenter un TSA vers des activités d'interventions précoces.

#### ***Cohorte de naissances***

Aux États-Unis, deux recherches concluent à la diminution de la moyenne de l'AmD depuis quelques années. Adelman et Kubiszyn (2017) montrent une association entre les enfants les plus jeunes de leur échantillon et un AmD plus précoce. Emerson *et al.* (2016) affirment que les enfants nés en 2006 ou plus tard ont un AmD plus précoce de 35 mois que ceux nés entre 1994 et 2005.

L'Appendice B présente des informations complémentaires aux résultats, telles que : les tests standardisés utilisés par les auteurs, ainsi que les seuils de signification (valeurs de  $p$ .) de chacun des facteurs évoqués par les auteurs comme exerçant une influence précoce sur l'AmD du TSA.

## **Discussion**

L'importance de la précocité de l'AmD du TSA a été reconnue par tous les articles retenus. Cet essai avait pour objectif de répertorier les facteurs pouvant exercer une influence sur la précocité de l'AmD. De ces facteurs, certains font consensus au sein des auteurs, alors que d'autres non. Ils seront donc discutés en fonction des systèmes auxquels ils appartiennent. D'ailleurs, il est possible de constater que plusieurs facteurs se rapportant à l'enfant et à sa famille sont identifiés dans les articles, alors que peu se rapportant à la communauté le sont.

### **Facteurs sur lesquels il existe un consensus**

Les paragraphes suivants aborderont les facteurs qui font consensus au sein des auteurs.

#### ***L'enfant***

Certaines dimensions du développement pouvant être présentes chez les enfants ayant un TSA peuvent avoir un impact important sur le fonctionnement et l'équilibre de la famille. En effet, ces caractéristiques peuvent compliquer les tâches des parents (Poirier et Des Rivières-Pigeon, 2013). De ce fait, ils iront probablement plus rapidement consulter un professionnel de la santé, qui lui, pourra diagnostiquer le TSA chez l'enfant. Cette consultation plus rapide peut ainsi accélérer l'obtention du diagnostic. Cela peut probablement expliquer, en partie, que les dimensions du développement qui seront mentionnées ci-dessous exercent une influence sur la précocité de l'AmD.

Brett *et al.* (2016), rapportent que les enfants sont diagnostiqués plus tôt, plus le niveau de soutien augmente. Le plus haut niveau de soutien réfère au niveau d'aide trois détaillé dans le DSM-5. L'enfant présentant un niveau d'aide trois manifeste une sévérité de symptômes élevée qui altère de façon marquée son fonctionnement sur l'ensemble des domaines (APA, 2015). Cette influence d'une sévérité de symptômes élevée sur un AmD plus précoce a d'ailleurs été mis de l'avant par Rattaz *et al.* (2022). Cependant, Emerson *et al.* (2016) apportent une nuance, soit que la précocité de l'AmD pourrait plutôt être liée à une sévérité de symptômes modérée. Précisons que, dans l'étude de Rattaz *et al.* (2022), la sévérité des symptômes est évaluée à l'aide



d'instruments de mesure standardisés tandis que pour l'étude d'Emerson *et al.* (2016), il s'agit de perceptions rapportées par les parents. De plus, certains auteurs affirment qu'une plus grande sévérité de symptômes augmente le niveau de stress des parents (Bonis, 2016; Hayes et Watson, 2013), puisqu'ils auront plus de difficulté à octroyer des soins à leur enfant. En effet, cela peut les pousser à une consultation professionnelle plus rapide, et donc, à un diagnostic plus précoce.

Ensuite, les problèmes de propreté et d'alimentation, ainsi que les difficultés sur le plan du tempérament exerceraient une influence sur la précocité de l'AmD (Petrou *et al.*, 2018). Cela n'est pas surprenant puisqu'ils sont fréquemment présents chez les enfants présentant un TSA (Émond, 2018; Levato *et al.*, 2016 et Mrad *et al.*, 2018, cités dans Plourde, 2020). Ces problèmes, peuvent ainsi pousser les parents à consulter plus rapidement.

Finalement, certaines caractéristiques du langage exerceraient une influence sur l'AmD, alors que d'autres non. D'abord, l'âge auquel l'enfant dit ses premiers mots, de même que ses premières phrases de trois mots et plus sont des caractéristiques qui n'exercent pas d'influence sur l'AmD (Harrop *et al.*, 2021). À l'inverse, de plus faibles capacités langagières, dont la présence de régression du langage, de signes de troubles de communication non verbale et d'un QI verbal plus bas sont des caractéristiques associées à un AmD plus précoce (Bickel *et al.*, 2015; Brett *et al.*, 2016; McDonnell *et al.*, 2021; Rattaz *et al.*, 2022; Zwaigenbaum *et al.*, 2018). Les lignes directrices des guides de pratiques du TSA des différents pays recommandent d'ailleurs de référer les enfants âgés de 2 ans présentant des retards de langage et/ou une régression du langage vers des spécialistes, qui eux, pourront effectuer plus de tests afin de bien diagnostiquer l'enfant (Barbaresi *et al.*, 2006, cités dans Emerson *et al.*, 2016). Avant l'âge de 2 ans, la régression du langage se présente chez le quart des enfants TSA (Barger *et al.*, 2013, cités dans Gagnon, 2020), ce qui fait d'elle un indice important dans le diagnostic du TSA (Lord *et al.*, 2004 et Luyster *et al.*, 2005, cités dans Gagnon, 2020). C'est d'ailleurs ce qui peut expliquer que sa présence exerce une influence sur la précocité de l'AmD. Parallèlement, l'absence de contact visuel, d'attention conjointe et de pointage sont des indices de la présence d'un possible trouble de communication non verbale et peuvent s'observer tôt dans le développement de l'enfant (Becerra-Culqui *et al.*,

2018, cités dans Rattaz *et al.*, 2022). La présence de ces indices peut ainsi amener les parents à se tourner vers un professionnel qui pourra donner ou non un diagnostic.

### ***La famille***

Voici quelques caractéristiques liées à la famille de l'enfant qui peuvent exercer une influence sur la diminution de l'AmD.

Premièrement, la présence d'une fratrie plus vieille diminuerait l'AmD (Bickel *et al.*, 2015; Emerson *et al.*, 2016; Frenette *et al.*, 2013; Sicherman *et al.*, 2018). Une explication possible est que les parents peuvent comparer le développement de l'enfant à celui de sa fratrie. Ainsi, ils peuvent identifier plus rapidement les problèmes pouvant être présents dans son développement (Bickel *et al.*, 2015; Sicherman *et al.*, 2018). Deuxièmement, l'AmD est aussi plus précoce lorsque la fratrie est moins nombreuse (Bickel *et al.*, 2015) pouvant s'expliquer par le fait que l'enfant peut recevoir une plus grande quantité d'attention de la part de ses parents. Les parents pourront ainsi plus rapidement détecter les problèmes développementaux (Sicherman *et al.*, 2018). Ensuite, l'étude de Sicherman *et al.* (2018) suggère aussi que l'AmD est plus précoce chez certains enfants uniques. Ils expliquent cela par le fait que les parents octroient plus d'attention à l'enfant unique, et que, puisqu'ils n'ont pas d'autres enfants comme référence, ils peuvent être plus rapidement inquiets quant aux problèmes pouvant survenir dans le développement de leur enfant.

De plus, bien que la présence du TSA chez les proches de l'enfant, excluant la fratrie, n'exerce pas d'influence sur l'AmD (Bickel *et al.*, 2015; Brett *et al.*, 2016; Rattaz *et al.*, 2022), l'étude de Brett *et al.* (2016) souligne que la présence de traits autistiques chez ceux-ci peut réduire l'AmD. Les traits autistiques sont des comportements similaires ou plus légers à ceux observés dans le TSA. Il est donc pertinent de les considérer dans les caractéristiques du milieu familial pouvant diminuer l'AmD.

Enfin, les parents et les grands-parents attentifs au développement de l'enfant peuvent exercer un rôle important dans la diminution de l'AmD. À vrai dire, plus l'enfant est jeune lors des premières préoccupations parentales, plus son AmD est précoce (Harrop *et al.*, 2021). Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que plus le parent a tendance à consulter rapidement à la suite de ses premières inquiétudes, plus l'enfant sera pris en charge rapidement par une équipe, et donc, il obtiendra son diagnostic plus tôt. Puis, les contacts avec les grands-parents, principalement les grands-mères, à raison d'au minimum une fois par semaine permettraient de diminuer l'AmD du TSA d'un enfant (Sicherman *et al.*, 2018). Les auteurs expliquent cela par le fait que les grands-parents, ayant eux-mêmes eu des enfants, ont de l'expérience quant au développement de l'enfant. Ainsi, ils sont dans une bonne position afin de conseiller les parents lorsqu'ils perçoivent des lacunes dans le développement de leur petit-enfant. Ces conseils permettent aux parents d'aller consulter plus rapidement, et conséquemment, cela accélère l'obtention du diagnostic du TSA.

### ***La communauté***

D'abord, deux pratiques des pédiatres, issues des lignes directrices des guides de pratiques du TSA exercent une influence sur la précocité de l'AmD du TSA (Adelman et Kubiszyn, 2017). La première pratique réfère au dépistage approfondi qui aurait une influence sur l'AmD. Ceci peut s'expliquer par le fait que plus le pédiatre réalise un examen approfondi de l'enfant, plus il est en mesure de bien cerner ses défis. Pour ce faire, il peut avoir recours à des tests standardisés qui l'aideront à confirmer ou infirmer le diagnostic. La deuxième pratique concerne la référence vers des activités d'interventions précoces. Yingling *et al.* (2019) ajoutent qu'une meilleure coordination entre les services d'activités d'interventions précoces et de dépistage pourrait expliquer un AmD plus précoce.

Puis, deux études montrent que l'AmD moyen a diminué dans les dernières années aux États-Unis (Adelman et Kubiszyn, 2017; Emerson *et al.*, 2016). Emerson *et al.* (2016) soulèvent que les dernières lignes directrices des guides de pratiques en matière de TSA qui visent l'amélioration du dépistage et du diagnostic peuvent expliquer, en partie, cette diminution. Les

campagnes visant l'augmentation de la sensibilisation des parents et des médecins face au TSA peuvent aussi y avoir contribué (Fountain *et al.*, 2011 et Hertz-Picciotto et Delwiche 2009, cités dans Emerson *et al.*, 2016).

### **Facteurs ne faisant pas consensus au sein des auteurs**

Les paragraphes suivants porteront sur les facteurs dont l'influence sur la diminution de l'AmD ne fait pas consensus au sein des auteurs. Il demeure toutefois pertinent de les garder en tête afin d'optimiser les chances que le diagnostic soit posé le plus tôt possible et afin qu'ils soient davantage étudiés par les chercheurs.

#### ***L'enfant***

D'abord, un niveau intellectuel plus faible diminuerait l'AmD de l'enfant (Harrop *et al.*, 2021; Rattaz *et al.*, 2022; Zwaigenbaum *et al.*, 2018). Cela peut s'expliquer par le fait qu'un plus faible niveau cognitif altère davantage le niveau de fonctionnement de l'enfant, et donc, peut inquiéter davantage les parents, qui iront plus rapidement consulter. Cependant, Bickel *et al.* (2015) affirment l'inverse, soit qu'un QI plus élevé exerce une influence sur la précocité de l'AmD. Or, ces derniers soulignent que ce résultat présente un haut risque de biais puisqu'il a été évalué uniquement dans une cohorte d'enfants ayant été diagnostiqués avant ou à l'âge de 3 ans.

Afin de favoriser un diagnostic le plus précoce possible, il appert pertinent d'être particulièrement attentif aux symptômes liés au domaine de la communication sociale. Les résultats de l'étude de Hrdlicka *et al.* (2023) soutiennent que l'AmD est plus précoce lorsque les symptômes touchant la communication sociale sont plus élevés. Ces résultats sont appuyés par plusieurs autres études, dont trois citées dans Rattaz *et al.* (2022) (Becerra-Culqui *et al.*, 2018; Goodwin *et al.*, 2017; Mishaal *et al.*, 2014). À l'inverse, ce domaine n'exerce pas d'influence selon Rattaz *et al.* (2022) et Zwaigenbaum *et al.* (2018). En ce qui concerne les modes de comportements restreints et répétitifs, Hrdlicka *et al.* (2023) affirment que la présence d'une plus grande sévérité de symptômes serait associée à un AmD plus précoce. À l'inverse, les résultats de Rattaz *et al.* (2022) et Zwaigenbaum *et al.* (2018) démontrent que les comportements

restreints et répétitifs tendent à apparaître après l'âge de 3 ans et que leur gravité augmente en même temps que l'âge de l'enfant, ce qui concorde avec d'autres études citées dans Sichertman *et al.* (2021) (Filipek *et al.*, 1999; Guthrie *et al.*, 2013; Klein *et al.*, 1999; Lord, 1995) et Rattaz *et al.* (2022) (MacDonald *et al.*, 2007; Mishaal *et al.*, 2014; Mooney *et al.*, 2006; Watt *et al.*, 2008). Par ailleurs, le fait que les auteurs n'aient pas utilisé les mêmes instruments de mesure pour évaluer ces deux domaines du TSA peut influencer les résultats rapportés.

D'un côté, les résultats démontrent que les enfants de sexe masculin sont diagnostiqués plus tôt (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016; Harrop *et al.*, 2021; McDonnell *et al.*, 2021; Petrou *et al.*, 2018), alors que de l'autre ils montrent qu'il n'exerce pas ou peu d'influence sur l'AmD (Bickel *et al.*, 2015; Brett *et al.*, 2016; Frenette *et al.*, 2013; Rattaz *et al.*, 2022; Zwaigenbaum *et al.*, 2018). Cette contradiction peut s'expliquer par le fait que les symptômes du TSA peuvent se traduire différemment chez les garçons et les filles. Par exemple, il a été démontré que les symptômes du sexe féminin sont plus subtils et davantage camouflés (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016; Halladay *et al.*, 2015, cités dans McDonnell *et al.*, 2021). Par conséquent, le sexe féminin est sous-diagnostiqué (Loomes *et al.*, 2017, cités dans McDonnell *et al.*, 2021), et donc, moins présent dans les échantillons des études, pouvant ainsi biaiser les résultats. Il semble ainsi essentiel d'être plus attentif aux différences présentes dans les profils cliniques et de développer une meilleure expertise de ceux-ci.

L'origine culturelle de l'enfant et celle des parents seront discutés conjointement. Dans cet essai, certaines études montrent que l'origine culturelle n'exerce pas d'influence sur l'AmD (Adelman et Kubiszyn, 2017; Harrop *et al.*, 2021; McDonnell *et al.*, 2021; Zwaigenbaum *et al.*, 2018). McDonnell *et al.* (2021) expliquent cela par le peu de disparité culturelle présente au sein du système de santé canadien. Emerson *et al.* (2016) et Darcy-Mahoney *et al.* (2016) affirment quant à eux que les enfants, dont les parents ou eux-mêmes sont d'origine afro-américaine, hispanique ou de toutes autres minorités culturelles, sont diagnostiqués plus tôt. À l'inverse, d'autres études montrent qu'ils sont diagnostiqués plus tard (Foutain *et al.*, 2011, Shattuck *et al.*, 2009 et Wiggins *et al.*, 2006, cités dans Darcy-Mahoney *et al.*, 2016; Valicenti-McDermott *et al.*,

2012, cités dans Loubersac *et al.*, 2021; Mandell *et al.*, 2002, Mandell *et al.*, 2010 et Rosenberg *et al.*, 2011, cités dans Daniels et Mandell, 2014). Ces contradictions peuvent s'expliquer par les caractéristiques liées aux normes culturelles. Le caractère typique ou atypique de certains comportements peut différer en fonction de la culture puisqu'ils dépendent des contextes sociaux qui les entourent (Norbury et Spark, 2013, cités dans Darcy-Mahoney *et al.*, 2016). Ainsi, ni les inquiétudes parentales ni les diagnostics ne seront émis au même moment (Bernier *et al.*, 2010, cités dans Darcy-Mahoney *et al.*, 2016). L'absence de contact visuel, un symptôme du TSA, vue comme une forme de respect dans certaines cultures asiatiques (Bernier *et al.*, 2010, cités dans Darcy-Mahoney *et al.*, 2016) ou la présence de plus de phénotypes du TSA, tels que l'explosion émotionnelle et l'altération du langage expressif chez les enfants de minorité ethnique en sont des bons exemples. Considérant ces différences d'origine culturelle, il semble important de bien les connaître et de connaître les normes culturelles les entourant. Cela pourrait aider à repérer plus rapidement les signes du TSA chez l'enfant de culture différente.

Certains auteurs affirment qu'un diagnostic de DI exerce une influence sur la précocité de l'AmD du TSA (Brett *et al.*, 2016; Rattaz *et al.*, 2022). Ces résultats peuvent s'expliquer puisque la DI se caractérise, entre autres, par une limitation significative du fonctionnement intellectuel (APA, 2015) signifiant que les personnes présentent un niveau intellectuel plus faible. Les résultats présentés dans le facteur du développement intellectuel faisaient mention que les enfants ayant un niveau intellectuel plus bas obtenaient un diagnostic plus tôt. Par conséquent, c'est ce qui peut aussi expliquer que la DI peut exercer une influence sur la précocité de l'AmD. À l'inverse, d'autres auteurs mentionnent qu'une DI retarde le diagnostic du TSA (Frenette *et al.*, 2013). Il est possible que les symptômes associés à la DI soient prédominants et que ceux du TSA s'observent plus tard dans le développement de l'enfant, ce qui retardera le diagnostic du TSA. D'autres auteurs disent que la DI n'exerce pas d'influence sur l'AmD (Petrou *et al.*, 2018). Avant de donner un diagnostic du TSA, le professionnel doit s'assurer que les symptômes de l'enfant ne s'expliquent pas mieux par ceux de la DI. Ainsi, le fait que le diagnostic de la DI soit évalué sensiblement au même moment que celui du TSA, peut expliquer ces derniers résultats. Néanmoins, l'influence de ce facteur mérite d'être davantage étudié par les chercheurs.

Puis, les auteurs s'entendent sur le fait que les enfants ayant reçu un diagnostic d'autisme sont diagnostiqués plus tôt que ceux ayant reçu un diagnostic d'Asperger (Brett *et al.*, 2016; Petrou *et al.*, 2018). Or, cet élément n'est pas pertinent à tenir en compte pour la diminution de l'AmD. Dans le DSM-IV une distinction entre l'autisme et le syndrome d'Asperger était présente, alors que dans le DSM-V il n'y a plus de distinction.

### ***La famille***

D'abord, la présence du TSA dans la fratrie augmenterait les risques de recevoir un diagnostic du TSA chez un autre enfant (Bryson *et al.*, 2007, Loh *et al.*, 2007, Mitchell *et al.*, 2006 et Zwaigenbaum *et al.*, 2007, cités dans Adelman et Kubiszyn, 2017; Labbé, 2022). C'est l'une des raisons qui pourrait expliquer les résultats d'Adelman et Kubiszyn (2017) et de Bickel *et al.* (2015), soit que cette présence exerce une influence sur la précocité de l'AmD. Une autre explication pourrait être que les parents ayant déjà un enfant TSA sont plus familiers avec les signes qui y sont associés. Ils peuvent ainsi les reconnaître plus rapidement chez un second enfant et consulter plus rapidement, ce qui diminuera l'AmD (American Academy of Pediatrics [AAP], 2001, cité dans Adelman et Kubiszyn, 2017; Emerson *et al.*, 2016; Mishaal *et al.*, 2014, cités dans Rattaz *et al.*, 2022). De plus, les dernières lignes directrices des guides de pratiques du TSA demandent aux pédiatres d'être plus attentifs aux signes du TSA pouvant être présents dans la fratrie d'un enfant ayant un TSA (AAP, 2001, cité dans Adelman et Kubiszyn, 2017), ce qui pourrait aussi expliquer ces résultats. À l'inverse, d'autres articles mentionnent que ce facteur n'exerce pas d'influence sur l'AmD (Brett *et al.*, 2016; Rattaz *et al.*, 2022). Les symptômes du TSA peuvent se traduire de différentes façons. Par exemple, le premier enfant peut avoir une plus grande sévérité de symptômes que le deuxième ou peut présenter plusieurs symptômes sur le plan de la communication sociale et peu sur celui des modes de comportements restreints et répétitifs, alors que ce sera l'inverse pour le deuxième. Ces différences peuvent faire en sorte que les parents ne remarquent pas les similitudes du TSA, et donc, que la présence du TSA dans la fratrie n'exerce pas d'influence sur l'AmD (Brett *et al.*, 2016). Malgré les nuances entre ces auteurs, il semble tout de même pertinent de considérer ce facteur comme étant susceptible d'exercer une influence sur la précocité de l'AmD.

Des études démontrent que plus l'âge des parents est élevé, plus leur niveau d'éducation augmente (Bray *et al.*, 2006, cités dans Zondervan-Zwijenburg *et al.*, 2020). De ce fait, l'âge et le niveau d'éducation des parents seront discutés de concert. Mis en commun, les résultats de certaines études montrent que l'AmD est plus précoce chez les enfants de parents plus âgés (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016; Frenette *et al.*, 2013; Hrdlicka *et al.*, 2023) et plus éduqués (Bickel *et al.*, 2015; Hrdlicka *et al.*, 2023). Par leur âge et leur niveau d'éducation, ces parents seraient susceptibles d'avoir une plus grande expérience de la vie (Bray *et al.*, 2006, cités dans Zondervan-Zwijenburg *et al.*, 2020), une plus grande variété de compétences (McMahon *et al.*, 2007, cités dans Zondervan-Zwijenburg *et al.*, 2020), ainsi qu'une plus grande quantité de facteurs parentaux favorisant la santé et le développement de l'enfant (Janecka *et al.*, 2017 et Kiernan, 1997, cités dans Zondervan-Zwijenburg *et al.*, 2020). En conséquence, ils remarquent peut-être plus tôt les indices de retard de développement chez leur enfant, les amenant à consulter plus rapidement et à diminuer l'AmD de l'enfant. À l'opposé, d'autres résultats soutiennent que ni l'âge (Bickel *et al.*, 2015) ni le niveau d'éducation parental (Adelman et Kubiszyn, 2017; Darcy-Mahoney *et al.*, 2016; Emerson *et al.*, 2016; Hrdlicka *et al.*, 2023; McDonnell *et al.*, 2021; Zwaigenbaum *et al.*, 2018) n'exercent d'influence sur l'AmD. Cela peut s'expliquer par le fait que certains parents plus jeunes ou avec moins d'éducation peuvent être tout aussi à l'affût des indices de retard de développement pouvant être présents chez leur enfant. L'expérience et les compétences parentales ne se définissent pas uniquement en fonction de leur âge et du niveau d'éducation.

Des résultats montrent qu'un revenu familial plus élevé diminue l'AmD (Emerson *et al.*, 2016; Hrdlicka *et al.*, 2023), d'autres qu'un revenu familial plus faible diminue l'AmD (Brett *et al.*, 2016; Rattaz *et al.*, 2022) et certains qu'il n'exerce aucune influence (Adelman *et al.*, 2017; McDonnell *et al.*, 2021; Zwaigenbaum *et al.*, 2018). L'influence de ce facteur semble diverger selon le pays de naissance de l'enfant puisque certains pays offrent l'accès aux soins de santé gratuitement (ex. : Canada, France, Royaume-Uni), alors que d'autres non (ex. : « États-Unis »). Bien que les études canadiennes de Zwaigenbaum *et al.* (2018) et de McDonnell *et al.* (2021) n'aient pas évalué ce facteur de façon indépendante (pris en considération avec plusieurs facteurs



dans un même temps), leur résultat semble concorder avec les données qui se trouvent dans la littérature sur l'accès aux soins. En effet, la gratuité des soins de santé peut diminuer les disparités d'accès aux soins (Brett *et al.*, 2016; McDonnell *et al.*, 2021; Rattaz *et al.*, 2022; Zwaigenbaum *et al.*, 2018), rendant l'accès aux soins, en partie, plus équitable pour tous. Or, malgré cette gratuité, l'accès à ces services peut demeurer plus limité pour les familles à revenu plus faible (Brett *et al.*, 2016; DeVoe *et al.*, 2007, cités dans Emerson *et al.*, 2016) en raison des autres contraintes économiques et environnementales qu'elles vivent (ex. : « enjeux financiers liés aux prises de congé pour les rendez-vous ou autres frais médicaux ») (Kuhlthau *et al.*, 2004, cités dans Emerson *et al.*, 2016).

Finalement, certains auteurs mentionnent que l'AmD est plus précoce lorsque les parents habitent ensemble et lorsque les mères sont mariées (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016; Hrdlicka *et al.*, 2023; Kalb *et al.*, 2021), alors que d'autres disent que le statut matrimonial n'exerce pas d'influence sur l'AmD (Frenette *et al.*, 2013; Zwaigenbaum *et al.*, 2018). L'étude de Zwaigenbaum *et al.* (2018) n'a toutefois pas évalué le statut matrimonial de façon indépendante, rendant plus difficile de savoir si les résultats auraient été les mêmes si tel avait été le cas. Des recherches montrent que les parents séparés peuvent vivre plus de désaccord, par exemple sur leur façon de comprendre et de voir le développement de leur enfant (Falk *et al.*, 2014; Hartley *et al.*, 2010 et Huang *et al.*, 2014, cités dans Kalb *et al.*, 2021), peuvent être plus isolés et peuvent avoir moins de soutien afin d'arrimer toutes les activités de la vie quotidienne (Moh et Magiati, 2012, cités dans Kalb *et al.*, 2021). Les parents vivant ensemble ou mariés, étant deux, peuvent partager les activités de la vie quotidienne, peuvent observer conjointement le développement de leur enfant et peuvent en discuter plus facilement, ce qui peut expliquer que l'AmD de leur enfant soit plus précoce. Néanmoins, les parents vivant seuls peuvent avoir développé des stratégies adaptatives qui limitent les différences liées au fait qu'ils soient seuls pour s'occuper de leur enfant. Cela peut expliquer le fait que dans certaines études, il n'y ait pas de différence dans l'AmD entre eux et les parents vivant ensemble.

### **Implication pour la pratique**

L'implication pour la pratique découlant de cet essai est principalement le fait qu'il permet au psychoéducateur d'avoir une meilleure connaissance et compréhension des facteurs pouvant aider à diminuer l'AmD du TSA. Ce professionnel pourra mieux identifier les facteurs sur lesquels son attention devrait se porter et pourra identifier plus rapidement et plus efficacement les enfants à risque. Cela aura un effet sur la rapidité des dépistages, mais aussi sur la rapidité des évaluations diagnostiques puisque que le psychoéducateur fait partie des professionnels collaborant avec les pédiatres lors de l'évaluation diagnostique. De surcroît, ayant le vécu partagé comme élément fondamental dans son identité professionnelle (Caouette, 2016), il peut mener différentes actions auprès de plusieurs systèmes de l'approche écosystémique pour augmenter la possibilité que l'AmD soit la plus précoce possible. Par exemple, il peut informer la famille et les autres professionnels de la santé afin qu'ils identifient mieux, eux-aussi, les facteurs sur lesquels leur attention devrait se porter. En plus, il peut les soutenir dans l'observation et l'identification de ces derniers. La famille et les autres professionnels de la santé pourront ainsi contribuer à la précocité du diagnostic. De surcroît, il peut informer les différents environnements de la communauté quant à ces facteurs. Par conséquent, ces facteurs pourraient être ajoutés dans les campagnes de sensibilisation visant le public et même permettre l'ajustement des politiques et des mesures visant l'amélioration de la détection précoce du TSA. Le psychoéducateur, étant au cœur de tous ces systèmes, peut ainsi contribuer à ce que l'information circule entre chacun d'eux. En définitive, cette circulation d'informations offerte par le psychoéducateur jumelée aux interactions constantes entre chacun des systèmes, ainsi qu'à leur interinfluence, augmente les possibilités que l'enfant bénéficie d'un diagnostic précoce.

Au Québec, les services spécifiques et spécialisés des centres intégrés de santé et de services sociaux portant sur le TSA bénéficieraient d'être informés quant à ces facteurs. Les services spécifiques, ayant comme mandat l'évaluation, pourraient ainsi contribuer à ce que les diagnostics du TSA soient émis le plus tôt possible dans la vie des enfants. Par le fait même, ils pourraient référer les enfants plus rapidement vers les services spécialisés, qui eux, pourront

offrir des interventions précoces à l'enfant. L'accès à ces interventions précoces et adaptées aux besoins du TSA améliorera le pronostic clinique à long terme de l'enfant.

### **Avenues pour de futures recherches**

L'auteure recommande d'approfondir les recherches portant sur les facteurs ne faisant pas consensus au sein des auteurs. De ceux-ci, certains semblent être importants à considérer pour diminuer l'AmD. Toutefois, le manque de consensus pose question. À l'inverse de l'objectif de cet essai, certains facteurs semblent retarder l'AmD. Il serait donc pertinent de les identifier afin d'éviter qu'ils retardent l'AmD du TSA des enfants. Il pourrait aussi être intéressant d'identifier plus de facteurs pouvant exercer une influence sur la précocité de l'AmD qui sont liés à la communauté. Par exemple, identifier des facteurs liés à l'accessibilité et à la qualité des soins de services et liés aux caractéristiques du quartier de l'enfant. De plus, il pourrait être intéressant d'identifier des facteurs liés aux professionnels de la santé pouvant exercer une influence sur la précocité de l'AmD. Les professionnels peuvent jouer un rôle important sur la diminution de l'AmD du TSA puisqu'ils sont en contact direct avec l'enfant et sa famille. Il serait aussi pertinent d'approfondir les recherches concernant les différences sexuelle et d'origine culturelle pouvant être présentes dans les profils cliniques puisque plusieurs semblent être présentes. À cet effet, il serait possible de préciser les facteurs les plus importants à tenir en compte selon le sexe et selon la culture de l'enfant, leur permettant ainsi un accès équitable à un AmD le plus précoce possible.

### **Forces et limites de la recension**

Cet essai présente quelques limites. La recherche documentaire n'a considéré que les articles anglophones et francophones et n'a pas pris en compte les données présentes dans la littérature grise. De plus, les résultats n'ont pas été revus par les pairs. Il pourrait être pertinent qu'un échantillon des écrits scientifiques consultés puisse faire l'objet d'une analyse par un autre évaluateur, notamment en ce qui concerne l'interprétation des seuils de signification. Cet essai a permis de soulever plusieurs facteurs pouvant diminuer l'AmD du TSA, ce qui est une force de cette recension. En revanche, plusieurs d'entre eux n'ont été présents que dans un faible nombre

d'articles ou n'ont pas fait l'objet d'un consensus. Cela étant dit, il est plus difficile de savoir quelle est réellement leur influence sur l'AmD. Une seconde force concerne le grand nombre d'enfants présents dans les échantillons.

## Conclusion

Cet essai permet d'identifier certains facteurs pouvant exercer une influence sur la précocité de l'AmD du TSA d'un enfant parmi les trois systèmes de l'adaptation de l'approche écosystémique. L'importance de l'obtention d'un diagnostic précoce fait consensus au sein des chercheurs. La précocité de l'AmD entraîne des impacts positifs pour tous les systèmes identifiés dans cet essai. Pour l'enfant, il lui offre l'accès plus rapide à des interventions précoces et spécifiques aux particularités du TSA, qui elles, sont plus efficaces avant l'âge de cinq ans et qui améliorent le pronostic clinique à long terme (Darcy-Mahoney *et al.*, 2016; Eldevik *et al.*, 2009, cités dans Coo *et al.*, 2012; Rogé *et al.*, 2009; Zwaigenbaum *et al.*, 2019). Pour la famille, les impacts sont liés, entre autres, à une meilleure compréhension des comportements de leur enfant et l'accès à un soutien professionnel qui lui permet un meilleur équilibre familial, une meilleure adaptation familiale et réduit le niveau de stress familial. Pour la communauté, les impacts peuvent, par exemple, être liés à une diminution des pertes de temps lors de l'évaluation diagnostique ou à une diminution des coûts sociétaux liés au dépistage.

Il est difficile de tirer des conclusions claires sur tous les facteurs pouvant réduire l'AmD en raison de l'absence de consensus dans les données scientifiques actuelles (Brian *et al.*, 2019; Van 't Hof *et al.*, 2021). Il appert donc pertinent que les chercheurs continuent de les explorer (Brian *et al.*, 2019; Van 't Hof *et al.*, 2021, cités dans Palmeter *et al.*, 2022). Bien que certains facteurs fassent consensus au sein des systèmes, il n'est possible d'agir que sur certains d'entre eux. Notamment, il est possible d'exercer une influence en ce qui concerne l'accessibilité et la qualité des services, la sensibilisation et les politiques. Conséquemment, les campagnes de sensibilisation portant sur le diagnostic précoce du TSA et les politiques et mesures visant son amélioration devraient être poursuivies (Zwaigenbaum *et al.*, 2019). En outre, il serait pertinent que des informations portant sur les facteurs pouvant exercer une influence sur la précocité de l'AmD y soient ajoutées. Les familles, les professionnels de la santé et la communauté pourraient y être plus attentifs, ayant comme influence la diminution de l'AmD moyen. Somme toute, tous seront gagnants d'une précocité du diagnostic du trouble du spectre de l'autisme.

## Références

- Adelman, C. R. et Kubiszyn, T. (2017). Factors that affect age of identification of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Early Intervention*, 39(1), 18–32.  
<https://doi.org/10.1177/1053815116675461>
- Agirtôt. (2023). *Zoom sur l'approche écosystémique*. <https://agirtot.org/thematiques/approche-ecosystemique-1-de-3/>
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-V*.
- Atzori, P., Beggiato, A., Colineaux, C., Humeau, E. et Vantalou, V. (2022). Dépistage précoce, évaluation diagnostique et prises en charge éducatives précoces de l'autisme. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 35(2), 61-72. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2021.12.008>
- Bickel, J., Bridgemohan, C., Sideridis, G. et Huntington, N. (2015). Child and family characteristics associated with age of diagnosis of an autism spectrum disorder in a tertiary care setting. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 36(1), 1–7.  
<https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000117>
- Bonis, S. (2016). Stress and parents of children with autism: A review of literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(3), 153-163. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1116030>
- Brett, D., Warnell, F., McConachie, H. et Parr, J. R. (2016). Factors affecting age at ASD diagnosis in UK: No evidence that diagnosis age has decreased between 2004 and 2014. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(6), 1974–1984.  
<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2716-6>
- Brian, J. A., Zwaigenbaum, L. et Ip, A. (2019). Standards of diagnostic assessment for autism spectrum disorder. *Paediatrics and Child Health*, 24(7), 444-451.  
<https://doi.org/10.1093/pch/pxz117>
- Caouette, M. (2016). Une conception de l'exercice du rôle-conseil. Dans M. Caouette (dir.), *Le psychoéducateur et l'exercice du rôle-conseil : conception et pratiques* (1<sup>e</sup> éd., p. 24-45). Béliveau éditeur.
- Chiarotti, F. et Venerosi, A. (2020). Epidemiology of autism spectrum disorders: A review of worldwide prevalence estimates since 2014. *Brain Sciences*, 10(5).  
<https://doi.org/10.3390/brainsci10050274>

- Coo, H., Ouellette-Kuntz, H., Lam, M., Yu, C. T., Dewey, D., Bernier, F. P., Chudley, A. E., Hennessey, P. E., Breitenbach, M. M., Noonan, A. L., Lewis, M. E. et Holden, J. J. (2012). Corrélats de l'âge au moment du diagnostic de troubles du spectre autistique dans six régions canadiennes. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 32(2), 102-113. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.32.2.05f>
- Daniels, A. M. et Mandell, D. S. (2014). Explaining differences in age at autism spectrum disorder diagnosis: A critical review. *Autism*, 18(5), 583–597. <https://doi.org/10.1177/1362361313480277>
- Darcy-Mahoney, A., Minter, B., Higgins, M., Guo, Y., Head Zauche, L. et Hirst, J. (2016). Maternal and neonatal birth factors affecting the age of ASD diagnosis. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4). <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.033>
- Emerson, N. D., Morrell, H. E. et Neece, C. (2016). Predictors of age of diagnosis for children with autism spectrum disorder: The role of a consistent source of medical care, race and condition severity. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(1), 127–138. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2555-x>
- Émond, M. P. (2018). *L'alimentation des enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme*. <https://www.cliniquepde.ca/images/TSA.pdf>
- Fombonne, E. (2020). Epidemiological controversies in autism. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 171(01). <https://doi.org/10.4414/sanp.2020.03084>
- Frenette, P., Dodds, L., MacPherson, K., Flowerdew, G., Hennen, B. et Bryson, S. (2013). Factors affecting the age at diagnosis of autism spectrum disorders in Nova Scotia, Canada. *Autism*, 17(2), 184-195. <https://doi.org/10.1177/1362361311413399>
- Gagnon, D. (2020). *Développement du langage communicatif chez les autistes qui ont expérimenté une régression langagière en bas âge* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université de Montréal. [https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/25186/Gagnon\\_David\\_2020\\_memoire.pdf;jsessionid=7CA7C5C85F2AAB0F3DA6D76986817637?sequence=2](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/25186/Gagnon_David_2020_memoire.pdf;jsessionid=7CA7C5C85F2AAB0F3DA6D76986817637?sequence=2)
- Harrop, C., Libsack, E., Bernier, R., Dapretto, M., Jack, A., McPartland, J. C., Van Horn, J. D., Webb, S. J. et Pelphrey, K. (2021). Do biological sex and early developmental milestones predict the age of first concerns and eventual diagnosis in autism spectrum disorder? *Autism Research*, 14(1), 156–168. <https://doi.org/10.1002/aur.2446>
- Hayes, S. A. et Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 43(3), 629-642. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1604-y>

- Heifetz, M. (2022). *Trouble du spectre de l'autisme (TSA) au Canada*.  
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/trouble-du-spectre-de-lautisme-au-canada>
- Hrdlicka, M., Urbanek, T., Rotreklova, A., Kultova, A., Valek, O. et Dudova, I. (2023). Predictors of age at diagnosis in autism spectrum disorders: The use of multiple regression analyses and a classification tree on a clinical sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1-17. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02189-6>
- Kalb, L. G., Hologue, C., Pfeiffer, D., Reetzke, R., Dillon, E., Azad, G., Freedman, B. et Landa, R. (2021). Parental relationship status and age at autism spectrum disorder diagnosis of their child. *Autism*, 25(8), 2189–2198. <https://doi.org/10.1177/13623613211013683>
- Labbé, A. (2022). *Trouble du spectre de l'autisme TSA - Les statistiques et le taux de prévalence*.  
<https://spectredelautisme.com/trouble-du-spectre-de-l-autisme-tsa/statistiques-autisme-tsa/> - :~:text=L'âge parental (un parent,avoir un autre enfant autiste.)
- Loubersac, J., Michelon, C., Ferrando, L., Picot, M.-C. et Baghdadli, A. (2021). Predictors of an earlier diagnosis of autism spectrum disorder in children and adolescents: A systematic review (1987-2017). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 375–393. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01792-9>
- McDonnell, C. G., DeLucia, E. A., Hayden, E. P., Penner, M., Curcin, K., Anagnostou, E., Nicolson, R., Kelley, E., Georgiades, S., Liu, X. et Stevenson, R. A. (2021). Sex differences in age of diagnosis and first concern among children with autism spectrum disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 50(5), 645–655. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1823850>
- Ofner, M., Coles, A., Decou, M. L., Do, M. T., Bienek, A., Snider, J. et Ugnat, A.-M. (2018). *Un rapport du système national de surveillance du trouble du spectre de l'autisme*.  
[http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2018/aspc-phac/HP35-100-2018-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2018/aspc-phac/HP35-100-2018-fra.pdf)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S... Moher, D. (2021). The prisma 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Plos Medicine*, 18(3), 1003583. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>
- Palmer, S., O'Donnell, S., Lagacé, C., Gheorghe, M. et Krupovich, M. (2022). *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>



- Petrou, A. M., Parr, J. R. et McConachie, H. (2018). Gender differences in parent-reported age at diagnosis of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 50, 32–42. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.02.003>
- Plourde, S. (2020). *Programme d'apprentissage de la propreté en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme : projet pilote d'implantation* [Mémoire de maîtrise inédit]. Université de Sherbrooke. [https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Essai\\_synthese\\_REA/PLOURDE\\_Steph\\_Essai\\_V\\_Site\\_web.pdf](https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Essai_synthese_REA/PLOURDE_Steph_Essai_V_Site_web.pdf)
- Poirier, N. et des Rivières-Pigeon, C. (2013). Les aspects positifs et les difficultés de la vie des parents d'enfants ayant un TSA. *Revue québécoise de psychologie*, 34(3), 1-18. <https://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/Les-difficultés-et-les-aspects-positifs-de-la-vie-des-parents-de-jeunes-enfants-autistes.pdf>
- Rattaz, C., Loubersac, J., Michelon, C., Geoffray, M.-M., Picot, M.-C., Munir, K. et Baghdadli, A. (2022). Factors associated with age of diagnosis in children with autism spectrum disorders: Report from a french cohort. *Autism*, 26(8), 2108–2116. <https://doi.org/10.1177/13623613221077724>
- Rogé, B., Chabrol, H. et Unsalidi, I. (2009). Le dépistage précoce de l'autisme : quelle faisabilité? *Enfance*, 1(1), 27-40. <https://doi.org/10.3917/enf1.091.0027>
- Sicherman, N., Charite, J., Eyal, G., Janecka, M., Loewenstein, G., Law, K., Lipkin, P. H., Marvin, A. R. et Buxbaum, J. D. (2021). Clinical signs associated with earlier diagnosis of children with autism spectrum disorder. *Bmc Pediatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02551-0>
- Sicherman, N., Loewenstein, G., Tavassoli, T. et Buxbaum, J. D. (2018). Grandma knows best: Family structure and age of diagnosis of autism spectrum disorder. *Autism*, 22(3), 368–376. <https://doi.org/10.1177/1362361316679632>
- Steiner, A. M., Goldsmith, T. R., Snow, A. V. et Chawarska, K. (2012). Practitioner's guide to assessment of autism spectrum disorders in infants and toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6), 1183–1196. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1376-9>
- Van't Hof, M., Tisseur, C., Berckeleer-Onnes, I. V., Van Nieuwenhuyzen, A., Daniels, A. M., Deen, M., Hoek, H. W. et Ester, W. A. (2021). Age at autism spectrum disorder diagnosis: A systematic review and meta-analysis from 2012 to 2019. *Autism*, 25(4), 862-873. <https://doi.org/10.1177/1362361320971107>
- Yingling, M. E. (2019). Participation in part c early intervention: one key to an earlier diagnosis of autism spectrum disorder? *The Journal of Pediatrics*, 215, 238–243. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.06.034>

- Zondervan-Zwijnenburg, M. A. J., Veldkamp, S. A. M., Neumann, A., Barzeva, S. A., Nelemans, S. A., van Beijsterveldt, C. E. M., Branje, S. J. T., Hillegers, M. H. J., Meeus, W. H. J., Tiemeier, H., Hoijtink, H. J. A., Oldehinkel, A. J. et Boomsma, D. I. (2020). Parental age and offspring childhood mental health: A multi-cohort, population-based investigation. *Child Development*, 91(3), 964–982. <https://doi.org/10.1111/cdev.13267>
- Zwaigenbaum, L., Brian, J. A. et Ip, A. (2019). Early detection for autism spectrum disorder in young children. *Paediatrics and Child Health*, 24(7), 424-443. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz119>
- Zwaigenbaum, L., Duku, E., Fombonne, E., Szatmari, P., Smith, I. M., Bryson, S. E., Mirenda, P., Vaillancourt, T., Volden, J., Georgiades, S., Roberts, W., Bennett, T., Elsabbagh, M., Waddell, C., Steiman, M., Simon, R. et Bruno, R. (2018). Developmental functioning and symptom severity influence age of diagnosis in canadian preschool children with autism. *Paediatrics and Child Health*, 24(1), 65. <https://doi.org/10.1093/pch/pxy076>

## Appendice A

### Description des écrits retenus

Auteurs	Pays	Objectifs	Échantillons	Méthodes
Adelman et Kubiszyn (2017)	États-Unis	Examiner s'il y a des tendances géographiques dans l'AmD du TSA et s'il existe une relation entre la date de naissance et l'AmD. Examiner dans quelle mesure les pratiques des pédiatres, l'origine culturelle, les considérations cliniques et le statut socio-économique prédisent l'AmD du TSA.	Total : 654 Gars : 553 Filles : 101 AmD moyen : 34,96 mois	Quantitatif : Sondage en ligne
Bickel <i>et al.</i> (2015)	États-Unis	Identifier les caractéristiques de l'enfant et de la famille associées à l'AmD du TSA.	Total : 591 Gars : 491 Filles : 100 AmD moyen : 56 mois	Quantitatif : Analyse de dossiers
Brett <i>et al.</i> (2016)	Royaume-Uni	Explorer si l'AmD du TSA médian au Royaume-Uni a diminué au cours de la dernière décennie dans un échantillon important et représentatif d'enfants. Étudier les facteurs phénotypiques associés à l'AmD.	Total : 2134 Gars : 1765 Filles : 369 AmD moyen : 69,66 mois	Quantitatif : Analyse de dossiers et questionnaires
Darcy-Mahoney <i>et al.</i> (2016)	États-Unis	Explorer comment l'éducation maternelle, l'origine ethnique, l'âge, l'état matrimonial et les facteurs de naissance néonatale affectent l'AmD du TSA.	Total : 664 Gars : 524 Filles : 140 AmD moyen : 49,90 mois	Quantitatif : Analyse de dossiers
Emerson <i>et al.</i> (2016)	États-Unis	Déterminer si le fait d'avoir une source de soin constante prédit la rapidité du diagnostic du TSA.	Total : 1624 Gars : 1315 Filles : 308 Sexe N/D : 1	Quantitatif : Analyse de dossiers et

			AmD moyen : 64,65 mois	sondage téléphonique
Frenette <i>et al.</i> (2013)	Canada	Explorer l'AmD du TSA des enfants de la Nouvelle-Écosse, au Canada, et les facteurs associés à cet âge.	Total : 884 Gars : 714 Filles : 170 AmD médián : 55,50 mois	Quantitatif : Analyse de dossiers
Harrop <i>et al.</i> (2021)	États-Unis	Étudier les différences potentielles entre les sexes dans les étapes du développement et les variables diagnostiques déclarées par les soignants dans un grand échantillon d'hommes et de femmes TSA. Étudier comment le sexe biologique et les étapes du développement contribuent au moment des préoccupations parentales et au diagnostic du TSA.	Total : 195 Gars : 105 Filles : 90 AmD moyen : 44,75 mois	Quantitatif : Tests standardisés et formulaire d'antécédents médicaux
Hrdlicka <i>et al.</i> (2023)	République tchèque	Explorer l'association entre l'AmD et les variables démographiques, telles que le statut socio-économique, le niveau d'éducation des parents, l'âge des parents, les scores de l'ADOS et les déficiences intellectuelles.	Total : 237 Gars : 193 Filles : 44 AmD moyen : 69,60 mois	Quantitatif : Questionnaire et tests standardisés
Kalb <i>et al.</i> (2021)	États-Unis	Examiner si l'AmD du TSA diffère entre les enfants dont les parents biologiques sont mariés/ensemble et ceux qui sont séparés, divorcés ou n'ont jamais été mariés.	Total : 561 Gars : 449 Filles : 112 AmD moyen : 64,80 mois	Quantitatif : Formulaires personnalisés et tests standardisés
McDonnell <i>et al.</i> (2021)	Canada	Identifier comment le sexe de l'enfant, les capacités cognitives et les facteurs démographiques sont liés à	Total : 365 Gars : 293 Filles : 72	Quantitatif : Analyse de dossiers, questionnaire et

		son âge lors des premières préoccupations parentales (AmP) et à l'AmD. Évaluer les tendances de l'AmP et l'AmD au fil du temps. Déterminer si les principaux effets du sexe sur l'AmP et l'AmD sont modérés par les capacités cognitives ou le temps.	AmD moyen : 65,06 mois	tests standardisés
Petrou <i>et al.</i> (2018)	Royaume-Uni	Examiner si l'AmD des filles a diminué, par rapport à celui des garçons, dans deux cohortes d'âge, si l'AmD différait entre les garçons et les filles diagnostiqués au cours de l'enfance et examiner toutes les caractéristiques qui pourraient être associées à un AmD précoce chez les filles.	Total : 3335 Gars : 2747 Filles : 588 AmD moyen : 67,00 mois	Quantitatif : Analyse de dossiers, questionnaire et test standardisé
Rattaz <i>et al.</i> (2022)	France	Déterminer l'AmD moyen et les prédicteurs d'AmD précoce chez les enfants avec un TSA inclus dans la cohorte ELENA en France.	Total : 554 Gars : 456 Filles : 98 AmD moyen : 58,80 mois	Quantitatif : Questionnaire et tests standardisés
Sicherman <i>et al.</i> (2018)	États-Unis	Identifier les facteurs qui peuvent accélérer ou retarder le diagnostic.	Total : 543 Gars : 436 Filles : 107 AmD moyen : 40,00 mois	Quantitatif : Sondages
Zwaigenbaum <i>et al.</i> (2018)	Canada	Évaluer l'AmD et les facteurs associés dans une cohorte initiale d'enfants d'âge préscolaire nouvellement diagnostiqués avec un TSA provenant de cinq provinces canadiennes.	Total : 421 Gars : 356 Filles : 65 AmD moyen : 38,60 mois	Quantitatif : Analyse de dossiers, questionnaires et tests standardisés

## Appendice B

### Compléments d'informations relatifs aux résultats

L'enfant			
Facteurs étudiés	Auteurs	Tests standardisés utilisés	Valeur $\rho$ . des résultats
<b>Développement intellectuel</b>	Bickel <i>et al.</i> (2015)	Stanford-Binet, Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence, WISC ou Wechsler Preschool Primary Scales of Intelligence	$\rho$ . entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	Rattaz <i>et al.</i> (2022)	WISC, K-ABC ou PEP-3, selon l'âge et le niveau de compréhension de l'enfant	
	Harrop <i>et al.</i> (2021)	DAS-II	$\rho. \leq 0,01$
	Zwaigenbaum <i>et al.</i> (2018)	M-P-R DQ	
<b>Caractéristiques du langage</b>	Bickel <i>et al.</i> (2015)	Receptive and Expressive Emergent Language test ou Bayley	$\rho$ . entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	Brett <i>et al.</i> (2016)	ADI-R	
	McDonnell <i>et al.</i> (2021)	Échelle d'intelligence de Wechsler	
	Rattaz <i>et al.</i> (2022)	VABS-II	$\rho. \leq 0,01$
	Zwaigenbaum <i>et al.</i> (2018)	PSL-4	
<b>Niveau de soutien</b>	Brett <i>et al.</i> (2016)		$\rho$ . entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
<b>Sévérité des symptômes</b>	Rattaz <i>et al.</i> (2022)	ADOS	$\rho$ . entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	Emerson <i>et al.</i> (2016)		$\rho$ . entre $\leq 0,02$ et $0,06$
<b>Principaux domaines affectés par le TSA</b>			
<b>Domaine A, communication sociale</b>	Hrdlicka <i>et al.</i> (2023)	ADOS	$\rho$ . entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	Rattaz <i>et al.</i> (2022) Zwaigenbaum <i>et al.</i> (2018)	ADI-R	

<b>Domaine B, modes de comportements restreints et répétitifs</b>	Zwaigenbaum <i>et al.</i> (2018)	ADI-R	$\rho. \leq 0,01$
	Hrdlicka <i>et al.</i> (2023)	ADOS	$\rho.$ entre $\leq 0,02$ et $0,06$
	Rattaz <i>et al.</i> (2022)	ADI-R	
<b>Types de diagnostic du TSA</b>	Brett <i>et al.</i> (2016)		$\rho.$ entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	Petrou <i>et al.</i> (2018)		
<b>Problématiques associées</b>			
<b>Alimentation</b>			$\rho.$ entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
<b>Tempérament</b>	Petrou <i>et al.</i> (2018)		Gars : $\rho.$ entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
			Filles : $\rho.$ entre $\leq 0,02$ et $0,06$
<b>Toilette</b>			$\rho.$ entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
<b>Sexe</b>	Darcy-Mahoney <i>et al.</i> (2016)		$\rho.$ entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	McDonnell <i>et al.</i> (2021)		
	Petrou <i>et al.</i> (2018)		
	Harrop <i>et al.</i> (2021)		$\rho.$ entre $\leq 0,02$ et $0,06$
	Brett <i>et al.</i> (2016)		$\rho.$ entre $\geq 0,2$ et $0,6$
	Frenette <i>et al.</i> (2013)		
<b>Diagnostic DI</b>	Brett <i>et al.</i> (2016)		$\rho.$ entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	Frenette <i>et al.</i> (2013)		
	Rattaz <i>et al.</i> (2022)		
	Petrou <i>et al.</i> (2018)		Fille : $\rho.$ entre $\leq 0,02$ et $0,06$ Gars : $\rho.$ entre $\geq 0,2$ et $0,6$
<b>La famille</b>			
<b>Facteurs étudiés</b>	<b>Auteurs</b>		<b>Valeur <math>\rho.</math> des résultats</b>
<b>Fratrie</b>			
<b>Rang de naissance</b>	Bickel <i>et al.</i> (2015)		$\rho.$ entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	Emerson <i>et al.</i> (2016)		
	Frenette <i>et al.</i> (2013)		
	Sicherman <i>et al.</i> (2018)		
<b>Présence de TSA dans la fratrie</b>	Bickel <i>et al.</i> (2015)		$\rho.$ entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	Adelman et Kubiszyn (2017)		$\rho.$ entre $\leq 0,02$ et $0,06$

<b>Parents</b>		
<b>Âge</b>	Frenette <i>et al.</i> (2013)	$\rho$ . entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	Darcy-Mahoney <i>et al.</i> (2016)	$\rho$ . entre $\leq 0,02$ et $0,06$
	Hrdlicka <i>et al.</i> (2023)	$\rho$ . entre $\leq 0,07$ et $0,1$
<b>Niveau d'éducation</b>	Bickel <i>et al.</i> (2015)	$\rho$ . entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	Hrdlicka <i>et al.</i> (2023)	$\rho$ . entre $\leq 0,02$ et $0,06$
<b>Revenu familial</b>	Brett <i>et al.</i> (2016)	$\rho. \leq 0,01$
	Emerson <i>et al.</i> (2016)	$\rho$ . entre $\leq 0,02$ et $0,06$
	Rattaz <i>et al.</i> (2022)	
	Hrdlicka <i>et al.</i> (2023)	$\rho$ . entre $\leq 0,07$ et $0,1$
<b>Statut matrimonial</b>	Darcy-Mahoney <i>et al.</i> (2016)	$\rho$ . entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
	Kalb <i>et al.</i> (2021)	
	Hrdlicka <i>et al.</i> (2023)	$\rho$ . entre $\leq 0,02$ et $0,06$
<b>Origine culturelle</b>	Darcy-Mahoney <i>et al.</i> (2016)	$\rho$ . entre $\leq 0,07$ et $0,1$
	Emerson <i>et al.</i> (2016)	$\rho$ . entre $\leq 0,02$ et $0,06$
<b>Première inquiétude parentale</b>	Harrop <i>et al.</i> (2021)	$\rho$ . entre $\leq 0,02$ et $0,06$
<b>Fréquence des contacts avec les grands-parents</b>	Sicherman <i>et al.</i> (2018)	Grands-mères : $\rho. \leq 0,01$
		Grands-pères : $\rho$ . entre $\leq 0,02$ et $0,06$
<b>Présence de traits autistiques chez les proches de l'enfant</b>	Brett <i>et al.</i> (2016)	$\rho$ . entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
<b>La communauté</b>		
<b>Facteurs étudiés</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Valeur <math>\rho</math>. des résultats</b>
<b>Pratiques des médecins lors de l'évaluation diagnostique</b>		
<b>Pédiatre qui effectue un dépistage approfondi</b>	Adelman et Kubiszyn (2017)	$\rho$ . entre $\leq 0,02$ et $0,06$
		$\rho$ . entre $\leq 0,0001$ et $0,009$
<b>Pédiatre qui réfère l'enfant à risque de présenter un TSA vers des interventions précoces</b>		
<b>Cohorte de naissance</b>	Adelman et Kubiszyn (2017)	
	Emerson <i>et al.</i> (2016)	$\rho$ . entre $\leq 0,0001$ et $0,009$