1. **Trouble du spectre de l’autisme :**

Selon Carlier (2021), deux médecins autrichiens dans les années 40 Kanner et  Asperger ont eu des contributions considérables dans nos connaissances sur l’autisme : on doit à Kanner médecin autrichien immigré aux États-Unis 1943 la description clinique de l'autisme infantile précoce pour la première fois en décrivant des enfants dans les caractéristiques principal sont l'isolement et le besoin d'immuabilité.
De l'autre côté en Europe un autre médecin autrichien asperger 1944 décris un groupe d'enfants relativement similaire mais qui ont de meilleures compétences langagière mais souvent unidirectionnelle et leurs compétences intellectuelles sont préservées, ils ont des intérêts particuliers. Cependant le contexte de la guerre a retardé la publication et la traduction des travaux d'Asperger et 40 années plus tard le syndrome d'Asperger a été reconnu comme une variante autistique décrite par Kanner. Les travaux des deux autrichiens , ont préfiguré la notion de spectre en présentant des enfants qui appartiennent à la même entité clinique.

 Il y avait une confusion entre autisme et schizophrénie infantile après l'apparition du DSM III en 1980 le terme autisme Infantile fait son apparition avec un diagnostic différentiel entre autisme et les psychose....
En 1987 apparition de l'expression trouble envahissant du développement et disparition du terme autisme infantile au profit de celui de trouble autistique pour souligner la persistance difficulté de ces personnes atteinte de l'enfance à l'âge adulte c'est là aussi qu’apparait la triade autistique proposé par wing lorna psychiatre britannique.
1994 DSM 4 conserve la catégorie général des troubles envahissants du développement mais qui se décline désormais en 5 entité distincte: L'autisme, le Ted nos, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett, et le trouble désintégratifs de l'enfance.
En 2000 le DSM IV R reprends tel quelle la catégorie des TED. Mais ouvrira le débat concernant certaines controverses relative au syndrome d'Asperger et TEDNOS .
2013 DSM 5:
le DSM 5 adopte une approche dimensionnel de l'autisme. En faisant quelques changement ou remaniement par le retrait ou l'inclusion de critères diagnostic imprécis. Entraînant des changements dans la conceptualisation de l'autisme de son indice de son identification diagnostic. Selon Sophie Carlier les professionnels francophones on subit un retard imputable à la traduction française tardive du DSM 5 et ont été marqués par une définition antérieur de l'autisme. Désormais les critères diagnostic du DSM 5 sont indispensables à une appréhension correct des activités de repérage de dépistage et de diagnostic: Critère diagnostic du DSM 5 appât 2013.

**Liste des critères diagnostiques de TSA :**

Depuis 2013, la classification du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l’American Psychiatric Association, APA) a été mise à jour pour la cinquième fois (DSM-5).

Les trois aires des troubles envahissants du développements (TED) ont été regroupées en deux domaines ;

* Altération qualitative de la communication et des interactions sociales et ;
* Un caractère répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités).
* Le terme de « trouble du spectre de l’autisme » (TSA) a été introduit et repris par l’organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa Classification internationale des maladies (CIM-11) en 2019. On notera que la CIM-11 ne reconnaît pas les troubles de l’intégration sensorielle dans sa définition. La Haute Autorité de Santé (2018) considère que le DSM-5 est la classification la mieux actualisée. (Dormoy, 2020, p.37).

**Tableau 2 : critères diagnostiques DSM 5**

**TROUBLE DU SPECTRE DE L’AUTISME :**

**Critères diagnostiques :**

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs ; se référer au texte) :

1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle allant, par exemple, d’anomalies de l’approche sociale et d’une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu’à une incapacité d’initier des interactions sociales ou d’y répondre.

2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, allant, par exemple, d’une intégration défectueuse entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à des déficits dans la compréhension et l’utilisation des gestes, jusqu’à une absence totale d’expressions faciales et de communication non verbale.

3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu’à l’absence d’intérêt pour les pairs.

*Spécifier* la sévérité actuelle :

**La sévérité repose sur l’importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.**

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs ; se référer au texte) :

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l’utilisation des objets ou du langage (p. ex. stéréotypies motrices simples, activités d’alignement des jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques).

2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (p. ex. détresse extrême provoquée par des changements mineurs, difficulté à gérer les transitions, modes de pensée rigides, ritualisation des formules de salutation, nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).

3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but (p. ex. attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d’objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérants).

4. Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l’environnement (p. ex. indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques, actions de flairer ou de toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements).

*Spécifier* la sévérité actuelle :

**La sévérité repose sur l’importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs**.

C. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n’excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire/professionnel ou dans d’autres domaines importants.

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l’autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l’autisme et un handicap intellectuel, l’altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

**N.B. :** Les sujets ayant, selon le DSM-IV, un diagnostic bien établi de trouble autistique, de syndrome d’Asperger ou de trouble envahissant du développement non spécifié doivent recevoir un diagnostic de trouble du spectre de l’autisme. Chez les sujets ayant des déficits marqués de la communication sociale mais qui ne répondent pas aux autres critères du trouble autistique, l’existence d’un trouble de la communication sociale (pragmatique) doit être considérée.

*Spécifier* si :

**Avec ou sans déficit intellectuel associé**

**Avec ou sans altération du langage associée**

**Associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental**

 DSM 5 (APA, 2014)