

Mémoire

concernant le Projet de loi n° 44

Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme

présenté à la Commission de la santé et des services sociaux

par

*L'Association québécoise des comités des usagers des centres de
réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du
développement (AQCUCRDI-TED)*

en collaboration avec

Le Comité des usagers du point de services

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec

CIUSSS de la Capitale-Nationale

15 août 2015

Présentation et mise en contexte

L'Association québécoise des comités des usagers des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble envahissant du développement¹ (AQCUCRDI-TED)² a été créée en 2006 ; elle regroupe la majorité des comités des usagers des CRDI-TED de la province. L'AQCUCRDI-TED vise à soutenir les comités des usagers dans l'exercice de leurs fonctions et dans les dossiers à portée provinciale qui concernent les usagers.

Les Comités des usagers des CRDI³ du Québec sont institués en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) (LSSSS), article 209 et suivants. L'article 212 mentionne entre autres que le Comité des usagers a comme fonctions de : « promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers... » et « défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers... ».

Depuis sa fondation, l'AQCUCRDI-TED consacre son travail à promouvoir et favoriser les échanges d'information entre les comités des usagers des CRDI-TED, à favoriser la formation et l'information des membres des comités des usagers des CRDI-TED de la province du Québec, à soutenir les comités dans leurs efforts et leurs activités afin de leur permettre de mieux réaliser le mandat qui leur est attribué en vertu de la loi et à faciliter la concertation des comités des usagers pour leur donner un pouvoir de représentation de leurs dossiers au plan provincial auprès des diverses instances.

Actuellement, un dossier prioritaire de l'Association est la fumée secondaire dans les ressources intermédiaires et de type familial. En effet, malgré les efforts des différents comités des usagers et le resserrement des politiques du Québec, les personnes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA) continuent d'être exposées à la fumée secondaire dans les ressources où elles habitent et pour lesquelles elles paient mensuellement des frais d'hébergement importants, soit la plus grande partie de leur prestation de la solidarité sociale.

Nos démarches

Depuis plus d'une décennie, les comités des usagers remettent en question le droit de fumer dans les résidences des CRDI. C'est pourquoi nous applaudissons le Projet de loi n° 44 *Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme* et demandons que la clientèle vulnérable que nous représentons, soit les usagers hébergés en ressource non institutionnelle, soient aussi protégés par cette loi.

Mme Lucille Bargiel, présidente de l'Association des comités d'usagers des CRDITED, a signalé le problème de la fumée secondaire aux autorités compétentes depuis 2005 :

- 31 janvier 2005, lettre à M. Philippe Couillard, alors ministre de la Santé et des Services sociaux;
- 29 janvier 2013, lettre au Dr Horacio Arruda, directeur de la Santé publique du Québec;

¹ Note : à l'assemblée annuelle de juin 2015, il a été résolu de modifier le nom de l'Association pour celui de l'Association québécoise des comités des usagers en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme

² Pour faciliter la lecture du présent mémoire, voici un lexique des abréviations utilisées :

Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement (CRDITED)
Déficience intellectuelle (DI) et trouble du spectre de l'autisme (TSA) anciennement trouble envahissant du développement (TED)
Ressource non institutionnelle (RNI)
Ressource intermédiaire (RI)
Ressource intermédiaire spécialisée (RIS)
Ressource de type familial (RTF)
Résidence à assistance continue (RAC)

³ Note : depuis le 1^{er} avril 2015, suite à l'adoption de la loi 10, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont été fusionnés afin de former les CISSS et les CIUSSS.

⁴ Note : pour alléger la lecture, le masculin englobe le féminin dans le texte

- 18 mars 2013, réponse du Dr Horacio Arruda, suivi d'une rencontre avec des professionnelles du MSSS et de la direction de la Santé publique;
- 26 janvier 2015, lettre au Premier ministre Philippe Couillard.

La lettre du 29 janvier 2013 adressée au Dr Horacio Arruda, directeur de la santé publique du Québec, signée conjointement par Mme Bargiel et M. Jean-Marie Bouchard, président de la Fédération des CRDI-TED, est toujours d'actualité aujourd'hui puisqu'aucune mesure significative n'a été mise en place depuis (voir Annexe).

En ce qui concerne plus particulièrement la région de la Capitale-Nationale, le comité des usagers du CRDI de Québec multiplie depuis 2010 les démarches afin que tous les usagers bénéficient d'une ressource résidentielle (RTF-RI-RIS) sans fumée. Le CRDI de Québec a produit un document faisant état des effets néfastes de la fumée secondaire (qui a été présenté aux employés et aux responsables RNI) et a adopté un plan de communication. Le Comité des usagers a dénoncé la situation auprès du Protecteur du citoyen et demandé l'appui du Regroupement des comités des usagers, de l'Association québécoise des comités des usagers des CRDI-TED, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Santé publique; s'en est suivi la mise en place d'un comité pour examiner les alternatives. Malgré les efforts de sensibilisation, la situation n'a pas évolué significativement.

Comparaison avec la législation ontarienne

En édictant la *Loi favorisant un Ontario sans fumée* L.O. 1994, ch.10, le législateur en Ontario a fait le choix d'interdire de fumer dans les milieux de travail clos. Doit-on conclure que les ressources intermédiaires avec des employés sont incluses dans cette protection?

Au Québec, en vertu de la *Loi sur le tabac* actuelle, il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés, les locaux où sont offerts des services d'une ressource intermédiaire, sauf si ces locaux sont situés à l'intérieur de la résidence personnelle de la personne responsable. Les usagers ainsi que toute autre personne exerçant un travail dans ce type de ressource intermédiaire reconnue comme résidence personnelle ne sont donc pas protégés contre la fumée secondaire. Les membres d'une même population sont donc traités de façon différente selon leur lieu de résidence.

Des constats

Selon une enquête de Statistique Canada en 2014, 18,1 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus, soit environ 5,4 millions de personnes, ont déclaré fumer chaque jour ou à l'occasion. Le Québec, avec un taux de 19,6 %, était légèrement au-dessus de la moyenne canadienne. Il est intéressant de constater que le projet de loi N°44 comporte de nouvelles mesures afin de restreindre davantage l'usage du tabac dans les lieux fermés et interdit notamment de fumer dans les véhicules automobiles en présence d'un mineur de moins de 16 ans.

Il est déjà interdit de fumer autant à l'intérieur qu'à l'extérieur des pénitenciers fédéraux. Pour les prisons provinciales, il y a interdiction complète à l'intérieur des murs et permission de fumer à l'extérieur. Également, selon le droit actuel, il est interdit de fumer dans les services de garde en milieu familial en présence des enfants, donc à l'intérieur d'une résidence privée. Nous présumons que le législateur a voulu protéger les enfants et les jeunes parce qu'il considère cette clientèle comme étant vulnérable.

Nous soulignons qu'une autre clientèle particulièrement vulnérable a été oubliée dans ce projet de loi n° 44. Il s'agit des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme, hébergées

en ressources intermédiaires et en ressources de type familial. Cette clientèle captive continue toujours d'être exposée à la fumée du tabac des responsables qui l'hébergent dans leur résidence.

Environ 23 000 personnes vivant avec une déficience intellectuelle et 10 800 vivant avec un trouble du spectre de l'autisme reçoivent des services des CRDI-TED (Extrait *Rapport annuel FQCRDI-TED 2013-14*). Au Québec, pour toutes clientèles confondues (aînés, déficience physique, DI, TSA, etc.), il existe 4 517 ressources résidentielles pour clientèle adulte et 4 204 pour clientèle enfant (Extrait *Cadre de référence les RI et les RTF P.27*)

Afin de vous donner un aperçu de la clientèle touchée par la problématique que nous soulevons, nous prenons en exemple le CIUSSS de la Capitale-Nationale - Point de services CRDI de Québec qui représente 2 500 usagers vivant avec un diagnostic de déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. En août 2015, le CRDI de Québec compte 910 de ces usagers, entre 0 et plus de 75 ans, hébergés dans 224 ressources, dont la presque totalité des adultes sont prestataires de la solidarité sociale. On dénombre 121 résidences avec un personnel d'encadrement fumeur (soit à l'intérieur, soit à l'intérieur et à l'extérieur), dont 19 ressources intermédiaires disent fumer à l'intérieur. On évalue à 76 le nombre d'usagers directement exposés à la fumée secondaire et parmi eux peuvent se retrouver des enfants de moins de 16 ans (Annexe II).

Nous présumons que la situation est semblable pour l'ensemble de la clientèle hébergée dans les ressources intermédiaires ou de type familial de l'ensemble de la province. Ces usagers sont pour la plupart médicamenteux alors qu'il est reconnu que la médication et la fumée secondaire ne font pas bon ménage. Par ailleurs, il est aussi reconnu depuis plusieurs décennies que les non-fumeurs exposés à la fumée secondaire courent un risque accru de développer une panoplie de problèmes de santé, dont certains peuvent entraîner un décès.

Il n'est pas possible de quantifier le nombre d'usagers qui sont eux-mêmes fumeurs. Cependant, nous savons que certains usagers fumeurs qui vivent dans les résidences sans fumée ou dans les résidences à assistance continue sont obligés de fumer à l'extérieur. La règle devrait être la même pour tous (usagers, responsables de résidence et employés) soit : interdiction de fumer à l'intérieur des résidences RTF-RI-RIS-RAC ou à proximité, tel que prévu par la loi pour les autres milieux.

Les ressources résidentielles, un milieu de vie

La loi actuelle interdit de fumer dans les installations maintenues par un établissement de santé et de services sociaux où sont offerts des services d'une ressource intermédiaire visée à la LSSSS, sauf si ces locaux sont situés à l'intérieur de la résidence personnelle des responsables.

Depuis 2009, le gouvernement a adopté la *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant*. Parmi les particularités de ces ententes, certains responsables de résidences accueillent des personnes dans leur lieu principal de résidence et d'autres dans un immeuble distinct. Les RI non visées par la *Loi sur la représentation des ressources* sont généralement exploitées dans un lieu autre que la résidence principale par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou par une société de personnes.

La ressource intermédiaire est aussi le lieu où l'utilisateur bénéficie d'activités cliniques d'adaptation et de réadaptation requises par le processus du continuum résidentiel. Ces activités ont pour but d'améliorer les conditions de vie de l'utilisateur et de le rendre le plus autonome possible. L'effet de perpétuer son exposition à une atmosphère contaminée par des produits cancérigènes contribuera à détériorer son état et à alourdir les

coûts du système de santé. Est-il logique de l'héberger et d'exercer ces activités cliniques dans un environnement soumis à de tels risques?

Vulnérabilité de la clientèle

Les enfants, adolescents et adultes vivant avec une DI ou un TSA sont considérés par la LSSSS comme des personnes présentant des **facteurs de vulnérabilité** qui pourraient les exposer à être victimes de négligence ou d'abus. Ces situations peuvent survenir n'importe où, par exemple dans le milieu de résidence, un plateau de travail, un centre de jour, un centre hospitalier, un service de loisir. Une même personne peut présenter plusieurs facteurs de vulnérabilité : dépendance affective, physique et financière, limitations sur le plan de la communication, désir de plaire et de se conformer aux demandes et difficulté à réaliser sans aide l'exercice de ses droits. En plus, étant souvent en groupe, leur santé peut être plus fragile que celle de la population en général et occasionner des infections respiratoires ou autres.

Nous estimons que l'exposition au tabagisme accroît les risques compte tenu de leur vulnérabilité. De plus, ces personnes n'ont aucune alternative pour leur milieu de vie quand elles se retrouvent dans un milieu fumeurs. Elles ne peuvent la plupart du temps sortir de la résidence sans accompagnement d'où le risque, lors de leurs déplacements en voiture avec les responsables RNI et leurs employés, d'être exposées à la fumée secondaire ou même tertiaire.

Ce qu'implique le choix d'une résidence

En plus d'être exposées à la fumée secondaire dans les résidences, les usagers de ces ressources sont d'autant plus pénalisés qu'ils n'ont généralement pas le choix du milieu où ils résident. En effet, depuis 2002, on constate dans le réseau résidentiel des CRDI une augmentation fulgurante des listes d'attente. Au 31 mars 2014, 103 personnes étaient en attente d'un service résidentiel pour la seule région de la Capitale-Nationale. La personne vivant en présence de fumeurs pourrait demander un changement de résidence, mais le délai d'attente risque d'être long faute de place disponible. En plus des désagréments habituels d'un déménagement, elle devra faire face au fait de quitter un milieu physique qui pouvait lui convenir, se réhabituer à de nouvelles règles de vie, de nouveaux intervenants, de nouveaux co-résidents.

Elle devra aussi faire un nouvel apprentissage pour ses déplacements, s'habituer à un changement de milieu d'occupation de jour susceptible d'entraîner un autre délai où elle se retrouvera à nouveau sur une liste d'attente, cette fois-ci pour des services de jour. S'y ajoute un éloignement possible de tous les autres services de proximité auxquels elle était habituée, comme coiffeur, dentiste, médecin de famille, etc.

La personne présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme peut avoir de la difficulté ou même être dans l'impossibilité d'exprimer son inconfort en présence de fumée de tabac ou son choix de ne pas être exposée à la fumée secondaire et ne pourra pas dire sa préférence. Mais nous recevons souvent les commentaires de la part de parents qui visitent leur garçon ou leur fille et déplorent que l'air soit irrespirable dans les résidences fumeurs ou que les vêtements de leur enfant soient imprégnés de fumée tertiaire. Ces parents et les usagers n'osent pas dénoncer la présence de fumée de tabac dans la résidence de peur de représailles, d'autant plus qu'ils se disent par ailleurs satisfaits des services reçus dans leur ensemble. Pour leur part, les comités des usagers sont en mesure de confirmer ces faits.

Recommandations

Considérant qu'au même titre que toutes les clientèles vulnérables, les personnes DI ou TSA doivent être protégées contre le tabac ou la fumée secondaire et toute situation présentant un risque pour leur santé et leur bien-être et que le projet de Loi n° 44 doit leur assurer cette protection dans les milieux où elles vivent :

- **Au nom de cette clientèle vulnérable que nous représentons, et parmi laquelle se trouvent des enfants, des personnes polyhandicapées, des aînées, des personnes à la santé fragile, nous proposons que toutes les ressources résidentielles non institutionnelles soient sans fumée et qu'elles deviennent ainsi des milieux de vie qui assurent la protection de la santé et du bien-être des usagers.**

Considérant que selon l'article 48 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*, toute personne en autorité se doit de protéger les personnes vulnérables et que ce devoir s'impose en l'espèce aux responsables des RNI :

- **Compte tenu des impacts sur leur santé et leur qualité de vie, le droit à un milieu de vie exempt de fumée pour les personnes vulnérables vivant en RTF-RI-RIS doit primer sur le droit à la vie privée d'un responsable de résidence.**
- **À défaut de l'obligation de recruter des non-fumeurs comme responsables de toutes les ressources, l'interdiction de fumer doit être étendue aux milieux de vie des personnes que nous représentons, ainsi qu'à leurs alentours immédiats.**

À cet effet, nous proposons qu'une modification soit apportée au chapitre II de la loi (Restriction de l'usage du tabac dans certains lieux), lequel édicte déjà des restrictions de l'usage du tabac dans certains lieux, afin de rendre ces dispositions applicables aux ressources intermédiaires dans une résidence privée, comme le fait l'actuel paragraphe 4 de l'article 2, s'appliquant aux garderies en milieu familial, incluant les résidences privées.

Et ce, à partir de la même logique de prévention qu'évoquée pour interdire la fumée secondaire dans les prisons, les écoles, les CPE, les lieux publics comme les terrasses, les voitures de particuliers, etc., soit la protection des personnes vulnérables.

La mise en œuvre de cet ajout au projet de loi n° 44 ne causerait pas de difficultés. D'une part, la loi prévoit déjà le contrôle et l'application de la loi par les inspecteurs du MSSS. Par ailleurs, les établissements, dont les CRDI, sont responsables d'assurer la prestation de services de santé ou des services sociaux de qualité à l'utilisateur en conformité avec la LSSSS. Ils ont mis en place un système de contrôle par le biais des agents de qualité ou autres qui font l'évaluation de la conformité des ententes avec les responsables de ressources résidentielles. C'est d'ailleurs un système semblable à celui que les Centres de la petite enfance ont mis en place pour s'assurer qu'il n'y a pas de fumée de tabac en présence des enfants dans les installations en milieu familial.

Madame Lucille Bargiel, présidente
Association québécoise des comités des usagers des CRDI-TED
255, rue Choquette, Beloeil, Québec, J4G 4V6
Tél. : 450 446-7477, poste 2400
lbbargiel@gmail.com

ANNEXE I

(Texte d'une lettre au Dr Horacio Arruda en date du 29 janvier 2013)

Montréal, le 29 janvier 2013

Dr Horacio Arruda
Directeur de la santé publique du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, Chemin Sainte-Foy, 12^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Monsieur,

La Fédération québécoise des CRDITED et l'Association des comités d'usagers des CRDITED souhaitent, par la présente, solliciter une intervention de votre part afin de protéger des personnes ayant à une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement contre l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement, plus spécifiquement celles résidant en ressource de type familial ou en ressources intermédiaires de type maison d'accueil.

Au Québec, plus de 13 000 personnes demeurent dans l'une des 3 500 ressources d'hébergement non institutionnel avec lesquelles collaborent les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. Parmi celles-ci, plusieurs sont exposées à la fumée secondaire des responsables des ressources ou de d'autres résidents, puisque la plupart de ces ressources sont situées dans la demeure principale des responsables et ne sont donc pas ciblées par la *Loi sur le tabac* (juin 1998) et la *Loi modifiant la Loi sur le tabac et d'autres dispositions législatives* (juin 2005).

Bien que les CRDITED aient sensibilisé les responsables de ressources sur les retombées de la fumée secondaire pour les résidents et les aient informés des programmes d'aide existants, plusieurs personnes ayant une DI ou un TED subissent les effets nocifs de la fumée secondaire.

Nous pensons que comme un des objectifs des orientations gouvernementales en matière de tabagisme est « d'assurer la protection des non-fumeurs contre l'exposition à la fumée du tabac dans l'environnement », il est important d'intervenir auprès de ces personnes vulnérables et souvent sans-voix.

Le *Plan de lutte contre le tabagisme 2006-2010* (p. 21) mentionne dans ses prémisses que « la protection contre les dangers de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement s'impose, le droit à un air sain primant sur le droit de fumer n'importe où ». Nous croyons que cette prémisse, basée sur le document *Les droits des non-fumeurs et des fumeurs et la Charte des droits et libertés de la personne* de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, s'applique tout à fait à la situation que nous vous exposons. Le droit à un air sain pour les personnes ayant une DI ou un TED devrait primer sur le droit au tabagisme des responsables de ressources.

Pour ce faire, nous supposons que l'application des mêmes conditions existantes pour les responsables de service de garde en milieu familial pourrait solutionner le problème pour les ressources d'hébergement non institutionnel, tel qu'il est mentionné à l'alinéa 4, de l'article 2 de la *Loi sur le tabac* :

4° les installations d'un centre de la petite enfance ou d'une garderie au sens de la Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance (chapitre S-4.1.1) et les résidences privées où sont fournis des services de garde en milieu familial au sens de cette loi, aux heures où les personnes qui offrent ces services y reçoivent des enfants;

Nous croyons que vous êtes l'interlocuteur privilégié pour induire un changement législatif qui pourrait avoir des retombées positives pour des milliers de personnes qui sont actuellement sans-voix.

Nous souhaitons pouvoir vous rencontrer afin de pouvoir échanger afin de trouver une solution qui commandera un équilibre entre les droits des responsables de ressources et ceux des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Soyez assuré, Monsieur, que nous demeurons disponibles et nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments distingués.

Le président de la Fédération,

La présidente de l'Association,

Jean-Marie Bouchard

Lucile Bargiel

JMB/LB/bb

ANNEXE II

Répartition de la clientèle au CRDI de Québec

Le Rapport annuel de gestion 2013-2014 du CRDI de Québec donne la répartition, par groupes d'âges, des usagers hébergés en ressources non institutionnelles. On constate que des usagers de **moins de 16 ans** sont à risque d'être exposés à la fumée secondaire dans les ressources intermédiaires.

Usagers recevant des services d'intégration résidentielle en ressources non institutionnelles (RNI) DI et TSA									
Au 31 mars 2014									
Âge	0-4	5-11	12-17	18-21	22-44	45-64	65-74	75 +	TOTAL
DI et TSA	2	12	49	47	299	398	93	29	929

ANNEXE III

Petite histoire de la désinstitutionnalisation au Québec

Jusqu'à la fin du XIX^e siècle au Québec, les familles sont seules responsables des services à leurs enfants, sauf exception. Au début du XX^e siècle, les communautés religieuses ouvrent des hôpitaux psychiatriques, des crèches et des orphelinats pour recueillir les enfants ayant besoin d'aide, dont ceux qui présentent une déficience intellectuelle. Déficience intellectuelle et problème de santé mentale sont alors confondus. Au Québec vers le milieu des années soixante, la Révolution tranquille donne lieu au développement des sciences humaines et sociales. Des approches éducatives se développent, l'idéologie de la « normalisation » et, dans la même lignée, de la « valorisation des rôles sociaux » inspire les approches en intervention. D'où un remaniement complet des grandes institutions asilaires.

Autour de 1970, on vise la désinstitutionnalisation des personnes, ce qui donne naissance à des internats de rééducation. Depuis les années 1980, le Gouvernement du Québec, ses organismes de services et les associations de parents travaillent ensemble dans une perspective d'intégration et de participation sociale. C'est en 1954 que se font les premiers placements en familles substituts qu'on appelle alors « les foyers nourriciers ». En 1971, la LSSSS crée l'entité juridique nommée « famille d'accueil » qui consiste en une ressource d'hébergement pour les enfants, les adultes et les personnes âgées. En 1995, on introduisait l'appellation de ressources de type familial et ressource intermédiaire. Ces dernières devaient héberger une clientèle nécessitant davantage de soutien et d'encadrement que celles confiées aux RTF.

En 2009, le gouvernement a adopté la *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective*. Le cadre de référence contenant les orientations ministérielles en vue de l'application de la loi indique que l'établissement a la responsabilité d'évaluer les besoins, de déterminer l'ensemble des services requis par l'utilisateur et de l'orienter vers le milieu de vie approprié. La ressource doit procurer un milieu de vie et offrir des services de soutien ou d'assistance.

ANNEXE IV

La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme

La déficience intellectuelle touche environ 2,5 % de la population, soit environ 200 000 personnes au Québec. De ces 3 %, près de 85 % des personnes ont une déficience légère, 10 % une déficience moyenne et 5 % une déficience profonde. La déficience intellectuelle se caractérise par la présence de limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif qui se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques d'une personne. Cette condition est un état considéré comme durable. Elle s'observe et se diagnostique pendant la période de développement se terminant à 18 ans.

Le trouble du spectre autistique (TSA) regroupe dans une seule entité inclusive toutes les catégories répertoriées antérieurement sous la rubrique de troubles envahissants du développement. Ainsi, les diagnostics de trouble autistique, syndrome d'Asperger ou trouble envahissant du développement non spécifié cesseront donc progressivement d'exister avec l'implantation graduelle du DSM-5. Il apparaît généralement dès la petite enfance et se caractérise par des atteintes de la « communication sociale » accompagnées par des comportements « restreints ou répétitifs » comportant trois niveaux de sévérité : requérant un soutien, requérant un soutien important et requérant un soutien très important. À noter que l'évaluation menant à un diagnostic formel de TSA nécessite, le plus souvent, l'apport d'une équipe interdisciplinaire ainsi que le recours à des outils normalisés.

LB / 15 août 2015