Chapitre 1

La réalité de l'autisme : faits et chiffres

Bref historique

Notons que l'autisme était apparemment inconnu dans les anciennes civilisations. Sa première évocation remonte seulement à une soixantaine d'années.

Leo Kanner fut le premier à décrire l'autisme en 1943. Il publia un article sur 11 enfants qui présentaient un syndrome plutôt rare « d'extrême isolement autistique ». Puisque ces symptômes apparaissaient dès l'enfance, le syndrome de Kanner fut également appelé « autisme infantile ».

En 1944, Hans Asperger décrivit également un groupe d'enfants aux symptômes similaires. La même année, Bruno Bettelheim avançait l'hypothèse que les enfants devenaient autistes parce que leurs mères « réfrigérateurs » ne les avaient pas élevés dans un environnement stimulant, ce qui affectait leur développement général et social ainsi que leur langage. Les hypothèses de Bettelheim étaient hautement discutables et sa théorie, fort heureusement, fut discréditée (bien que j'ai encore entendu des témoignages de parents rencontrant des psychiatres assez malhonnêtes pour les culpabiliser en ce sens).

Plus près de nous, l'examen de nombreuses données venant de l'Autism Research Institute a permis à son fondateur, Bernard Rimland, de dégager deux grandes tendances de l'autisme actuel :

- l'apparition des symptômes de l'autisme vers l'âge spécifique de 2 ans, devient un modèle fréquent. On parle pour décrire cette observation d'autisme régressif (par opposition à l'autisme inné), personne n'en parlait dans les années 70 et pourtant la part d'autisme régressif représente maintenant 25 % de l'occurrence totale ;

  Autism Research Review, vol. 14, n° 1, 2000, ARI, p. 3, 6, Californie, États-Unis.

- les cas d'autisme ont augmenté de manière tellement faramineuse depuis quelques années aux États-Unis que l'on peut parler de véritable explosion.

Plus concrètement, nombreux sont les parents qui racontent le même scénario : leur enfant, le plus souvent un garçon, se développe normalement sur le plan social et verbal. Soudain, dans sa deuxième année, il n'acquiert plus de nouvelles habiletés ni de nouveaux mots, allant jusqu'à régresser et à perdre tous ses acquis dans le domaine du langage et des apprentissages tant cognitifs que sociaux.

Ces constatations viennent d'être confirmées par l'étude de vidéos d'anniversaire de 56 enfants pris à l'âge de 1, 2 et 3 ans. Les comportements d'époque ont été analysés par des spécialistes ignorant les diagnostics d'autisme ou de régression survenus plus tard dans la vie des enfants. La recherche conclut que les parents sont d'excellents observateurs et que l'autisme régressif qu'ils avaient pressenti est un diagnostic distinct probablement dû à une fragilité précoce dans le développement du système nerveux. Cette étude publiée dans Archives of General Psychiatry *a été réalisée par Géraldine Dawson de l'University of Washington's Autism Center.*

« Validation of the Phenomenon of Autistic Regression », Using Home Videotapes, Emily Werner, Ph.D., Geraldine Dawson, Ph.D., *Arch. Gen. Psychiatry*, AMA, 2005 ; 62 : 889-895, Chicago, Illinois, USA.

Épidémiologie

Revenons maintenant à la deuxième constatation de l'Autism Research Institute qui a trait à l'augmentation des cas d'autisme durant ces dernières années. Cette dramatique augmentation est un fait incontournable. J'insiste sur le mot « fait », car cette réalité devrait être à la base de toute réflexion intelligente et dépourvue de parti pris.

Les chiffres qui l'expriment sont ceux des États-Unis et du Québec mais les tendances dont ils sont porteurs sont valables pour tous les pays malgré les divergences ponctuelles.

Toujours est-il que le temps du 4 autistes par 10 000 naissances des années 70 est bien loin. On est passé à 1/500 en 1996, puis à 1/150 en 2000, ce qui représente pour certains états des États-Unis, comme la Californie ou le Maryland, des taux d'augmentation de 270 à 500 % en 10 ans.

Statistiques officielles des États-Unis

Pour expliquer comment celles-ci ont été colligées, il est opportun de se rappeler qu'en 1975, « The Individuals with Disabilities Education Act » (IDEA) fut élaborée afin d'assurer aux enfants handicapés des chances d'éducation

égales et non discriminatoires. Cela se traduit en théorie par un programme éducatif personnalisé pour chaque cas. Le Département états-unien de l'Éducation, en accord avec cette loi, se doit chaque année de faire un rapport sur les demandes devant le congrès des États-Unis. Au début, les cas d'autisme en milieu scolaire étaient rares. Devant leur augmentation, la décision a été prise de lister l'autisme comme une pathologie à part entière et ce, depuis 1991.

Si l'on examine plus en détail certains états ou districts, cela donne les chiffres suivants. Ils sont impressionnants :

Selon les données de ses services spécialisés, le Maryland a connu entre 1993 et 1998 une augmentation de sa population autiste de 513 %, alors que les chiffres sont de 13 % pour le retard mental, 7 % pour les difficultés d'apprentissage, 26 % pour les handicaps multiples même si la population n'a augmenté que de 7 % entre 90 et 98.

De 1993 à 1998, en 5 ans, le district de Baltimore City est passé de 85 à 323 cas d'autisme, celui de Baltimore de 54 à 306, de Frederick de 3 à 91, de Howard de 10 à 169 et de Prince George's de 19 à 209.

C'est en Californie que l'explosion de l'autisme depuis 1994 est la mieux documentée. En effet, le « Department of Developmental Services » (DDS) rapporte régulièrement tout nouveau cas qui vient s'ajouter au système. L'autisme de niveau 1, déterminé selon les critères immuables du DSM IV, arrive en tête de tous les handicaps pour la première fois de l'histoire de l'État. Il surpasse le retard mental, la paralysie cérébrale, l'épilepsie et les autres conditions similaires.

Attention : l'autisme de niveau 1 n'inclut pas les autres troubles envahissants du développement, l'hyperac-tivité, et les rares maladies génétiques s'apparentant à l'autisme, ni les Aspergers.

633 nouveaux cas se sont ajoutés en 1994 ; 5 ans plus tard, on en rajoutait 1944 (ce qui représente 6 nouveaux cas par jour, 7 jours sur 7) tout en excluant les enfants de moins de 3 ans et ceux souffrant de troubles cités plus haut.

En 2001, on recensait 2725 nouveaux cas, soit une augmentation de 20 % par rapport à l'année précédente.

La Californie comptait alors 16 802 autistes de niveau 1.

Il aura fallu 25 ans, de 1970 à 1995 pour en totaliser 6527, mais le plus effrayant est qu'il n'aura fallu que 3 ans, de 1999 à 2001, pour doubler ce nombre de cas.

82 % sont des garçons, 56 % n'ont pas de retard mental et 80 % sont nés après 1980. Il est inquiétant de constater que la majorité d'entre eux, soit 2 personnes sur 3 ou 11 104 enfants, ont entre 0 et 13 ans (base : 2001).

Enfin, les chiffres les plus récents mentionnent 3577 nouveaux cas en 2002 (10 enfants par jour). Cette augmentation de 33 % en un an est la plus forte constatée en 31 ans d'histoire du département.

À lire ces chiffres, on pourrait croire, pour expliquer cette dramatique augmentation, que la Californie, par les services qu'elle offre, est devenue la terre d'asile des autistes et de leurs parents. Il n'en est rien. En consultant le tableau récapitulatif qui suit, fourni par le même Department of Education, on voit bien que la tendance se généralise dans tous les états états-uniens.

État	1992-1993	2000-2001	Pourcentage d'augmentation
Alabama	68	765	1 025
Alaska	8	195	*
Arizona	199	1 119	462
Arkansas	30	671	2 137
California	1 605	10 557	558
Colorado	14	453	*
Connecticut	164	1 225	647
Delaware	15	263	1 653
District of Columbia	0	103	*
Florida	582	3 926	575
Georgia	262	1 916	631
Hawaii	52	276	431
Idaho	39	291	646
Illinois	5	3 103	*
Indiana	273	2 621	860
Iowa	67	537	701
Kansas	74	619	736

Kentucky	38	864	2 174
Louisiana	409	1 145	180
Maine	37	444	1 100
Maryland	28	1 933	*
Massachusetts	493	575	17
Michigan	288	4 075	1 315
Minnesota	296	2 448	727
Mississippi	0	385	*
Missouri	336	1 589	373
Montana	20	163	715
Nebraska	4	337	*
Nevada	5	394	*
New Hampshire	0	342	*
New Jersey	446	2 925	559
New Mexico	16	225	1 305
New York	1 648	5 943	260
North Carolina	786	2 374	202
North Dakota	9	118	*
Ohio	22	2 217	*
Oklahoma	31	666	2 048
Oregon	37	2 516	2 516
Pennsylvania	346	3 304	855
Puerto Rico	266	473	78
Rhode Island	19	309	1 526
South Carolina	141	852	504
South Dakota	36	227	531
Tennessee	304	935	208
Texas	1 444	6 023	317
Utah	105	584	456
Vermont	6	160	*
Virginia	539	1 983	268
Washington	476	1 620	240

West Virginia	101	312	209
Wisconsin	18	1 823	*
Wyoming	15	94	527
TOTAL	12 222	78 717	644

* Les augmentations à partir de chiffres très bas sont exprimées comme « pratiquement illimitées ».

États avec les plus fortes augmentations du nombre d'élèves atteints d'autisme (de 6 à 21 ans).

	1992-1993	2002-2003
Illinois	5	5 080
Maryland	28	2 962
Mississippi	0	537
Nebraska	4	481
Nevada	5	684
New Hampshire	0	491
Ohio	22	4 017
Oregon	37	339
Wisconsin	18	2 739
D.C.	0	179

Source : U.S. Department of Education Annual Reports to Congress (IDEA).

Les chiffres ci-dessous émanent de statistiques gouvernementales officielles produites par le ministère de l'Éducation des États-Unis. Ils représentent les nombres d'enfants autistes âgés de 6 à 21 ans desservis par l'IDEA. Ce tableau compare les augmentations sur 11 ans entre 1992/93 et 2003/04.

État	1992-1993	2003-2004	Pourcentage d'augmentation
Alabama	68	1 319	1 840
Alaska	8	291	3 538
Arizona	199	2 131	971
Arkansas	30	1 040	3 367

California	1 605	19 034	1 086
Colorado	14	879	6 179
Connecticut	164	2 041	1 145
Delaware	15	387	2 480
District of Columbia	0	208	–
Florida	582	5 915	916
Georgia	262	3 956	1 410
Hawaii	52	618	1 088
Idaho	39	571	1 364
Illinois	5	6 005	120 000
Indiana	273	4 755	1 642
Iowa	67	1 224	1 727
Kansas	74	993	1 242
Kentucky	38	1 358	3 474
Louisiana	409	1 640	301
Maine	37	815	2 103
Maryland	28	3 536	12 529
Massachusetts	493	4 007	719
Michigan	288	6 341	2 102
Minnesota	296	5 076	1 615
Mississippi	0	622	–
Missouri	336	2 664	693
Montana	20	247	1 135
Nebraska	4	557	13 825
Nevada	5	891	17 720
New Hampshire	0	585	–
New Jersey	446	4 933	1 006
New Mexico	16	359	2 144
New York	1 648	9 486	476
North Carolina	786	4,074	418

North Dakota	9	220	2 344
Ohio	22	5 146	23 291
Oklahoma	31	959	2 994
Oregon	37	3 759	10 059
Pennsylvania	346	5 805	1 578
Puerto Rico	266	666	2 404
Rhode Island	19	568	2 889
South Carolina	141	1 303	824
South Dakota	36	328	811
Tennessee	304	1 659	446
Texas	1 444	10 354	617
Utah	105	1 030	881
Vermont	6	280	4 567
Virginia	539	3 533	555
Washington	476	2 824	493
West Virginia	101	507	402
Wisconsin	18	3 259	18 006
Wyoming	15	162	980
TOTAL	12 222	140 920	+ 1 055 overall

Source : *Individuals With Disabilities Education Act data*, US Department of Education, 2004.

Selon Éric Fombonne, professeur à l'université Mac Gill de Montréal, le taux de prévalence des troubles autistiques est, en 2003, de 60/10 000. Il y aurait donc 60 autistes par 10 000 personnes, ce qui correspond à 1 autiste sur 167. Il est bon de se rappeler que pendant des dizaines d'années, ce même taux était estimé à 2 ou 5 par 100 000 (1/5000 à 1/2000).

Éric Fombonne, M.D., 15, *JAMA*, Chicago, USA, 2003 Jan. 1 ; 289 (1) : 49-55.

En 2003 également, on estime que le nombre de personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement en dessous de 20 ans est de 10 500 dans la seule province de Québec et de 45 000 pour l'ensemble du Canada.

Tableau 1

Autistes regroupés selon leur niveau de scolarisation au cours des années 90 d'après les données du ministère de l'Éducation du Québec

	1990 1991	1991 1992	1992 1993	1993 1994	1994 1995	1995 1996	1996 1997	1997 1998	1998 1999	1999 2000	% –
pré-maternelle	39	35	34	19	34	37	41	100	134	161	313
primaire	209	191	165	188	195	203	255	312	431	564	170
secondaire	162	139	138	195	161	170	204	229	273	300	85

Toujours pour le Québec, les chiffres qui vont suivre ont été compilés et analysés par le Dr Edward Yazbak, pédiatre états-unien à la retraite, grand-père d'un jeune garçon autiste et très impliqué dans la recherche des causes de cette terrible maladie.

Voici ses propos :

« Pendant les 5 dernières années, j'ai examiné de manière intensive la fulgurante augmentation des cas d'autisme et de troubles envahissants du développement et j'en suis venu à la conclusion que les statistiques les plus précises relatives à ces troubles sont celles obtenues par les écoles, car ni les parents ni les autorités scolaires ne sont prêtes à accepter à la légère un tel diagnostic. »

En effet, ils sont en première ligne pour faire face quotidiennement et pratiquement aux problèmes qu'une telle sentence génère.

Tableau 2

Troubles autistiques chez des individus âgés de moins de 18 ans. Province de Québec, 1971-2003 (est.)

	1971	2003
Population	6 028 000	7 455 200
0-18 ans (25,1 %)	1 513 028	1 871 255
Prévalence	2 : 10 000	60 : 10 000
Autisme / TED (est.)	303	11 228

Edward F. Yazbak, « Autism Skyrockets in Quebec : a Secret no More », *Red Flags*, redsflagweekly.com (26 janvier 2004).

http ://www.whale.to/a/thrower04.html#53.

En septembre 2000, un total de 1388 élèves atteints de troubles envahissants du développement (TED), dont l'autisme fait partie, a été enregistré dans les écoles de la province du Québec comparativement à 2267 en septembre 2002, ce qui représente une augmentation de 63 % en 2 ans. Selon la commission scolaire de Montréal, il y avait 42 classes pour autistes et TED en 2003 alors qu'il n'en existait qu'une en 1989 ; 91 écoliers souffrant d'autisme en 1998 comparativement à 307 en 2003. Ceci représente une augmentation de 237 % en 5 ans ou une moyenne de 47 % d'augmentation par année.

L'analyse suivante démontre l'augmentation des cas dans la province du Québec dans les trente dernières années :

En 2003, la population du Canada se situait autour de 31,4 millions d'habitants dont 25,1 % en dessous de l'âge de 19 ans :

0-4 ans	5,4 % (5,6-5,2)
5-9 ans	6,3 % (6,6-6,1)
10-14 ans	6,7 % (7,5-6,5)
15-19 ans	6,7 % (6,9-6,4)

Le Québec, quant à lui, comptait un peu moins de 7,5 millions d'habitants comparativement à quelque 6 millions en 1971.

Selon les paramètres précédents, on peut estimer qu'il y avait dans cette province entre 300 et 400 autistes en 1971 pour plus de 10 000 actuellement.

L'évaluation la plus raisonnable démontre que l'augmentation des cas de troubles autistiques au Québec a probablement excédé 3000 % dans les trente dernières années ou, en d'autres termes, que le nombre de cas d'autisme et de troubles associés a doublé tous les 6 à 7 ans. Il est fort peu probable qu'une autre maladie infantile ait connu une telle augmentation.

Discussion sur l'épidémiologie

Malgré ces chiffres alarmants et indiscutables, la controverse existe…

La comptabilisation et l'analyse de ce genre de recensement sont d'ailleurs souvent contestées. Dans le cas de l'autisme, la principale critique se résume par l'affirmation suivante : « Il n'y a pas d'augmentation, nous, médecins, sommes de meilleurs diagnostiqueurs, voilà tout. » C'est ce que

prétendent certains épidémiologistes et spécialistes de l'autisme particulièrement conservateurs et peu enclins à ce que leurs connaissances et théories en la matière puissent être remises en question par une telle escalade… Pourtant selon les manuels de diagnostic, les critères qui déterminent l'autisme sont devenus plus restrictifs et très ciblés. Ils sont précis et sont bien loin de « fourre-tout » dans lequel on retrouverait tous les cas ambigus.

Évolution des critères de diagnostic d'autisme aux USA :

À l'origine, selon le concept de Kanner, les enfants étaient atteints d'autisme dès leur naissance. Ils ne présentaient pas ou peu de langage, ne supportaient pas le changement, aimaient la routine, ne témoignaient pas de contacts affectifs, avaient de la difficulté dans les relations interpersonnelles et une attirance voire une fascination pour des objets particuliers.

En 1956, Kanner et Eisenberg proposèrent que deux caractéristiques essentielles seulement soient retenues pour poser un diagnostic d'autisme, à savoir le manque de contact affectif et un comportement répétitif et rituel élaboré.

En 1978, Rutter proposa une définition de l'autisme qui requérait 4 critères :

– développement social inadéquat n'affectant pas le niveau intellectuel de l'enfant ;

– développement du langage inadéquat n'affectant pas le niveau intellectuel de l'enfant ;

– jeu stéréotypé, centres d'intérêts anormaux et résistance au changement ;

– présence de ces symptômes avant l'âge de 30 mois.

En 1980, le DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^{e} édition) fut introduit et 5 critères furent retenus :

1. difficultés de réponse face aux autres ;
2. absence ou anormalités du langage ;
3. résistance au changement et attachement aux objets ;
4. absence de caractéristiques schizophréniques ;
5. établissement et présence de ces symptômes avant l'âge de 30 mois.

En 1987, révision avec le DSM III-R dans le sens d'une définition « de troubles envahissants du développement ». Sur ce point, les pays peuvent présenter des critères légèrement différents.

Depuis 1994, on utilise le DSM IV* qui exige :

1. au moins 6 critères parmi 3 grandes catégories (deux au moins dans la catégorie A et 1 dans chaque catégorie B et C) qui sont :
   A. déficience qualitative dans le domaine de l'interaction sociale (il existe 4 définitions) ;
   B. déficiences qualitatives au niveau de la communication (il existe 4 définitions) ;
   C. modèles de comportement restrictifs, répétitifs et stéréotypés concernant des centres d'intérêts et des activités décrits selon 4 situations ;
2. observation de retards ou fonctionnements anormaux dans au moins un des domaines suivants, à un âge se situant avant 3 ans (3 situations sont décrites) ;
3. la déficience n'est pas mieux comptabilisée pour le syndrome de Rett ou les troubles désintégratifs de l'enfance.

*** Section 299 du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).**

Et quand bien même la plus grande médiatisation de l'autisme ou la plus grande sensibilisation des médecins avait provoqué une augmentation du nombre de diagnostics, ces seuls faits ne pourraient expliquer la véritable explosion constatée. Je citerai à ce sujet l'avis du *Dr Candace Pert* qui affirme : *« Cette seule raison ne pourrait expliquer qu'une augmentation de 30 à 50 % mais pas plus, alors que l'on parle d'augmentation de 500 à 600 % sur une seule période de 10 ans. Qu'en serait-il si on remontait à 20 ans ? Il s'agirait alors plus vraisemblablement d'une augmentation de 1000 % ! ! ! » Elle insiste également sur ce nouveau modèle d'autisme que l'on appelle autisme régressif par opposition au modèle conventionnel d'autrefois qui considérait l'autisme acquis à la naissance.*

Le docteur Pert travaille au « Georgetown University Medical Center – Department of Physiology & Biophysics, School of Medicine » de Washington. C'est une pharmacologiste internationalement reconnue, spécialiste des récepteurs opiacés et auteur de plus de 250 articles scientifiques.

Son interview peut être consultée à l'adresse suivante : www.feat.org, 24 November 2000, « New Developments In Autism, Aids and Alternative Paradigm Medicine ». Une interview de Daniel Redwood du Dr Candace Pert, Ph.D., Feat Daily Newsletter.

Beaucoup plus simplement et pragmatiquement, en tant que mère qui vit le problème de l'autisme au quotidien, je me demande comment il est possible d'ignorer médicalement un enfant qui a de sérieux troubles du compor-

tement, qui ne parle pas, peut s'automutiler et est la plupart du temps non intégrable dans le système scolaire normal. Selon moi, un tel handicap ne peut être occulté, même par le médecin le moins averti. Si cette épidémie était seulement due à un manque de diagnostic, que sont devenus alors les autistes âgés aujourd'hui d'une vingtaine d'années ? Les chiffres démontrent sans aucun doute que cette génération désormais recensée est, toutes proportions gardées, loin d'être aussi nombreuse que ce qu'on voit aujourd'hui.

Recherche et traitements proposés : les faits

Depuis fort longtemps, la recherche se concentre sur la génétique. Les résultats sont décevants, plusieurs gènes étant mis en cause sans qu'un marqueur spécifique et satisfaisant ne soit décelé. Pour ce qui est des traitements, même si on mettait la main sur LE gène de l'autisme, la thérapie génique resterait un vœu pieux pour les générations actuellement concernées. Des sommes colossales ont été et sont encore consacrées dans cette voie prestigieuse, mais on s'éloigne de plus en plus de la réalité de ces vies brisées en ne laissant que de maigres miettes aux recherches cliniques plus concrètes.

Les traitements éducatifs

Après avoir été méprisés pendant 20 ans et considérés comme une perte de temps, d'énergie et d'argent, les traitements éducatifs ont enfin repris une place dans le maigre arsenal dont on dispose en matière d'autisme. Il s'agit des méthodes d'apprentissage et de stimulation précoce, telles que les méthodes TEACCH, Lovaas et ABA (analyse appliquée du comportement). En pratique, les enseignants formés sont peu nombreux et peu d'enfants ont accès à ces services hyper spécialisés et coûteux. Ceci est un constat et il est valable même pour les pays qui offrent généralement les meilleurs soins.

Les médicaments

Les neuroleptiques et autres camisoles chimiques permettent seulement d'atténuer les symptômes les plus graves, mais ils ont comme conséquence des effets secondaires alarmants.

Ils ne viennent en aucun cas combler d'éventuelles carences et ils ne s'attaquent pas à la source des problèmes. Nos enfants ne sont pas déficients en Ritalin® ni en Prozac®, mais, comme on le verra plus tard, ils manquent de nutriments essentiels à leur croissance physique et mentale… Par ailleurs, on commence seulement maintenant, à cause du peu de recul dont nous disposons, à évaluer l'importance de leurs effets secondaires : perte d'appétit,

retard de croissance, insomnie, dépression, mais également arythmies cardiaques pour le Ritalin®. D'ailleurs, le groupe conseil de la FDA vient début 2006 de voter en faveur d'un nouvel étiquettage du Ritalin® et autres médicaments à base de méthylphénidate (Concerta® [Belgique, Suisse, France], Methylin®, Métadate® [USA]). Ceci faisant suite aux audiences sur le décès de 25 personnes, dont 19 enfants, ayant pris ces drogues. L'avertissement sous forme de « boîte noire » stipulerait le lien en faveur de risques mortels accrus ainsi que de graves dommages à la santé. Il est fort probable que la FDA, qui a déjà accepté en 2004 ces avertissements pour l'Adderall® (amphétamine), suivra comme à son habitude les recommandations de son comité conseil.

Aux États-Unis, le Ritalin® est prescrit mensuellement à quelque 2 millions d'enfants et 1 million d'adultes.

Quant au Prozac®, le gouvernement des États-Unis a été amené très récemment à restreindre son utilisation chez les enfants à la suite d'études démontrant qu'il pouvait augmenter le risque de suicide.

Le 13 septembre 2004, on pouvait lire dans le journal *USA Today* :

« Prozac® linked to child suicide risk » :
« Le Prozac® lié au risque de suicide infantile. »

En Grande-Bretagne, cet antidépresseur est le seul qui soit autorisé chez les enfants. C'est la conséquence d'une étude sur sa sécurité qui l'a fait admettre par le MHRA* comme le seul antidépresseur efficace et sécuritaire pour eux.

* Medicines and Healthcare Products Regulatory Authority.

Pourtant, les États-Unis en ont décidé autrement. Ils prétendent que toutes les molécules qui font partie des « inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine » sont à risque pour les enfants. En décembre 2003, la prescription de tous les médicaments de cette même famille a d'ailleurs été interdite pour les enfants.

À ce sujet, le directeur de l'« Office of drug Evaluation » à la FDA, Robert Temple a déclaré le 23 septembre 2004 devant le « Subcommittee on Oversight and Investigations, Committee on Energy and Commerce, House of Representatives » :

« Je pense qu'à présent nous pensons tous qu'il y a une augmentation des tendances suicidaires et de passage à l'acte en relation avec ces médicaments. » (…) « Une nouvelle étude, venant après de nombreuses autres, a démontré que les enfants prenant du Prozac® avaient 50 % de plus de risques de développer des comportements suicidaires et de commettre un tel acte par rapport à ceux sous placebo. » C'est en ces termes que ce directeur

s'est exprimé lors des premiers jours d'audience à Washington. Il prônait aussi une meilleure signalisation de ces risques sur l'étiquetage des antidépresseurs.

Les risques relatifs de comportement suicidaire chez les jeunes sous Luvox®, Effexor®, Paxil® sont plus importants. Ils sont moindres chez les jeunes sous Celexa®, Zoloft® et Prozac®.

Quant au Zyprexa®, prescrit généralement en cas de schizophrénie, un recours collectif a été déposé pour la première fois au nom de tous les utilisateurs des États-Unis. La FDA a émis une mise en garde à son sujet, affirmant qu'il est lié à des problèmes de diabète, d'hyperglycémie et à d'autres anomalies de la glycémie sanguine.

http://www.onlinelawyersource.com/zyprexa/class-action.html – http://www.fda.gov/cder/drug/InfoSheets/patient/olanzapinePIS.htm.

Signalons aussi que pour certains, la dépendance à ces médicaments est souvent associée à la drogue puisqu'ils stimulent la même partie du cerveau que la cocaïne.

Par contre, comme vous pourrez le constater dans les pages suivantes, il existe dorénavant suffisamment d'études scientifiques pour mettre en évidence que nos enfants présentent des dysfonctionnements majeurs au niveau des fonctions gastro-intestinales, du système immunitaire et de réactions aux éléments toxiques. Ces recherches sont constamment bafouées par la médecine conventionnelle, alors que des milliers d'enfants qui ont la chance, grâce à des parents entêtés, d'accéder aux soins découlant de cette recherche voient leur condition s'améliorer au point, pour certains d'entre eux, de perdre leur diagnostic initial.

Plus de 50 études scientifiques publiées, sur ce problème spécifique, ont été recensées par le groupement ANDI : http://www.autismndi.com/news/.

Plus de 40 recherches publiées sur le thème de l'immunité et de la toxicité du mercure et plus de 90 études traitent de l'autisme et des troubles gastro-intestinaux, des allergies alimentaires et des effets opiacés de peptides dérivés des produits laitiers et du gluten sur les fonctions neurologiques.

Conclusion

La mise en équation de ces constatations majeures amène logiquement aux conclusions suivantes :

- nous faisons face à une véritable épidémie d'autisme ;

- comme l'épidémie génétique n'existe pas, nous allons devoir envisager et soutenir rapidement en haut lieu d'autres avenues de recherche. Personne parmi la nouvelle garde de chercheurs ne remet en question que la prédisposition génétique de l'autisme existe et est à la base du problème. On peut se demander cependant pourquoi seul notre fils aîné a développé ce syndrome et pas nos deux autres enfants. Ils ont pourtant reçu les mêmes soins et ont été élevés dans le même environnement. Pourquoi, à l'opposé, certaines familles comptent deux à plusieurs autistes dans la même fratrie ? Les gènes encodent une fragilité, une déficience possible du corps humain, mais ils ne l'expriment pas forcément. Les cas d'autisme régressifs sont très éloquents à cet égard. Ces enfants naissent et se développent normalement, acquièrent les prémices du langage et des aptitudes sociales puis, entre l'âge de 18 à 24 mois, tout bascule. Les progrès cessent et les acquis se perdent. Le nombre de témoignages de parents en ce sens ne peut être négligé en vue d'une réflexion intelligente.