

Le diagnostic et l'évaluation de l'enfant atteint d'autisme

par Julie MERCEREAU Psychologue du développement - Spécialisée en autisme

Les outils diagnostiques

Face à de tels troubles, l'évaluation diagnostique et l'évaluation du développement sont deux composantes essentielles pour intervenir auprès de personnes atteintes d'autisme. Tardif (2003) insiste sur le fait que « *l'évaluation diagnostique est incontournable pour identifier la symptomatologie et spécifier le trouble sur le plan nosographique, et l'évaluation psychologique est indispensable pour situer la personne dans son développement.* » (p. 52).

Le Professeur Aussilloux, président de la Fédération Française de Psychiatrie, insistait, en juin 2005, dans un rapport sur les recommandations dans la pratique du diagnostic de l'autisme, sur la nécessité d'utiliser la terminologie de la CIM 10 pour homogénéiser la formulation diagnostique donnée aux parents et faciliter les comparaisons en recherche. La fédération insiste sur le fait que le diagnostic de l'autisme est clinique, et qu'il ne repose donc sur aucun examen biologique. La démarche diagnostique associe un diagnostic nosologique et la réalisation d'une évaluation individualisée fonctionnelle des troubles et des capacités.

Dans cette démarche diagnostique, le professionnel dispose de plusieurs outils :

L'observation du comportement

Le professionnel doit observer l'enfant dans différentes situations. L'enregistrement vidéo est alors un support utile pour analyser en détail les interactions (Lenoir *et al*, 2004). En effet, chez certains enfants, les difficultés sociales ne sont pas toujours immédiatement visibles en raison de leur sensibilité au cadre d'interaction structuré ou des efforts par leur partenaire pour compenser leurs difficultés. L'usage de la vidéo s'est développé en France car il permet aux professionnels de revoir le déroulement de la séance, de favoriser les discussions avec les parents, il permet aussi d'apprécier les progrès de l'enfant et de constituer une banque de données de recherche (Lemay *et al*, 2003).

Les classifications nosographiques

La CIM 10 et le DSM IV-R sont des classifications nosographiques qui considèrent l'autisme infantile comme le prototype des troubles envahissant du développement. Le diagnostic repose sur des critères liés : aux perturbations qualitatives de la communication, aux perturbations qualitatives de la socialisation et aux intérêts restreints ou aux comportements répétitifs ou stéréotypés.

L'ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revise ; Lord, Rutter, Le Couteur, 1994)

L'ADI se présente sous la forme d'un entretien semi-structuré réalisé avec des parents d'enfants suspectés autistes. Cet entretien dure environ deux heures. Sa trame se base sur la description des comportements actuels de l'enfant et lorsqu'il avait 4/5 ans dans les trois domaines où la CIM 10 décrit des perturbations caractéristiques de l'autisme. L'analyse de cet outil étudié chez 50 enfants montre sa concordance avec les observations cliniques, sa validité interne et sa fidélité interjuges. Cet outil a été traduit en français, mais on ne dispose pas pour l'instant d'une étude sur la population française. De plus, comme pour tout entretien avec des

parents, les résultats sont dépendants de la représentation que les parents se font du développement de leur enfant. Enfin, la dernière limite que l'on peut mentionner est le fait que cet outil ne permet pas un diagnostic différentiel entre l'autisme et les autres troubles envahissants du développement.

L'ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule; Lord, Rutter, LeCouteur, 1995)

L'ADOS est une échelle complémentaire à l'ADI. Il s'agit d'une observation semi-structurée utilisée chez des enfants dès 2 ans et chez des adultes, quel que soit leur niveau langagier. L'ADOS permet de recueillir des informations concernant le jeu, les intérêts, les comportements, la communication et les interactions réciproques. Cette échelle permet de faire un diagnostic différentiel entre un spectre autistique et des troubles langagiers, mais ne permet pas un diagnostic différentiel avec les troubles envahissants « non spécifiés ». Cette échelle a été validée avec 381 enfants.

La CARS (Childhood Autism Rating Scale ; (Schopler, Reichler, Devellis, Daly, 1980, traduite en français par B. Rogé en 1985).

Cette échelle diagnostique permet de donner une appréciation du degré de sévérité du trouble autistique à partir de l'observation du comportement de l'enfant. Elle évalue 15 domaines spécifiques : les relations sociales, l'imitation, la communication verbale, la communication non verbale, les réponses auditives, l'utilisation des objets, les réponses émotionnelles, l'utilisation du corps, l'adaptation aux changements, les réponses visuelles, les réponses et les modes d'exploration (odorat, goût, touché), la peur/l'anxiété, le niveau d'activité, le niveau intellectuel/homogénéité du fonctionnement et une appréciation générale. Chaque catégorie est notée sur une échelle de 1 à 4 où 1 représente un fonctionnement normal et 4 un fonctionnement sévèrement perturbé (des demis points peuvent être accordés). La catégorie diagnostique est déterminée sur la base du score total de l'enfant et du nombre de catégories dans lesquelles il obtient un note de 3 ou plus. Les enfants qui atteignent un score total inférieur à 30 sont considérés comme non autistes. Les enfants qui obtiennent un total de 37 (ou plus) et qui ont un score de 3 (ou plus) dans 5 des domaines évalués sont classés parmi les autismes sévères. Les enfants qui obtiennent un total de 30 (ou plus) mais qui ne remplissent pas l'un des deux derniers critères sont classés parmi les autismes modérés.

Le diagnostic précoce

Dans une étude de 1999 Aussilloux (in Aussilloux ; 2002) remarque qu'entre l'âge moyen de repérage des premiers signes par les parents (17 mois) et l'âge moyen de la première consultation spécialisée (32 mois) à l'issue de laquelle le diagnostic de troubles autistiques est posé, il y a un délai important de l'ordre de 15 mois. Aussilloux note que ce délai de 15 mois pourrait sûrement être réduit par une meilleure formation des professionnels au contact des nourrissons et des jeunes enfants. Une équipe de recherche, autour du professeur B. Rogé mène un projet sur l'implication des médecins généralistes et des pédiatres dans le diagnostic précoce avec l'intégration de questions spécifiques dans les carnets de santé (La première journée nationale de l'Association pour la Recherche sur l'Autisme et la Prévention des Inadaptations « *Dépistage, diagnostic et interventions précoces en autisme* », Toulouse, 24 septembre 2004).

De plus, un diagnostic précoce permettrait de mettre en place le plus tôt possible une prise en charge à un moment de développement où la plasticité cérébrale pourrait permettre un certain

degré de récupération (Dong & Greenough, 2004). Plusieurs auteurs soulignent en effet un meilleur pronostic évolutif lorsque la prise en charge est précoce (et de surcroît intensive) (Magerotte & Rogé, 2004).

Cependant il faut rester prudent, car la possibilité même d'un diagnostic avant trois ans est discutée. Pour l'instant, avant trois ans, on peut repérer des signes évocateurs d'un « futur » autisme, mais poser un diagnostic avant 2 ½ -3 ans paraît délicat, dans la mesure où il a été montré que les taux d'erreurs sont d'autant plus élevés que l'enfant est jeune. Bernadette Rogé rappelle, en effet, lors d'un colloque national (2005) à Paris que si l'enfant est diagnostiqué à 3 ans, en principe, le diagnostic ne sera pas modifié ensuite, alors que dès l'âge de 2 ans, le diagnostic reste inchangé à 3 ans dans 72 % des cas seulement.

Des outils ont été mis au point pour repérer chez les jeunes enfants des troubles généraux de développement : PEDS « Parents Evaluation of Developmental Status » (Glascoe, 1997) et ADBB « Echelle Alarme Détresse Bébé » (Guedeney et al, 2001). D'autres outils permettent de dépister les troubles envahissants du développement : le CHAT « Chek list for autism in Toddlers » (Baron-Cohen et al, 1992), M-CHAT « Modified Chek list for autism in Toddlers » (Robins, 2001), SCQ « Social Communication Questionnaire » (Berument, Rutter, Lord et al, 1999), PDDST « Pervasive Developmental Disorders Screening Test » (Siegel, 1998), CAST « Childhood Asperger Syndrome Test (Scott, Baron-Cohen, Bolton et al, 2002) et l'ASAS « Echelle australienne du syndrome d'Asperger » (traduite par Trehin).

Le diagnostic différentiel

La différenciation entre les troubles envahissants du développement et d'autres troubles développementaux, voire psychiatriques est parfois difficile. Mais il est important de pouvoir établir un diagnostic différentiel, la pertinence de la prise en charge en dépend.

Ainsi, les professionnels doivent être attentifs à différencier un trouble envahissant du développement d'un simple retard mental. La frontière entre la dysphasie sémantique pragmatique et l'autisme est aussi très discutée (Botting et al, 2003). Certaines personnes avec autisme peuvent présenter des symptômes de la schizophrénie, notamment des symptômes négatifs (apathie, pauvreté du contact social...). Mais les schizophrènes, contrairement aux personnes avec autisme, présentent des symptômes positifs (hallucinations, troubles du cours de la pensée...) (Konstantareas, 2001). Certains enfants peuvent aussi se situer à la limite de la normalité, avec une personnalité particulière caractérisée par une maladresse dans les interactions sociales (Berney, 2000).

Nous devons distinguer aussi les troubles envahissants du développement des troubles de la coordination motrice, d'une hyperactivité avec déficit de l'attention, d'un syndrome de Gilles de la Tourette, d'un déficit sensoriel, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de la personnalité, et distinguer les enfants ayant eu des carences affectives précoces