



## Dossier documentaire

# L'Évaluation : quels apports au développement des enfants et adolescents présentant des syndromes autistiques?

Journée d'étude régionale  
organisée par le

**CREAI PACA Corse** et le  
**CRA PACA**

**Judi 2 avril 2009**  
Aubagne - Agora





## Prévalence des troubles du spectre autistique - évolutions récentes -

Eric Fombonne, spécialiste de la prévalence de l'autisme, a présenté lors du colloque de l'Association Nationale des Centres Ressource Autisme en février 2009 à Montpellier, de nouveaux taux de prévalence pour les troubles du spectre autistique, qui sont deux fois supérieurs à ceux qu'il observait en 2002, dans le cadre d'une expertise collective de l'INSERM. Il semble que cette augmentation soit en partie liée à un meilleur diagnostic de l'autisme, se faisant en partie au détriment des diagnostics de déficience intellectuelle.

Les données présentées lors de ce colloque sont le résultat de la compilation de 47 études sur le sujet. Le texte de son intervention sera bientôt reproduit intégralement sur le site: <http://www.journees-autisme.fr>, sur lequel figure déjà la quasi-totalité des communications faites lors de ces journées.

On peut voir dans les tableaux ci-dessous le détail de ces prévalences, qui pour l'ensemble du spectre autistique, concerne presque 7 enfants sur mille:

<b>Nombre estimé de personnes TED en 2007 - PACA-</b>			
Région PACA	Taux de prévalence	0-19 ans	20-59 ans
	pour mille		
<b>Autisme</b>	<b>2,2</b>	<b>2519</b>	<b>5521</b>
<b>Syndrome d'Asperger</b>	<b>1,1</b>	<b>1259</b>	<b>2760</b>
<b>Troubles désintégratifs et TED sans précisions</b>	<b>3,4</b>	<b>3893</b>	<b>8532</b>
<b>Total toutes formes de troubles envahissants du développement</b>	<b>6,7</b>	<b>7671</b>	<b>16814</b>

source : Eric Fombonne, colloque ANCRA février 2009, exploitation CREA PACA et Corse

<b>Nombre estimé de personnes TED en 2007 - Corse-</b>			
Région Corse	Taux de prévalence	0-19 ans	20-59 ans
	pour mille		
<b>Autisme</b>	<b>2,2</b>	<b>139</b>	<b>349</b>
<b>Syndrome d'Asperger</b>	<b>1,1</b>	<b>70</b>	<b>174</b>
<b>Troubles désintégratifs et TED sans précisions</b>	<b>3,4</b>	<b>215</b>	<b>539</b>
<b>Total toutes formes de troubles envahissants du développement</b>	<b>6,7</b>	<b>424</b>	<b>1061</b>

source : Eric Fombonne, colloque ANCRA février 2009, exploitation CREA PACA et Corse

## ANNEXE 5 : liste des outils pour le dépistage et le diagnostic de l'autisme et leurs éditeurs

### Dépistage et détection précoce

#### Repérage des problèmes développementaux généraux

- **PEDS** Parents' Evaluations of Developmental Status (Glascoe, 1997).
- **ADDB** Échelle alarme détresse bébé (Guedeney *et al.* 2001)

#### Repérage des problèmes développementaux spécifiques

- **Chat** Check-list for autism in Toddlers (Baron-Cohen *et al.* 1992).
- **M-Chat** Modified Check-list for autism in Toddlers (Robins, D. L., *et al.*, 2001)
- **ASQ ou SCQ** Autism Screening Questionnaire (Berument, Rutter, Lord *et al.* 1999) ou Social Communication Questionnaire
- **PDDST** Pervasive Developmental Disorders Screening Test (Siegel, 1998)
- **CAST** Childhood Asperger Syndrome Test (Scott, Baron-Cohen, Bolton *et al.* 2002)
- **ASAS** Australian Scale for Asperger's Syndrome (Attwood et Garnett, 1998).  
Échelle australienne du syndrome d'asperger (trad. Ch Trehin)

### Confirmation diagnostique

#### Outils spécifiques à l'autisme et aux troubles apparentés

- **ADI-R** Autism Diagnostic Interview – Revised (Lord, Rutter et Le Couteur, 1994)
- **ADOS** Autism Diagnostic Observation Schedule (Lord *et al.* 1989)
- **CARS** Childhood Autism Rating Scale (Schopler, Reichler et Daly, 1988)  
Adaptation française B. Rogé : échelle d'évaluation de l'autisme infantile

### Evaluation du développement

#### Evaluation psychologique

- **PEP-R** Psychoeducational Profile – Revised (Schopler, *et al.* 1990)  
Profil Psycho-Educatif (PEP-R), Traduction C. Tréhin, De Boeck Université, Bruxelles 1993.
- **AAPEP** Adolescent and Adult Psychoeducational Profile (Mesibov, *et al.* 1988)  
Profil Psycho-Educatif pour Adolescents et Adultes (AAPEP), Traduction C. Dumortier, E Counet, De Boeck Univ., Bruxelles 1997
- **K-ABC** Kaufman Assessment Battery for Children
- **WISC-IV** Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)  
Échelle d'intelligence de WECHSLER pour enfants et adolescents quatrième édition D. WECHSLER (2004)
- **WPPSI-III** Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised  
Échelle d'intelligence de Wechsler pour la période préscolaire et primaire (forme révisée) (D. WECHSLER)
- **BLR (BRUNET-LEZINE)** Échelle de développement psychomoteur de la première enfance (O. Brunet, i. Lezine, 2001)
- **VABS (VINELAND)** Vineland Adaptive Behavioural Scales (Carter, A.S. *et al.*, 1998).  
Échelle d'évaluation du comportement socioadaptatif de Vineland

## Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme

### Evaluation de la Communication

- **ECSP** L'échelle d'Évaluation de la Communication Sociale Précoce (l'ECSP, Guidetti et Tourette, 1993)
- **GRILLE DE WETHERBY** La grille d'observation de Whetherby et Prutting (1984)

### Evaluation du comportement

- **ÉCA-R et ÉCA-N** G. Lelord, J.L. Adrien, C. Barthélemy, « l'échelle ERC-A », in G. Lelord, D. Sauvage, « L'autisme de l'enfant ». Masson 1990  
et  
J.L. Adrien, L. Hameury, S Roux *et al.* »L'évaluation des signes précoces : utilisation et validation de l'échelle ERC-N » in G. Lelord, D. Sauvage, « L'autisme de l'enfant ». Masson 1990
- **BECS** Batterie d'évaluation du développement cognitif et social in : ADRIEN J.L., Autisme du jeune enfant : développement psychologique et régulation de l'activité, Expansion Scientifique française, 1996

### Evaluation du développement moteur

➤ Il n'existe pas d'outils de référence, citons à titre d'exemple quelques tests commercialisés (ECPA : <http://www.ecpa.fr/>)

- **CORP** Épreuve du schéma corporel (C. MELJAC, *et centre*1966)
- **DF-MOT** Développement fonctionnel moteur de 0 à 48 mois (L. VAIVRE-DOURET 1999)

transition du préscolaire au scolaire peut être aussi faite avec progressivité, ce qui augmente les chances de succès.

Les programmes préscolaires ont enfin pour caractéristique commune d'impliquer activement la famille dans le programme éducatif de l'enfant (participation à des séminaires d'information, aide à l'utilisation de techniques comportementales spécifiques, mise à disposition de groupes de soutien de diverse nature...). Ainsi, une généralisation et une consolidation bien meilleures des compétences acquises à l'école peuvent être obtenues. Les parents peuvent également contribuer à certains éléments du programme éducatif puisqu'ils connaissent très bien leur enfant et ont souvent des intuitions sur ce dont il a besoin, ce qu'il peut faire et ce qui est trop difficile pour lui.

## Dépistage et détection précoce de l'autisme

La revue des études sur l'efficacité des programmes d'intervention précoce indique qu'il est souhaitable d'intervenir à un stade très précoce du développement des enfants ayant un TED. Néanmoins, le développement des interventions éducatives précoces est actuellement limité en raison des délais nécessaires au diagnostic de TED. Dans le passé, les enfants souffrant de syndromes autistiques n'étaient souvent diagnostiqués qu'au moment de l'entrée à l'école primaire. Actuellement, dans la plupart des pays, l'âge moyen auquel les enfants sont désormais évalués et diagnostiqués a baissé et se situe aux environs de 3-4 ans (Howlin et Moore, 1997). La difficulté de diagnostiquer l'autisme à un âge plus précoce a plusieurs origines. D'abord, il est extrêmement difficile de faire le diagnostic de TED chez les enfants très jeunes (de moins de 1 an), car leur répertoire comportemental est trop restreint pour identifier avec fiabilité les symptômes typiques du syndrome autistique. Ainsi, les anomalies de la communication et du langage sont beaucoup plus difficiles à repérer chez un enfant préverbal ou un nourrisson. Il en est de même pour les anomalies des interactions sociales qui tendent à être plus visibles lorsque l'enfant commence à être autonome sur le plan moteur ou à fréquenter une crèche ou une garderie. Le développement moteur des enfants autistes est généralement peu particulier, et l'absence de stigmates physiques ou dysmorphologiques nets contribuent au retard pour le diagnostic. Néanmoins, la plupart des parents (95 % selon Rogers et Di Lalla, 1990) commencent à s'inquiéter du développement de leur enfant avant leur second anniversaire, et typiquement aux alentours de 15-18 mois (Fombonne, 1995 ; Volkmar et coll., 1994). Il existe donc une période souvent prolongée entre les premières inquiétudes parentales et la confirmation diagnostique qui pourrait être réduite si les professionnels de la petite enfance étaient mieux formés et sensibilisés à la détection précoce de ce type de trouble développemental. Dans une étude récente, les parents s'inquiétaient du développement de leur enfant en moyenne à l'âge de 19 mois, le plus souvent pour des retards d'apparition du

544

langage et/ou des anomalies de la communication (Fombonne et De Giacomo, 2000). Un délai important existait avant que ces enfants ne soient finalement évalués et reconnus comme ayant des TED. Les parents s'inquiétaient encore plus précocement lorsque l'enfant présentait un retard intellectuel ou une pathologie médicale associée, ou lorsqu'il n'était pas le premier de la fratrie, ce qui suggère que l'expérience acquise (en élevant un premier enfant) par les parents de ce qu'est le développement normal d'un enfant joue un rôle dans leur capacité à identifier de manière plus précoce les premiers symptômes.

Même en l'absence d'inquiétudes parentales, il est possible dans certains cas de détecter des anomalies du développement à un stade plus précoce, les travaux actuels s'étant surtout orientés aux alentours du premier anniversaire, et parfois même avant. Ces travaux reposent essentiellement sur des méthodes rétrospectives ou sur l'analyse de films familiaux chez des enfants diagnostiqués, quelques années plus tard, avec un TED (Adrien et coll., 1992a et b ; Baranek, 1999 ; Losche, 1990 ; Massie, 1978 ; Osterling et Dawson, 1994 ; Werner et coll., 2000). Par exemple, Osterling et Dawson (1994) ont montré qu'avec l'observation comparative de quatre comportements (regarder les autres, réaction d'orientation lorsqu'on appelle le bébé, le pointage et le fait de montrer des objets) chez des enfants normaux et des enfants diagnostiqués ultérieurement avec un TED, la prédiction du diagnostic ultérieur était correcte à 90 % pour chaque groupe. D'autres études ont montré que l'analyse fine de ces comportements permettait une bonne différenciation également par rapport à des enfants ayant des retards de développement non autistiques (Baranek, 1999), et que l'analyse de films familiaux chez des enfants plus jeunes, âgés de 8 à 10 mois, permettait également cette différenciation. Ces résultats sont importants car ils montrent que des anomalies autistiques peuvent sans doute être identifiées par des yeux experts avant le premier anniversaire, ce qui devrait conduire au développement futur de nouvelles méthodes de dépistage et de diagnostic des TED chez les bébés. Cependant, la traduction pratique de ces travaux est, à l'heure actuelle, limitée.

Le développement d'actions de dépistage des TED doit, en l'absence actuelle de marqueurs biologiques, reposer sur l'identification de symptômes et comportements indicateurs d'un développement anormal. Deux approches peuvent ici être utilisées, de manière complémentaire. La première consiste à utiliser les visites médicales systématiques effectuées chez les très jeunes enfants et former les professionnels qui en sont responsables à une meilleure détection clinique des TED. La seconde méthode consiste à développer des instruments (essentiellement des questionnaires) de dépistage qui puissent être utilisés par les professionnels et/ou les parents. Le développement de tels instruments de dépistage doit prendre en considération plusieurs facteurs. Comme mentionné ci-dessus, les comportements/symptômes autistiques présents chez un jeune enfant sont plus limités en nombre, et les symptômes qui

545

requièrent un niveau de développement cognitif avancé sont carrément absents. C'est par exemple le cas de symptômes tels que certaines préoccupations envahissantes ou la résistance au changement qui souvent ne deviennent pleinement visibles qu'après l'âge de 3 ou 4 ans. L'instrument doit donc être sensible aux différences développementales dans la nature et la fréquence des symptômes autistiques. Ensuite, il est nécessaire que l'instrument soit facile d'administration s'il doit être utilisé dans des conditions médicales routinières, comme lors d'un des examens de santé systématiques prévus par la loi. Enfin, il doit requérir peu ou pas de formation particulière pour la passation, de façon qu'il puisse être adopté par une gamme étendue de professionnels exerçant dans des conditions variées et avec des contraintes de temps souvent importantes.

L'évaluation des propriétés des instruments de dépistage doit être rigoureuse et doit se faire de manière empirique, sur des échantillons de grande taille, étudiés dans des conditions proches de celles prévues pour l'emploi futur de l'instrument. Le plus souvent, des approches longitudinales sont nécessaires pour étudier la validité prédictive de l'outil puisque le critère à l'aune duquel l'instrument de dépistage est évalué est la présence d'un diagnostic de TED, qui ne peut parfois qu'être confirmée que plusieurs années après le dépistage. Les efforts de recherche correspondants sont donc substantiels. Une façon habituelle de résumer les performances des instruments de dépistage est d'estimer leur sensibilité (proportion de « cas » identifiés par l'instrument), leur spécificité (proportion de non-malades correctement classifiés comme tels), et leur valeur prédictive positive (ou la probabilité qu'un sujet positif à l'instrument de dépistage ait vraiment la maladie que l'on dépiste). Ces propriétés varient souvent en sens inverse et en fonction de paramètres contextuels tels que la prévalence de la maladie dans l'échantillon observé (Fombonne et Fuhrer, 1991 ; Fombonne, 2002b). Il est donc important d'apprécier dans l'analyse des travaux sur les instruments de dépistage les particularités de l'étude, du mode d'échantillonnage, du mode d'administration de l'instrument, du type d'échantillon étudié (population générale ou consultants dans un centre de santé) et de la prévalence de la maladie dans cet échantillon.

Le dépistage de l'autisme et des TED peut être conçu à trois niveaux qui requièrent chacun des stratégies et des outils différents. Le niveau 1 est celui du dépistage systématique au niveau de la population générale, sans que les enfants participant à ce dépistage aient montré de difficultés développementales particulières ni que leurs parents, ou ceux qui en tiennent lieu, aient manifesté d'inquiétudes spéciales. Le niveau 2 concerne la détection précoce de l'autisme chez des enfants pour lesquels des problèmes de développement de nature et de sévérité variables ont déjà été identifiés. Par exemple, ce niveau de dépistage est représenté par des consultations de professionnels spécialisés dans des troubles du développement (orthophonistes, neurologues, psychomotriciens, psychologues, psychiatres...) et pour lesquels il peut être

546

utile de disposer d'instruments séparant les troubles autistiques du développement de ceux d'une autre nature (comme par exemple des troubles spécifiques du langage). Enfin, le niveau 3 représente l'activité d'évaluation et de diagnostic d'équipes spécialisées dans le diagnostic des TED qui confirment ou non la présence d'un TED chez un enfant se présentant avec une forte suspicion d'un tel trouble. Dans une large mesure, cette distinction entre les trois niveaux est arbitraire et reflète l'organisation des services médicaux et les filières de consultation plutôt qu'une caractéristique propre aux TED. Dans tous les cas, la mission du système de santé est d'assurer, pour un enfant donné, une transition rapide entre les différents niveaux de dépistage qui devraient à chaque étape offrir une expertise suffisante pour répondre aux questions posées par un développement atypique. L'évaluation diagnostique est un temps important pour les enfants ayant des TED et leurs parents, qui permet de reconnaître la nature des problèmes de développement et de mettre en place les premiers traitements. Elle doit donc être obtenue rapidement.

### Dépistage des TED chez l'enfant tout venant (niveau 1)

Le niveau 1 de dépistage peut se faire dans les centres de PMI (protection maternelle et infantile) ou dans les cabinets de médecins généralistes ou de pédiatres, lors des examens de santé systématiques organisés dans de très nombreux pays. Actuellement, ces examens ne sont pas orientés vers la détection systématique des troubles développementaux et des premiers signes de TED.

L'expérience des familles, dans de nombreux pays, indique que les médecins de première ligne sont mal formés à l'identification des TED et que leurs connaissances et leur réponse aux inquiétudes des parents sont souvent inadéquates. Ainsi, un temps très long s'écoule entre la première expression d'inquiétude par les parents et la prescription par le médecin de famille d'une évaluation spécialisée. Très souvent, les réponses apportées aux premiers signes (consistant souvent en retard et anomalies du développement du langage) sont évasives (« ça va passer », « il va rattraper bientôt »...). Plusieurs études ont montré que, en général, lorsque les parents s'inquiètent d'un problème développemental chez leur enfant, il en existe bien un (Glascoe, 1997a et b), même si les parents ne peuvent pas toujours bien en évaluer l'importance ou la nature. Il faut également noter que l'absence d'inquiétude parentale ne signifie pas que le développement soit normal. La disposition des parents à reconnaître les troubles développementaux chez leurs enfants est influencée par un grand nombre de facteurs liés à l'enfant, à la famille, aux expériences parentales antérieures, et au milieu social et culturel. En outre, devant des tableaux plus directement évocateurs d'un syndrome autistique et une fois qu'ils en soupçonnent sa présence, les médecins ont souvent du mal à expliquer leurs craintes aux parents, évitant de parler d'autisme par l'emploi de formules indirectes (« difficultés de contact », « repli sur soi », ou encore « tendances autistiques »), laissant les familles dans une confusion qui ne les aide pas.

547

Comme ces délais et incertitudes sont préjudiciables au développement de l'enfant en retardant la mise en place d'aides précoces qui peuvent promouvoir un développement plus harmonieux et rapide, il convient de développer la formation des médecins de première ligne au dépistage des manifestations précoces des TED et d'enrichir le contenu des examens de santé systématiques par des actions et questions ciblées sur la détection des TED. Des recommandations analogues ont été faites récemment en Grande-Bretagne (Baird et coll., 2000) et en Amérique du Nord (Filipek et coll., 1999). Par exemple, les pédiatres et médecins devraient étudier systématiquement le développement des compétences sociales et communicatives (et pas seulement le langage) et du jeu chez les jeunes enfants de moins de 3 ans. Des questions types qui pourraient être introduites dans l'examen médical apparaissent dans le tableau 11.IV. Ces questions balayent les trois domaines du développement où les symptômes se manifestent. À la fin du tableau, sont également mentionnés des signes absolus d'alerte qui devraient déclencher un examen secondaire immédiat.

Tableau 11.IV : Dépistage clinique des TED (d'après Filipek et coll., 1999)

---

**QUESTIONS À POSER SYSTÉMATIQUEMENT DANS LES VISITES MÉDICALES DE ROUTINE**  
 « Est-ce qu'il/elle... ? » ou « Est-ce qu'il y a... ? »

**Socialisation :**

- ... se niche comme les autres enfants ?
- ... vous regarde lorsque vous lui parlez ou jouez avec lui/elle ?
- ... sourit en réponse à un sourire d'un autre ?
- ... se joint à un jeu à deux, allant de l'un à l'autre ?
- ... fait des jeux d'imitation simples, comme cache-cache ou la ronde ?
- ... s'intéresse aux autres enfants ?

**Communication :**

- ... pointe avec son doigt ?
- ... utilise des gestes ? Fait oui et non de la tête ?
- ... dirige votre attention en vous montrant des objets ?
- ... a quelque chose de bizarre dans son langage ?
- ... montre des choses aux autres personnes ?
- ... conduit et guide un adulte par la main ?
- ... ne répond pas toujours à son nom ?... ou à des instructions ?
- ... utilise un langage écholalique, répétitif ?
- ... retient par cœur des séquences de mots ou des scripts ?

**Comportement :**

- A. ... a des mouvements répétitifs, stéréotypés ou bizarres ?
- B. ... a un nombre très limité de préoccupations ou d'intérêts ?
- C. ... s'intéresse davantage aux parties des objets qu'au tout (je les roues d'une petite voiture)
- D. ... a un jeu de faire-semblant absent ou limité ?
- E. ... imite les actions des autres ?
- F. ... joue avec ses jouets exactement de la même manière à chaque fois ?
- G. ... est fortement attaché(e) à un objet précis mais insolite ?

**SIGNES D'ALERTE ABSOLUE DES TED**

- ... Pas de babillage à 12 mois
- ... Pas de gestes (pointage, au revoir de la main...) à 12 mois
- ... Pas de mots à 16 mois
- ... Pas de combinaisons de 2 mots spontanées (pas seulement écholaliques) à 24 mois
- ... N'importe quelle perte de compétences (soit langage ou sociale) à tout âge

---

En raison de l'émergence des travaux sur l'efficacité des interventions précoces et de l'approfondissement des connaissances sur les précurseurs d'un développement autistique dans les premiers mois de vie, plusieurs groupes ont commencé à élaborer des instruments de dépistage des TED utilisables chez les très jeunes enfants ne présentant pas pour autant de signes d'appel reconnus. Ces instruments de dépistage disponibles pour le niveau 1 ont été et sont encore l'objet d'études visant à évaluer leurs performances.

#### **CHAT (Checklist for autism in toddlers)**

Le CHAT est le premier instrument développé à des fins de dépistage systématique dans la population générale en Grande-Bretagne (Baron-Cohen et coll., 1992). Il est destiné à être utilisé auprès d'enfants de 18 mois lors de visites de santé systématiques. Le CHAT contient 9 items représentant des questions posées au parent par le médecin ou le professionnel faisant son bilan, et de 5 items additionnels remplis par le médecin de famille ou le *health visitor* après une observation semi-structurée de l'enfant à domicile. Les *health visitors* sont spécifiques au système de santé anglais et participent aux bilans de santé réguliers des jeunes enfants, notamment par des visites à domicile. Les items sont codés sous forme oui/non et ont été choisis pour refléter des domaines du développement affectés très tôt dans le développement de l'enfant autiste. Ainsi, l'instrument comprend des questions sur le jeu social, l'intérêt pour les autres enfants, le jeu symbolique, le pointage protodéclaratif, l'attention conjointe. Il contient également des questions contrôles (par exemple sur le jeu physique et corporel) qui ne devraient pas être affectées dans l'autisme, et des questions permettant d'indexer la présence d'un retard mental ou moteur associé. Le critère de sélection des questions était qu'au moins 80 % des enfants de 18 mois y répondent avec succès. Les questions originelles du CHAT sont les 9 premières apparaissant dans la version modifiée de cet instrument présentée dans le tableau 11.V (cette traduction française du M-CHAT a été réalisée pour cet ouvrage ; elle devrait être correctement validée avant d'être utilisée).

La première étude sur le CHAT a comparé 50 enfants tout venants à 41 frères et sœurs à risque de devenir autistes, car appartenant à une famille comprenant déjà un enfant autiste (Baron-Cohen et coll., 1992). À l'âge de 30 mois, 4 enfants dans le second groupe (et aucun dans le premier) avaient été diagnostiqués comme étant autistes. À l'âge de 18 mois, ces 4 enfants avaient échoué à au moins 2 des 5 comportements cibles (pointage protodéclaratif, intérêt pour les autres enfants, attention conjointe, jeu symbolique et jeu social). Aucun des enfants du groupe contrôle n'avait échoué à plus d'un de ces comportements. La contribution des informations provenant des parents est apparue la plus fiable. Les enfants pour lesquels des comportements normaux avaient été rapportés par les parents mais non observés par le professionnel possédaient en effet la compétence en question. À l'inverse, aucun enfant pour lequel les parents avaient indiqué un problème n'a paru posséder cette compétence à l'observation directe.

549

**Tableau 11.V : M-CHAT (*Modified checklist for autism in toddlers*), outil de dépistage précoce de l'autisme infantile (d'après Robins et coll., 1999)**

• Votre enfant aime-t-il être balancé ou aime-t-il sauter sur vos genoux ?	Oui	Non
• <b>• Votre enfant s'intéresse-t-il aux autres enfants ?<sup>1</sup></b>	Oui	Non
• Votre enfant aime-t-il grimper sur des choses comme des escaliers ?	Oui	Non
• Votre enfant aime-t-il jouer à faire coucou, ou jouer à cache-cache ?	Oui	Non
• Votre enfant fait-il parfois semblant de parler au téléphone, par exemple, de s'occuper de ses poupées ou autre ?	Oui	Non
• Votre enfant pointe-t-il parfois son index pour demander quelque chose ?	Oui	Non
• <b>• Votre enfant utilise-t-il parfois son index pour pointer quelque chose qui l'intéresse ?</b>	Oui	Non
• Votre enfant peut-il jouer correctement avec de petits jouets (par exemple des voitures, des cubes ou des Lego®) sans les porter à la bouche, les tripoter ou les faire tomber ?	Oui	Non
• <b>• Votre enfant apporte-t-il parfois des objets vers vous (les parents) pour vous montrer quelque chose ?</b>	Oui	Non
• Votre enfant vous regarde-t-il dans les yeux plus de 1 ou 2 secondes ?	Oui	Non
• Votre enfant est-il parfois hypersensible au bruit (par exemple, se bouche-t-il les oreilles) ?	Oui	Non
• Votre enfant répond-il par un sourire à la vue de votre visage ou en réponse à votre sourire ?	Oui	Non
• <b>• Votre enfant vous imite-t-il ? (par exemple, si vous faites une grimace, cherche-t-il à vous imiter ?)</b>	Oui	Non
• <b>• Votre enfant répond-il à son nom lorsque vous l'appellez ?</b>	Oui	Non
• <b>• Si vous montrez du doigt un jouet à l'autre bout de la pièce, votre enfant le regarde-t-il ?</b>	Oui	Non
• Votre enfant marche-t-il ?	Oui	Non
• Votre enfant regarde-t-il les choses que vous regardez ?	Oui	Non
• Votre enfant fait-il des mouvements des doigts insolites près de son visage ?	Oui	Non
• Votre enfant attire-t-il votre attention sur ce qu'il est en train de faire ?	Oui	Non
• Vous êtes-vous jamais demandé si votre enfant était sourd ?	Oui	Non
• Votre enfant comprend-il ce qu'on lui dit ?	Oui	Non
• Votre enfant regarde-t-il parfois dans le vide ou erre-t-il sans but ?	Oui	Non
• Votre enfant regarde-t-il votre visage pour évaluer votre réaction quand il est présenté à quelque chose d'inconnu ?	Oui	Non

<sup>1</sup> : Les 6 items en caractères gras sont les plus discriminants

Dans une seconde étude, le même groupe utilisa le CHAT pour un dépistage sur 16 000 enfants de 18 mois de la population générale dans le sud de l'Angleterre (Baron-Cohen et coll., 1996). Les auteurs identifièrent 12 enfants à risque d'autisme, sur la base de 3 items (pointage, jeu symbolique, contrôle du regard). À l'âge de 3,5 ans, 10 de ces enfants reçurent un diagnostic confirmé d'autisme tandis que les deux autres avaient un retard développemental d'une autre nature. Un suivi plus systématique de la même cohorte d'enfants à l'âge de 7 ans a donné des résultats plus complets (Baird et coll., 2000). Dans cette population, 94 enfants furent finalement diagnostiqués à 7 ans avec un TED

550

(50 autistes, 44 TEDNOS – trouble envahissant du développement non spécifié). Les résultats du dépistage à 18 mois furent analysés en constituant un groupe à haut risque (échec à 5 items du CHAT à deux essais consécutifs) et un groupe à moyen risque (échec à l’item de pointage protodéclaratif à deux essais consécutifs). Avec ces seuils, la sensibilité du dépistage à 18 mois est de 20 % pour l’autisme et de 12 % pour les TED avec le seuil à haut risque, et de 35 % et 38 % respectivement pour le seuil à moyen risque. Dans tous les scénarios, la spécificité était excellente et supérieure à 97 %. Il est cependant notable que la sensibilité est insuffisante.

Le CHAT a récemment été utilisé par un groupe indépendant qui a évalué ses performances sur un échantillon de 44 enfants rigoureusement évalués (26 avec un TED, âge moyen de 33 mois ; 18 enfants avec des retards non autistiques du développement, âge moyen 34 mois) (Scambler et coll., 2001). Cependant, la procédure de recueil des données a été altérée de manière importante puisque les professionnels, et non pas les parents, ont complété l’instrument. Ces auteurs ont rapporté une sensibilité de 65 % et une spécificité de 100 %, la valeur de la sensibilité étant même plus élevée après modification des critères *post hoc* par les auteurs. Les enfants autistes faux négatifs tendaient à être de haut niveau, un résultat qui, considéré conjointement avec le fait que l’âge des enfants dans cette étude est plus élevé que celui pour lequel le CHAT fut initialement développé, indique que les performances du CHAT augmentent avec l’âge. Néanmoins, cette étude a des limites importantes car elle repose sur un petit échantillon d’enfants, recrutés dans un centre clinique, et ne comporte pas d’enfants contrôles tout venants. Ces facteurs ont probablement contribué à augmenter les performances du CHAT qui sont ici étudiées dans un contexte qui n’est pas celui du dépistage en population générale. En outre, les évaluateurs étaient formés à l’autisme et ont observé les enfants pendant une demi-journée avant de remplir les items du CHAT. En fait, les procédures mêmes de recueil des données dans cette étude font que ces résultats sont d’un intérêt extrêmement limité pour le dépistage. Cette étude est un exemple de l’utilisation du CHAT à un niveau 2 ou 3 de dépistage/détection, pour lequel il n’a simplement pas été conçu.

#### **M-CHAT (Modified-checklist for autism in toddlers)**

Cet instrument est une extension du CHAT de Baron-Cohen et coll. (1992), orientée vers les enfants de 24 mois (Robins et coll., 2001). Il en diffère par l’importante propriété de reposer entièrement sur le parent comme source d’information. La composante professionnelle du CHAT a donc été retirée et l’instrument construit pour être rempli par les parents dans les salles d’attente de consultation médicale. Le M-CHAT a gardé les 9 items originels du CHAT destinés aux parents, auxquels 21 nouveaux items ont été ajoutés. Ces items ont été choisis pour améliorer les performances de dépistage pour l’ensemble des TED et pour tenir compte de la disparition de la période d’observation directe de l’enfant prévue dans l’administration du CHAT. Le choix des items a été guidé par une revue exhaustive de la littérature et les résultats des

551

analyses des films familiaux. Huit items furent abandonnés après qu'une première analyse des résultats a montré leur faible capacité discriminante. Un autre item fut ensuite ajouté sur le *social referencing* pour tenir compte de récents travaux de recherche mettant en relief la valeur prédictive de cette question (Sigman et coll., 1999 ; Bacon et coll., 1998). Comme pour le CHAT, les items sont codés oui/non, mais certains sont inversés, le développement normal s'enregistrant ainsi également par la réponse non à certaines questions. Une traduction préliminaire de cet instrument est présentée dans le tableau 11.V.

Le M-CHAT a été testé auprès des parents d'un échantillon de 1 122 enfants lors de l'examen de santé de ces derniers à 18 ou 24 mois par leur pédiatre ou médecin de famille (le parent remplit le questionnaire dans la salle d'attente du médecin) et auprès d'un échantillon additionnel de 171 enfants identifiés pour avoir des problèmes de développement (sans toutefois avoir été formellement diagnostiqués avec un TED), afin d'enrichir l'échantillon d'enfants ayant un TED potentiel. Des analyses préliminaires permirent d'identifier 8 items plus sensibles et un dépistage positif fut défini par l'échec à deux de ces 8 items ou à n'importe quelle combinaison de 3 items. Les enfants positifs au dépistage firent l'objet d'un appel téléphonique de suivi avec leurs parents, permettant d'identifier les sujets vraiment à risque qui furent ensuite invités à participer à une évaluation clinique plus approfondie. Dans cette étude, 1 161 enfants étaient négatifs, 74 enfants positifs s'avérèrent n'avoir pas besoin d'une évaluation clinique et 58 enfants apparurent avoir des troubles non autistiques du développement ( $n = 19$ ) ou des TED ( $n = 39$ ). Ces quatre groupes différents avaient échoué en moyenne, et dans l'ordre, à 0,5, 3,4, 6,4 et 10,3 des 23 items du M-CHAT. Une analyse plus poussée des données permit d'établir un sous-groupe de 6 items (voir items en gras du tableau 11.V) qui assurent une classification optimale des sujets avec ou sans risque de TED. Ces items confèrent au M-CHAT une sensibilité de 87 %, une spécificité de 99 %, et une valeur prédictive positive de 80 %. D'autres analyses ont comparé l'efficacité relative de plusieurs algorithmes, dont l'un fondé sur le score total et l'autre sur les 9 items initiaux du CHAT, menant à des résultats voisins, mais légèrement moins performants. Ces résultats doivent être regardés comme préliminaires car le critère utilisé pour valider l'instrument de dépistage consiste en l'information diagnostique partielle connue actuellement sur ces enfants. Le suivi longitudinal de cet échantillon devrait permettre une identification plus complète de tous les enfants diagnostiqués à un âge plus avancé avec un TED, ce qui devrait logiquement conduire à une réévaluation à la baisse de la sensibilité du M-CHAT et de ses autres performances.

L'intérêt de cet instrument est néanmoins évident. Il possède de meilleures qualités métrologiques que le CHAT, repose sur le parent seulement et ne nécessite pas de participation directe ni de formation des professionnels. Les coûts de son emploi sont donc réduits. Des études plus approfondies sont néanmoins nécessaires pour évaluer pleinement ses propriétés.

552

**ESA (Early screening for autism)**

Prolongeant les premiers efforts anglais avec le CHAT, un groupe néerlandais a récemment mis au point un système de dépistage précoce de l'autisme. Aux Pays-Bas, la santé des jeunes enfants est surveillée de près, de la naissance jusqu'à l'âge de 4 ans, et 95 % des enfants sont vus par des infirmières et des médecins dans des centres de santé infantile. Le dépistage avec l'ESA comporte deux étapes et est fondé sur un questionnaire parental comprenant 14 items. La première étape consiste en l'administration de 4 questions seulement au parent, lors d'une visite de santé de routine. Les enfants positifs à ce premier dépistage font l'objet, lors d'une visite à domicile, d'un second dépistage comprenant les 10 questions complémentaires de l'ESA. Ce test a été développé à partir d'une revue extensive de la littérature et a incorporé quelques questions déjà incluses dans le CHAT. Comparé à ce dernier instrument, l'ESA a été développé pour être utilisé auprès d'enfants de 14 mois. Une première version de l'ESA à 19 items fut d'abord testée sur 478 enfants normaux âgés de 8 à 20 mois, 153 enfants autistes (mais en demandant aux parents de remplir les questions rétrospectivement pour leur enfant lorsqu'il avait 14 mois) et 76 enfants avec des troubles déficitaires de l'attention (Willemsen-Swinkels et coll., 2001). Les auteurs ont trouvé qu'environ 50 % des enfants autistes n'auraient pas été dépistés en utilisant comme critère un échec aux 3 items les plus discriminants du CHAT. Ces résultats semblent indiquer que, chez des enfants de 14 mois, les items orientés vers la communication sociale sont moins prédictifs, probablement en raison de l'âge trop jeune des enfants. Il est toutefois impossible d'évaluer exactement la portée exacte de ces résultats au vu de la nature rétrospective (et par là même peu valide) des évaluations obtenues pour certains enfants. Les auteurs ont ensuite réduit leur instrument en ne retenant que les 14 items les plus discriminants de leur étude pilote. Un échec à l'un seulement de 4 items les plus discriminants (intérêt pour des objets variés, jeux et manipulations d'objets variés, émotions compréhensibles par l'entourage, réponse aux stimulations sensorielles) permettait d'atteindre une sensibilité de 94,3 %, et une spécificité de 98 %. Ces 4 items font partie de la première étape du dépistage avec l'ESA. L'utilisation des 14 items a donné des résultats voisins. Des résultats analogues pour la sensibilité furent obtenus sur un échantillon indépendant de 34 enfants diagnostiqués avec un TED et âgés de 16 à 48 mois (et donc utilisant de nouveau une méthode d'évaluation rétrospective avec les parents).

L'ESA a été utilisé depuis octobre 1999 dans la population générale sur un échantillon de 30 000 enfants participant à une étude de dépistage dans la région d'Utrecht, et les premiers résultats ont été communiqués sur 16 248 enfants âgés de 14,6 mois en moyenne au cours du premier dépistage (Dietz et coll., 2001). Parmi ceux-ci, 194 (soit 1,2 %) étaient positifs au premier dépistage, dont 126 ont pu être inclus dans la seconde phase. Un total de 48 enfants (soit 38 %) étaient positifs au second dépistage, et 36 de ces 48 enfants ont pu être évalués complètement. Les premiers résultats sur 27 enfants (9 étaient

553

encore en cours d'évaluation) ont montré que 8 de ces enfants avaient un TED. Ces résultats sont préliminaires et incomplets et il est nécessaire d'attendre la fin de l'étude pour tirer des conclusions plus solides sur les qualités psychométriques de cet instrument et la performance globale de la procédure de dépistage en deux étapes proposée. Cette dernière a certainement l'avantage d'être rapide et non coûteuse, tout en ne requérant aucune formation particulière des professionnels impliqués dans l'examen de ces enfants. Cependant, les taux de refus de participer des parents étaient élevés tant au deuxième dépistage (68/194, soit 35 %) qu'à la phase de confirmation diagnostique (12/48, soit 25 %). D'autre part, la phase de confirmation diagnostique semble s'être déroulée à des âges très variables et parfois longtemps après le dépistage initial. En outre, les données sur les enfants négatifs au dépistage sont encore incomplètes, alors qu'elles sont nécessaires pour évaluer l'efficacité du dépistage dans son ensemble. Cette procédure a été développée pour les Pays-Bas, et son applicabilité telle quelle à d'autres pays doit également être examinée de manière critique.

#### **PDDST-1 (Pervasive developmental disorders screening test – Stage 1)**

Cet instrument, développé par Siegel (1999), est fondé sur un questionnaire parental et comprend trois formes, reflétant les trois niveaux de dépistage décrits ci-avant. L'instrument est adapté aux enfants de 0 à 3 ans, comprend des questions portant sur l'imitation, le jeu, l'attention conjointe, les stéréotypes motrices, le tempérament, les réponses sensorielles, l'attachement, l'attention et l'intérêt pour les autres enfants. Les questions sont à la fois positives et négatives. Le PDDST pour le niveau 1 comprend 9 questions qui s'appliquent à la tranche d'âge de 12 à 18 mois, et 14 questions pour l'âge de 18 à 24 mois. Chaque question est codée en vrai/faux. Douze des 24 questions sont particulièrement prédictives d'un diagnostic de TED et 3 réponses positives sur ce sous-ensemble de questions suffisent à justifier une évaluation au niveau ultérieur. Le PDDST a été validé sur un échantillon de standardisation de 912 enfants dont 625 avaient une suspicion de TED. Avec la règle proposée pour coter les réponses, la sensibilité est de 89 %, la spécificité de 84 %, le taux de faux positifs de 16 %, le taux de faux négatifs de 11 %, et la valeur prédictive globale de 88 % (Siegel, communication personnelle). Les études de validation sont en cours (l'instrument peut être obtenu auprès de l'auteur).

#### **Australian scale for Asperger's syndrome**

Cet instrument a été développé par Attwood (1998), pour les parents et les instituteurs, afin de détecter les enfants atteints de TED, mais ayant un niveau intellectuel compatible avec une scolarité normale. Il est réservé à l'âge scolaire, et comprend 24 items cotés de 1 à 6, ainsi qu'une série complémentaire de 10 questions cotées oui/non. Les données sur les propriétés de cet instrument sont encore fragmentaires. Il répond néanmoins, dans son principe, à un besoin reconnu, celui de pouvoir identifier les enfants ayant des

TED non associés à un retard intellectuel (syndrome d'Asperger ou autisme de haut niveau), dont le diagnostic se fait typiquement plus tard, et souvent après quelques années de scolarité dans des classes normales.

### **Tests de développement**

Plusieurs questionnaires à l'usage des parents existent pour évaluer rapidement le développement des enfants de 0 à 3 ans. Ces tests ne sont pas spécifiquement destinés à détecter les syndromes autistiques. Cependant, comme ces derniers sont souvent associés à des retards de développement, leur utilisation peut être utile dans le cadre d'actions de dépistage, particulièrement lorsqu'est ciblée une gamme étendue de troubles du développement, dont les TED ne sont que l'une des formes possibles. Ces tests ont souvent de bonnes propriétés psychométriques, au moins dans les pays où ils ont été développés initialement (pour une revue, voir Filipek et coll., 1999).

### **Dépistage des TED chez l'enfant ayant des problèmes de développement (niveau 2)**

Lorsque des enfants présentent des troubles du développement, il peut être utile pour certains professionnels non spécialisés dans le domaine des TED de pouvoir rapidement faire un tri de leurs patients afin de repérer ceux qui ont une forte probabilité d'avoir un TED, et devraient en conséquence être adressés au niveau suivant pour confirmation du diagnostic. Ce niveau de dépistage peut également convenir au suivi des frères et sœurs d'un enfant ayant un TED, et dont le développement inquiète les parents.

#### **PDDST-2 (Pervasive developmental disorders screening test – Stage 2)**

Cet instrument est en voie de développement (voir description ci-dessus). La version appropriée à ce niveau de dépistage est réservée aux enfants ayant des problèmes identifiés. Le seuil consiste en 4 réponses positives qui sont suffisantes pour passer à la version suivante. Cette dernière est pourvue d'un autre seuil (réponses positives à 6 items). La validation de l'ensemble du PDDST est en cours.

#### **ASQ (Autism screening questionnaire)**

Ce questionnaire, rempli par les parents, est composé de 40 items codés oui/non, choisis pour être parallèles à l'*autism diagnostic interview* (ADI) et avoir de bonnes capacités discriminantes (Berument et coll., 1999). Il existe deux versions en fonction de l'âge de l'enfant (< 6 ans ou > 6 ans). L'étude de validation a consisté à comparer les réponses à l'ASQ pour 160 enfants avec un diagnostic de TED à celles obtenues chez 40 enfants ayant des troubles du langage ou des troubles psychiatriques. La majorité des items montra des différences significatives entre les deux groupes. Une analyse factorielle a permis aussi d'établir des sous-scores représentant les trois domaines diagnostiques principaux. Une forte corrélation ( $r = 0,71$ ) a été obtenue entre le score

555

total de l'ASQ et le score total de l'ADI pris comme critère extérieur de validation. La différenciation entre les TED et les contrôles était excellente. Un seuil de 15 ou plus a été proposé, pour lequel la sensibilité était de 85 %, la spécificité de 75 % et la valeur prédictive positive de 93 %. Ces résultats sont très encourageants et d'autres études devraient bientôt venir les confirmer. Les parents ayant rempli l'ASQ dans cette étude avaient un enfant diagnostiqué plusieurs années auparavant, et avaient donc depuis longtemps une connaissance des symptômes de l'autisme, ce qui pourrait avoir indûment augmenté les performances de l'instrument. Il reste donc à établir si ces performances seraient aussi bonnes lorsque le questionnaire est appliqué à des enfants non encore diagnostiqués. L'utilisation de cet instrument pour le niveau 1 de dépistage est envisagée par les auteurs, mais aucune donnée sur un dépistage en population générale avec l'ASQ n'est encore disponible. Dans un tel contexte, avec un taux de prévalence bien plus bas que celui de l'étude pilote, les performances devraient assurément être moins bonnes. Cet instrument a récemment changé de nom et est désormais diffusé commercialement sous le nom de *social communication questionnaire*.

#### **STAT (Screening tool for autism in two-year-olds)**

Cet instrument est un outil d'observation interactif bref spécialement conçu pour ce niveau de dépistage (Stone et coll., 1999, 2000). Il a été développé pour les enfants âgés de 2 à 3 ans, et contient 12 items administrés au cours d'une séance de jeu d'une durée de 20 minutes. Les items couvrent trois sous-domaines, le jeu, l'imitation motrice et l'attention conjointe, et 2 autres items non codés ont été ajoutés, destinés à faciliter l'interaction avec l'enfant. Les 10 items diagnostiques sont codés comme succès/échec selon des instructions écrites. Un score pour chacun des trois domaines existe, et un échec dans deux des trois domaines a été retenu comme le meilleur algorithme (Stone et coll., 2000). Cet algorithme est associé à une sensibilité de 83 % et une spécificité de 86 %. Ces items semblent robustes et non influencés par le retard intellectuel. La validation a cependant été conduite sur un très petit échantillon, et d'autres études sont donc requises. Les items inclus dans cet outil sont très fortement influencés par le développement, et il est donc peu probable qu'il puisse être utilisé avec des enfants plus âgés.

#### **Confirmation diagnostique des TED (niveau 3)**

Ce niveau est celui du diagnostic formel et, en tant que tel, ne concerne plus le dépistage à proprement parler. Nous ne faisons donc que résumer brièvement les caractéristiques des instruments les plus couramment utilisés.

#### **ADI-R (Autism diagnostic interview-R)**

Cet instrument est un entretien diagnostique semi-structuré, d'une durée de 2 heures environ, administré par un clinicien formé à son usage avec un

556

actuellement et pour des périodes critiques du développement antérieur. Des scores sont obtenus pour les domaines de la communication et du langage, des interactions sociales, et des comportements et intérêts stéréotypés, ainsi qu'un score total. L'algorithme diagnostique est compatible avec la CIM-10 et le DSM-IV. Initialement développé à la fin des années quatre-vingts pour des applications de recherche (Le Couteur et coll., 1989 ; Fombonne, 1992), il a ensuite été révisé pour être utilisé dans des contextes cliniques et chez des enfants ayant un âge mental de 18 mois ou plus (Lord et coll., 1994). Cet instrument est actuellement utilisé dans tous les centres cliniques d'expertise et dans la majorité des protocoles de recherche actuellement en cours. Une révision et une simplification de l'instrument viennent d'être effectuées (ADI-R-2000).

#### **ADOS-G (Autism diagnostic observational schedule-generic)**

Cet instrument est un compagnon du précédent et consiste en une observation standardisée du sujet (Lord et coll., 2000). Il existe 4 modules qui permettent de l'administrer à n'importe quel âge. Une formation spécifique est nécessaire, et la passation dure 30 à 45 minutes. Les activités sont dirigées par l'examineur de façon à créer des situations qui mettent au mieux en évidence les anomalies autistiques. Les items couvrent les trois domaines diagnostiques importants et le score total permet, avec deux seuils différents, de faire un diagnostic soit d'autisme, soit de TED. Cet instrument a des applications de recherche et cliniques et, avec l'ADI, constitue la paire d'outils diagnostiques considérée aujourd'hui comme la meilleure méthode d'investigation diagnostique.

#### **PIA (Parent interview for autism)**

Cet entretien structuré consiste en 118 items organisés suivant 11 dimensions importantes (Stone et Hogan, 1993). Il prend 45 minutes à administrer. Les propriétés psychométriques (fiabilité test-retest, validité concurrente avec la *childhood autism rating scale* (CARS) sont adéquates pour le score total et les sous-scores. Cet instrument a cependant été peu utilisé, en dehors de ses auteurs.

#### **CARS (Childhood autism rating scale)**

Cet outil consiste en une observation structurée par un professionnel, utilisable chez les enfants âgés de 2 ans ou plus (Schopler et coll., 1980). Chacun des 15 items est codé sur une échelle de 1 à 7 qui mesure le degré de déviance du comportement par rapport à la norme. Le score total (seuil > 30 ou 35) permet de différencier autisme modéré et sévère. Cet instrument est très utilisé depuis vingt ans. Son administration est relativement brève (30 à 45 minutes), mais il couvre un ensemble d'items bien plus restreint que les outils plus récents.

557

### **GARS (Gilliam autism rating scale)**

Ce questionnaire est destiné aux parents, enseignants ou autres professionnels pour des sujets de 3 à 22 ans (Gilliam, 1995). Les items sont basés sur le DSM-IV et sont groupés en 4 sous-scores. Le score total est un index global de la sévérité de la symptomatologie autistique. Cette échelle a récemment été utilisée dans des essais thérapeutiques car elle semble sensible aux changements.

### **PDDST-3 (Pervasive developmental disorders screening test – Stage 3)**

Voir description ci-dessus.

D'autres outils diagnostiques existent qui ne sont pas ici revus en détail car ils sont très spécialisés. Par exemple, l'échelle résumée des comportements (ERC) développée par une équipe de Tours dans plusieurs versions (Barthelemy et coll., 1997 ; Lelord et coll. 1998 ; Adrien et coll., 2001) est davantage un instrument d'évaluation fonctionnelle et quantitative de la symptomatologie autistique qu'un instrument diagnostique ou de dépistage proprement dit. Il en est de même pour de nombreuses autres échelles employées dans divers pays.

**En conclusion**, les interventions éducatives pour les enfants atteints de TED ont été largement évaluées en ce qui concerne les interventions particulières, ciblant des problèmes ou déficits caractéristiques de cet ensemble de syndromes (*National research council*, Anonyme, 2001).

Plus récemment, des évaluations de programmes éducatifs complets, visant à améliorer le pronostic global des TED et réduire les handicaps cognitifs, communicatifs, sociaux et comportementaux qui y sont associés, ont vu le jour. Les premiers résultats indiquent que des interventions très précoces (avant 4 ans et si possible plus tôt encore) mènent à des progrès considérables. La méthodologie de chacune des études évaluatives a certaines limites, mais la convergence des résultats d'une étude à l'autre semble indiquer que des gains substantiels, notamment sur les plans cognitif et communicatif, peuvent être obtenus avec des interventions éducatives suffisamment précoces et intenses. Les positions des experts du domaine suggèrent actuellement que des programmes d'éducation spécialisée de 20 à 25 heures par semaine doivent être recommandés. Il persiste un certain nombre de questions que les travaux de recherche en cours sont en train d'examiner. Ainsi, l'intensité optimale de l'intervention, l'âge auquel elle devrait être mise en place pour en maximiser les effets, le lieu idéal de l'intervention (maison ou classe), la nature des composants du programme éducatif qui sont absolument nécessaires à son efficacité, l'applicabilité de ces programmes à tous les enfants atteints de TED,

et leurs effets à long terme, méritent d'être étudiés plus avant. Toute conclusion prématurée sur ces questions devrait être évitée à ce stade des connaissances. Il n'en demeure pas moins que les travaux actuels montrent que des interventions éducatives précoces sont très bénéfiques aux enfants ayant des TED.

Le développement des instruments d'évaluation diagnostique et de dépistage des TED est très actif depuis une quinzaine d'années. Des instruments diagnostiques très robustes (notamment l'ADI-R et l'ADOS-G) sont désormais utilisés dans la plupart des centres cliniques spécialisés et dans les protocoles de recherche. Ces instruments requièrent une formation spéciale et sont également utilisables pour des applications cliniques et de recherche. La généralisation de ces instruments a notamment permis des efforts de recherche coopératifs à l'échelon international (Lord et coll., 1997).

Les instruments de dépistage sont de conception plus récente et répondent au besoin reconnu, dans tous les pays, d'améliorer l'identification et la détection des TED à un âge précoce. Pour atteindre ce but, plusieurs voies peuvent être suivies. En premier lieu, des actions de formation sont à entreprendre pour sensibiliser à la fois le grand public et les professionnels de santé de première ligne, qui sont les premiers à être consultés par les parents. Des modifications concrètes et pratiques peuvent être proposées d'emblée dans la conduite des examens systématiques de santé des jeunes enfants. Des recommandations analogues ont été récemment faites dans d'autres pays (Filipek et coll., 1999 ; Baird et coll., 2000). En second lieu, des instruments de dépistage, faciles d'emploi, sont en cours de développement pour différentes situations de détection, et les performances de certains d'entre eux sont prometteuses. Ils ne peuvent cependant, aujourd'hui, être incorporés tels quels dans des systèmes de dépistage de routine. Les recherches en cours devraient progresser très vite dans les années à venir et guider les décisions futures à cet égard. En attendant, les instruments existants fournissent un guide à la fois conceptuel et pratique aux professionnels non spécialisés qu'ils peuvent incorporer avec profit dans leurs investigations des problèmes de développement portés à leur connaissance.

# Dépistage et diagnostic de l'autisme

## Recommandations sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme

Fédération française de psychiatrie

En partenariat avec la Haute Autorité de santé  
Sous le patronage de la direction générale de la Santé  
et de la direction générale de l'Action Sociale  
avec le soutien financier de la DGS, de la DGAS et de la HAS,  
avec le concours de la fondation France Telecom

### *1 - Recommandations pour les professionnels de première ligne*

#### Définition (CIM 10) :

L'autisme est un trouble du développement caractérisé par des perturbations dans les domaines des interactions sociales réciproques, de la communication et par des comportements, intérêts et activités au caractère restreint, répétitif.

#### Données générales

- À ce jour, le diagnostic de l'autisme est clinique. Le plus souvent, le diagnostic peut être établi à partir de l'âge de 2 ans. Il repose sur un faisceau d'arguments cliniques recueillis dans des situations variées par différents professionnels. Il est associé à une évaluation des troubles et des capacités ainsi qu'à la recherche de maladies associées. Il se fait en collaboration avec la famille.
- Un professionnel suspectant un autisme mais qui ne peut assurer la procédure diagnostique décrite doit adresser l'enfant le plus tôt possible à une équipe spécialisée en préparant sa famille et en favorisant les conditions de l'accueil de l'enfant et de sa famille auprès de cette équipe.
- Il est fortement recommandé que le développement de la communication sociale fasse l'objet d'une surveillance systématique au cours des trois premières années, dans le cadre des examens de santé au même titre que les autres aspects du développement. À l'âge scolaire (maternelle et primaire), compte tenu des formes d'autisme à expression plus tardive, il est recommandé d'être attentif aux enfants ayant des difficultés importantes dans les interactions sociales et des particularités dans les apprentissages sans pour autant présenter de retard mental significatif.

#### Recherche des signes d'alerte

- Le praticien doit rechercher ces signes sur la base de l'interrogatoire des parents (pour recueillir des éléments sur la réactivité sociale de l'enfant) et d'un examen de l'enfant permettant de l'observer et de le solliciter sur un temps suffisant dans l'interaction avec son environnement. L'enfant doit être revu rapidement et régulièrement en cas de doutes. En cas de doutes persistants, l'enfant doit être orienté vers un pédopsychiatre ou un neuropédiatre.

#### Signes d'alerte devant faire rechercher un autisme

- **Les inquiétudes des parents** évoquant une difficulté développementale de leur enfant (elles sont fortement corrélées à une anomalie effective du développement).
- **Chez un enfant avant 3 ans** : passivité, niveau faible de réactivité/anticipation aux stimuli sociaux (ex. : ne se retourne pas à l'appel par son prénom ; manque d'intérêt pour autrui, préfère les activités solitaires), difficultés dans l'accrochage visuel, difficultés dans l'attention conjointe (attention partagée par 2 partenaires sur un objet tiers) et l'imitation, retard ou perturbations dans le développement du langage, absence de pointage, absence de comportement de désignation des objets à autrui, absence d'initiation de

jeux simples ou ne participe pas à des jeux sociaux imitatifs, absence de jeu de faire semblant, intérêts inhabituels et activités répétitives avec les objets.

- **Quel que soit l'âge, une régression dans le développement du langage et/ou des relations sociales.**
- **Des antécédents d'autisme dans la fratrie en raison du risque élevé de récurrence.**
- **Quelques signes ont une valeur d'alerte très importante chez l'enfant de moins de 3 ans et doivent conduire à demander rapidement l'avis de spécialistes (cf. encadré ci-dessous).**

Adapté de Baird *et al.* 2003

- absence de babillage, de pointage ou d'autres gestes sociaux à 12 mois ;
- absence de mots à 18 mois ;
- absence d'association de mots (non en imitation immédiate) à 24 mois ;
- perte de langage ou de compétences sociales quel que soit l'âge.

### Diagnostic formel

L'enfant doit être orienté pour confirmation diagnostique vers des professionnels formés et expérimentés. Le diagnostic nécessite une équipe pluridisciplinaire entraînée à l'examen du développement de l'enfant, notamment dans ses aspects psychopathologiques et ayant une bonne connaissance de ce qui peut être proposé aux parents en termes de soins, d'éducation, de pédagogie et d'accompagnement de leur enfant. Cette équipe doit être en relation avec les professionnels susceptibles d'assurer les consultations génétique et neurologique. Telles que définies, ces équipes peuvent être localisées en CAMSP, CMPP, cabinet de praticiens libéraux coordonnés entre eux, service de psychiatrie infantile, service de pédiatrie, unités d'évaluation ou centre de ressources autisme.

### Information à donner aux parents avant l'établissement du diagnostic

- Il est recommandé de **ne pas annoncer un diagnostic avant les résultats** de l'évaluation pluridisciplinaire.
- Il est recommandé de **ne pas utiliser les termes d'autisme chez un enfant de moins de 2 ans ou en cas de doute diagnostique** et d'utiliser plutôt la notion de trouble du développement dont la nature est à préciser.

## Dépistage et diagnostic de l'autisme

### Recommandations sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme

Fédération française de psychiatrie

En Partenariat avec la Haute Autorité de santé  
Sous le patronage de la direction générale de la Santé  
et de la direction générale de l'Action Sociale  
avec le soutien financier de la DGS, de la DGAS  
et de la HAS, avec le concours de la fondation France Telecom

#### 2 - Recommandations pour les équipes spécialisées dans l'autisme

##### Définition (CIM 10)

L'autisme est un trouble du développement caractérisé par des perturbations dans les domaines des interactions sociales, de la communication et par des comportements, intérêts et activités au caractère restreint, répétitif.

##### Données générales

- Il n'y a pas de signes pathognomoniques de l'autisme. Le diagnostic s'établit cliniquement et repose sur un faisceau d'arguments cliniques recueillis dans des situations variées par différents professionnels. Il implique une évaluation des troubles et des capacités de l'enfant ainsi que la recherche de maladies associées. Il requiert l'intervention coordonnée et pluridisciplinaire de professionnels formés et expérimentés qui ont à collaborer avec la famille. Le diagnostic nécessite une équipe pluridisciplinaire entraînée à l'examen du développement de l'enfant, notamment dans ses aspects psychopathologiques et ayant une bonne connaissance de ce qui peut être proposé aux parents en termes de soins, d'éducation, de pédagogie et d'accompagnement de l'enfant. Cette équipe doit être en relation avec les professionnels susceptibles d'assurer les consultations génétique et neurologique. Telles que définies, ces équipes peuvent être localisées en CAMSP, CMPP, cabinet de praticiens libéraux coordonnés entre eux, service de psychiatrie infantile, service de pédiatrie, unité d'évaluation ou centre de ressources autisme (CRA).
- Il est souhaitable que le diagnostic se fasse à proximité du domicile familial pour en faciliter l'accessibilité et pour favoriser les liens entre professionnels. Il est recommandé que les CRA facilitent l'établissement de diagnostics par ces équipes de proximité en favorisant leur formation.
- Le diagnostic doit être immédiatement articulé aux actions de prise en charge. Des contacts doivent s'établir entre équipes qui effectuent le diagnostic et professionnels qui participent à la prise en charge.

##### Outils diagnostiques et d'évaluation

- La CARS est utilisable comme échelle diagnostique simple et pour apprécier le degré de sévérité autistique.
- Il est fortement recommandé de recueillir auprès des parents la description du développement précoce de l'enfant pour rechercher la présence des signes caractéristiques d'autisme. Ce recueil est facilité par un guide d'entretien tel que l'ADI qui est le mieux reconnu. En complément, une observation ciblée du comportement sociocommunicatif servant à vérifier la présence actuelle de perturbations peut être standardisée avec l'ADOS.
- Certains examens doivent être systématiques pour évaluer différents secteurs du développement. Ils sont à réaliser en adaptant les procédures ou tests non spécifiques à l'autisme.
  - *Une observation clinique* d'une durée suffisante, éventuellement répétée dans le temps pour recueillir les capacités et difficultés.
  - *Un examen psychologique* pour déterminer le profil intellectuel et socioadaptatif. Il est recommandé d'utiliser l'échelle de Vineland pour apprécier les capacités adaptatives et le PEP-R pour décrire le profil développemental.

- *Un examen du langage et de la communication* pour évaluer les aspects formel, pragmatique, écrit, voire gestuel. L'ECSP et la grille de Whetherby sont recommandées pour décrire le profil de communication en particulier chez les enfants avec peu ou pas de langage.
- *Un examen du développement psychomoteur et sensorimoteur* pour examiner la motricité, les praxies et l'intégration sensorielle.

### Procédures diagnostiques

- Le temps d'attente pour réaliser une évaluation ne devrait pas dépasser 3 mois. Il est recommandé de donner la priorité aux enfants pour lesquels aucun diagnostic n'est encore établi. Une évaluation régulière (tous les 12 à 18 mois) est à envisager pour les enfants jusqu'à leur sixième année. Le rythme des évaluations ultérieures est fonction de l'évolution.
- Il n'y a pas d'organisation standard de la procédure diagnostique. Elle peut se dérouler sur plusieurs demi-journées continues ou être plus étalée dans le temps sur une ou deux semaines.
- Les équipes pluridisciplinaires interpellées directement par les familles pour une demande de diagnostic mais qui ne peuvent assurer de prise en charge ultérieurement doivent s'assurer au préalable qu'une équipe de proximité est en mesure de réaliser cette prise en charge.

### Information sur le diagnostic

- Il est recommandé que le médecin responsable et coordonnateur de la procédure diagnostique annonce le diagnostic aux deux parents lors d'un entretien d'une durée suffisante. Cette information doit être donnée en s'assurant des conditions d'accueil des familles et en respectant un délai qui ne devrait pas dépasser 1 mois. L'information donnée doit être exhaustive, précise et faire référence à la CIM10. Dans les cas où il est difficile d'établir avec précision le diagnostic, il est important de l'expliquer aux parents, de donner un cadre diagnostique (« TED non spécifié » ou « troubles du développement ») et de proposer une évaluation ultérieure. Il est recommandé de remettre aux parents un rapport écrit synthétisant les principaux résultats des bilans ayant conduit au diagnostic.

### Recherche des anomalies, des troubles ou des maladies associés à l'autisme

L'association à l'autisme d'anomalies, troubles ou maladies, est fréquente et leur découverte ne remet pas en question le diagnostic d'autisme. Ces problèmes doivent être recherchés par l'interrogatoire des parents et l'examen physique de l'enfant. Certains éléments sont importants à rechercher systématiquement au travers de l'interrogatoire des parents ou de l'examen physique de l'enfant.

- **Antécédents familiaux** : autisme/TED, retard mental, anomalies congénitales, fausses couches à répétition ou décès périnataux.
- **Antécédents personnels de l'enfant** : problèmes pré- et périnataux, problème médical ou chirurgical, épisode épileptique typique ou atypique, régression/stagnation/fluctuation importante du développement sur plusieurs semaines, retard dans la chronologie du développement (autonomie, pointer, premiers mots, premières phrases, compréhension d'une consigne simple...).
- **Examen physique** : signes cutanés d'une phacomatose, anomalies morphologiques mineures, anomalies des mensurations et de leur courbe (taille, poids, périmètre crânien), anomalies à l'examen neurologique.

### Investigations complémentaires

Il est recommandé de réaliser systématiquement un examen de la vision et de l'audition, une consultation neuropédiatrique et une consultation génétique avec caryotype standard et X fragile (en biologie moléculaire). Il est recommandé d'informer les parents sur leur nécessité. Les autres investigations sont orientées par les investigations précédentes. De façon générale, les investigations sont à répéter dans le temps à un rythme prenant en compte les avancées des connaissances et l'évolution de l'enfant. Il est important que ces investigations fassent l'objet d'une collaboration avec les équipes responsables du diagnostic et des prises en charge et qu'un compte rendu de leurs résultats soit fait aux parents.

## **Autisme**

### **Bibliographie indicative**

#### **Documents généraux**

- ATTWOOD Tony.- Le syndrome d'Asperger. Guide complet.- Bruxelles : De Boeck, 2008.- 447 p.
- L'autisme, de l'évaluation à la prise en charge, Contraste, n°25, 2<sup>ème</sup> sem. 2006, 425 p.
- FOMBONNE Eric.- Troubles sévères du développement : le bilan à l'adolescence.- Paris : CTNERHI, 1995.- 262 p.
- FRITH Uta.- L'énigme de l'autisme.- Paris : Odile Jacob, 1992, 320 p.
- I.N.S.E.R.M.- Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent.- Paris : INSERM, 2002.- 887 p. (Autisme et troubles envahissants du développement, pp. 525-565).  
(<http://disc.vjf.inserm.fr/basisrapports/TroublMent.html>)
- LAXER Gloria.- De l'éducation des autistes déficitaires.- Ramonville St Agne : Erès, 1997.- 214 p.
- LEMAY Michel.- L'autisme aujourd'hui.- Paris : Odile Jacob, 2004.- 420 p.
- LENOIR Pascal, MALVY Joëlle, BODIER Chrystèle.- L'autisme et les troubles du développement psychologique.- Paris : Elsevier Masson, 2<sup>ème</sup> éd., 2007.
- MISES Roger, GRAND Philippe, dir.- Parents et professionnels devant l'autisme.- Paris : CTNERHI, 1997.- 446 p.
- OUSS-RYNGAERT Lisa, dir.- L'enfant autiste / Emmanuelle CLET-BIETH, Murielle LEFEVRE, Perrine DUJARDIN, Didier PERISSE.- Montrouge : John Libbey Eurotext, 2008.- 363 p.
- PEETERS Théo.- L'autisme : de la compréhension à l'intervention.- Paris : Dunod, 1996.- 256 p.
- PEETERS Théo.- Autisme, la forteresse éclatée.- Paris : Pro Aid Autisme, 1988.
- ROGE Bernadette.- Autisme, comprendre et agir.- Paris : Dunod, 2<sup>ème</sup> éd., 2008.- 248 p.
- SCHOPLER Eric, REICHLER R.J., LANSING M.D.- Stratégies éducatives de l'autisme.- Paris : Masson, 1988.- 235 p.
- TARDIF Carole, GEPNER Bruno.- L'autisme / sous la dir. de Jean-Louis Pedinielli.- Paris : Nathan, 2003.- 125 p.
- U.N.A.P.E.I., A.R.A.P.I.- L'autisme, où en est-on aujourd'hui ?.- Paris : UNAPEI, 2007.- 122 p.
- VERMEULEN Peter.- Comment pense une personne autiste ? / préf. de Bernadette Rogé.- Paris : Dunod, 2005.- 143 p.

#### **Documents sur les outils de dépistage et diagnostic**

- ADRIEN Jean-Louis, dir.- BECS : Batterie d'évaluation cognitive et socio-émotionnelle. Pratiques psychologiques et recherches cliniques auprès d'enfants atteints de TED.- Bruxelles : De Boeck, 2008.- 352 p.
- CRESPIN Graciela C., SARRADET Jean-Louis.- Evaluation d'un ensemble cohérent d'outils de repérage des troubles précoces de la communication pouvant présager un trouble grave du développement de type autistique. La recherche Préaut, in : Journal Français de Psychiatrie, 2006-2, n°25.
- FOMBONNE E., ACHARD S., TRUFFEAU R.- L'évaluation du comportement adaptatif : l'échelle de Vineland, in : Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n°67-68, 1995, pp. 79-90.
- GOLSE Bernard.- Autisme infantile : dépistage et prévention, in : La psychiatrie de l'enfant, 2003/2, 462, pp. 381-393. ([www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=PSYE&ID\\_NUMPUBLIE=PSYE\\_462&ID\\_ARTICLE=PSYE\\_462\\_0381](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=PSYE&ID_NUMPUBLIE=PSYE_462&ID_ARTICLE=PSYE_462_0381))
- GUEDENEY Antoine, CHARRON Janine, DELOUR Marcelle, FERMANIAN Jacques.- L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb), in : La psychiatrie de l'enfant, 2001/1, volume 44, pp. 211-231  
([www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=PSYE&ID\\_NUMPUBLIE=PSYE\\_441&ID\\_ARTICLE=PSYE\\_441\\_0211](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=PSYE&ID_NUMPUBLIE=PSYE_441&ID_ARTICLE=PSYE_441_0211))

MESIBOV Gary, SCHOPLER Eric, SCHAFFER Bruce, LANDRUS Rhoda.- Profil psycho-éducatif pour adolescents et adultes (AAPEP) / préf. Ghislain Magerotte.- Bruxelles : De Boeck, 1997.- 168 p.

ROGE Bernadette.- Le diagnostic précoce de l'autisme : données actuelles, in : Enfance, 2002/1, Volume 54, pp. 21-30. ([www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=ENF&ID\\_NUMPUBLIE=ENF\\_541&ID\\_ARTICLE=ENF\\_541\\_0021](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=ENF&ID_NUMPUBLIE=ENF_541&ID_ARTICLE=ENF_541_0021))

SCHOPLER Eric, LANSING Margaret D., REICHLER Robert J., MARCUS Lee M..- PEP-3 Profil Psycho-éducatif. Évaluation psycho-éducative individualisée de la division TEACCH pour enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme / trad. Eric Willaye.- Bruxelles : De Boeck, 2008.- 272 p.

TORDJMAN Sylvie.- Les instruments d'évaluation de l'autisme : intérêts et limites, in : La psychiatrie de l'enfant, 2002/2, 452, pp. 533-558. ([www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=PSYE&ID\\_NUMPUBLIE=PSYE\\_452&ID\\_ARTICLE=PSYE\\_452\\_0533](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=PSYE&ID_NUMPUBLIE=PSYE_452&ID_ARTICLE=PSYE_452_0533))

TOURRETTE Catherine.- Evaluer les enfants avec déficience ou troubles du développement : déficiences motrices, sensorielles ou mentales ; troubles autistiques et troubles des apprentissages ; tests, échelles, épreuves.- Paris : Dunod, 2006, 597 p.

WILLAYE Eric, MAGEROTTE Ghislain.- Évaluation et intervention auprès des comportements-défis. Déficience intellectuelle et/ou autisme.- Bruxelles : De Boeck, 2008.- 384 p.

WILLAYE E., DESCAMPS M., NINFORGE C., S.U.S.A..- EFI Evaluation des compétences Fonctionnelles pour l'Intervention auprès d'adolescents et d'adultes ayant de l'autisme et/ou un handicap mental sévère.- SUSA-AFD, 2005.- 64 p.

## **Documents sur les causes, dispositifs et prise en charges**

L'accompagnement de la personne autiste en France, in : Les Cahiers du CCAH, n°1, janv. 2009, 15 p. ([www.ccah.fr/e\\_upload/pdf/les\\_cahiers\\_du\\_ccah\\_janvier\\_2009.pdf](http://www.ccah.fr/e_upload/pdf/les_cahiers_du_ccah_janvier_2009.pdf))

A.N.C.R.E.A.I.- Méthode d'observation et de relevé des structures en tant qu'offres de réponses aux personnes avec autisme/troubles envahissants du développement.- Paris : ANCREAI, avril 2008.- 189 p. ([www.ancreai.org/IMG/pdf/AutisRapAncreaiDgas\\_dernier\\_juin08B\\_.pdf](http://www.ancreai.org/IMG/pdf/AutisRapAncreaiDgas_dernier_juin08B_.pdf))

A.N.C.R.E.A.I..- Premiers éléments de méthode pour l'analyse des besoins de la population en matière d'autisme et troubles envahissants du développement / extrait de l'étude commanditée par la DGAS réalisée par l'ANCREAI déc. 2005, in : Informations CREA Languedoc Roussillon, n°168, fev. 2006, pp. 4-10.

A.N.C.R.E.A.I..- Etude méthodologique sur la mesure et l'analyse des besoins des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement.- Paris : ANCREAI , déc. 2005.- 68 p. ([www.ancreai.org/IMG/pdf/ANCREAI\\_AutismeTED\\_2005-2.pdf](http://www.ancreai.org/IMG/pdf/ANCREAI_AutismeTED_2005-2.pdf))

A.N.C.R.E.A.I. Délégation Ile de France, BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Clotilde, PEINTRE Carole.- Les adultes souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements médico-sociaux, in : Etudes et Résultats, n°397, avril 2005, 8 p. ([www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er397/er397.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er397/er397.pdf))

A.N.C.R.E.A.I. Délégation Ile de France, BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Clotilde, PEINTRE Carole.- Les enfants et adolescents souffrant d'autisme ou de syndromes apparentés pris en charge par les établissements et services médico-sociaux, in : Etudes et Résultats, n°396, avril 2005, 8 p. ([www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er396/er396.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er396/er396.pdf))

A.N.E.S.M..- Elaboration d'une recommandation relative à l'accompagnement et à la prise en charge des personnes avec Troubles Envahissants du Développement, et en particulier l'autisme, 6 p. ([http://anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre\\_de\\_cadrage\\_autisme.pdf](http://anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_de_cadrage_autisme.pdf))

ASPERGER AIDE AQUITAINE, CONSEIL GENERAL DES LANDES, INSPECTION ACADEMIQUE DES LANDES.- Guide d'intervention pédagogique. Le syndrome d'Asperger en milieu scolaire.- Asperger Aide, 21 nov. 2007 - np. ([www.ais.edres74.ac-grenoble.fr/IMG/pdf/Asperger.ppt.pdf](http://www.ais.edres74.ac-grenoble.fr/IMG/pdf/Asperger.ppt.pdf))

AUSSILLOUX Charles Pr.- Diagnostic et soins psychiatriques pour les personnes avec Troubles Envahissants du Développement : objectifs et organisation dans le cadre du Plan Autisme, in : Informations CREA Languedoc-Roussillon, n°197, octobre 2008, p 5-13.

AUSSILLOUX Charles, BAGHDADLI Amaria.- Vers une harmonisation des pratiques professionnelles pour le diagnostic de l'autisme, in : Bulletin d'Informations CREA Bourgogne, n°242, nov. 2004, pp. 6-11. ([www.creaibourgogne.org/04/archives/2004/242-11-1.pdf](http://www.creaibourgogne.org/04/archives/2004/242-11-1.pdf))

AUSSILLOUX Charles.- Diagnostic précoce de l'autisme et de la psychose infantile / intervention lors de l'assemblée générale de l'ANCREAI, 28 et 29 mars 1996, in : Flash Hebdomadaire de Documentation, n° 31, 25 sept. 1996, pp. 3-9.

Autismes et changements. Grandir et devenir adulte aujourd'hui / Journées nationales de l'A.N.C.R.A., Montpellier, 5 et 6 février 2009.- Les fichiers des présentations sont disponibles sur le site : [www.journees-autisme.fr/spip.php?article25](http://www.journees-autisme.fr/spip.php?article25)

FOMBONNE Eric : Epidémiologie de l'autisme et nouvelles conceptualisations du phénotype / BOUVARD Manuel : Diagnostics différentiels et comorbidités psychiatriques / NADEL Jacqueline : Le développement psychologique "vie entière" / BERNOT Gabriel : Le conflit entre les besoins d'une personne TED et les désirs que forme pour elle sa famille / MICHELON Yves : Table ronde : La famille et les autres aidants / WAREMBOURG Sheila : Reconnaître la vie affective et intime des personnes avec autisme / PERNON Eric : Evaluer les besoins des personnes pour mieux les accompagner / AUSSILLOUX Charles & AZEMA Bernard : La situation des enfants, des adolescents et des adultes en France / FELCE David : De l'hébergement à un "chez soi" pour les adultes avec handicap : impact des troubles autistiques et des troubles sévères du comportement / LAFRENIERE Germain : La personne avant tout... un service aux services des personnes TED / GALLANO Ignacio : Un modèle de prise en charge "vie entière" : Gautena (Espagne) / CONSTANT Jacques : Un accompagnement au quotidien : la Maison pour les personnes autistes du département d'Eure et Loir / ASSOULINE Moïse : Expériences et projets de réseaux pour adolescents et jeunes adultes en situation de crise / LEMAHIEU Mireille, HERAULT Marcel, BARRES Martine, GOHET Patrick, VACHEY Laurent : Table ronde sur l'adaptation des politiques en France

Autisme, la part de gènes, in : Pasteur le mag', sept. 2007, pp. 21-25.  
([www.pasteur.fr/ip/easysite/action/WebdriveActionEvent/oid/01s-00001o-00m](http://www.pasteur.fr/ip/easysite/action/WebdriveActionEvent/oid/01s-00001o-00m))

Autisme / dossier, in : Inserm actualités, n° 199, mai 2006, 15 p.

Interview d'Eric Fombonne : L'autisme, une épidémie ? / Des images plein la tête / La psychiatrie génétique en action / DAGHER Georges : Développement de tests de diagnostic et autisme / Une prise en charge encore difficile / COFFIN Jean-Christophe : Le défi de l'enfant autiste, une histoire de l'autisme

(Extrait sur : [www.proaidautisme.org/articles/fombonneFE68.pdf](http://www.proaidautisme.org/articles/fombonneFE68.pdf))

Autisme, in : La Revue de l'APAJH, n° 87, sept. 2005, pp. 3-11.

L'autisme aussi / Des idées en pleine évolution / Eduquer tout au long de la vie / Soutenir la personne et son entourage / L'éducation structurée / L'APAJH a défini un plan d'action / Un diagnostic précoce et sûr / Accompagner activement et à toutes les étapes de la vie / Six conditions pour la qualité.

Autisme, vers la fin des querelles ?, in : La Recherche, n° 373, mars 2004, pp. 38-45.

ROGE Bernadette : Le syndrome en dix questions / THEODULE Marie-Laure : Aux racines du retard français

(Extrait : [www.larecherche.fr/content/recherche/article?id=3670](http://www.larecherche.fr/content/recherche/article?id=3670))

Autisme / Dossier, in : Mouv'ance, n° 118, oct. 2003, pp. 6-14.

WELNIARZ Bertrand : L'autisme : le témoignage d'un pédopsychiatre / VALENT Edith : Parcours d'une mère et de son enfant autiste / MONBRISON Lionel : Une pratique pédagogique en "UPI autisme" à Paris / PHILIP Christine : Un module de formation sur l'autisme au CNEFEI / VIERA-LE GALL Marie-Christine : L'assistant social en IME.

Autisme : l'expérience d'un IME au Havre, in : Mouv'ance, n° 115, juin 2003, pp. 6-11.

PAUMIER Philippe, NOUVET Brigitte : L'autisme, l'expérience d'un IME au Havre / FOUACHE Josiane, PAUMIER Philippe : Historique de la création du SPJA à la Parentèle / PAUMIER Philippe, FOUACHE Josiane : Le service pour jeunes autistes associe la famille / PAUMIER Philippe : Diversification et mise en réseau, une solution ? / PAUMIER Philippe, BELLAMY Chantal : La formation permanente au sens plein du terme

Autisme : complexité et complémentarité des approches, in : Les Cahiers de l'A.C.T.I.F., n° 280/281, sept-oct. 1999, 169 p.

Autisme : les forces vives en action, in : Les Cahiers de l'A.C.T.I.F., n° 278/279, juillet-août 1999, 113 p.

AUTISME France.- Grilles d'évaluation de la qualité des services pour les personnes autistes. Age pré-scolaire et scolaire et âge adulte, externat et internat - Version 3.- Mouans sartoux : Autisme France, mars 2006.- pm.

([http://autisme.france.free.fr/AFG/travail/Grille\\_Autisme-France\\_enfants\\_externat3.pdf](http://autisme.france.free.fr/AFG/travail/Grille_Autisme-France_enfants_externat3.pdf) ;  
[http://autisme.france.free.fr/AFG/travail/Grille\\_Autisme-France\\_enfants\\_internat3.pdf](http://autisme.france.free.fr/AFG/travail/Grille_Autisme-France_enfants_internat3.pdf) ;  
[http://autisme.france.free.fr/AFG/travail/Grille\\_Autisme-France\\_adultes\\_externat3.pdf](http://autisme.france.free.fr/AFG/travail/Grille_Autisme-France_adultes_externat3.pdf) ;  
[http://autisme.france.free.fr/AFG/travail/Grille\\_Autisme-France\\_adultes\\_internat3.pdf](http://autisme.france.free.fr/AFG/travail/Grille_Autisme-France_adultes_internat3.pdf))

AZEMA Bernard.- Intérêts et limites de l'accueil des enfants autistes en I.M.E. / intervention lors de l'assemblée générale de l'ANCREAI, 28 et 29 mars 1996, in : Notes et Documents, n° 23, déc. 1996, pp. 3-10.

BAGHDADLI Amaria Dr dir., C.R.E.A.I. Languedoc Roussillon, O.R.S. Languedoc Roussillon, C.R.A. Languedoc Roussillon.- Description de l'accueil en établissements et services des personnes avec des troubles envahissants du développement : enquête pilote en Languedoc Roussillon.- Paris : Ministère de la Santé-DGAS, juin 2007.- 127 p. ([www.autisme-ressources-lr.fr/IMG/pdf/accueil-etablissement-personnes-autisme-ted-languedoc-roussillon.pdf](http://www.autisme-ressources-lr.fr/IMG/pdf/accueil-etablissement-personnes-autisme-ted-languedoc-roussillon.pdf))

BAGHDADLI Amaria Dr dir., NOYER Magali, AUSSILLOUX Charles Pr., C.R.E.A.I. Languedoc Roussillon, C.R.A. Languedoc Roussillon.- Interventions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques proposées dans l'autisme.- Paris : Ministère de la Santé-DGAS, juin 2007.- 319 p., bibliogr.  
([www.autisme-ressources-lr.fr/IMG/pdf/autisme-interventions-educatives-pedagogiques-therapeutiques-baghdadli.pdf](http://www.autisme-ressources-lr.fr/IMG/pdf/autisme-interventions-educatives-pedagogiques-therapeutiques-baghdadli.pdf))

BAGHDADLI Amaria, AUSSILLOUX Charles.- Intérêts et limites des études longitudinales dans la mesure du changement chez la personne autiste, in : Enfance, 2002/1, volume 54, pp. 40-50.  
([www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=ENF&ID\\_NUMPUBLIE=ENF\\_541&ID\\_ARTICLE=ENF\\_541\\_0040](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=ENF&ID_NUMPUBLIE=ENF_541&ID_ARTICLE=ENF_541_0040))

BLACHER B. L., BRIGHTMAN J.- L'autonomie pas à pas. Enseigner les compétences quotidiennes aux enfants ayant des difficultés d'apprentissage.- Mougins : AFD, 2006.- 389 p.

BUISSON François.- 10 ans de recherche en autisme ! (1ère partie et 2ème partie), in : CREAHI Champagne-Ardenne Le Colporteur, n°530, avril 2007, pp. 2 - 5. et n°531, mai 2007, pp. 2 - 8.

Compétences communicatives et cognitives précoces dans l'autisme: étude de corrélation / Anne Marie Girardot, Sonia De Martino, Véronique Rey, Clarisse Chatel, François Poinso, in : Le Bulletin Scientifique de l'ARAPI, n° 21, Printemps 2008, pp.107-111.

C.R.E.A.I. Alsace.- L'autisme aujourd'hui. Actualisation des connaissances / actes des journées régionales de formation, Strasbourg, 14 et 15 mai 1998.- Strasbourg : CREAL, fév. 1999.- 252 p.

C.R.E.A.I. Rhône Alpes, Conseil Général de l'Isère.- Référentiel départemental de bonnes pratiques pour l'accueil des personnes adultes atteintes d'autisme.- Lyon : CREAL, mai 2005.- 40 p.  
([www.creai-ra.com/documents/etudes/creai2005\\_referentiel\\_cq38.pdf](http://www.creai-ra.com/documents/etudes/creai2005_referentiel_cq38.pdf))

DA CRUZ Nathalie.- Autisme : rattraper le retard français, in : La Gazette Santé Social, n°42/43, juin-juillet 2008, pp 30-31.

La difficile prise en charge de l'autisme, in : Lien Social, n°834, 29 mars 2007, pp. 8 - 20.

PLANTET Joël : La difficile prise en charge de l'autisme / BOURGERON Thomas : Entretien / TOUREILLE Pierre : La méthode Teacch, une alternative à la psychanalyse / ROUFF Katia : Bonneuil : une école pas comme les autres / BELHASSEN Marc : Le grand reproche qu'il est possible de faire à certaines méthodes est qu'il s'agit de "dressage" et non d'éducation au sens noble du terme.

([www.lien-social.com/spip.php?article1718&id\\_groupe=8](http://www.lien-social.com/spip.php?article1718&id_groupe=8))

FAHERTY Catherine.- Asperger, qu'est-ce que c'est pour moi ?.- Mougins : AFD, 2<sup>ème</sup> éd., 2007.- 301 p.

FISCHER Annemarie.- Autisme sévèrement déficitaire : comment éduquer, comment communiquer ? / intervention à la journée CRA Bourgogne, Dijon, 6 oct. 2007, in : Au fil du mois... CREAL PACA-Corse, n°64, fév. 2008, pp. 5 - 8. ([www.creai-pacacorse.com/3\\_etudes/fildumois/2008/fildumois\\_02.pdf](http://www.creai-pacacorse.com/3_etudes/fildumois/2008/fildumois_02.pdf))

FOMBONNE Eric.- La position de l'autisme et des psychoses infantiles dans plusieurs nosographies / dossier « Les classifications et la santé mentale » actes du séminaire du 6 déc. 1990, in : Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n°57, janv-mars 1992.

FUENTES-BIGGI J., dir.- Guia de buena practica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista, in : Revista de Neurologia, 2006, n° 7, vol. 43, pp.425-438 / traduction de Ka rina Alt : Guide de bonnes pratiques dans le traitement des Troubles du Spectre Autistique. Recommandations du Groupe d'Etudes sur les Troubles du Spectre Autistique de l'Institut de Santé Carlos III, 30 p.  
([http://satellite.satedi.org/IMG/pdf/GUIDE\\_traitement\\_des\\_TSA\\_Institut\\_Carlos\\_III.pdf](http://satellite.satedi.org/IMG/pdf/GUIDE_traitement_des_TSA_Institut_Carlos_III.pdf))

GRAY Carol.- Conversations en bandes dessinées: Interactions avec des élèves atteints d'autisme ou d'autres troubles apparentés par le biais d'illustrations en couleurs / trad. de Ulla De Hoff et Christian Bouchard.- Future Horizons (Arlington - Texas), 1996 .- 30 p.

GRAY Carol.- Nouveau livre de scénarios sociaux / trad. de Christian Bouchard et Ulla De Hoff.- Future Horizons (Arlington - Texas), 1994 .- 158 p.

Guide de bonnes pratiques dans le traitement des troubles envahissants du développement dont l'autisme. Les recommandations du groupe d'étude de l'Institut de Santé Carlos III en Espagne / résumé par Pro Aid Autisme, 4 p. ([http://proaidautisme.org/articles/Guide\\_autisme\\_Espagne.rtf](http://proaidautisme.org/articles/Guide_autisme_Espagne.rtf))

LENOIR P., SAUVAGE D.- La reconnaissance initiale de l'autisme du jeune enfant ..., in : CREAHI Champagne-Ardenne Le Colporteur, n°511, mai 2006, pp. 2 - 5.

LEOTOING Marion.- Un sas pour de jeunes autistes, in : Directions, n°28, mars 2006, pp. 16-17.

LIVOIR-PETERSEN Dr.- Des enfants autistes à l'école, in : Informations CREA Languedoc Roussillon, n°177, déc. 2006, pp. 4-12.

MISES R.- L'évolution à long terme des enfants autistes et psychotiques, présentation d'une recherche, in : Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n°69-70, 1996, pp. 109-113.

De nouvelles avancées pour comprendre l'autisme, in : Inserm actualités, n°210, juin-août 2008, 2 p.  
(copie sur : [www.afg-web.fr/De-nouvelles-avancees-pour.html](http://www.afg-web.fr/De-nouvelles-avancees-pour.html))

PHILIP Christine, dir.- Scolariser les élèves avec autisme et troubles envahissants du développement, in : La Nouvelle Revue de l'A.I.S., n°4 hors série, 2007, 155 p.

A quand une réelle prise en charge des personnes autistes ?, in : Lien Social, n°713, 17 juin 2004, pp. 4-9.  
GRENEL Léo : A quand une réelle prise en charge des personnes autistes ? / RIPOLI Hélène, interview : Il faudrait mettre en place un plan Orsec pour les autistes  
([www.lien-social.com/spip.php?article160&id\\_groupe=8](http://www.lien-social.com/spip.php?article160&id_groupe=8))

ROSSET D., RONDAN C., DA FONSECA D., SANTOS A., ASSOULINE B., DERUELLE C.- Typical emotion processing for cartoon but not for real faces in children with autistic spectrum disorders, in : Journal of Autism and Developmental Disorders, n°38, 2008, pp. 919-925.

S.U.S.A. Service Universitaire Spécialisé pour personnes avec Autisme.- Manuel à l'intention des parents ayant un enfant présentant de l'autisme / Eric WILLAYE, Christelle NINFORGE, Barbara MORO, Arnaud GLACE, Magali DESCAMPS, Stéphanie CATHERINE, Marie-Hélène BOUCHEZ, Marie-Françoise BLONDIAU ; collab. de Ghislain Magerotte.- Mougins : AFD, 2008.- 265 p.

THEVENOT Jean-Pierre, PHILIPPE Alain, CASADEBAIG Françoise, A.R.H. Ile de France, D.R.A.S.S. Ile de France, D.D.A.S.S. Paris, I.N.S.E.R.M. U 513, Association Acanthe.- Suivi d'une cohorte d'enfants porteurs de troubles autistiques et apparentés en Ile de France de 2002 à 2007. Situation des enfants lors de l'inclusion dans l'étude.- Doc. dactylog., juin 2004.- 46 p. ([www.acanthe.org/soiree\\_cohorte/rapport/Cohorte%20rapport%20inclusion.pdf](http://www.acanthe.org/soiree_cohorte/rapport/Cohorte%20rapport%20inclusion.pdf))

Le travail auprès des enfants autistes et psychotiques dans le bassin d'Aix en Provence / Journée rencontre Secteur 6 Pédopsychiatrie CH Montperrin et IME du bassin d'Aix en Pce, 16 juin 1995.- Aix en Provence, juin 1996.- 54 p.

U.N.A.P.E.I.- Les personnes autistes accueillies dans les établissements affiliés à l'UNAPEI. Livre blanc.- Paris : UNAPEI, fév. 1999.- 88 p.

VENET Michèle, DERY Michèle.- Les "services de répit" offerts aux familles d'enfants qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, in : Revue Européenne du Handicap Mental, n°29, 2004, pp. 36-55. ([www.rfdi.org/files/VENET\\_n29.PDF](http://www.rfdi.org/files/VENET_n29.PDF))

## **Documents officiels, avis et rapports**

A.N.D.E.M., GEPNER B., SOARES-BOUCAUD I., FLEURETTE F.- L'autisme.- Paris : ANDEM, nov. 1994.- 54 p.

CHOSSY Jean-François.- La situation des personnes autistes en France. Besoins et perspectives / rapport au Premier ministre.- Paris : Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, sept. 2003.- 76 p.  
(<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000590/0000.pdf>)

C.C.N.E. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé.- La situation en France de personnes, enfants et adultes, atteintes d'autisme.- Paris : CCNE, avis n°102, 8 novembre 2007, 30 p.  
([http://www.ccne-ethique.fr/docs/CCNE-AVISN102\\_AUTISME.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/docs/CCNE-AVISN102_AUTISME.pdf))

C.C.N.E. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé.- Avis sur la prise en charge des personnes autistes en France n°47. Rapport.- Paris : CCNE, 10 janvier 1996, 12 p.  
([www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis047.pdf](http://www.ccne-ethique.fr/docs/fr/avis047.pdf))

CONSEIL DE L'EUROPE – COMITE DES MINISTRES.- Résolution ResChS(2004)1. Réclamation collective n°13/2002 par Autisme-Europe contre la France / adoptée par le Comité des Ministres le 10 mars 2004 lors de la 875e réunion des Délégués des Ministres. ([www.coe.int/T/F/Com/Presse/Actualite/2004/ResChs\(2004\).asp](http://www.coe.int/T/F/Com/Presse/Actualite/2004/ResChs(2004).asp))

D.R.A.S.S. CORSE.- Plan d'action régional sur l'autisme 1997-2001.- Ajaccio : DRASS, 1997.- 89 p.

D.R.A.S.S. P.A.C.A.- Plan d'action régional sur l'autisme.- Marseille : DRASS, avril 1996.- 33 p.

F.F.P. Fédération Française de Psychiatrie, AUSSILLOUX Charles Pr, BAGHDADLI Amaria Dr.- Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme / en partenariat avec la H.A.S.- Paris : HAS, juin 2005.- 167 p. (et Fiches de synthèse, 4 p).  
([www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations\\_autisme.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_autisme.pdf))

I.G.A.S., VIVIES Jacques, VARET Françoise Dr.- La prise en charge des enfants et adolescents autistes.- Paris : IGAS, octobre 1994.- 61 p. + ann.

MINISTERE DE LA SANTE.- Plan autisme 2008-2010. Construire une nouvelle étape de la politique des troubles envahissants du développement et en particulier de l'autisme.- Paris : Ministère de la Santé, mai 2008.- 53 p.  
([www.cnsa.fr/IMG/pdf/PLAN\\_AUTISME\\_Derniere\\_version.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/PLAN_AUTISME_Derniere_version.pdf))

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES – SECRETARIAT D'ETAT AUX PERSONNES HANDICAPEES.- Autisme 2005-2006. Nouveau regard, nouvelle impulsion / dossier de presse.- Paris : Ministère de la santé et des solidarités, janv. 2004.- 18 p. + ann.

Autisme 2005-2006 Un nouvel élan pour l'autisme / L'autisme et les troubles envahissants du développement / Les centres de ressources autisme / La mission sur le diagnostic précoce / Les travaux scientifiques français de l'INSERM / BODDAERT Nathalie, ZILBOVICIUS Monica : L'autisme, le diagnostic, la prise en charge et la recherche  
([www.sante.gouv.fr/hm/actu/autisme2005/autisme2005.pdf](http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/autisme2005/autisme2005.pdf))

MINISTERE DELEGUÉ À LA FAMILLE, A L'ENFANCE ET AUX PERSONNES HANDICAPÉES.- Plan pour mieux accueillir et prendre en charge les enfants et adultes autistes / Dossier de presse, 24 octobre 2001.- Paris, Ministère Emploi Solidarité, oct. 2001.- 5 p.  
([http://archives.handicap.gouv.fr/point\\_presse/doss\\_pr/autiste/34\\_011024.htm#t6](http://archives.handicap.gouv.fr/point_presse/doss_pr/autiste/34_011024.htm#t6))

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE - DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE D.G.A.S.- L'autisme. Evaluation des actions conduites (1995-2000) / Rapport au Parlement (Loi du 11 décembre 1996).- Paris : Ministère de l'Emploi, déc. 2000.- 30 p. + ann.  
(<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/014000284/0000.pdf>)

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ - DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE D.A.S.- Rapport sur la formation des personnels éducatifs intervenant auprès des enfants et adultes autistes.- Paris : Ministère de l'Emploi, juin 1997.- 20 p.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES - DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE D.A.S.- Propositions sur l'accueil des adultes autistes.- Paris : Ministère des Affaires Sociales, déc. 1994.- 45 p. + ann.

## ORGANISMES D'INFORMATION

### Les institutions

Nom	Adresse	Tél. & Fax	Mel & site
A.N.C.R.A. ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES DE RESSOURCES AUTISME	c/o CRA Languedoc Roussillon, MPEA Peyre Plantade, 291 av. Doyen Giraud 34295 MONTPELLIER cedex 5	Tél : 04 67 33 99 68 Fax : 04 67 33 08 32	Mel : <a href="mailto:contact.ancra@gmail.com">contact.ancra@gmail.com</a> Site : <a href="http://www.autisme.fr">www.autisme.fr</a>
I.N.S.H.E.A. INSTITUT NATIONAL SUPERIEUR DE FORMATION ET DE RECHERCHE POUR L'EDUCATION DES JEUNES HANDICAPES ET LES ENSEIGNEMENTS ADAPTES	58-60 avenue des Landes 92150 SURESNES	Tél : 01 41 44 31 00 Fax : 01 45 06 39 93	Mel : <a href="mailto:documentation@inshea.fr">documentation@inshea.fr</a> Site : <a href="http://www.inshea.fr/formationsHome.htm">www.inshea.fr/formationsHome.htm</a> Pages spécialisées « Autisme et pédagogie » Revue : La Nouvelle Revue de l' AIS
AUTISME SCIENCE Réseau national d'études cognitives et neurocognitives de l'autisme			Site : <a href="http://autisme.risc.cnrs.fr">http://autisme.risc.cnrs.fr</a>
<i>... en région PACA</i>			
C.R.A.-P.A.C.A. CENTRE DE RESSOURCES AUTISME Unité de Marseille	Hôpital Ste Marguerite, Service de Pédopsychiatrie, 290 bd Ste Marguerite 13009 MARSEILLE	Tél : 04 91 74 43 79 Fax : 04 91 74 62 42	
C.R.A.-P.A.C.A. CENTRE DE RESSOURCES AUTISME Unité de Nice	Hôpital Lénval, 57 av. de la Californie 06200 NICE	Tél : 04 93 92 64 65	

### Les associations

Nom	Adresse	Tél. & Fax	Mel & site
A.P.I.P.A.-ASPERGER-T.E.D. et ASPERWEB FRANCE	6 Grande Rue 51500 PUISIEULX	Tél : 03 26 49 13 05	Mel : <a href="mailto:apipated@orange.fr">apipated@orange.fr</a> Site : <a href="http://www.asperger-integration.com">www.asperger-integration.com</a>
A.R.A.P.I. ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE SUR L'AUTISME ET LA PREVENTION DES INADAPTATIONS	BP 91603, 37016 TOURS cedex 1	Tél : 06 33 23 28 31 Fax : 08 71 73 52 49	Mel : <a href="mailto:contact@arapi-autisme.org">contact@arapi-autisme.org</a> Site : <a href="http://www.arapi-autisme.org">www.arapi-autisme.org</a> Revue : La lettre de l'ARAPI et Le Bulletin scientifique de l'ARAPI
ASPERGER AIDE			Site : <a href="http://www.aspergeraide.com">www.aspergeraide.com</a>
LEA POUR SAMY	51 rue Léon Frot 75011 PARIS	Tél : 01 47 00 47 83 Fax : 01 43 73 64 49	Mel : <a href="mailto:leapoursamy@wanadoo.fr">leapoursamy@wanadoo.fr</a> Site : <a href="http://www.leapoursamy.com">www.leapoursamy.com</a>
PRO AID AUTISME	19 rue des Martyrs 75009 PARIS	Tél : 01 45 41 52 93 Fax : 01 45 41 52 93	Mel : <a href="mailto:proaidautisme@free.fr">proaidautisme@free.fr</a> Site : <a href="http://www.proaidautisme.org">www.proaidautisme.org</a> Revue : La Forteresse éclatée
SESAME AUTISME	53 rue Clisson 75013 PARIS	Tél : 01 44 24 50 00 Fax : 01 53 61 25 63	Site : <a href="http://www.sesame-autisme.com">www.sesame-autisme.com</a> Revue : Sésame Autisme et psychoses infantiles
<i>... en région P.A.C.A.</i>			
AUTISME FRANCE	Lot. 110-111, voie K, 460 avenue de la Quiera 06370 MOUANS SARTOUX	Tél : 04 93 46 01 77 Fax : 04 93 46 01 14	Mel : <a href="mailto:autisme.france@wanadoo.fr">autisme.france@wanadoo.fr</a> Site : <a href="http://autisme.france.free.fr">autisme.france.free.fr</a> Revue : La lettre d'Autisme France
AUTISME FRANCE DIFFUSION	Parc d'activité Argile 2, Lot 110-111, voie K, 460 av de la Quiera 06370 MOUANS SARTOUX	Tél : 04 93 43 21 84 Fax : 04 92 98 85 58	Mel : <a href="mailto:autismediffusion@free.fr">autismediffusion@free.fr</a> Site : <a href="http://www.autismediffusion.com">www.autismediffusion.com</a>
E.D.I. EDITION DIFFUSION INFORMATION FORMATION	21 avenue Cévoule 06220 GOLFE JUAN	Tél : 04 93 45 53 18 Fax : 04 93 69 90 47	Mel : <a href="mailto:edinfos@wanadoo.fr">edinfos@wanadoo.fr</a> Site : <a href="http://www.autisme-formation.net">www.autisme-formation.net</a>
CENTRE DE DOCUMENTATION de l'Association Autisme Solidarité	10 place Capitaine Vincens 83670 BARJOLS	Tél : 09 62 02 08 56 Fax : 04 94 72 15 23	Mel : <a href="mailto:autismesolidarite@orange.fr">autismesolidarite@orange.fr</a>

## Bibliographie du Dr David DA FONSECA

---

*Pédopsychiatre, Service de pédopsychiatrie du Pr POINSO, Hôpital de Sainte Marguerite, CRA PACA Marseille*

1. D Rosset, Santos A, Da Fonseca D, Poinso F, O'Connor K, Deruelle C (in press) "Do children perceive features of real and cartoon faces in the same way? Evidence from typical development and autism." *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*.
2. Da Fonseca D, Santos A, Bastard-Rosset D, Rondan C, Poinso F, Deruelle F (2009). Can Children with autistic spectrum disorders extract emotions out of contextual cues? *Research in Autism Spectrum Disorders* 3 (1): 50-56.
3. Da Fonseca D. Schizophrénie de l'enfance (2009). *Encephale* S1, S6-9.
4. Da Fonseca D, Viellard M, Fakra E, Bastard-Rosset D, Deruelle C, Poinso F (2008). Schizophrénie ou Asperger? *Presse médicale* 37(9):1268-73. [IF:0.496]
5. Rosset D, Rondan C, Da Fonseca D, Santos A, Assouline B, Deruelle C (2008). Typical face processing for cartoons but not for real faces in children with autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 38 (5): 919-925.
6. Paron C, Da Fonseca D, Santos A, Moore DG, Deruelle C (2008). Recognition of biological motion in children with autistic spectrum disorders. *Autism* 12(3):261-74.
7. Deruelle C, Rondan C, Salle-Collemiche X, Bastard-Rosset D, Da Fonseca D (2008) Attention to low- and high-spatial frequencies in categorizing facial identities, emotions and gender in children with autism. *Brain and cognition* 66(2):115-123.
8. Santos A, Rondan C, Rosset D, Da Fonseca D, Deruelle C (2008). Mr. Grimace or Ms. Smile: Does categorization impacts perceptual processing in autism? *Psychological science* 19(1): 70-76. [IF:4.251]
9. Duverger H, Da Fonseca D, Bailly D, Deruelle C. (2007). Asperger et théorie de l'esprit. *Encephale* 33(4):592-97.
10. Viellard M, Da Fonseca D, De Martino S, Girardot AM, Bastard-Rosset D, Duverger H, Genest E, Yvonnet K, Pala H, Deruelle C, Poinso F (2007). Autism and mental retardation: a study of the early social communication. *Archives de Pédiatrie* 14(3):234-238. [IF:0.298]
11. Hubert B, Wicker B, Moore DG, Monfardini E, Duverger H, Da Fonseca D, Deruelle C (2007). Recognition of emotional and non-emotional biological motion in individuals with autistic spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37(7):1386-92.



**CREAI PACA et Corse**  
6 rue d'Arcole - 13006 Marseille

Tél : 04 96 10 06 60

Fax : 04 96 10 06 69

E-mail : [contact@creai-pacacorse.com](mailto:contact@creai-pacacorse.com)

Site : [www.creai-pacacorse.com](http://www.creai-pacacorse.com)