

DEPISTAGE DE L'AUTISME

CHAT (Check list For Autism in Toddlers) utilisable dès l'âge de 18 mois :

- Evitement du regard
- Absence de jeu symbolique (jouer à faire semblant)
- Absence de pointer proto-déclaratif (montrer un objet, la lumière etc.)
- Absence d'attention conjointe (regarder le même objet pointé par l'examineur : si on montre du doigt un objet à l'enfant, il tourne son visage vers l'objet)
- Impossibilité d'emboîter des cubes

Le CHAT

(Check list for Autism in Toddlers)

Ce test de dépistage a été élaboré par Baron-Cohen en 1992. Il a une bonne spécificité (83,4%) mais une mauvaise sensibilité (il n'identifie qu'un tiers des enfants qui seront diagnostiqués autistes à 7 ans). Ce n'est donc **pas un test de diagnostic** mais plutôt **un test d'alerte pour des enfants de moins de 3 ans**.

Neuf questions décrivant le comportement de l'enfant sont posées aux parents et cinq questions concernent les caractéristiques comportementales de l'enfant en observation directe.

A. QUESTIONS AUX PARENTS

1. Votre enfant aime-t-il être balancé, sauter sur vos genoux etc. ?
2. Votre enfant montre-t-il de l'intérêt pour les autres enfants ?
3. Votre enfant aime-t-il grimper par exemple ou monter les escaliers ?
4. votre enfant aime-t-il jouer à faire "coucou" ou à "cache-cache" ?
5. votre enfant aime-t-il faire semblant, par exemple faire du thé avec une tasse et une théière jouet, ou faire semblant d'autre chose ?
6. votre enfant utilise-t-il parfois son index pour demander quelque chose ?
7. votre enfant utilise-t-il parfois son index pour indiquer son intérêt pour quelque chose ?
8. votre enfant est-il capable de s'amuser avec des petits jouets (comme des autos ou des briques) sans constamment les mettre dans sa bouche, les brasser ou les lancer ?
9. votre enfant vous monte-t-il parfois des objets pour vous montrer quelque chose ?

B. OBSERVATION DIRECTE DE L'ENFANT PAR LE MEDECIN

1. Pendant l'observation, l'enfant vous a-t-il regardé dans les yeux ?
2. Assurez-vous d'avoir l'attention de l'enfant puis pointez du doigt un objet intéressant à l'autre bout de la pièce et dites-lui : "*Regarde*" (nommez un jouet). Surveillez son visage. L'enfant regarde-t-il dans la direction du jouet? Pour répondre OUI à cette question, assurez-vous que l'enfant n'a pas seulement regardé votre main, mais vraiment l'objet que vous pointez.
3. Assurez-vous d'avoir l'attention de l'enfant. Donnez-lui une tasse et une théière jouet et dites : "*peux-tu te faire une tasse de thé ?* » Fait-il semblant de vous servir du thé, d'en boire, etc. ? Si vous pouvez amener l'enfant à jouer à faire semblant avec autre chose, répondez OUI
4. Dites à l'enfant "*Où est la lumière ?*", ou "*montre-moi la lumière*". L'enfant pointe-t-il la lumière de l'index ? Choisissez au besoin un point d'intérêt éloigné, autre que la lumière. Pour pouvoir répondre OUI, il faut que l'enfant vous ait regardé le visage au moment où vous pointez.
5. L'enfant peut-il construire une tour en briques Lego ? Si oui, de quelle hauteur ? Avec

combien de briques ?

- La question A7 posée aux parents explore le pointage protodéclaratif;
- les observations du professionnel B2 et B4 explorent l'attention conjointe;
- les questions A5 et B3 explorent le jeu de "faire semblant".

Le risque d'autisme est très élevé si l'enfant échoue aux 3 items.

Il est seulement moyen s'il n'échoue qu'aux deux premiers.

Diagnostic différentiel :

- troubles sensoriels (surdité, c civit ) : ils ne touchent pas la communication non verbale et l'expression des émotions
- dépression : la capacité de réactivité du nourrisson à son environnement et l'amélioration rapide au contact des soignants permettent le diagnostic
- retards mentaux sévères : le tableau peut évoquer un autisme mais ils en diff rent par l'absence de bizarrerie, de retrait et de comportements stéréotypés
- dysphasie : atteinte principalement du langage verbal, épargnant la communication non verbale, le contact, les capacités sociales (imitation, dessin, jeux de faire semblant...)
- carence affective sévère : grande réactivité à l'environnement, acceptation du contact et de l'interaction sociale

Pathologies somatiques parfois associées :

- encéphalopathies pouvant comporter un trouble autistique : phacomatoses (Recklinghausen, Bourneville...), phénylcétonurie, X fragile, rubéole congénitale, toxoplasmosse congénitale...
- bilan neuropédiatrique systématique : EEG ( pilepsie dans 30% des cas), scanner cérébral ou IRM,

COMMENT REPERER L'AUTISME INFANTILE AVANT 3 ANS

- troubles de la communication verbale : pas de babillage avant 6 mois, absence de mots ensuite
- troubles de la communication non verbale : absence de sourires, mimique pauvre, pas d'attitude anticipatrice des bras avant 6 mois, pas de contact visuel entre 6 mois et 1 an, pas d'attention conjointe ni de pointage entre 1 et 2 ans
- comportements répétitifs : balancements répétitifs avant 6 mois, avec autostimulations sensorielles entre 6 mois et 1 an, puis stéréotypies avec les objets
- troubles du comportement social : apparente surdité, aréactivité à l'environnement avant 6 mois, auxquelles s'ajoutent après 2 ans, le retrait, l'isolement et un intérêt sélectif pour les objets
- troubles somatiques : ils sont plus marqués avant 6 mois (anorexie, insomnie calme)
- stéréotypies : elles apparaissent dans la deuxième année : battements d'ailes, marche sur la pointe des pieds...
- troubles de la motricité : hypo ou hypertonie et trouble de l'ajustement postural avant un an, hyperactivité avec tonus normal après un an.

Au total, bébé en retrait, peu réactif, recherchant peu les activités sociales et manifestant peu d'émotions

TABLEAU CARACTERISTIQUE DE LA "TRIADE AUTISTIQUE" à partir de 3 ANS

- anomalies du contact et des interactions sociales (avec indifférence apparente pour les personnes)
- anomalies de la communication verbale et non verbale
- comportements stéréotypés et restreints

L'enfant autiste apparaît comme isolé, communiquant peu, développant des intérêts très sélectifs pour les objets.

Le terme "**psychose infantile**" n'est employé qu'en France. Il n'est pas repris dans les classifications internationales (CIM-10, DSM-IV) qui lui préfèrent le terme de **Trouble envahissant du développement**.

Le diagnostic de « psychose infantile » n'existe qu'en France. La classification internationale des maladies de l'OMS ne retient le diagnostic de psychose que pour les adultes. En effet, le diagnostic de psychose implique 3 conditions : la survenue de troubles mentaux sur un sujet dont le psychisme est préalablement normal, un retrait par rapport au réel avec souvent délires et ou hallucinations et, finalement une amélioration de ces troubles (en particulier les délires) par l'utilisation de médicaments que l'on appelle neuroleptiques ou antipsychotiques. Le modèle de ces psychoses est la schizophrénie qui survient après la puberté sauf exceptions rarissimes, mais jamais avant huit ans, ce qui laisse le temps à la personne atteinte d'acquérir un langage et un développement social normal. Les autres psychoses (psychoses maniaco-dépressives, délires, etc.) interviennent toujours plus tardivement.

Ce qui, en France, est appelé psychose infantile (autistique ou non autistique) est appelé par la communauté internationale "**Troubles envahissants du développement**" (**TED**)

Ils sont appelés ainsi pour les raisons suivantes :

- il y a, pendant la période de développement, des difficultés à construire une représentation du monde et non pas un retrait par rapport au monde
- il n'y a pas de délire et d'interprétation. Au contraire l'imagination est pauvre
- les neuroleptiques, qui ont permis à tant d'adolescents ou d'adultes psychotiques de sortir de leurs délires n'ont pas d'action sur la symptomatologie de l'autisme et des troubles envahissants du développement.

Dans ces troubles envahissants du développement on distingue l'autisme typique et les autismes atypiques. Ils ont en commun la même triade symptomatique : trouble de la communication (et pas seulement du langage), troubles de la compréhension et de la gestion de la relation sociale et intérêt étroit et répétitif avec déficit de l'imagination.

Bien sûr, comme dans toutes les maladies, il existe des formes typiques et d'autres légères ou encore d'autres compliquées. Le fait que certaines personnes atteintes de poliomyélite soient sous respirateur alors que d'autres ne présentent qu'une simple boiterie ne retire rien à la légitimité du diagnostic de polio qui leur est commun. Quelques psychiatres français, qui deviennent minoritaires, s'entêtent à ne pas adopter la classification internationale et sa

terminologie, et continue à appeler les troubles envahissants du développement, psychose.

Ceci est grave pour quatre raisons :

4

Premièrement : ils augmentent l'angoisse des parents qui, pour le même enfant ont souvent reçu, lors de leur pèlerinage diagnostique, toutes sortes de diagnostics différents, psychose dysharmonique, autisme, traits autistiques, dysharmonies évolutives etc. La plupart des enfants autistes, en particulier ceux qui sont considérés comme " de haut niveau " ou atteints du syndrome d'Asperger ont reçu, en France, un premier diagnostic de psychose.

Deuxièmement cette distinction est un obstacle à la recherche scientifique. Au niveau scientifique, les études internationales ont montré une liaison très significative entre les troubles envahissants du développement et un marqueur génétique. Ces résultats ont été obtenus en étudiant des familles présentant deux enfants atteints de troubles du développement, soit autisme typique soit autisme atypique. Le même marqueur génétique a été retrouvé aussi avec une fréquence anormalement élevée aussi bien chez ceux que les Français appellent autistes de ceux qu'ils sont les seuls à appeler psychotiques. On comprend pourquoi la contribution de la France dans cette recherche est restée aussi faible. Pourtant ces recherches sont la source d'immenses espoirs car la génétique nous permettra de mieux comprendre le mécanisme de ces atteintes et peut-être de trouver des traitements spécifiques dans l'avenir. Cela peut aussi constituer un outil intéressant de prévention.

Il est grave que la psychiatrie française ne participe pas (à quelques exceptions notables près) à cette recherche qui représente un grand espoir pour le futur. (On ne peut participer à une recherche et donc l'aider à évoluer que si on donne la même définition aux mêmes entités diagnostiques).

Troisièmement cela constitue un obstacle aux prises en charge adaptées. Les prises en charge de personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement sont bénéficiaires de la loi de 75 sur le handicap qui leur reconnaît le droit à **une prise en charge éducative, pédagogique, sociale, rééducative et thérapeutique**. Le diagnostic de psychose, considéré comme une maladie et non comme un handicap, exclut le plus souvent ces enfants d'une prise en charge pédagogique et éducative. Le diagnostic de psychose infantile conduit dans beaucoup trop d'endroits la commission d'éducation spéciale (CDES) à se récuser en conseillant une prise en charge à l'hôpital au lieu de mettre en œuvre, pour ces enfants victimes d'une déficience handicapante, un **programme individualisé d'éducation** – seul projet susceptible, à l'heure actuelle, de leur donner une meilleure chance d'intégration, de compenser leurs difficultés de communication et de socialisation, d'éviter leurs comportements violents, et entraîne leurs parents dans des années d'inutiles remises en cause et de culpabilisation.

Quatrièmement, la volonté affichée de séparer les psychoses infantiles de l'autisme ressemble malheureusement à la dernière tentative de la pédopsychiatrie psychanalytique, dont les pratiques sont très largement remises en cause en France après avoir été abandonnées partout ailleurs dans le monde. Cela afin de conserver un pré carré d'action avec la même irresponsabilité quant aux conséquences à l'âge adulte pour ces enfants, que celle qu'elle a montrée au cours des vingt dernières années dans le domaine de l'autisme " pur " dit de Kanner. Finalement, cette différenciation, qui rappelons-le n'est articulée que sur une classification française fortement sujette à caution, sépare les familles, fait croire à certaines que leurs intérêts et besoins de prise en charge sont différents de ceux d'un autre groupe,

affaiblissant par là même les mouvements associatifs dans leurs actions pour l'obtention des réformes nécessaires de la part des pouvoirs publics.

Que l'on se comprenne bien, Il ne s'agit aucunement de vouloir s'attribuer tel ou tel syndrome, mais tout simplement de privilégier l'avenir des enfants. On peut s'interroger sur les raisons de cette " rigidité " spécifiquement française. Il semble qu'elle provienne, en grande partie de la séparation entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, qui fait que la plupart des pédopsychiatres n'ont pas de connaissances du futur de leurs patients. Ce qui est particulièrement atterrant, dans les systématiques démonstrations de la pédopsychiatrie psychanalytique, c'est qu'elle fait systématiquement référence à " une amélioration à l'adolescence ", situation observée dans de nombreux cas, même avec une prise en charge légère, mais sans préciser que cette amélioration à l'adolescence n'entraîne jamais de guérison à l'âge adulte. Nous, nous restons parents de nos enfants quel que soit leur âge. Je voudrais dire -- mais c'est terrible -- aux parents de " psychotiques " infantile qu'ils deviendront parents d'adultes autistes, et qu'à ce moment-là les pédopsychiatres ne seront plus là pour jouer à l'interprétation de leurs relations.

En conclusion je souhaiterais conseiller à toutes les familles dont les enfants ont reçu un diagnostic de psychose infantile, de contacter l'un des cinq centres de ressources sur l'autisme (Tours, Montpellier, Reims ou Toulouse) afin d'obtenir une confirmation de ce diagnostic.