

## **L'évaluation diagnostique de l'enfant avec trouble du spectre de l'autisme**



Les outils du psychologue

Léa Dormoy

# **L'évaluation diagnostique de l'enfant**

## **avec trouble du spectre de l'autisme**

Approches intégrative et neurodéveloppementale

*Préface de*  
Dr Marie-Joëlle Orêve  
et Pr Mario Speranza

**DUNOD**

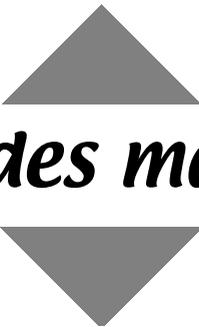
<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
<p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>		<p>droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>

© Dunod, 2020  
 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
 www.dunod.com

ISBN 978-2-10-081054-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.



# *Table des matières*

PRÉFACE.....	XI
PRÉSENTATION .....	XV
INTRODUCTION.....	1
<b>CHAPITRE 1 DYNAMIQUE DÉVELOPPEMENTALE DE L'INTERACTION ET DE LA COMMUNICATION SOCIALE RÉCIPROQUE.....</b>	<b>3</b>
Le développement sociocommunicatif de 0 à 8 ans .....	5
Analyse et compréhension du visage humain .....	6
Le développement de la communication sociale réciproque .....	7
Le développement de l'empathie .....	13
L'émergence de la théorie de l'esprit .....	15
Du traitement de l'information sociale vers des interactions de qualité .....	24
Traitement sensoriel, comportements atypiques et intérêts hors normes .....	25
Place du fonctionnement perceptif .....	25
Le traitement sensoriel .....	27
Intérêts hors normes .....	28
Mouvements atypiques du corps .....	29

Routines du quotidien, sommeil et alimentation . . . . .	30
<b>CHAPITRE 2 ÉVALUATION CLINIQUE DE TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE . . . . .</b>	<b>33</b>
Une constellation de signes caractéristiques . . . . .	35
Recherches actuelles, étiologies et facteurs de risque . . . . .	39
Les modèles développementaux actuels . . . . .	39
Les recherches médicales . . . . .	40
Les facteurs de haut risque . . . . .	41
Le positionnement du clinicien et l'aménagement du cadre du bilan . . . . .	43
Avec les enfants de moins de 6 ans . . . . .	43
Avec les enfants de plus de 6 ans . . . . .	46
Prise en compte des observations auprès de plusieurs informateurs . . . . .	47
Le dépistage précoce avant 3 ans . . . . .	48
Quels signes repérer la première année ? . . . . .	48
Quels signes repérer entre 12 et 24 mois . . . . .	49
Les outils de dépistage après 4 ans . . . . .	53
Évaluation fonctionnelle : choix des outils . . . . .	54
Évaluer la qualité de l'interaction sociale . . . . .	55
Évaluer la qualité de la communication réciproque . . . . .	58
Évaluer la théorie de l'esprit et la compréhension des états mentaux d'autrui . . . . .	62
Évaluer la reconnaissance des émotions et l'empathie . . . . .	66
Évaluer le caractère stéréotypé et restreint des comportements . . . . .	67
Évaluer le traitement sensoriel . . . . .	70
Évaluer le fonctionnement intellectuel . . . . .	74
Évaluer le niveau de langage . . . . .	79
Évaluer les fonctions exécutives . . . . .	80

Évaluer le fonctionnement psychoaffectif . . . . .	84
Évaluer le niveau scolaire . . . . .	84
Évaluation diagnostique de l'autisme . . . . .	85
Les outils d'évaluation diagnostique . . . . .	85
Synthèse des évaluations et critères diagnostiques chez l'enfant . . . . .	91
Chez l'adolescent et l'adulte . . . . .	102
Maladies génétiques associées . . . . .	103
<b>CHAPITRE 3 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL . . . . .</b>	<b>107</b>
Écarter une « difficulté » d'interaction sociale . . . . .	111
Inhibition, timidité, anxiété sociale . . . . .	111
Trouble de l'attachement . . . . .	113
Risque de psychopathie . . . . .	117
Écarter une déficience intellectuelle . . . . .	119
Écarter un fonctionnement à « haut potentiel » . . . . .	120
Écarter un trouble du langage . . . . .	121
Écarter l'impact d'un déficit attentionnel . . . . .	132
Écarter un syndrome dysexécutif . . . . .	135
Écarter un trouble de la mémoire . . . . .	145
Écarter l'impact d'un trouble moteur . . . . .	152
Écarter l'impact d'un trouble neurovisuel . . . . .	154
Écarter la schizophrénie infantile et les psychopathologies psychotiques . . . . .	156

La question de l'Asperger et de l'autisme au féminin . . . . .	164
Le syndrome d'Asperger . . . . .	164
Les troubles du spectre autistique au féminin . . . . .	165
<b>CHAPITRE 4 ANNONCE DIAGNOSTIQUE ET ACCOMPAGNEMENT POST-DIAGNOSTIQUE . . . . .</b>	<b>167</b>
Le compte rendu oral à l'enfant et à sa famille . . . . .	169
Avant l'annonce : écouter et impliquer les parents . . . . .	170
L'entretien d'annonce diagnostique . . . . .	171
Les consultations post-diagnostiques . . . . .	174
Le compte rendu écrit . . . . .	174
L'accompagnement post-diagnostique : informations aux parents et démarches administratives . . . . .	176
Soutien émotionnel et soutien d'estime . . . . .	177
Soutien informatif . . . . .	177
Soutien humain, administratif, financier . . . . .	178
Orienter vers des prises en charge précoces et ciblées . . . . .	181
<b>CHAPITRE 5 RESSOURCES POUR MIEUX ACCOMPAGNER . . . . .</b>	<b>183</b>
Les lieux de dépistage et d'évaluation . . . . .	185
Les CRA – Centres ressources autisme . . . . .	188
Des sites internet dédiés à l'information aux aidants (familles et professionnels) . . . . .	188
Ouvrages et films pour comprendre et faire comprendre . . . . .	189
Mieux comprendre les prises en charge . . . . .	191
L'entraînement aux habiletés sociales . . . . .	193

Augmenter la compréhension des règles et des consignes . . . . .	195
Accès aux soins médicaux . . . . .	195
Ressources pour l'accueil en crèche et halte-garderie . . . . .	195
Ressources pour l'inclusion scolaire et les aménagements pédagogiques .	196
<b>CONCLUSION . . . . .</b>	<b>199</b>
<b>ANNEXES . . . . .</b>	<b>201</b>
Annexe 1. Questionnaire autour de l'alimentation 0-6 ans . . . . .	201
Comportement . . . . .	201
Installation et organisation des repas . . . . .	202
Aliments et habitudes de la famille . . . . .	203
Annexe 2. Anamnèse . . . . .	206
Histoire du développement . . . . .	206
Antécédents médicaux . . . . .	210
Annexe 3. Grille de prise de notes du PEP-3 . . . . .	212
<b>TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX . . . . .</b>	<b>215</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE . . . . .</b>	<b>217</b>





# Préface

**L**A RÉALISATION D'UN BILAN DIAGNOSTIQUE dans le cadre d'un trouble du spectre de l'autisme pose plusieurs questions de fond au clinicien, autant sur un plan théorique que sur un plan pratique. Si depuis Leo Kanner, l'origine neurodéveloppementale de l'autisme a été pointée, la conception même du diagnostic a évolué ces cinquante dernières années en suivant les modifications des classifications internationales qui ont mis en exergue différents aspects : focus sur le langage plutôt que sur la communication dans le DSM-III, sur des profils différents avec l'introduction du syndrome d'Asperger dans le DSM-IV et enfin sur la notion d'un spectre de troubles le long d'un continuum dans la dernière version du DSM-5. Ces derniers changements interrogent d'ailleurs les limites de l'activité diagnostique, d'autant plus que les personnes avec autisme se réclament de plus en plus souvent de la neurodiversité.

Mais du point de vue du clinicien, confronté à la complexité des situations, la question du diagnostic positif et du diagnostic différentiel des troubles du développement occupe le premier plan des interrogations cliniques. Si dans certaines situations le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme est relativement simple, ce qui permet de focaliser l'attention sur la question essentielle du diagnostic fonctionnel, dans plusieurs autres situations les choses sont bien moins évidentes face à la coexistence de symptômes ou d'anomalies qui renvoient à plusieurs tableaux diagnostiques, problème qu'il est insatisfaisant de régler de manière systématique par la notion ambiguë de comorbidité.

Dans ces différents cas de figure, il est indispensable de procéder par une démarche organisée et systématisée pour identifier le ou les syndromes

qui permettent au mieux de rendre cohérents les symptômes et atypies du développement rapportés par l'environnement ou observés par le clinicien. Il s'agit aussi de rechercher les liens possibles entre les spécificités cognitives et les spécificités comportementales, liens nécessaires pour identifier des possibles leviers d'intervention. Cette démarche est d'autant plus importante que les enfants sont jeunes, qu'ils présentent naturellement des dyssynchronies au niveau des différentes lignes développementales et qu'il existe des effets en cascade provoqués par des atypies de développement sur d'autres aspects du fonctionnement.

De ce point de vue, les liens, que la littérature scientifique a bien mis en évidence, entre atypies du développement du langage, troubles des fonctions exécutives (mémoire de travail, attention) et troubles des cognitions sociales, sont paradigmatiques de cette complexité que seuls un raisonnement clinique inspiré par la neuropsychologie et une connaissance fine des trajectoires développementales permettent de clarifier. Comme l'a bien théorisé Lev Vygotski, le langage comme l'attention ne sont pas seulement des fonctions cognitives qui se développent avec le temps, ils sont également des organisateurs du développement qui permettent de rendre cohérents l'expérience et le traitement de l'information. Il n'est pas étonnant d'ailleurs de constater l'impact des atypies du développement du langage sur le langage interne, la régulation des émotions, la prise de perspective et *in fine* le développement de dimensions telles que l'empathie ou la compréhension sociale. Ce questionnement développemental, d'ailleurs, ne se limite pas à l'analyse des compétences cognitives (via la partie neuropsychologique du bilan diagnostique), mais concerne également la dimension psychoaffective, étape fondamentale pour mettre en perspective l'impact des atypies développementales sur les modes d'interactions et des stratégies d'attachement mises en place par l'enfant au cours du temps.

Formulé autrement, l'objectif de toute évaluation est de trouver un équilibre entre une approche diagnostique catégorielle essentialiste, qui oublierait que les troubles et les classifications sont le résultat de constructions théoriques qui ne correspondent pas à de véritables entités naturelles, et une approche diagnostique pragmatique fonctionnelle, dont l'objectif se limiterait à améliorer des compétences déficitaires ou réduire des symptômes en oubliant l'importance du diagnostic dans la construction identitaire des individus. Cet équilibre est particulièrement important si l'on adopte une perspective diagnostique longitudinale avec l'identification

de trajectoires développementales qui intègrent les compensations et les stratégies alternatives que les enfants mettent en place au fil du temps. On sait actuellement que certaines compensations peuvent se révéler efficaces et permettre à l'enfant une réelle adaptation, voire une valorisation des spécificités individuelles. Mais on sait également que dans d'autres cas, ces compensations ne sont que des aménagements de surface, des camouflages, qui vont avoir un coût élevé dans l'économie de l'enfant avec des conséquences négatives en termes de souffrance ou de construction identitaire contrainte. On retrouve ici la question complexe de la neurodiversité avec sa double valence positive et négative.

Dans ce livre, Léa Dormoy parvient à présenter de façon très pragmatique la démarche diagnostique tout en respectant cette idée de neurodivergence : « Repérer le plus précocement cette manière d'être au monde va permettre de soutenir la personne, non pas à rentrer dans une norme mais à savoir analyser les situations sociales et communicationnelles, les comprendre et s'y adapter au moment où cela lui sera nécessaire. »

À la lumière de sa grande expérience, acquise auprès des familles avec autisme et de son activité pendant plusieurs années en centre de diagnostic, Léa Dormoy propose dans cet ouvrage une utilisation actualisée à la fois virtuose et accessible des différents outils à disposition des cliniciens. Chaque chapitre est nourri de multiples références bibliographiques et de nombreuses ressources explicatives transmissibles aux familles. Au-delà des rigoureuses évaluations chiffrées, l'auteure n'oublie pas la dimension clinique et relationnelle car ces évaluations doivent avant tout être réalisées au service et au bénéfice des personnes avec autisme.

D'ailleurs, il n'est pas inutile de souligner que l'ouvrage de Léa Dormoy s'inscrit pleinement dans les objectifs dessinés par la stratégie nationale interministérielle pour les TSA au sein des troubles du neurodéveloppement avec la création des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) et les plateformes de diagnostic de proximité (PDAP) : structurer le parcours diagnostique et thérapeutique des enfants présentant des atypies du développement afin de faciliter le diagnostic et l'intervention précoces et aider les parents à identifier les meilleures stratégies d'intervention sur le plan thérapeutique, rééducatif et éducatif. Ce parcours inclut le rôle essentiel que joue la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dans la définition des aménagements et des compensations en mesure de favoriser l'inclusion scolaire et sociale. C'est aussi à ce niveau que

l'évaluation diagnostique et fonctionnelle présentée dans ce livre montre toute sa pertinence.

Nous ne pouvons que nous réjouir qu'un tel travail soit rendu accessible à tous les cliniciens et puisse ainsi contribuer à améliorer le parcours des enfants présentant des troubles du neurodéveloppement.

**Dr Marie-Joëlle Orève**

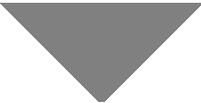
Responsable du Centre de diagnostic et d'évaluation  
des troubles du spectre de l'autisme PEDIATED,  
Centre hospitalier de Versailles

**Pr Mario Speranza**

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,  
directeur de l'unité INSERM  
« Psychiatrie du développement et trajectoires »,  
Université Paris-Saclay – Versailles



# Présentation



**L**ÉA DORMOY est psychologue clinicienne spécialisée dans le diagnostic de l'autisme. Elle travaille avec l'équipe du centre diagnostique PEDIATED, à l'hôpital André-Mignot de Versailles. Formée aux prises en charge de l'autisme (modèle précoce de Denver ESDM, programme PACT, entraînement aux habiletés sociales), elle coordonne une unité pluridisciplinaire de prise en charge précoce dès 18 mois (centre Bulle d'Air, à Croissy-sur-Seine) et accompagne les parents dans leur compréhension et leur ajustement (consultation, atelier de parents, groupe de paroles).

Elle assure de nombreuses formations et interventions sur le sujet auprès d'étudiants, de professionnels et d'aidants. Elle est membre de l'APPEA (Association de psychologie et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent) et participe à la création des vidéos d'informations *Deux minutes pour mieux vivre l'autisme*.





# *Introduction*

*« L'autisme n'est pas quelque chose qu'une personne a,  
ou une "coquille" dans laquelle une personne est enfermée.  
Il n'y a pas d'enfant normal caché derrière l'autisme.  
L'autisme est une manière d'être. Il est envahissant.  
Il teinte toute expérience, toute sensation, perception, pensée, émotion,  
tout aspect de la vie. »*

Jim Sinclair (Ne nous pleurez pas, 1993, AFD).

**P**ENDANT DES DÉCENNIES, la personne avec autisme a été source de mystères et de beaucoup d'interprétations. Les autobiographies, les témoignages d'adultes présentant un trouble du spectre de l'autisme, les recherches en psychologie développementale et en médecine sont arrivés à la conclusion que ce sont les difficultés de développement (ce que l'on appelle les cognitions sociales et du fonctionnement perceptif) qui sont au centre de l'autisme. Ces difficultés ont été décrites depuis au moins un siècle, mais l'autisme dit typique (initialement décrit par Léo Kanner en 1943) ne rend pas compte de la diversité clinique de l'autisme. Nous parlons depuis 2015 de « troubles du spectre autistique » (TSA) et comprenons ces difficultés comme un trouble neurodéveloppemental. Les TSA sont actuellement définis comme l'altération conjointe de deux domaines : la qualité de la communication et des interactions sociales, et en conséquence, l'existence de centres d'intérêt limités et stéréotypés hors norme (sociale).

J'ai passé toute ma carrière auprès d'enfants porteurs d'un trouble du spectre autistique, et de leurs parents : à domicile, à l'école, en hôpital de jour, en centre expert (PEDIATED-Préval – Versailles), en suivi développemental précoce (modèle de Denver, approche PACT), en entraînement des habiletés sociales, en thérapie de soutien. J'ai aussi rencontré au cours de ma vie des personnes que beaucoup qualifiaient « d'un peu autiste » en raison d'épisodes anxieux, dépressifs, de troubles de l'attachement, d'un très haut fonctionnement intellectuel associé à une grande timidité, etc. Toutes

ces rencontres ainsi que les échanges avec mes collègues, professionnels investis et pointus dans leur compréhension holistique du développement du sujet, m'ont amenée à réfléchir au diagnostic différentiel ainsi qu'au sens mis et aux termes utilisés pour nommer les difficultés ou l'atypicité de développement d'un enfant. J'ai souvent entendu dans mes pratiques antérieures, ou lors d'interventions auprès d'équipes pluridisciplinaires, la hantise voire « l'interdiction morale » de poser une « étiquette » sur un sujet en devenir. C'est mal comprendre ce qu'est un processus d'évaluation neuropsychologique et l'accompagnement humain et émotionnel qu'il nécessite. Bien sûr, personne ne peut prétendre comprendre pleinement le fonctionnement passé et actuel d'un sujet, et des erreurs peuvent être faites. Le processus d'évaluation doit donc être rigoureux et humble. C'est à la fois une rencontre humaine et une enquête précise jusqu'à l'origine des difficultés que peut rencontrer le sujet.

Ces dernières années, les troubles du spectre autistique, qui étaient jusqu'alors source d'incompréhension et de craintes, sont devenus très populaires. Il s'est aussi créé une communauté de personnes avec un trouble du spectre autistique. Leurs porte-paroles peuvent revendiquer une manière d'être au monde différente tout aussi légitime que celle de la majorité des humains dits « neurotypiques ». Leurs autobiographies, leurs prises de parole et leur prise en compte ont nourri la notion de « neurodiversité » (Judy Singer, 1999) et le chemin vers plus de compréhension, de tolérance et d'inclusion.

Les prochains chapitres évoqueront ce que sont le développement habituel des cognitions sociales puis les processus d'évaluation spécifiques des personnes dont on suspecte un trouble du spectre de l'autisme, du dépistage à l'évaluation fonctionnelle, jusqu'au diagnostic et à l'indication de recommandations adaptatives.

Nous espérons que la lecture de cet ouvrage apportera un soutien structuré à tous les psychologues et professionnels de santé souhaitant aller à la rencontre des personnes présentant cette particularité de développement appelée trouble du spectre autistique.



**CHAPITRE  
1**



***Dynamique  
développementale  
de l'interaction  
et de la communication  
sociale réciproque***





## *Sommaire*

Le développement sociocommunicatif de 0 à 8 ans ..... Page 5

Traitement sensoriel, comportements atypiques et intérêts hors  
normes ..... Page 25

