

## L'autisme, Clinique et Diagnostic The Autism, Clinical and Diagnosis

Dr. AMAR Abdelhak <a href="mailto:gpp.2008@hotmail.fr">gpp.2008@hotmail.fr</a>	psychology	Laboratory of Psychological and Educational Studies - University Sidi Bel-Abbes - Algeria
DOI :		

Received: 20/02/2020 Accepted: 17/11/2020 Published: 20/12/2020

### Résumé

Les autistes seraient à la prévalence de 1/150 en Europe et de 1/50 en Amérique du nord. C'est des chiffres énormes vu que cette prévalence était, on le pensait jusqu'à récemment de 1/1500. Ceci est dû essentiellement à la redéfinition du trouble autistique qui était défini comme étant une maladie psychiatrique et qui maintenant a tendance à être considéré comme une manière de vivre nécessitant une prise en charge particulière, mais aussi par le fait que l'opinion publique soit de plus en plus amenée à entendre parler de ce trouble, qui guette le développement de l'enfant et le dévie, soit à la télévision ou à la radio et même sur la toile du net. Mais encore faut-il être prudent pour ne pas tomber dans l'excès, en d'autres termes il faut être attentif et plus que ça il faut être méthodique pour ne pas poser le diagnostic de l'autisme de façon hasardeuse.

**Mots Clés :** Autisme, diagnostic, entretien, observation, dépistage.

### Abstract

Autismes would be in the prevalence of 1/150 in Europe and of 1/50 in North America. It is of huge figure seen that this prevalence was, it was thought until recently of 1/1500. This is of principally in the redefining of the autistic confusion which was defined as being a psychiatric illness and supporting with tendency to be to consider to be a way of life requiring one taken care particular, but also due to the fact that public opinion is more and more led to hear about this confusion, which watches for the development of the child and diverts it, is on television or in radio and even on the cloth of the net. But still it is necessary to be careful not to fall in excess, in other words it is necessary to be attentive and more that this it is necessary to be methodical not to put down the diagnosis of the autism in a hazardous way.

**Keywords:** Autism, diagnosis, maintenance, observation, screening.

## Introduction

Poser le diagnostic d'un trouble ou d'une maladie représente une contrainte à laquelle doit faire face le praticien même si ce diagnostic paraît "simple", que serait-ce le cas d'un diagnostic lourd comme celui de l'autisme, En effet inscrire le patient dans cette classe de trouble, c'est l'inscrire dans une trajectoire sur laquelle il devra vivre et qui va définir tout le parcours de sa vie. Pour cela il y a nécessité de la contribution d'une équipe pluridisciplinaire qui œuvre de manière à élaborer le diagnostic avec le plus de précision, et éviter de tomber dans l'erreur, comme se justifie plusieurs praticiens afin d'éviter de soulever le diagnostic d'autisme.

Mais cela est-il un bon prétexte pour souffler au psychologue clinicien qu'il n'est pas apte à soulever et poser le diagnostic d'autisme à lui seul ?

C'est vrai que devant le diagnostic d'autisme toute l'image de l'enfant est chamboulée dans l'intérieur des parents, notamment la mère, qui généralement se projette dans son enfant dans un mouvement d'élan positif et voilà que ce diagnostic vient remettre en question cette projection. De la faut-il attendre que les signes soient évident pour poser le diagnostic? Mais dans ce cas, est-ce-qu'on n'est pas en train de faire perdre du temps précieux à l'enfant et à toute sa famille, vue la notion de plasticité cérébrale?

Il serait donc intéressant de juger de la gravité du trouble et de l'importance de poser le diagnostic avec dextérité pour que l'approche de l'enfant souffrant

d'autisme soit honnête et correcte dans ses dimensions, pour cela il semble important de tracer "une feuille de route" à suivre afin de s'assurer des meilleurs résultats et de rassurer les parents de l'enfant qui reste la dimension clé dans l'existence de ce dernier.

### **Entretien clinique dans le cas de l'autisme**

Dans le cas d'un enfant l'entretien se fait évidemment avec les parents, qui représentent la principale source d'information et qui nécessite d'être bien "interroger", de façon méthodique, pour que leurs propos soient le plus juste possible et décrivent l'enfant de la façon la plus exacte possible.

Pour cela l'entretien premier devra se découler dans la sérénité, et il devra être aussi long que nécessaire d'ailleurs il peut aller jusqu'à une heure voir même la dépasser, jusqu'à une heure et demi (Shea S. C., 2005); les questions que nous devons poser seront claires et précises et malgré cela nous devons laisser aux parents la liberté de s'étendre dans leurs réponses, quand cela a une importance pour notre visée diagnostique, « Un long entretien...est l'un des outils essentiels du diagnostic » disait Lemay (2006 : 92), durant cet entretien il convient de rechercher des signaux qui peuvent nous pousser à penser qu'il s'agit effectivement d'un autisme. En effet il faut savoir que l'autisme peut se résumer aux critères définis par Leo Kanner, à savoir une difficulté d'établir des liens avec l'entourage, un langage peu développer voir absent et un rituel de la gestualité des comportements à répétition, ces enfants ont des difficultés à exprimer leurs sensations et à décoder les sensations

émanant de l'entourage, ils semblent « couper plus au moins de leur entourage » (Lemay M., 2006 : 85).

Cependant ils existent des formes qui restent atypique de par le fait qu'elle ne présente qu'un certain nombre de signes, et qui sont généralement d'apparition tardive.

### **L'observation clinique**

L'observation clinique semble être un facteur primordial dans l'approche de ce trouble du moment qu'il s'agit de décrire le comportement de l'enfant et que les examens complémentaires restent très limité dans leur apport concernant le diagnostic, c'est le cas l'imagerie cérébrale, qui même si elle permet de « repérer que les zones réceptives, intégrative et organisatrices se coordonnent mal entre elles répondent de façon singulières aux stimulations sonores, visuelles ou tactiles adressées par les personnes s'occupant de l'enfant ...il n'a pas été possible de trouver des marqueurs spécifiques et de pointer de façon certaine telle zone cérébrale qui pourrait expliquer les processus sensoriels, relationnels et cognitifs constatés » (Lemay M., 2006 : 86) .

L'observation doit être active et non passive en effet l'observateur (clinicien) doit être attentif. On peut considérer l'observation un type d'attention où le clinicien doit percevoir le phénomène de l'extérieur, ceci nous met devant deux difficultés :

- Le processus de perception et ses limites.
- La subjectivité de l'observateur (clinicien).

En réalité le clinicien va apporter son empreinte au phénomène observé, d'où l'intérêt d'être vigilant en rapportant ce phénomène. Là nous trouvons l'intérêt de citer la réflexion de Ciccone (2013) comme quoi percevoir ne veut pas dire enregistrer la réalité de façon passive, seulement pour l'enregistrer et reproduire une copie conforme, la perception transforme la réalité et la construit à chaque fois que l'on découvre cette réalité. De là nous pouvons dire que l'objet de l'observation se représente en la réalité psychique, qui représente une spécificité de l'être humain qui est caractérisé par la pensée et la réflexion dans ses deux dimensions : conscient et inconscient (Ronssillon. R., 2007). Le clinicien va chercher à construire ses perceptions autour de cette réalité psychique vue que la psyché ne peut être observée directement.

L'observation est l'action de regarder avec attention un phénomène dans le but de le décrire, l'étudier et l'expliquer (Padinelli J.L et Fernandez L., 2015). Le phénomène dans notre cas d'étude se résume en l'enfant autiste, qui nécessite une bonne observation que ça soit l'enfant en lui-même, l'enfant dans le discours des parents notamment dans le discours de la mère et l'enfant dans la relation avec l'autre la mère et le père en premier lieu. Elle nécessite donc une attention volontaire de la part du clinicien et aussi de l'intelligence (De ketele J.M.,1983).

Durant l'observation, l'observateur (le clinicien) doit enregistrer les comportements que présente l'enfant et les projeté dans leurs dynamiques, par un retour à l'histoire de l'enfant et au contexte dans lequel sont apparu ces comportements.

L'entretien et l'observation, bien menés, ont permis de définir deux "types" d'autisme :

- Un autisme d'apparition précoce, c'est-à-dire qu'il s'exprime dès les premiers mois de la vie de l'enfant, il s'agit d'enfants déclarés par leurs mères et leur entourage comme étant trop sages, qui ne dérangent pas, semblant même indifférents à ce qui se passe autour d'eux, mais qui parfois fixent un objet, et sont emporté dans sa contemplation. La rencontre avec la mère reste sans effet sur eux, en apparence, n'ouvre pas les bras pour l'accueillir et ne produit pas de sons ni de sourire et même si sourire il ya il reste non expressif et furtif. Le développement psychomoteur de ces enfants semblent être convenable, cependant on note l'application d'une posture particulière et des manières non conformes ainsi qu'une praxie sons but apparent. « Le bébé semble enfermé dans une bulle sans que surgissent les prémisses de la communication telles que les échanges visuels, les gestes de donner-recevoir, l'attention conjointe, les multiples explorations avec des objets saisis, sucés, abandonnés puis repris, les joies suscités par les sons, par les allés et venues et par la vision des petits objets » (Lemay M., 2006 : 87) le holding et le holding décrit par Winnicott (2006) reste sans effet particuliers sur l'enfant puisqu'il n'y a pas de recherche de contact avec la mère. Parfois l'enfant reste fixer sur un objet qui tourne ou une partie de l'objet (la roue d'un jouet) ou il garde un objet fixer dans la main afin de réduire un stress qu'il vit face au danger que représente le monde extérieur (Tustin F., 1997)

et si l'objet est perdu de son contact l'enfant vit ceci comme une déchirure (Lemay M., 2006), il reste replier sur lui-même en position défensive.

L'observation par un clinicien avertit va permettre de repérer ces signes, qui sont apparent et évident, du moment que l'on peut repérer les symptômes facilement puis que nous sommes devant un défaut de communication avec défaut d'expression et des comportements non appropriés.

- L'autisme peut par contre s'exprimer plus tardivement, soit après la première année de vie de l'enfant, là les parents se présentent à la consultation après les 18 mois ou même après les 24 mois, âge de l'apparition du langage, dans ce cas il va rester non évolutif, c'est-à-dire c'est un enfant qui ne présente pas de nouvelles acquisitions, et même il se peut que les parents nous parlent d'une régression de l'enfant notamment en ce qui concerne le langage. L'enfant semble perdre les capacités de communiquer avec l'autre. Le jeu symbolique (imaginaire) n'apparaît pas chez l'enfant signifiant une absence d'imagination ; quand à la relation avec l'autre elle se fait dans l'ambivalence elle se fait « sur un mode fusionnel..., [et/ou] sur un mode distancié » (Lemay M., 2006 : 88). Le contact visuel est absent ou presque. L'enfant paraît sourd car ne répondant pas à l'appel, il montre des comportements anormaux comme se coucher par terre pour explorer un objet, jette les objets au sol et se met à jouer avec, dans un jeu non conforme à son âge. Il suit le mouvement d'une voiture en fixant ses roues. Souvent les parents décrivent que leur enfant se met dans des positions

bizarres, il bouge sans cesse. Dans l'eau l'enfant est détendu et même quand la mère ou le père le serre fortement, par contre il est déranger par les caresses. Il ne mange pas n'importe quoi ne s'habille pas avec n'importe quoi, il semble choisir ce qu'il va pénétrer dans son corps et ce qui va envelopper ce Corps, dont il n'a pas encore acquis la conscience d'existence ou peu. Nous notons que cet enfant cherche à ce que tout reste fixe dans son entourage, c'est ce qu'on appelle l'immuabilité, l'enfant cherche à garder l'espace et le temps figé (Lemay M.2006).

Dans les deux "types" d'autisme nous notons que l'enfant montre des attitudes non conformes dans trois dimensions, qui apparaissent précocement, soit avant les 36 mois :

- ✓ la dimension des interactions.
- ✓ la dimension de la communication.
- ✓ la dimension des comportements à point de départ sensoriel.

Tout ce que nous venons de décrire plus haut ne peut être recueilli que par un entretien clinique convenable et par une observation clinique méthodique. L'entretien clinique, rappelons-le doit être long et bien délimité par des questions précises.

Nous pourrons aussi avoir recours à des outils, appeler échelles, comme l'ADI (Autisme Diagnostic Interview) ou l'ADOS (Autisme Diagnostic Observation Schedule)

- L'ADI est un questionnaire très souvent utilisé. Malgré ses limites il garde une place dans l'élaboration du

diagnostic de l'autisme, ce questionnaire donne une place essentielle aux parents comme étant des partenaires fiables dans le parcours que va traverser l'enfant autiste en compagnie du clinicien, ceci va leur permettre de mieux vivre le trouble de leur enfant, ce qui permet à ce dernier d'être moins inquieté dans son monde et de là les symptômes vont être moins grave et seront mieux vécus par l'enfant et par ses parents.

l'ADI est limité du fait qu'il ne s'intéresse pas aux anomalies sensorielles hormis celle qui se rapporte au son, « Il a été pensé pour repérer les signes d'un autisme typique et est décevant pour explore les premiers signaux d'un syndrome d'Asperger ainsi que pour les formes d'autisme où l'enfant devient capable de représenter son monde imaginaire et ses peurs archaïques par l'intermédiaire du dessin, des jeux imaginés et du langage» (Lemay M., 2006 : 92 ). L'ADI ne prêtre pas d'importance à l'environnement bien que ce questionnaire s'intéresse aux Interactions, à la communication et aux stéréotypies.

- L'ADOS est souvent utilise avec les enfants de plus de 3 ans, en effet le plus souvent c'est après 3 ans que les parents viennent consulter dans le cadre d'un trouble relationnel ou un trouble du langage (absence du langage ou langage non fonctionnel). ces troubles s'installent généralement de façon insidieuse.

L'ADOS doit être utilises avec précaution avec l'enfant ayant le langage ou la capacité de dessiner ou de jouer, ceci nous permet de percevoir la vie interne de l'enfant sur le plan du fantasmatique et de l'imaginaire.

Ces échelles ont été élaborées à partir de données dictées par le DSM et la CIM, qui définissent l'autisme par une description des comportements que le spécialiste est amené à observer durant l'entretien (Baghdadli A., 2006), nous devons ici insister sur la dyade autistique du DSM V, en effet avec ce dernier il y a disparition de la triade autistique qui existait avec le DSM IV :

- En premier nous trouvons les déficits de la communication et des interactions sociales (déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle, déficit des comportements non verbaux, déficit du développement et maintien de la compréhension des relations).
- En Second nous trouvons le caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts (mouvements répétitifs, intolérance aux changements et adhésion inflexible à des routines, fixes et anormaux dans leur intensité ou leur but, hyper ou hypo sensibilité aux stimuli sensoriels).

Si L'ADI et L'ADOS sont deux outils qui permettent d'étayer le diagnostic il existe un questionnaire qui permet de faire le dépistage il s'agit du CHAT (Checklist for autism in toddlers), il s'agit d'une échelle que l'on applique avec l'enfant de moins de 24 mois et à partir de 18 mois, elle est structurée de façon à chercher des comportements qui d'habitude existe chez l'enfant "normal" et qui font défaut dans le cas de l'enfant autiste (Baghdadli A2006), ces comportements sont :

- ✓ L'attention conjointe.
- ✓ Le pointage proto-déclaratif.

✓ Le jeu de faire semblant.

Le questionnaire CHAT se compose de deux parties : une partie adressée aux parents et l'autre partie aux professionnels de la santé (psychologue, médecin). Mais la sensibilité du CHAT est faible pour prédire l'autisme, ceci à pousser les chercheurs à établir un nouveau questionnaire, le M-CHAT ou le CHAT modifié, et qui garde la première partie du CHAT en la développant plus, c'est-à-dire qu'il repose entièrement sur l'observation des parents (Baghdadli A., 2006). Le M-CHAT se compose de 23 items et est de sensibilité élevé ce qui a fait de lui un outil important dans le dépistage de l'autisme. Une chose est importante à signaler, est qu'il revient aux professionnels (Médecin, psychologue) d'interpréter les résultats et non pas aux parents.

La démarche diagnostic s'avère très longue et nécessite de l'habileté de la part du clinicien et beaucoup de patience de la part des parents, il convient alors d'impliquer dans toutes les étapes de l'approche de leur enfant, par des explications simples et selon leur niveau, cependant un diagnostic préliminaire est obligatoirement posé et ce malgré «la charge émotive qui l'accompagne» (Lemay .M 2006 95), il ne faut pas perdre de vue que nous sommes devant un enfant, qui est plein développement, processus qui part fois transforme le tableau initiale, il convient alors de suivre la trajectoire de ces données nouvelles, pour cela le clinicien doit rester souple dans son approche.

## Conclusion

Malgré que l'on ne cesse de parler d'autisme ces dernières années, le diagnostic reste souvent tardif et ceci bien que les signes apparaissent précocement ceci semble être du au tableau clinique très variable de l'autisme et aux changements des signes présentés par l'enfant autiste avec l'âge et le développement, en effet ces signes peuvent être classés en signes négatifs, il s'agit de compétences que l'enfant n'a pas encore acquises comme le langage et cette anomalie est observée vers l'âge de 2-3 ans, et des signes positifs, qui apparaissent après 3 ans et qui constituent la base de la définition de l'autisme il s'agit de signes qualitatifs comme l'écholalie.

Reste à signaler que des outils comme L'ADI et L'ADOS sont des outils qui étayent le diagnostic et qui ne le confirment pas avec certitude. Le diagnostic de l'autisme reste un diagnostic clinique.

Enfin, nous pouvons nous poser la question suivante : faut-il faire un dépistage systématique de l'autisme ? Non, cependant, il convient d'attirer l'attention des professionnels à la surveillance du développement de l'enfant lors des examens de santé systématique qui se font lors des épisodes de vaccination et lors d'une admission dans une crèche ou à l'école.

## Sources et Références

- Baghdadli, A.. (2006). Troubles autistiques : du repérage des signes d'alerte à la prise en charge, *Contraste /2* (N° 25), p. 23-51.
- De Ketel, J.-M. (1983). *Méthodologie de l'observation*, éd. UCL, Bruxelles.
- Ciccone, A. (2013). *L'observation clinique*, éd. Dunod, Paris.
- Michel Lemay, 2006, La démarche diagnostique face à l'autisme, *Contraste /2* (N°25), p. 83-104.

- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2015). L'observation clinique et l'étude de cas, éd. Armand Colin, Paris.
- Roussillon, R. (2007). La réalité psychique et la subjectivité et son histoire, in manuel de psychologie et de psychopathologie : clinique générale, éd. Masson, Paris.
- Shea, S. C. (2005). La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension, éd. Elsevier, Paris.
- Tustin, F. (1977). Autisme et psychose de l'enfant, éd. Le seuil, Paris.
- Winnicott, D.W. (2006) La mère suffisamment bonne, éd. Payot et Rivages, Paris.