

Diagnostic du TSA dans la société algérienne : interroger les parents (étude de cas)
Diagnosis of ASD in Algerian society: ask the parents (case study)

BEHTANE Abdelkader^{1*}

¹Université de Guelma (Algérie), abehtc2i@gmail.com; behtane.abdelkader@univ-guelma.dz

Reçu le:11/ 04 /2020

Accepté le:13/ 11 / 2020

Publié le:20/ 03 / 2021

Résumé :

Le diagnostic du TSA (Trouble de Spectre Autistique) repose sur les observations parentales : retard du langage, stéréotypies, regard fuyant, perturbation sensorielle, activités restreintes. Notre but est de diagnostiquer des enfants algériens souffrant de troubles autistiques. Pour cela, nous avons choisi d'utiliser le CHAT et le CARS car ils sont parmi les tests les plus utilisés. Notre échantillon se compose d'enfants d'au moins trois ans habitant la région de Guelma souffrant de retard plus ou moins important au niveau du langage et ayant des problèmes au niveau du comportement. Les résultats montrent que ces deux échelles permettent de poser un diagnostic précoce. Cela permet aux parents de s'orienter vers des structures spécialisées.

Mots clés : trouble du spectre autistique, enfant, diagnostic, orientation, échelle d'évaluation, parents

Abstract:

The diagnosis of ASD (Autism Spectrum Disorder) is based on parental observations: language delay, stereotypies, fleeing gaze, sensory disturbance, restricted activities.

Our goal is to diagnose Algerian children suffering from autistic disorders. For this, we have chosen to use CHAT and CARS because they are among the most used tests.

Our sample consists of children at least three years old living in the Guelma region suffering from more or less significant delay in language and having behavioral problems.

The results show that these two scales allow early diagnosis. This allows parents to refer to specialized structures.

Keywords: autistic spectrum disorder, child, diagnosis, orientation, rating scale, parents

1. Introduction

L'autisme est un trouble développemental débutant avant l'âge de trois ans. Il touche simultanément les interactions sociales, la communication, à la fois verbale et non verbale, le comportement avec des gestes répétitifs, stéréotypés, des rituels, des intérêts restreints. Il se caractérise par des troubles relationnels et langagiers. L'autisme se définit par une atteinte grave de la communication, des interactions ainsi qu'un comportement stéréotypé. Le diagnostic se fait autour des trois ans. Le but est de prendre en charge l'enfant le plus tôt possible afin de minimiser les handicaps dus à la maladie. Plusieurs études montrent une évolution des enfants présentant des troubles autistiques lors d'une prise en charge précoce. Cette prise en charge est d'autant plus importante que la plupart des enfants avaient des signes avant-coureurs avant deux ans. Il serait donc utile de disposer d'indicateurs qui permettent de dépister le syndrome autistique de manière précoce afin d'orienter les parents et les enfants vers des structures spécialisés (Crespin & Sarradet, 2006; Mareau & Vanek Dreyfus, 2007, p. 66; Mazet & Lebovici, 1990).

Pour Kanner(1943), il faut ajouter la précocité des troubles (autisme infantile précoce), l'isolement social ou retrait, le besoin d'immuabilité, des comportements répétitifs et compulsifs (écholalie, stéréotypies verbales), un langage atypique et quelques talents spectaculaires malgré un développement retardé (îlots d'aptitudes comme l'extraordinaire faculté de mémorisation).

La triade classique comporte des altérations des interactions sociales réciproques, anomalies de la communication verbale (langage) et perturbations des autres systèmes d'expression (mimiques, regards, gestes...), le caractère restreint et répétitif des comportements, des activités et des pôles d'intérêt (pauvreté du jeu et de l'imagination dans les activités qui sont souvent stéréotypées, ritualisées).

Les signes associés sont des perturbations sensorielles ou « réactions sensorielles paradoxales » (réaction à la douleur, sons, contact tactile...), un retard mental et déficits cognitifs, des troubles du comportement (crises, colères, automutilations...).

Ce terme a été utilisé pour la première fois pour décrire le symptôme de perte de contact avec la réalité des schizophrènes (Tardif & Gepner, 2007, p. 9).

2. Le Problème

- Quelles sont les causes de l'autisme ?
- Quels sont les différents outils permettant de diagnostiquer l'autisme ?
- Le CHAT et le CARS permettent-elles de faire un diagnostic précoce ?
- Peut-on guérir de l'autisme ?

3. Hypothèses

3.1. La première hypothèse : L'autisme serait dû à plusieurs facteurs.

3.2. La deuxième hypothèse : Il existe différents outils permettant de diagnostiquer les troubles autistiques de manière précoce. Parmi ces derniers, le CARS et le CHAT sont les plus utilisés.

3.3. La troisième hypothèse : Les résultats montrent que ces deux échelles permettent de poser un diagnostic précoce afin d'orienter les parents et leurs enfants vers des structures spécialisées.

3.4. La quatrième hypothèse : Pour l'instant, il est impossible de guérir de l'autisme mais les personnes peuvent vivre avec et si elles ont été détectées assez tôt elles peuvent évoluer.

4. Objectifs et importance de l'étude

Notre objectif est de diagnostiquer des enfants algériens souffrant de troubles autistiques de manière précoce. En effet, il semble que les programmes d'intervention précoce sont très efficaces.

Les bébés ont très tôt des interactions avec leur mère. En partant de ce constat, certains chercheurs montrent qu'à partir du 4^e mois il est possible de repérer des troubles

communicationnels. Ces signes sont : absence d'échange avec la mère sans sollicitation et évitement du regard.

5. Causes

Les causes des troubles autistiques ne sont pas encore totalement claires malgré les différentes avancées en termes de recherche, notamment au niveau du système neuronal. Cependant, les chercheurs s'accordent pour dire qu'il existe un ensemble de facteurs. Ainsi, il apparaît que le cerveau des personnes atteintes de trouble du spectre autistique ne se développe pas correctement. De plus, au niveau génétique, notamment au niveau des gamètes (symptôme du X-fragile), il apparaît que les personnes TSA soient atteintes d'anomalies ce qui empêchent un bon développement (INSERM). D'autres facteurs environnementaux, tels que l'exposition à des maladies ou des substances nocives avant la naissance pourraient être la cause du développement de troubles autistiques. Contrairement à ce qui a été longtemps développé, il n'y a aucun lien entre une éventuelle faille maternelle et le développement d'un TSA. Les systèmes d'imagerie médicale (IRM) ont mis en évidence des défauts d'organisation au niveau de certains neurones, notamment ceux spécialisés dans la communication et la gestion du comportement. Le séquençage de l'ADN a, quant à lui, mis en évidence de nombreuses altérations génétiques impliquées dans la formation du cerveau.

6. Exemple d'échelle d'évaluation

6.1 L'ADI (Autism Diagnostic Interview)

Méthode la plus utilisée en recherche pour établir ou confirmer un diagnostic d'autisme. Il s'agit d'un entretien semi-structuré qui permet de recueillir des informations sur la symptomatologie actuelle, mais aussi sur la période cruciale des quatre/cinq ans durant laquelle les signes de l'autisme sont les plus marqués. Cet entretien couvre des périodes du développement allant des premières années de vie jusqu'à l'âge adulte. L'un des éléments importants de la technique est l'aspect rétrospectif qui est exploré grâce à des stratégies d'entretien susceptibles de faciliter le rappel. Les trois domaines principalement explorés sont : le langage et la communication, le développement social et le développement du jeu.

6.2. ECA (échelle des comportements autistiques)

Il permet d'obtenir un « portrait comportemental » à partir d'une observation minutieuse de différents comportements recueillis au quotidien dans diverses situations et côtés selon une échelle d'intensité. On peut alors évaluer les anomalies des grandes fonctions (socialisation, adaptation, attention, perception...) décomposées en items

comportementaux (recherche d'isolement, autoagressivité, attention difficile à fixer, regard inadéquat...).

6.3. PEP-R (Profil Psychoéducatif)

Cet outils permet de visualiser le développement des fonctions mentales dans sept domaines : l'imitation, la perception, la motricité fine et globale, la coordination oculo-manuelle, les performances cognitives, les cognitions verbales et langagières. Il permet aussi de situer les degrés de pathologie ou d'anomalie du comportement dans les aires du langage, des affects et des relations sociales, des intérêts pour les jeux et les activités, et des modalités sensorielles.

7. Quelques psychothérapies

Plusieurs thérapies sont conçues pour améliorer la relation corps-psyché chez l'autiste. Notamment, cette relation ambiguë et déstabilisante, pour lui et pour sa famille, trouve en psychologie quelques repères de réinstauration. Donc, agir sur le plan psychique et corporel chez l'autiste pourrait être médiatisé par plusieurs moyens (Magerotte, 2002; Tardif & Gepner, 2007, pp. 110-115).

7.1. La psychothérapie individuelle

Pour les personnes d'assez bon niveau et ayant des moyens de communication à disposition. Elle pourra être un soutien utile pour évoquer et élaborer leurs angoisses et les aider à gérer le stress.

7.2. Les thérapies familiales systémiques

Pour que la personne autiste soit vue et reçue avec ses proches pour parler des interactions familiales.

7.3. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Elles s'intéressent généralement à modifier certains comportements inadaptés ou dangereux (automutilations, agressivité).

7.4. La thérapie institutionnelle

Il s'agit de prendre en charge l'enfant dans sa globalité au sein d'une équipe pluridisciplinaire. L'institution est alors posée comme un espace de rencontre, un cadre protecteur et un espace transitionnel. La personne est généralement prise en charge dans des séances individuelles, mais aussi de groupe.

7.5. PECS (Picture Exchange Communication System)

L'enfant apprend à choisir un interlocuteur et à faire des demandes avec un support d'images et un travail sur les processus amenant au développement de la pensée, en procédant par différentes phases.

7.6. ABA (Applied behavioral analysis)

Consiste en une analyse du comportement. Il s'agit de guider l'enfant en détaillant une action étape par étape.

7.7. TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children)

Insiste sur le travail de structuration de l'environnement pour créer des repères, sur l'individualisation des programmes, sur la collaboration des parents, sur l'approche positive de l'enfant (ne pas le mettre en échec, partir de ses compétences, renforcer les capacités en émergence, favoriser les réussites et les renforcements qui en résultent), sur l'approche globale de l'enfant.

7.8. Programme Makaton

Support d'aide à la communication avec un lexique modulable adapté aux besoins de l'enfant et enseigné à l'aide de signes (ceux de la langue des signes française) et de symboles (pictogrammes), accompagnés par la parole.

7.9. Méthode des 3 i (intensive, interactive, individuelle)

Cette méthode vise essentiellement la socialisation et la prise de conscience de soi et de l'autre.

7.10. Techniques basées sur l'assemblage

L'enfant regroupe les objets selon les formes ou les couleurs. Cette technique est utile pour développer l'intelligence.

7.11. Autres thérapies

Haag (2006, p. 319; 1995) propose notamment de faire de petites pauses dans la thérapie afin que l'individu puisse se reconnecter avec son corps. C'est ce qu'elle appelle la « *récupération de la première peau* ».

Nous pensons que les activités sportives individuelles (course, gymnastique, etc.) ou en équipe (football, handball, etc.) peuvent être intéressantes pour des personnes atteintes de TSA. Dans la prolongation de la méthode des 3i, nous remarquons l'importance du jeu, notamment le jeu de société. En effet, le jeu de société apprend non seulement les règles à suivre, mais aussi à interagir avec l'autre. Cet outil permet de visualiser le développement des fonctions mentales dans sept domaines : l'imitation, la perception, la motricité fine et globale, la coordination oculo-manuelle, les performances cognitives, les cognitions verbales et langagières. Il permet aussi de situer les degrés de pathologie ou d'anomalie du comportement dans les aires du langage, des affects et des relations sociales, des intérêts pour les jeux et les activités, et des modalités sensorielles.

Dans un autre article (Jabali & Behtane, 2018), nous avons étudié comment la méthode des packs pouvait aider un enfant autiste à mieux percevoir son corps. Nous

(Behtane, 2019) nous sommes également intéressés aux méthodes de communication et d'éducation chez un enfant atteint de TSA.

8. Guérison

L'état actuel de la médecine ne permet pas de guérir de l'autisme. Cependant, les personnes atteintes de TS peuvent évoluer de manière positive à condition d'être prise en charge le plus tôt possible.

De plus, même les personnes n'ayant pas été diagnostiquées précocement ont des capacités d'apprentissage. Toutefois, il faut savoir qu'elles n'apprendront pas de la même manière que les autres. Il est donc indispensable d'adapter la prise en charge à chacun selon ses compétences.

9. Méthode et matériel

9.1. Échantillon

Notre échantillon se compose de six enfants (3 garçons, 3 filles) âgés entre 2 et trois ans. Tous les enfants ne sont pas encore scolarisés et présente des troubles comportementaux typiques de l'autisme : stéréotypies, gestes répétitifs, difficulté relationnelle, absence de communication, trouble du langage, réaction paradoxale ou encore déficit cognitif.

9.2. Instruments

9.2.1. Le M-C.H.A.T

Le test du « C.H.A.T » (CHeck-list for Autism in Toddlers) mis en place par Robins (1999) vient en complément d'autres questionnaires lors du 24^e mois. Nous avons trouvé deux versions de ce test : la première (tableau 1) se compose de 20 items, la seconde (tableau 2) est répartie en 23 items.

Le CHAT est utilisé pour dépister, chez les jeunes enfants entre 16 et 30 mois d'âge, un risque du trouble du spectre autistique (TSA). S'il est positif, il préconise un diagnostic TSA. Les utilisateurs doivent être conscients que même avec le test de suivi, un nombre significatif d'enfants qui échouent au CHAT ne seront pas diagnostiqués avec un TSA ; toutefois, ces enfants ont un risque élevé de développer d'autres troubles développementaux ou des retards, une évaluation est donc justifiée pour tous les enfants ayant des résultats positifs.

Une fois qu'un parent a complété le CHAT, cotez le test selon les instructions. Si l'enfant est dépisté positif, sélectionnez les items du test de suivi en fonction des items auxquels l'enfant a échoué lors du CHAT ; seuls les items auxquels l'enfant a échoué en premier lieu doivent être adressés lors du test de suivi.

Instruction

Répondez à ces questions sur votre enfant. Gardez à l'esprit la façon dont votre enfant se comporte habituellement. Si vous avez vu votre enfant avoir ce comportement à

plusieurs reprises mais qu'il ne l'a pas habituellement répondez non. Entourez oui ou non pour chaque question. Merci beaucoup.

Cotation

Pour tous les items sauf le 2, 5 et 12, la réponse « NON » indique un risque de TSA. Pour les items 2, 5 et 12, « OUI » indique un risque de TSA. (*Voir dans les tableaux 2 et 3*)

- **Risque faible :** Score total entre 0-2 ; si l'enfant à moins de 24 mois, repasser le test après le deuxième anniversaire. Aucune autre action n'est requise à moins qu'une surveillance indique un risque de TSA.
- **Risque moyen :** Score total entre 3-7 ; Faire passer le test de suivi (deuxième étape du MCHAT-R/F) afin d'obtenir des informations complémentaires sur les réponses à risque. Si le score du M-CHAT-R/F reste de 2 ou plus, le résultat est positif. Action requise : orientez l'enfant pour une évaluation diagnostic ainsi qu'une évaluation d'éligibilité pour une prise en charge précoce. Si le score du test de suivi est de 0-1, le résultat est négatif. Aucune autre action n'est requise à moins qu'une surveillance indique un risque de TSA. L'enfant devra être réévalué lors des visites médicales suivantes.
- **Risque élevé :** Score total entre 8-20 ; Il est possible de contourner le test de suivi et de procéder directement à une évaluation de diagnostic ainsi qu'une évaluation d'éligibilité pour une prise en charge précoce.

Tableau 1 : Test du M-CHAT-R/F™ (version 20 items)

Item	Oui	Non
1. Si vous pointez du doigt quelque chose de l'autre côté de la pièce, est ce que votre enfant le regarde ?		
2. Vous êtes-vous déjà demandé si votre enfant pouvait être sourd ?		
3. Est-ce que votre enfant joue à faire semblant ?		
4. Est-ce que votre enfant aime grimper sur des choses ?		
5. Est-ce que votre enfant fait des gestes inhabituels avec ses doigts près de ses yeux ?		
6. Est-ce que votre enfant pointe du doigt pour demander quelque chose, ou pour avoir de l'aide ?		
7. Est-ce que votre enfant pointe du doigt pour montrer quelque chose d'intéressant ?		
8. Est-ce que votre enfant s'intéresse aux autres enfants ?		
9. Est-ce que votre enfant vous montre des choses en vous les amenant ou en les tenant en l'air pour que vous les voyez, pas pour obtenir de l'aide mais juste pour partager ?		
10. Est-ce que votre enfant répond quand vous l'appellez par son nom ?		
11. Quand vous lui souriez, est-ce qu'il vous sourit en retour ?		
12. Est-ce que les bruits du quotidien perturbent votre enfant ?		
13. Est-ce que votre enfant marche ?		

14. Est-ce que votre enfant vous regarde dans les yeux lorsque vous lui parlez, que vous jouez avec lui ou que vous l'habiliez ?
15. Est-ce que votre enfant essaye d'imiter ce que vous faites ?
16. Si vous tournez votre tête pour regarder quelque chose, est-ce que votre enfant regarde autour de lui pour voir ce que vous regardez ?
17. Est-ce que votre enfant essaye d'attirer votre attention ?
18. Est-ce que votre enfant comprend quand vous lui demandez de faire quelque chose ?
19. Si quelque chose de nouveau arrive, est-ce que votre enfant regarde votre visage pour voir comment vous réagissez ?
20. Est-ce que votre enfant aime les activités de mouvement ?

(Source : Robins et al., 1999)

Tableau 2 : M-CHAT™ (version 23 items)

Items	Oui	Non
1. Votre enfant aime-t-il être balancé, est-ce qu'il aime que vous le fassiez sauter sur vos genoux ?		
2. Est-ce que votre enfant manifeste de l'intérêt à l'égard des autres enfants ?		
3. Votre enfant aime-t-il grimper ?		
4. Votre enfant aime-t-il jouer à faire coucou, à se cacher ?		
5. Votre enfant peut-il faire semblant ?		
6. Arrive-t-il à votre enfant d'utiliser son index pour pointer, pour demander quelque chose ?		
7. Arrive-t-il à votre enfant d'utiliser son index pour pointer, pour indiquer son intérêt pour quelque chose ?		
8. Votre enfant peut-il jouer de manière adaptée avec de petits objets (petites voitures, cubes) sans les porter à la bouche, les tripoter, ou les faire tomber ?		
9. Votre enfant vous apporte-t-il des choses pour vous les montrer ?		
10. Votre enfant vous regarde-t-il dans les yeux pendant plus d'une ou deux secondes		
11. Votre enfant vous semble-t-il parfois trop sensible au bruit ?		
12. Votre enfant vous sourit-il en voyant votre visage en réponse à votre sourire ?		
13. Votre enfant vous imite-t-il ?		
14. Votre enfant répond-il à l'appel de son prénom quand vous l'appellez ?		
15. Si vous pointez un objet dans la pièce, est-ce que votre enfant le regarde ?		
16. Votre enfant marche-t-il ?		
17. Votre enfant regarde-t-il des choses que vous regardez ?		
18. Votre enfant fait-il des mouvements inhabituels avec les doigts près de son visage ?		
19. Votre enfant essaie-t-il d'attirer votre attention sur l'activité qu'il est en train de faire ?		
20. Vous êtes-vous déjà demandé si votre enfant était sourd ?		
21. Votre enfant comprend-il ce que les gens disent ?		
22. Votre enfant fixe-t-il parfois dans le vide ou se déplace-t-il sans but précis ?		
23. Votre enfant regarde-t-il votre visage pour vérifier votre réaction quand il est confronté à quelque chose qui n'est pas familier ?		

(Source : Robins et al., 1999)

Cotation

Le tableau 3 montre les réponses indiquant un échec au test. Le test est considéré comme mauvais si au moins 2 items critiques (en rouge gras) sont échoués ou si 3 items au total sont échoués.

Tableau 3 : décodage du M-CHAT

1. Non	6. Non	11. Oui	16. Non	21. Non
2. Non	7. Non	12. Non	17. Non	22. Oui
3. Non	8. Non	13. Non	18. Oui	23. Non
4. Non	9. Non	14. Non	19. Non	
5. Non	10. Non	15. Non	20. Oui	

Tableau 4 : comparaison entre les deux versions du CHAT

Version 20 items	Version 23 items
Item 1	Item 15
Item 2	Item 20
Item 3	Item 5
Item 4	Item 3
Item 5	Item 18
Item 6	Item 6
Item 7	Item 7
Item 8	Item 2
Item 9	Item 9
Item 10	Item 14
Item 11	Item 12
Item 12	Item 11
Item 13	Item 16
Item 14	
Item 15	Item 13
Item 16	Item 17
Item 17	Item 19
Item 18	
Item 19	Item 23
Item 20	Item 1
	Item 4
	Item 8
	Item 10
	Item 21
	Item 22

Les items en gras rouge sont les items où la réponse « Oui » est signe de TSA

Les items en gras rouge sont les items critiques

Avantage

Le CHAT est un outil très simple qui permet de détecter des troubles autistiques chez des enfants de moins de trois ans.

9.2.3. Le CARS (Childhood Autism Rating Scale)

CARS (échelle d'évaluation de l'autisme infantile) sert d'appréciation sur le degré de sévérité de l'autisme à partir de l'observation des comportements. À partir des scores obtenus aux items des 15 domaines spécifiés (tableau 5), on obtient une mesure (tableaux 6 et 7) de l'intensité du syndrome selon la fréquence de certains comportements plus ou moins anormaux pour l'âge du sujet (Rogé, 2008).

Son but est de déterminer et de distinguer les enfants autistes des enfants souffrant d'autres troubles, notamment de ceux souffrant de troubles autistiques secondaires. La première édition de cette échelle a été faite par Schopler et al. (1988). Cette édition facilité le travail du clinicien concernant un diagnostic objectif de l'autisme. Le diagnostic sera établi selon 5 systèmes (tableau 4) : les caractéristiques Kanner(1943) de l'autisme, les caractéristiques Creak(1961), les signes symptomatiques de l'autisme selon Rutter(1978) c'est une forme complète de révision de recherches empiriques publiées depuis les travaux de Kanner et Creak, la définition nationale des enfants autistes NSAC (1977). Son but était de donner l'information aux citoyens et le diagnostic de DSM III-R (1987). Nous proposons de rajouter la classification du DSM-5 (2013).

Des éléments supplémentaires très importants pour déterminer les symptômes distingués des enfants autistes à un âge précoce.

Les points communs entre ces systèmes de diagnostic sont le partage de l'âge précoce de l'autiste 30 mois, l'autisme est un trouble global des réponses sociales, la détérioration du langage et des fonctions cognitives.

Tableau 5 : CARS (items selon les différentes évaluations)

Items	Kanner (1943)	Creak (1961)	Rutter (1978)	NSAC (1978)	DSM-5 (2013)
Relation sociale	Essentiel	Essentiel	Essentiel	Essentiel	Essentiel
Identification	Secondaire	-	Secondaire	-	-
Réponse émotionnelle	Essentiel	Secondaire	Essentiel	Secondaire	Essentiel
Expression corporelle	Secondaire	Essentiel	Secondaire	Essentiel	Essentiel
Expression matérielle	Secondaire	Essentiel	Secondaire	Essentiel	Essentiel
Adaptation au changement	Essentiel	Essentiel	Essentiel	Essentiel	Essentiel
Expression visuelle	Essentiel	Essentiel	Secondaire	Essentiel	Essentiel
Expression auditive	Secondaire	Essentiel	Secondaire	Essentiel	Secondaire
Goût, sensation et toucher	Secondaire	Essentiel	Secondaire	Essentiel	-
Peur, angoisse	Secondaire	Essentiel	Secondaire	Secondaire	Secondaire

Communication verbale	Essentiel	Essentiel	Essentiel	Essentiel	Essentiel
Communication non verbale	Secondaire	Secondaire	Essentiel	Essentiel	Secondaire
Niveau d'activité	-	-	-	Secondaire	-
Niveau intellectuel	Essentiel	Essentiel	Secondaire	Secondaire	Secondaire
Opinion générale					

Avantage

Le CARS est utile pour identifier des symptômes comportementaux. (Schopler, Reichler, & Rothen-Renner; Schopler et al., 1988) Il présente différents avantages : inclusion d'items renvoyant à la définition élargie, application à des enfants en préscolaire, évaluations objectives,

Évaluation

On peut établir des évaluations à partir de la CARS à partir des différentes observations. À titre d'exemple, la passation des tests, le comportement à l'école, l'entretien avec les parents, données des dossiers, etc.

Tous ces points peuvent être utilisés. Pendant les observations, on suppose la comparaison de l'enfant avec un autre du même âge, notamment les comportements anormaux. L'observation tient en compte la spécificité, la répétition, le degré et la durée de ces comportements devraient être pris en compte.

Le but de cette échelle est l'évaluation du comportement sans faire référence aux attributions causales. Comme des comportements existants dans l'autisme infantile peuvent ressembler à des comportements beaucoup plus liés à des troubles de l'enfance, il suffit juste d'évaluer le degré de déviation du comportement à la normalité sans émettre de jugement et sans préjugés (liés aux altérations cérébrales ou aux arriérations mentales).

Le degré global de l'échelle sera le type de détérioration qui permet de distinguer les enfants autistes des autres enfants porteurs d'autres troubles du développement.

À la fin de l'évaluation, le chercheur peut compter sur la description globale du comportement existant dans le guide. Chaque item peut être évalué de 1 à 4 (Tableau 6).

Tableau 6 : cotation (1)

Score	Évaluation
1	le comportement de l'enfant est dans l'intervalle de la normalité
2	le comportement de l'enfant est dans l'intervalle de l'anormalité d'un degré minime par rapport aux enfants du même âge
3	le comportement de l'enfant est dans l'anormalité d'un degré moyen
4	le comportement de l'enfant est dans l'anormalité d'un degré sévère.

Le chercheur peut utiliser des notes moyennes (1.5, 2.5, 3.5) (tableau 7) quand il voit que le comportement paraît entre deux tranches de mesures.

Tableau 7 : cotation (2)

Score	Évaluations
1	Normal
1.5	Anormalité très légère
2	Anormalité légère
2.5	Anormalité en-dessous de la moyenne
3	Anormalité moyenne
3.5	Anormalité en-dessus de la moyenne
4	Anormalité sévère

N.B. On prend en compte l'âge de l'enfant, les caractéristiques du comportement, la répétition, l'intensité et la durée du comportement.

Explication des résultats

Après avoir la somme des degrés des items, on classe l'enfant à partir des différentes informations obtenues à partir de tous ces items. Le degré de l'autisme entre 15 et 60 points (tableau 8).

Tableau 8 : résultats du CARS

Résultats	Classification du diagnostic	Degré de l'autisme
15 à 29.5	N'est pas autiste	N'est pas autiste
30 à 36.5	Autiste	Autisme léger
37 à 60	Autiste	Autisme sévère

10. Résultats et discussion

Nous avons reçu les parents (12 pères et mères) des enfants, diagnostiqués avec une suspicion de TSA, dans le cabinet du centre hospitalier El Okbi, Guelma, une fois, sauf

quelques-uns. Nous l'avons administré le test de M-CHAT-R et le CARS après leur avoir expliqué.

Tableau 9 : Résultat test CHAT (version 20 items)

Items	Cas 1 Fille 3 ans	Cas 2 Garçon 2 ans	Cas 3 Fille 2 ans	Cas 4 Garçon 3 ans	Cas 5 Garçon 2 ans	Cas 6 Fille 3 ans	Total
1	0	0	1	0	0	1	2
2	0	1	0	1	1	1	4
3	0	0	1	1	1	0	3
4	1	1	1	0	0	0	3
5	1	1	0	0	1	1	4
6	0	1	1	1	0	0	3
7	1	1	0	0	1	1	4
8	0	1	0	1	0	1	3
9	0	0	1	1	1	0	3
10	1	1	0	1	1	1	5
11	1	1	0	0	1	0	3
12	1	0	0	0	1	1	3
13	0	0	1	0	1	1	3
14	0	1	0	1	1	1	4
15	0	0	1	1	1	1	4
16	0	1	0	0	1	1	3
17	0	1	0	1	0	1	3
18	1	1	0	1	1	1	5
19	0	1	0	0	1	0	2
20	0	1	0	1	1	0	3
Résultats	7	14	7	11	15	13	

Commentaires : 0 réponses non signes de TSA ; 1 = réponses signes de TSA

Le tableau 9 récapitule les différents résultats obtenus au test du CHAT par notre échantillon. Nous remarquons que seuls deux enfants (cas 1 et 3) ont un risque moyen de TSA. Tous les autres ont un risque élevé avec des résultats allant de 11 à 15. Dans le détail, nous voyons que le score de 3 est plus fréquent avec 11 items (3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 16, 17 et 20). Puis, vient le score de 4 avec 5 items (2, 5, 7, 14 et 15). Ensuite, le score de 2 pour 2 items (1 et 19). Enfin, le score de 5 est atteint par un seul item (18). Nous remarquons que les items critiques totalisent un score entre 3 (item 12) et 4 (items 2 et 5), ce qui montre qu'au moins la moitié des enfants ont une forme de TSA.

Une autre étude (Rogé, Chabrol, & Unsaldi, 2009), utilisant la version en 23 items, a été menée sur un échantillon de 196 enfants. Elle montre que certains items peuvent être discriminants, c'est-à-dire qu'ils sont caractéristiques du TSA. Ces items sont : « pointer pour demander quelque chose », « pointer pour indiquer son intérêt », « regarder le visage de l'adulte pour vérifier sa réaction », « faire semblant », « apporter des choses pour les montrer », « imiter », « répondre à l'appel de son prénom », « suivre le pointé de l'adulte »,

« attirer l'attention de l'adulte », « fixer le regard dans le vide ». Nous rajoutons « sensibilité au bruit » et « mouvements inhabituels ».

Tableau 10 : résultats du CARS

	Cas 1 Fille 3 ans	Cas 2 Garçon 2 ans	Cas 3 Fille 2 ans	Cas 4 Garçon 3 ans	Cas 5 Garçon 2 ans	Cas 6 Fille 3 ans
Relation sociale	1,5	2	1,5	4	3	2
Identification	2	3	2	3,5	4	4
Réponse émotionnelle	3	4	4	3	3	3
Expression corporelle	3,5	3,5	2,5	3	2,5	3,5
Expression matérielle	2	3	2	2	3	3
Adaptation au changement	3,5	3,5	2,5	3	4	3
Expression visuelle	2	2,5	1,5	4	3,5	2,5
Expression auditive	2	1	2	4	4	2
Goût, sensation et toucher	1	1	1	1	1	1
Peur, angoisse	2	3	4	4	3	4
Communication verbale	3	2	4	3,5	3,5	2
Communication non verbale	2	4	3	2	2	3
Niveau d'activité	1,5	2	1,5	3	4	4
Niveau intellectuel	2	3	3	3,5	4	4
Résultats	31	37,5	34,5	43,5	44,5	41
Interprétation	Autisme léger	Autisme sévère	Autisme léger	Autisme sévère	Autisme sévère	Autisme sévère

Quant au CARS, le score global obtenu se situe dans une anormalité sévère pour la majorité des enfants. Seuls les cas 1 et 3 semblent avoir un autisme léger. Il permet bien d'identifier les symptômes comportementaux (Schopler et al., 1998).

Nous avons trouvé une thèse (Hamel, 1997) utilisant le CARS cependant elle ne répond pas à notre objectif puisqu'elle concernait les capacités d'apprentissage chez les enfants autistes. Nous n'avons pas trouvé d'autres recherches concernant des études de cas utilisant le CARS pour détecter l'autisme.

Pour tous les enfants reçus, le risque est donc positif. Nous avons donc orienté leur parent vers des structures spécialisées.

II. Conclusion

L'autisme touche différentes capacités : les interactions sociales, la communication, à la fois verbale et non verbale, le comportement avec des gestes répétitifs, stéréotypés, des rituels, des intérêts restreints. Il se définit essentiellement par des troubles relationnels et langagiers affectant la communication, les interactions ainsi que le comportement. Il existe différentes études qui prouvent une évolution des enfants présentant des troubles autistiques lors d'une prise en charge précoce.

Les troubles autistiques seraient la conséquence de troubles au niveau du développement neuronal. Ces troubles apparaissent de manière précoce et persistent à l'âge adulte malgré les différentes prises en charge. Ils se manifestent notamment par une incapacité à gérer la relation avec l'autre, des troubles du comportement, des stéréotypies, un isolement, des troubles de la sensibilité, etc.

Les symptômes apparaissent généralement autour de 18 mois, mais le diagnostic ne peut être réellement posé qu'à partir de trois ans lorsque les différents retards sont évidents. Ce n'est qu'à partir de cet âge que la prise en charge peut être effective. En revanche, différentes échelles permettent d'avoir un pré-diagnostic dans les 30 premiers mois. C'est notamment le cas du CHAT et du CARS, parmi d'autres outils, qui sont/ parmi les tests les plus utilisés. Ils permettent de poser un diagnostic d'autisme sur des enfants très jeunes (au moins 30 mois).

Le but est d'évaluer le comportement sans faire référence aux attributions causales. Certains comportements existants dans l'autisme infantile peuvent ressembler à des comportements beaucoup plus liés à des troubles de l'enfance, il suffit juste d'évaluer le degré de déviation du comportement à la normalité sans émettre de jugement et sans préjugés.

S'il est vrai que l'autisme ne se guérit pas, cela ne signifie pas que les personnes atteintes de troubles autistiques ne peuvent pas évoluer : il leur faut juste un accompagnement adéquat en fonction de leur savoir-faire. Mais cela ne se fait pas sans une formation des différents professionnels pouvant entrer en contact avec des personnes TSA.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM V. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Washington DC:APA.
- Behtane, A. (2019). Communication et éducation. Exemple d'un enfant autiste. *Annales de l'Université de Craiova, XVII(38)*, 89-99.

- Creak, M. (1961). Schizophrenic syndrome in childhood. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 3, 501-504. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1964.tb10828.x>
- Crespin, G. C., & Sarradet, J.-L. (2006). Évaluation 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. *Journal Français de Psychiatrie*, 2(25), 46-48.
- Haag, G. (2006). Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste. *Contraste*, 2(25), 313-325. Télécharger du site: <https://www.cairn.info/revue-contraste-2006-2-page-313.htm>
- Haag, G., Torjman, S., Duprat, A., Cukierman, A., Druon, C., Jardin, F., & Urwand, S. (1995). Présentation d'une grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 38(2), 495-527. Télécharger du site: <https://www.cairn.info/revue-contraste-2006-2-page-313.htm>
- Hamel, C. (1997). *Le potentiel d'apprentissage des enfants autistes*. (Maîtrise), Université du Québec.
- INSERM. Autisme. Un trouble du neurodéveloppement affectant les relations interpersonnelles. from <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>
- Jabali, N., & Behtane, A. (2018). Penser le corps chez l'enfant autiste. « Étude clinique ». *Social and Human Sciences Review*, 19(2), 303-326. Télécharger du site: <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/80183>
- Kanner, L. (1943). Les troubles autistiques du contact affectif. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 38(1-2), 64-68. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.03.014>
- Magerotte, G. (2002). Intervention précoce et qualité de vie de la famille dans le cas d'autisme. *Enfance*, 54(1), 31-39. Télécharger du site: <https://www.cairn.info/revue-enfance1-2002-1-page-31.htm>
- Mareau, C., & Vanek Dreyfus, A. (2007). *L'indispensable de la psychologie*. Levallois Perret: Studyrama.
- Mazet, P., & Lebovici, S. (1990). *Autisme et psychoses de l'enfant*. PUF.
- Ritvo, E. R., & Freeman, B. J. (1977). National Society for Autistic Children definition of the syndrome of autism. *Journal of Pediatric Psychology*, 2, 146-148. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/2.4.146>
- Robins, D., Fein, D., & Barton, M. (1999). The Modified Checklist for Autism on Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144. <https://doi.org/10.1023/a:1010738829569>
- Rogé, B. (2008). *Autisme : comprendre et agir*. Paris:Dunod.
- Rogé, B., Chabrol, H., & Unsaldi, J. (2009). Le dépistage précoce de l'autisme : quelle faisabilité ? *Enfance*, 1(1), 27-40.
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and definitions of childhood autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8(2), 139-161. <https://doi.org/10.1007/BF01537863>
- Schopler, E., Reichler, R., & Rothen-Renner, B.). [Échelle d'évaluation de l'autisme infantile].
- Schopler, E., Reichler, R., & Rothen-Renner, B. (1988). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Tardif, C., & Gepner, B. (2007). *L'autisme*. Paris: Amarnd Colin.