

**TROUBLE
DU SPECTRE DE
L'AUTISME**



ISBN: 978-2-7256-3775-4

© Retz, 2021

Patrice **Gillet**
Agnès **Guiet**
Frédérique **Bonnet-Brilhault**

TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

COMPRENDRE
.....
& AIDER



RETZ

editions-retz.com

Sommaire

PRÉFACE 9

PREMIÈRE PARTIE

DE L'AUTISME AU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME 15

Définition du TSA	17
➤ Le TSA dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux (DSM-5 & CIM 11).....	19
➤ Le « Trouble du Spectre de l'Autisme » (TSA) aujourd'hui	19
Le trouble de la communication sociale	21
Qu'est-ce que la communication sociale?.....	21
Le développement de la communication sociale pendant la petite enfance.....	24
Le trouble précoce de la communication sociale	28
Le caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts	31
Les activités répétitives et stéréotypées.....	31
L'intolérance au changement et la recherche d'immuabilité.....	32
Traitement des stimulations sensorielles	34
➤ Traitement multimodal des stimulations.....	35
➤ Filtrage sélectif des stimulations ambiantes	35
➤ Les stimulations auditives.....	36
➤ Les stimulations visuelles.....	37
➤ Les stimulations tactiles	38
➤ Les stimulations olfactives et gustatives	38
➤ Le déficit de la modulation sensorielle	39

Les délimitations du spectre de l'autisme : les syndromes clés	40
Le syndrome d'autisme infantile (ou autisme de Kanner)	41
Le syndrome d'Asperger	42
Les points communs et les différences	45
➤ Le trouble de la communication sociale	45
➤ Les activités restreintes et répétitives	46
➤ Une prévalence différente	49

DEUXIÈME PARTIE

LE TSA : DESCRIPTION NEUROPSYCHOLOGIQUE **51**

Un trouble du neurodéveloppement ou l'implication du cerveau dans le déterminisme de l'autisme	53
Une combinaison complexe de facteurs génétiques et environnementaux	53
Un trouble très précoce du développement et du fonctionnement cérébral	54
Maturation cérébrale et autisme	57
Un fonctionnement neuropsychologique singulier	58
Le lobe temporal et le langage	58
➤ L'acquisition atypique du vocabulaire	59
➤ Les confusions d'articles	60
➤ Le mutisme	60
➤ L'écholalie	61
➤ La fragilité de la compréhension orale	62
➤ Les stéréotypies verbales	63
Lobes pariétal et occipital : les fonctions visuelles et visuo-spatiales	63
➤ Une perception visuelle détaillée	65
➤ Une exploration visuelle de l'environnement axée sur les détails	66
Le lobe (pré)frontal et ses différentes fonctions	69
➤ Les fonctions exécutives	72
➤ Flexibilité cognitive et communication	75
➤ Flexibilité cognitive et capacité de décentration	75
➤ Raisonner sur les choses et les personnes	76

L'art de raisonner sur les personnes : la fragilité de la cognition sociale dans le TSA	78
De l'esprit mentaliste à la théorie de l'esprit	78
▶ Les différents niveaux de théorie de l'esprit	79
Traitement des émotions	81
La pragmatique du langage	83
La prise en compte de l'Autre dans la construction du Soi	85
Profils intellectuels et TSA : la dysharmonie cognitive	87
Illustrations de cas	88
La place du TSA dans les autres troubles du neurodéveloppement	98
Comorbidité avec le Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H)	98
Comorbidité avec le Trouble du Développement de la Coordination (TDC)	100
Comorbidité avec les troubles spécifiques des apprentissages	101
Les troubles de la communication et des interactions non autistiques	103
Les troubles spécifiques des acquisitions	103
Les conditions affectives et sociodémographiques	104
Les troubles du caractère	104
Les syndromes anxieux et les phobies scolaires	105
Les états psychotiques	105
Les dispositifs de diagnostic et de suivi	106
Des diagnostics précoces aux prises en charge précoces	106
L'exemple de la Thérapie d'Échange et de Développement	107
Pour les enfants plus âgés	109
Les différentes modalités de prises en charge	110
Évolution du TSA avec l'âge	111
Aux âges préscolaires (entre 3 et 6 ans)	111
Aux âges scolaires (entre 7 et 10 ans)	113
À l'adolescence	115

Évolution de la scolarisation des enfants avec TSA	121
La loi du 11 février 2005	122
La loi du 8 juillet 2013	125
De l'intégration à l'inclusion scolaire	126
Les composantes de l'inclusion	128
L'Équipe de Suivi et de Scolarisation (ESS)	130
Les dispositions spécifiques à la scolarisation de l'enfant avec TSA	131
Les conditions nécessaires pour une scolarisation apaisée	137
La légitimité de la place à l'école de l'enfant avec TSA	138
Un travail en partenariat	141
La prise en compte des besoins de l'enfant avec TSA	143
➤ La bienveillance	143
➤ L'observation	145
➤ Les ajustements	146
➤ La différenciation pédagogique	147
L'enseignant·e et l'AESH : une répartition concertée des rôles	149
Mettre l'élève en situation de réussite	152
➤ Élaborer des objectifs atteignables	153
➤ Repérer et utiliser les points forts de l'élève	154
➤ Stimuler la motivation	155
➤ Valoriser les réussites	157
➤ Proposer des situations d'évaluation adaptées	158
➤ Accompagner les changements d'établissements	160
Les adaptations et aménagements pédagogiques	167
Un outil transversal : les supports visuels	169
➤ Aider à la compréhension et à la permanence de la consigne	170
➤ Aider à la mise en œuvre des fonctions exécutives	173
➤ Aider à la communication	175
➤ Le matériel pour réaliser des supports visuels	175

Structurer le temps : point commun à tous les âges de la scolarisation	177
➤ Les emplois du temps visuels.....	177
➤ Des outils pour aider à la perception de la durée.....	179
➤ Les rituels.....	180
➤ Aménager les temps informels.....	181
Structurer l'espace : point commun à tous les âges de la scolarisation	185
➤ L'espace de répit et de ressourcement.....	185
➤ Un espace de travail individuel.....	188
➤ Structurer les activités.....	189
Adapter son langage et sa communication	193
Adapter les autres domaines	194
➤ Le domaine de la motricité fine.....	194
➤ Le domaine des particularités sensorielles.....	196
➤ Le domaine des interactions sociales et relationnelles.....	197
Gérer les comportements inappropriés	199
Conclusion	204

QUATRIÈME PARTIE

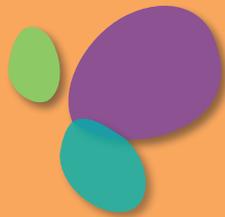
RÉFLEXIONS TERMINALES : ENCORE BEAUCOUP DE QUESTIONS..... 205

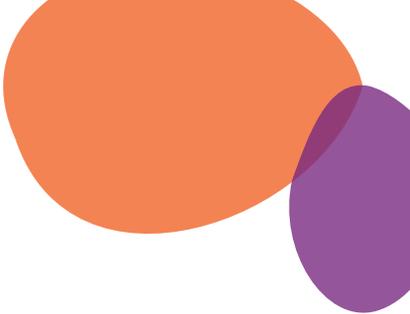
La recherche des déterminismes neurobiologiques	207
Perspectives neuropsychologiques	209
Un accompagnement de la personne TSA à soutenir et à enrichir	211
Le TSA au féminin	213
L'apport des nouvelles technologies	214

ANNEXES..... 217

BIBLIOGRAPHIE	219
SITES CONSULTABLES	221
INDEX DES SIGLES	223

PRÉFACE





L'autisme est maintenant reconnu comme un trouble du neurodéveloppement qui touche les enfants dès leurs plus jeune âge en affectant principalement le développement et le fonctionnement de leur communication sociale. L'autisme est aussi maintenant qualifié de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

L'introduction récente du terme de spectre dans la définition de l'autisme souligne les variations en intensité du trouble chez des enfants de même âge, ainsi que les manifestations du trouble qui varient avec l'âge chez un même enfant. En dépit de ces variations, l'autisme ou le TSA – ces termes étant interchangeable dans cet ouvrage –, a des caractéristiques comportementales, tant chez les enfants que chez les adolescents, qu'il convient de rapporter. Par ailleurs le TSA est maintenant souvent associé à d'autres troubles du neurodéveloppement. Et la compréhension des particularités du fonctionnement neuropsychologique, des styles de pensée, de raisonnement et de perception du monde environnant, est essentielle pour adapter le programme individualisé, notamment dans son versant pédagogique.

La description neuropsychologique qui en sera faite devrait ainsi contribuer, tel est notre souhait, à mettre en avant le contraste entre des compétences d'apprentissage et des fragilités dans ce secteur cognitif particulier qui est celui de la cognition sociale.

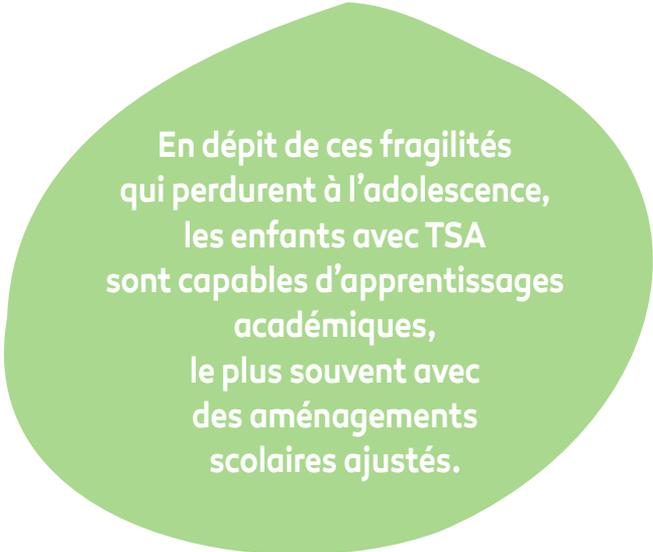
En dépit de ces fragilités qui perdurent à l'adolescence, les enfants avec TSA sont capables d'apprentissages académiques, le plus souvent avec des aménagements scolaires ajustés que l'on décrira dans cet ouvrage.

Parallèlement à la scolarisation et l'inclusion scolaire des enfants autistes, cet ouvrage aborde le registre des dispositifs sanitaires et médico-sociaux qui sont actuellement mis à disposition des enfants avec TSA et de leur famille pour les avis diagnostiques et les prises en charge.

Cet ouvrage s'adresse donc aussi bien aux professionnelles et professionnels de santé amenés à travailler avec des enfants avec TSA qu'aux enseignant-e-s, aux enseignant-e-s spécialisé-e-s et aux parents. Il vise à allier théorie et pratique, en donnant un éclairage scientifique sur le trouble, tout en apportant des pistes d'adaptation au sein du cadre scolaire.

Pour la rédaction de cet ouvrage, les auteurs tiennent à remercier tout particulièrement M. Arnaud Roy, professeur de neuropsychologie, pour ses conseils experts et sa confiance.

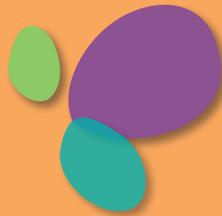
Patrice Gillet, Agnès Guiet et Frédérique Bonnet-Brilhault



**En dépit de ces fragilités
qui perdurent à l'adolescence,
les enfants avec TSA
sont capables d'apprentissages
académiques,
le plus souvent avec
des aménagements
scolaires ajustés.**

PREMIÈRE PARTIE

**DE L'AUTISME
AU TROUBLE DU SPECTRE
DE L'AUTISME**



Définition du TSA

Le terme *autisme* (du grec *αὐτός* qui signifie *replié sur soi*) a considérablement évolué depuis le début du xx^e siècle, quand Bleuler (1910) l'utilisa initialement pour décrire l'isolement dans un monde intérieur et la perte de contact avec la réalité des adultes schizophrènes. Pendant longtemps, l'autisme chez les enfants fut considéré comme une « réaction schizophrénique ». Il faut attendre la fin du xx^e siècle pour qu'il soit reconnu comme un syndrome à part entière qui accompagne le développement des enfants dès leur plus jeune âge. Léo Kanner et Hans Asperger sont les principaux artisans de cette reconnaissance, même si leurs descriptions originales ont mis longtemps à s'introduire dans le paysage pédopsychiatrique.

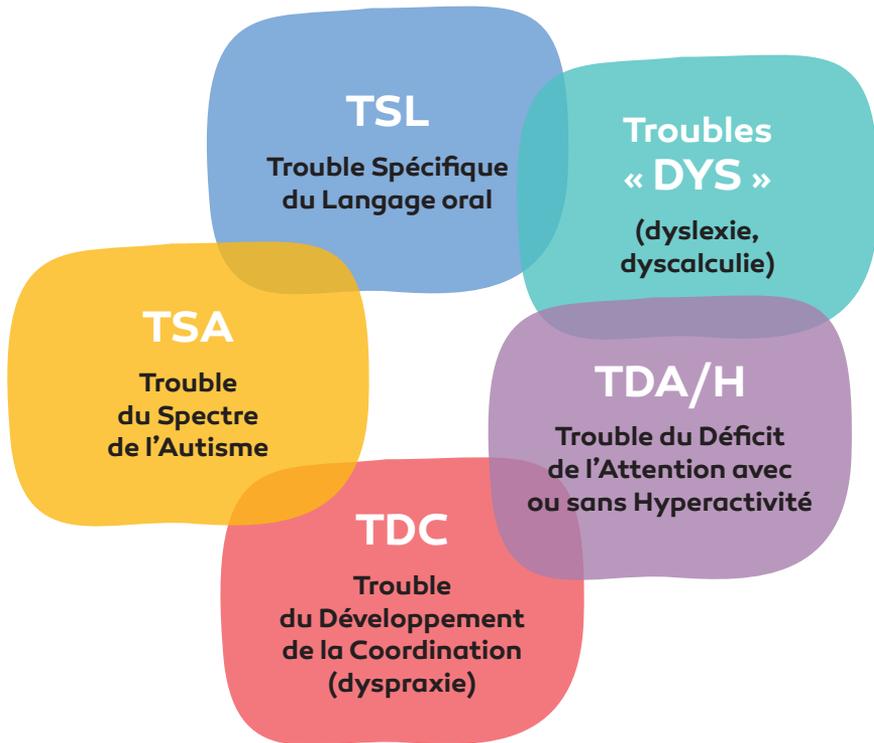
En ce début du xxi^e siècle, l'autisme est reconnu comme un syndrome neurodéveloppemental et il figure au côté des troubles spécifiques des apprentissages dans les classifications internationales des maladies (DSM-5¹)

**« L'autisme :
une incapacité innée
à établir le contact affectif
avec les personnes. »**

LÉO KANNER

1. American Psychiatric Association, *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd. rév.; traduit par M.-A. Crocq et J.-D. Guelfi), Issy-les-Moulineaux, Elsevier. Masson, 2015.

et CIM-11²). L'autisme est un syndrome qui a un déterminisme neurobiologique, comme l'avait initialement envisagé Léo Kanner en 1943 quand il écrivait que l'autisme résultait d'« une incapacité innée à établir le contact affectif habituel avec les personnes, biologiquement prévue, exactement comme d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels ».



2. 11^e Classification Internationale des Maladies, Organisation Mondiale de la Santé, 2018.

► Le TSA dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux (DSM-5 & CIM 11)

Reconnaître le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) comme un syndrome neurodéveloppemental amène enfin à réhabiliter le rôle de la mère qui fut longtemps la cible privilégiée des théories psychanalytiques les plus culpabilisantes.

Par ailleurs, l'autisme est maintenant inscrit dans un **spectre** et la dénomination **Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)** se caractérise par un déficit central du fonctionnement et du développement de la « **communication sociale** » associé à une limitation des centres d'intérêt.

► Le « Trouble du Spectre de l'Autisme » (TSA) aujourd'hui

Le TSA se définit actuellement par :

- des **déficits persistants de la communication et des interactions sociales** observés dans des contextes variés (environnements familiaux, scolaires, de loisirs, etc.);
- des **déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle**, comme par exemple, des anomalies de l'approche sociale, une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à l'incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre;
- un **déficit des comportements de communication non verbaux**, comme les anomalies du contact visuel et du langage du corps, l'incompréhension des gestes et des postures d'autrui, l'absence d'expressions faciales;
- un **déficit du développement, du maintien et de la compréhension des relations sociales** avec des difficultés à ajuster son comportement

aux différents contextes sociaux, à partager les jeux imaginatifs, à se faire des amis, voire l'absence d'intérêt pour ses pairs ;

- ▮ des « **modes comportementaux restreints et répétitifs** », comme le caractère stéréotypé ou répétitif de mouvements, de langage, des intérêts absolument fixes, circonscrits et persévérants, entre autres dans l'utilisation des objets ;
- ▮ une **intolérance au changement**, une adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux ritualisés, des difficultés à gérer les transitions, et des modes de pensée rigides ;
- ▮ une **hyper** ou une **hyposensibilité aux stimulations de l'environnement**.

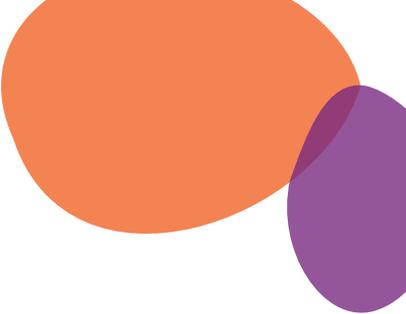
DÉFINITION ACTUELLE DU TSA

Déficits de la communication et des interactions sociales

- Déficit de réciprocité sociale et émotionnelle
- Déficit des comportements non verbaux
- Déficit du développement, maintien de la compréhension des relations

Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts

- Mouvements répétitifs ou stéréotypés
- Intolérance aux changements, adhésion inflexible à des routines
- Intérêts restreints ou fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but
- Hyper ou hyposensibilité aux stimulus sensoriels



Le trouble de la communication sociale

Qu'est-ce que la communication sociale ?

La communication qualifiée de sociale désigne les situations dans lesquelles une personne entre en contact avec une autre, ou plusieurs autres, pour échanger, partager des points de vue, des opinions, des projets, voire des états affectifs. La communication est, de fait, intimement liée à la capacité à entrer en interaction avec les personnes.

Elle définit aussi un système qui s'autorégule par les tours de parole. Chacun parle à son tour. Le locuteur s'exprime pour l'auditeur qui écoute. Il s'en suit une inversion des rôles : l'auditeur devient le locuteur et le locuteur devient l'auditeur, ainsi de suite.

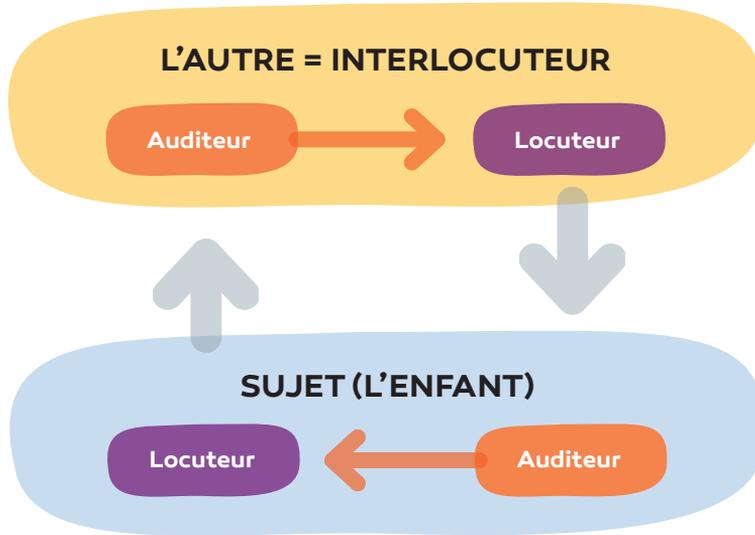
Ces alternances de rôles définissent la qualité de la communication : elle est ainsi dite **réciproque** ou **bidirectionnelle** (cf. schéma page suivante).

Si ces alternances ne sont pas respectées, si le locuteur et l'auditeur restent fixés sur leur idée, leur centre d'intérêt, etc., la communication devient unidirectionnelle et perd sa fonction d'échange.



La communication :
un système
qui s'autorégule
par les tours
de parole.

LA COMMUNICATION : UN SYSTÈME DYNAMIQUE AUTORÉGULÉ



Ce système fonctionne grâce à des codes explicitement perçus, vus ou entendus que sont les gestes et les postures, comme les mouvements des mains, des yeux, du corps, du visage et le langage oral, puis écrit.

Ce système fonctionne aussi grâce à des codes conversationnels plus implicites, qui ne se voient pas ou ne s'entendent pas d'emblée, mais qui se devinent ou se déduisent. Quand nous discutons avec quelqu'un, nous sommes guidés par la volonté que nos propos soient informatifs et compris. De plus, des opérations mentales visent à contrôler les effets que ces paroles ont sur la personne à qui nous nous adressons. Ces opérations se concrétisent par des questions que l'on se pose à soi-même, par exemple: « Est-ce que ce que je suis en train de lui dire l'intéresse? Est-ce que j'ai dit une bêtise quand j'ai dit que...? ».

L'ART DE COMMUNIQUER : UN DOUBLE TRAITEMENT

...Le mont Blanc est la plus haute montagne d'Europe...

Est-ce que ça l'intéresse ?
Ça à l'air ! Je continue...

... C'est dans les Alpes, les Alpes françaises, parce qu'il y a aussi les Alpes suisses, les Alpes italiennes...

Je crois que j'en dis trop.
Il décroche... Je vais lui poser une question pour changer...



La communication sociale définit un système autorégulé impliquant les personnes qui alternent entre leurs statuts de locuteur et d'auditeur. Ce système fonctionne :

- ▶ avec les codes explicites de communication que sont les gestes, le regard, les postures et le langage;
- ▶ avec des codes implicites de pensée spécialement orientés sur des personnes.

Cet art de raisonner sur les personnes définit une **cognition sociale** qui se construit durant l'enfance pour soutenir et guider la communication interindividuelle.

Le développement de la communication sociale pendant la petite enfance

Les bébés naissent avec des marqueurs neurobiologiquement prédéterminés à la vie en société. Quasiment dès la naissance, le nouveau-né discrimine le visage de sa mère de celui d'inconnus à partir d'indices strictement faciaux. Vers 2 mois, il est capable d'en extraire les expressions de joie ou de tristesse. Le bébé sourit volontiers, souvent en réponse au visage souriant d'une personne. À ces âges précoces, les modes d'interaction et de communication sont directs, sans objet ni intermédiaire, dans les postures de face à face que le bébé de quelques mois adopte avec son partenaire du moment (son père, sa mère, comme son grand-père, sa grand-mère, des membres de la fratrie, etc.). Ce mode d'interaction est « dyadique » et on le compare volontiers à une « danse conversationnelle ». Les postures, les mouvements et les expressions du visage du bébé se synchronisent à ceux du partenaire pour alterner de manière harmonieuse avec eux.

L'ATTENTION CONJOINTE



**Le bébé aimerait prendre le jouet,
il demande du regard la permission à la personne qui a posé le jouet.**

Même si le **bébé de 2-3 mois** ne dit pas de mots, il a déjà une perception auditive de la parole particulièrement aiguë. Ainsi, il discrimine facilement les mots ou les syllabes qu'il entend indépendamment du timbre de voix (ex. : « château-chapeau », « /da/-/na/ », « /da/-/la/ » etc.).

Vers l'âge de **6 mois**, le répertoire vocal du bébé reste encore limité au babillage et à l'évocation de syllabes simples de type consonne-voyelle (ex. : « ba, pa, ma »). Il est plus à son avantage dans le registre gestuel. Il ne se limite plus à porter les objets à la bouche comme il le faisait quelques mois plus tôt. Il peut déjà avoir une main préférentielle pour prendre les objets, les expérimenter en les secouant ou en les tapant. Ces expériences sensorimotrices sont volontiers répétées et sont sources d'autostimulations jubilatoires. À cet âge, le bébé utilise les postures, les gestes et les regards pour exprimer ses envies et ses intentions ; il peut tendre ou agiter les bras pour « demander » à être pris dans les bras. Par le regard, le bébé de 6 mois communique ses intentions. Le regard alterne entre les yeux de la personne et l'objet convoité.

Le bébé regarde ce que regarde l'adulte si celui-ci montre du doigt. L'attention devient conjointe et les relations passent de « dyadiques » à « triangulaires » : le bébé, le partenaire et un intermédiaire qui peut être un objet, un jouet ou une autre personne.

À 6 mois de vie,
le bébé s'affirme.
Il réagit à l'appel
de son prénom.
Vers 12 mois, il dit ses
premiers mots.

À 6 mois de vie, le bébé s'affirme en tant que personne agissante, Il est muni d'intentions quand il manipule ses jouets. Il réagit à l'appel de son prénom. Le Soi (ou *self*) est volontiers qualifié d'« écologique » pour souligner les capacités d'action dans l'espace de préhension.

Plus tard, **vers 12 mois**, le bébé dit ses premiers mots et jargonne de manière expressive. Les vocalisations appartiennent au langage articulé; ce sont des syllabes qui véhiculent un sens commun à plusieurs objets qui ont des propriétés voisines. « Ché-té » peut signifier le déplacement, celui du tramway, du bus ou celui d'une personne qui marche vite. Pour communiquer, le bébé utilise la parole, en plus des gestes



**Pour communiquer,
le bébé utilise la parole,
en plus des gestes
et du regard.**

et du regard. La relation triangulaire « bébé/objet/partenaire » s'enrichit. L'objet ou le jouet est compris comme étant un moyen efficace pour entrer en relation avec autrui. Par le biais du jouet qu'il manipule, le bébé devient l'objet d'attention du congénère qui montre son désir d'interagir par des sourires, des regards, des comportements d'offrande et d'imitation. Le Soi est maintenant qualifié d'« interpersonnel » ou d'« intersubjectif ».

À l'approche de ses **deux ans**, le bébé, qui a acquis la marche, a étendu son domaine exploratoire. Il est aussi devenu expert dans l'utilisation d'objets de la vie quotidienne (utiliser un gobelet pour boire, une cuillère, une brosse, etc.). Ces « schèmes » praxiques sont alors transposés au jeu du « faire semblant » (par exemple, donner à manger à son poupon avec une cuillère en plastique).

Vers la **fin de la seconde année**, le bébé devient un jeune enfant. Il dit de nombreux mots, et en comprend beaucoup plus encore. En plus des noms concrets, il maîtrise des verbes et des adjectifs qui décrivent des activités humaines, ainsi que des mots qui ont une valence



Apparition
du « je »
comme marqueur
de l'identité.

affective (ex.: *content, triste, gentil*). Le jeu du « faire semblant » est ponctué de vocables (« é mangé-poupée »; « é content-bébé ») qui montrent que le jeune enfant est capable d'attribuer des états mentaux ou affectifs à autrui (ex.: « Mange bébé! C'est bien! Gentil bébé, maman é contente! »).

Il sait qu'il y a des pensées, des croyances, des désirs qui se cachent derrière les actes. Il sait aussi qu'il existe des relations entre les états affectifs et les actions (ex.: La poupée est contente quand elle a retrouvé son nounours. Elle est triste quand elle a perdu son nounours). Il peut parler des autres personnes et de lui-même. Il peut également parler de lui *par rapport* aux autres personnes. Le Soi est alors qualifié de « conceptuel » ou de « verbal », ce qui souligne l'apparition du « je » comme marqueur de l'identité.

Le trouble précoce de la communication sociale

Le trouble de la communication sociale qui définit le TSA apparaît précocement. Il ne s'agit pas d'un retard dans l'acquisition des habiletés sociocommunicatives, mais d'un bouleversement neurobiologiquement prédéterminé qui conduit à la « perte » des habiletés sociocommunicatives qui s'acquièrent à des moments différents dans la petite enfance. Le tableau suivant montre des comportements qui sont acquis par les bébés ordinaires entre 2 et 12 mois (extraits de l'échelle Brunet-Lézine). Les comportements qui sont entourés en violet (ci-contre) sont ceux qui font défaut chez les enfants avec TSA quel que soit l'âge (en mois) d'apparition de ces comportements sociaux dans la petite enfance.

DES ACQUISITIONS ACQUISES TÔT DANS LE DÉVELOPPEMENT QUI SE PERDENT

	LANGAGE	COORDINATION VISUO-MANUELLE	SOCIABILITÉ
2 MOIS	Fait des vocalisations prolongées	Tourne la tête pour suivre un objet	Sourit à l'adulte en réponse à son sourire Répond à la voix par l'immobilisation Rit aux éclats
5 - 6 MOIS	Réagit immédiatement à l'appel de son nom	Saisit la pastille en ratisant	Regarde ce que l'adulte montre du doigt Sourit face au miroir Crie quand la personne qui s'occupe de lui s'éloigne
7 - 9 MOIS	Émissions vocales pour attirer l'attention Vocalise des syllabes	Cherche un jouet ou un objet tombé Retrouve le jouet sous la serviette	Joue à jeter ses jouets (pour attirer l'attention) Comprend une défense
			Joue à « coucou-caché »
10 - 12 MOIS	Dit un mot (2 syll.) Jargonne de manière expressive Secoue la tête pour dire « non »	Encastre, empile	Regarde ce que regarde l'adulte sans qu'il montre du doigt Recommence à faire des mimiques qui font rire
14 - 18 MOIS	Désigne et nomme Dit 5 mots	Gribouille Mange seul à la cuillère Tourne les pages d'un livre	Montre du doigt ce qui l'intéresse Faire boire, manger ou coiffer l'adulte
24 - 30 MOIS	Dit son prénom	Fait une tour de cubes Imite un trait vertical et horizontal	Joue à « faire semblant »
	Dit « je, tu, il » Fait des phrases de 3 mots Dit « oui »		

Le cas de Pol

Pol a 4 ans quand le diagnostic pédopsychiatrique de TSA est posé. Vers un an et demi, Pol disait des mots tels que « mana, non, popo, papa », puis, à l'approche de ses deux ans : plus rien. Son regard est devenu « lointain » et son visage est devenu inexpressif. Dès lors, Pol ne demande rien, ni par la parole ni par les gestes. Il s'occupe volontiers tout seul avec ses cubes de plastique qu'il empile et aligne avec minutie et une extrême rigueur géométrique pendant des heures. Il joue aussi beaucoup à allumer et à éteindre les lumières avec les interrupteurs. Cela l'amuse beaucoup et déclenche des balancements du corps et de la tête. À 4 ans, Pol est un enfant décrit par ses parents comme « lointain et constamment dans sa bulle » : « Quand on est avec lui, on a l'impression qu'il ne nous voit pas ; il fait comme si on n'existait pas. » Pol ne réagit pas à l'appel de son prénom, il se bouche les oreilles quand on lui parle et capter son regard est quasi impossible. Il est très silencieux et son visage reste le plus souvent figé ou inexpressif. Il joue toujours à la même chose, avec ses pièces colorées d'encastrement qu'il peut faire tourner avec agilité pendant de longs moments. Pol a des habitudes qu'il est très difficile de modifier, comme toujours porter le même T-shirt débarrassé de son étiquette ou comme toujours manger la même chose. Les moments des repas sont décrits par les parents comme de « véritables corvées » : « Quand on lui donne à manger, c'est comme si on le martyrisait. Il veut toujours manger les mêmes yaourts et toujours de la purée qu'il ne faut surtout pas mélanger à autre chose dans son assiette, sinon, "c'est la crise". »

Les signes que présente Pol se rapprochent beaucoup de ceux décrits par Kanner et définissent encore actuellement la forme la plus typique du TSA, celle qui est diagnostiquée aux âges préscolaires, entre 2 ans et demi et 5 ans et demi en moyenne (voir pp. 17 et 41).