

Repérage des signes d'alerte TSA d'enfants en âge scolaire 6- 12 ans

Dr Cécile Ly (pédopsychiatre), Hélène FEZZI (neuropsychologue)

Fondation ARHM



Quelques chiffres

1-2 %

Prévalence

Taux de prévalence du TSA dans la population générale française

4:1

Ratio de genre

Proportion garçons/filles diagnostiqués

Diagnostic possible dès 18m ois

Diagnostic souvent plus tardif en France pour TSASDI



Importance du repérage TSA



Risque de surhandicap psychiatrique

- trouble anxiodépressif, troubles du comportement, PTSD



Impact sur la scolarité

- Décrochage scolaire
- Harcèlement en milieu scolaire
- Phobie scolaire
- Baisse des performances académiques



Impact sur l'environnement familial

- Stress parental
- Réduction de l'activité professionnelle
- Coût financier des prises en charge
- Fratrie



Période des 6 - 12 ans

Exigences d'autonomie accrue

Autonomie vie familiale

Autonomie contexte scolaire

Complexité sociale

Des jeux collectifs à la conversation

Groupe de pairs

Enjeux scolaires

Apprentissages

Transition GS-CP et CM2-6e

Démarche Clinique

①

**Connaitre les
défis du
repérage**

6-12 ans

②

**Repérage
initial**

Identification
des signes
d'alerte par
parents ou
professionnels

③

**Évaluation
médicale**

Consultation
avec médecin
généraliste ou
pédiatre

④

**Évaluation
spécialisée**

Observations
Bilan
multidisciplin
aire

⑤

**Synthèse
regards
pluriprofessi
onnels**

⑥

Coordination

Reevaluation



Mise en place des accompagnements et coordination

Interventions adaptées et suivi personnalisé sans attendre le diagnostic

Les défis du repérage à l'âge scolaire

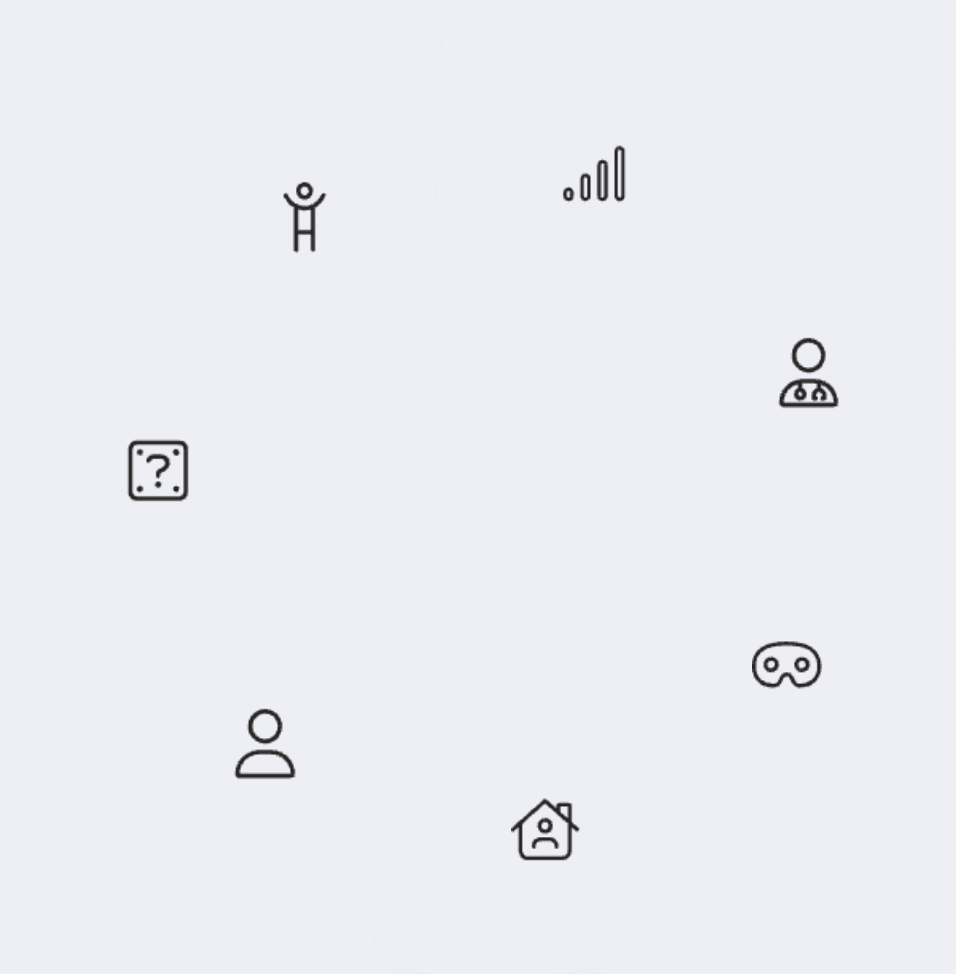
Clinique subtile

Symptômes légers ou atypiques

Connaissance du développement 6-12ans

Nombreux intervenants

Fragmentation des informations



Hétérogénéité clinique

Variabilité des manifestations

Comorbidités

Chevauchement avec d'autres troubles

Mécanismes compensatoires

Stratégies de camouflage social

Adaptation de l'environnement

Structures familiales et scolaires compensatoires

Ces facteurs contribuent à rendre le diagnostic plus complexe à l'âge scolaire.

Les défis du repérage à l'âge scolaire

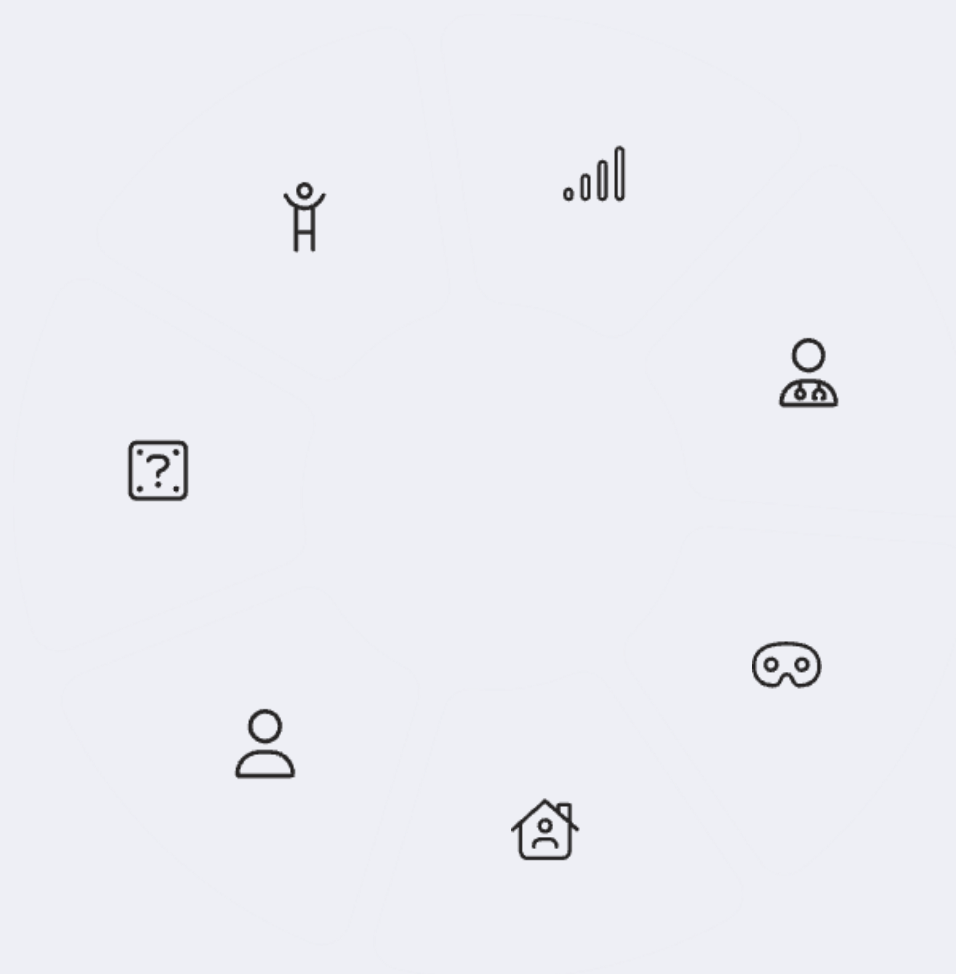
Clinique subtile

Symptômes légers ou atypiques

Connaissance du développement 6-12ans

Nombreux intervenants

Fragmentation des informations



Hétérogénéité clinique

Variabilité des manifestations

Comorbidités

Chevauchement avec d'autres troubles

Mécanismes compensatoires

Stratégies de camouflage social

Adaptation de l'environnement

Structures familiales et scolaires compensatoires

Ces facteurs contribuent à rendre le diagnostic plus complexe à l'âge scolaire.

Variabilité de la Présentation Clinique

La présentation clinique du TSA varie considérablement selon plusieurs facteurs clés:



Âge

6-12 : GS/CP -CM2/6e



Niveau cognitif

Profils cognitifs
hétérogènes



Niveau de langage

Variations importantes dans
les compétences
linguistiques et
communicatives



Signes cliniques TSA

Variabilité au sein de la
dyade

Les défis du repérage à l'âge scolaire

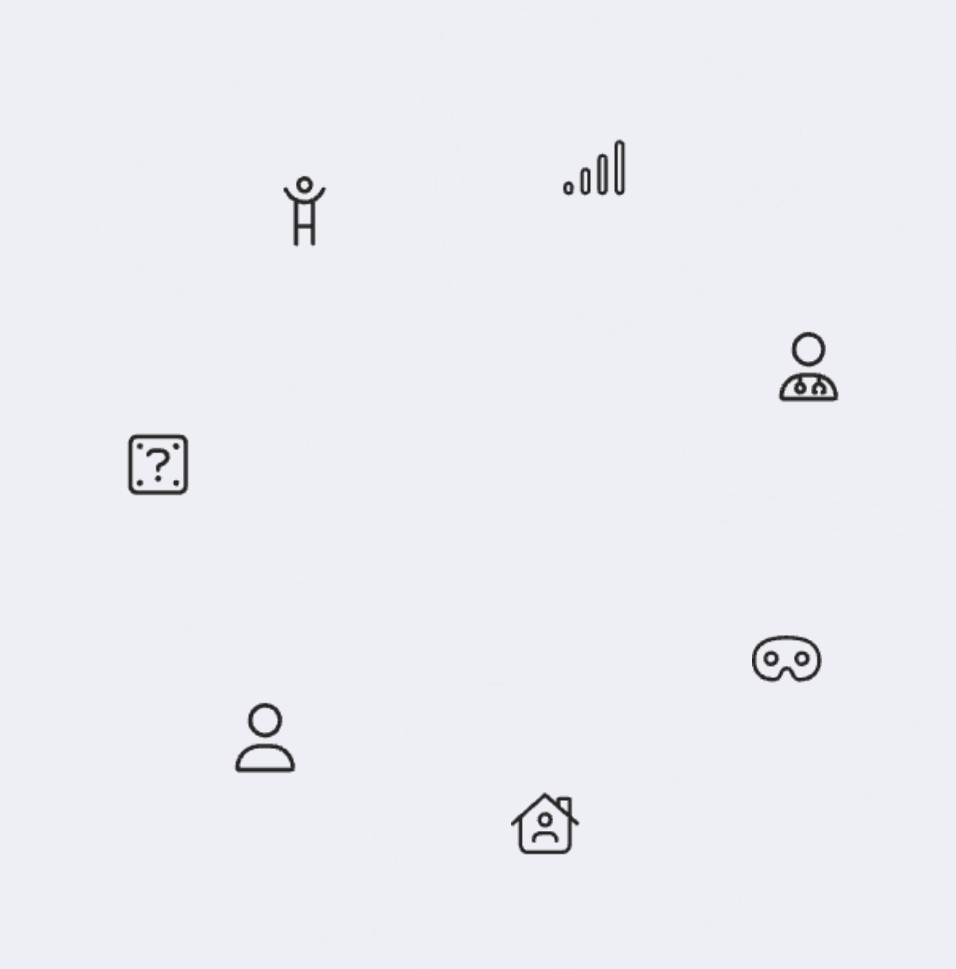
Clinique subtile

Symptômes légers ou atypiques

Connaissance du développement 6-12 ans

Nombreux intervenants

Fragmentation des informations



Hétérogénéité clinique

Variabilité des manifestations

Comorbidités

Chevauchement avec d'autres troubles

Stratégies de camouflage

Adaptation de l'environnement

Structures familiales et scolaires compensatoires

Ces facteurs contribuent à rendre le diagnostic plus complexe à l'âge scolaire.

Mécanismes du camouflage social



Observation minutieuse

Étude détaillée des comportements sociaux



Imitation sociale

Reproduction des comportements observés



Apprentissage explicite

Scenarii sociaux - Apprentissage par cœur des réponses attendues



Masquage des intérêts

Dissimulation des passions atypiques

Conséquences du camouflage



Épuisement cognitif

Effort mental constant pour maintenir le masque social



Risques psychologiques

Anxiété, stress chronique, dépression et troubles de l'humeur



Impact identitaire

Confusion sur l'identité personnelle et l'acceptation de soi

Les défis du repérage à l'âge scolaire

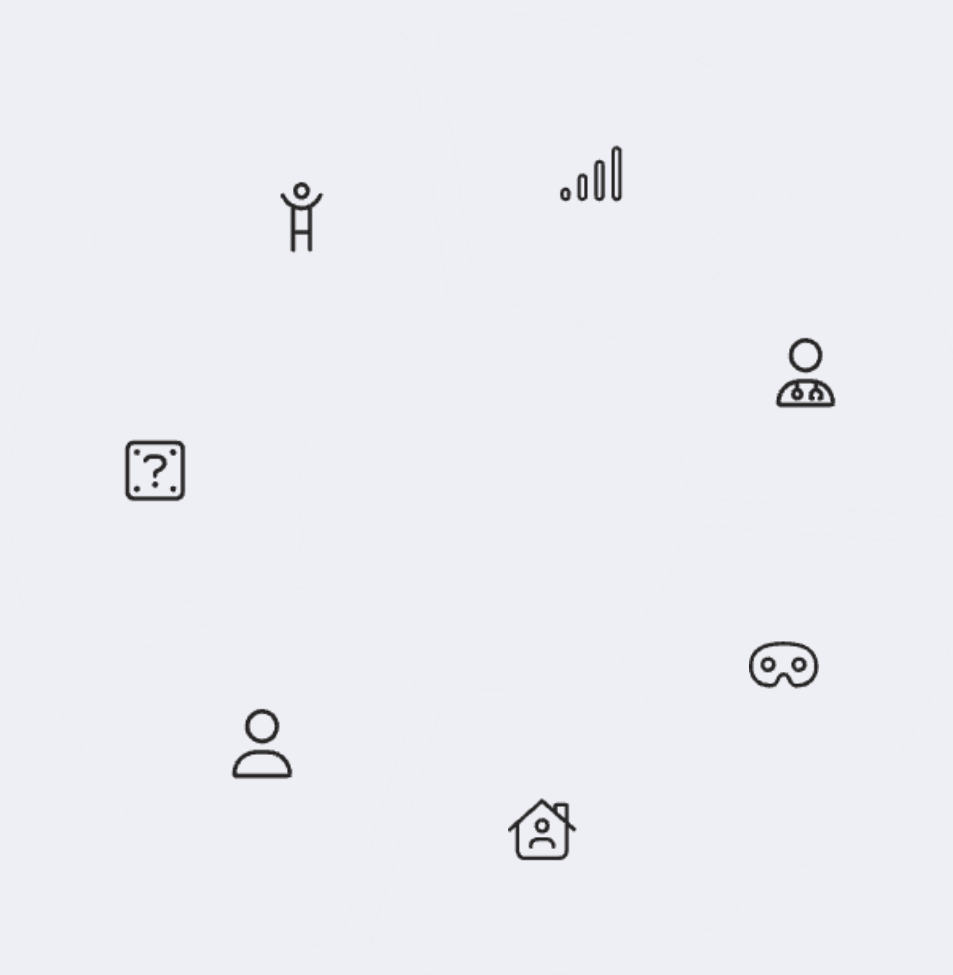
Clinique subtile

Symptômes légers ou atypiques

Connaissance du développement 6-12ans

Nombreux intervenants

Fragmentation des informations



Hétérogénéité clinique

Variabilité des manifestations

Comorbidités

Chevauchement avec d'autres troubles

Mécanismes compensatoires

Stratégies de camouflage social

Adaptation de l'environnement

Structures familiales et scolaires compensatoires

Ces facteurs contribuent à rendre le diagnostic plus complexe à l'âge scolaire.

Comorbidités avec d'autres Troubles Neurodéveloppementaux

TDAH

Environ 50% de comorbidité avec le TSA

TDC

TSA

Trouble du Spectre de l'Autisme

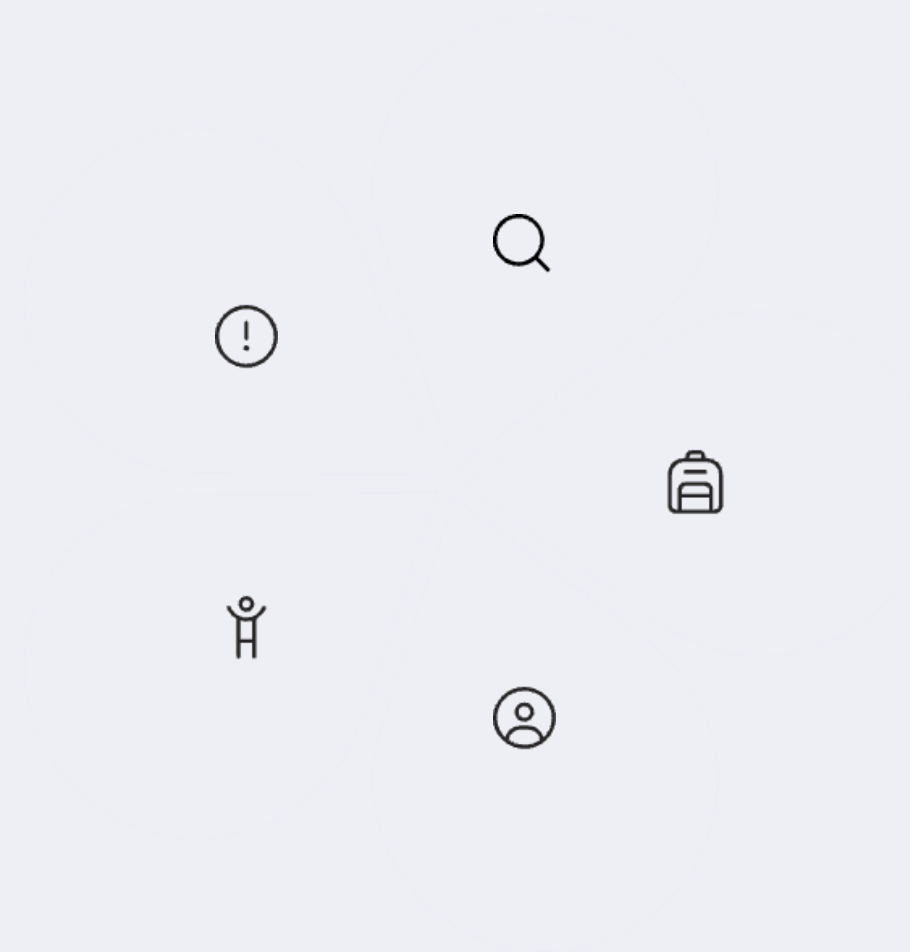
Troubles DYS

Troubles spécifiques des apprentissages

- Dyslexie
- Dyspraxie
- Dysphasie

TDI

Environ 30%



Comorbidités Psychiatriques



Troubles anxieux

Anxiété sociale, TAG, Phobies



Troubles dépressifs

Symptômes atypiques souvent méconnus/subsyndromique.



PTSD et trauma complexe

Vulnérabilité accrue aux traumatismes en raison des difficultés de compréhension sociale et de la fréquence du harcèlement.



TOC

Difficiles à distinguer des comportements répétitifs du TSA.



Trouble oppositionnel avec provocation

Problèmes Somatiques Associés

Épilepsie

Prévalence accrue chez les personnes avec TSA, particulièrement avec déficience intellectuelle associée.

Autres

metabolique, buccodentaire...



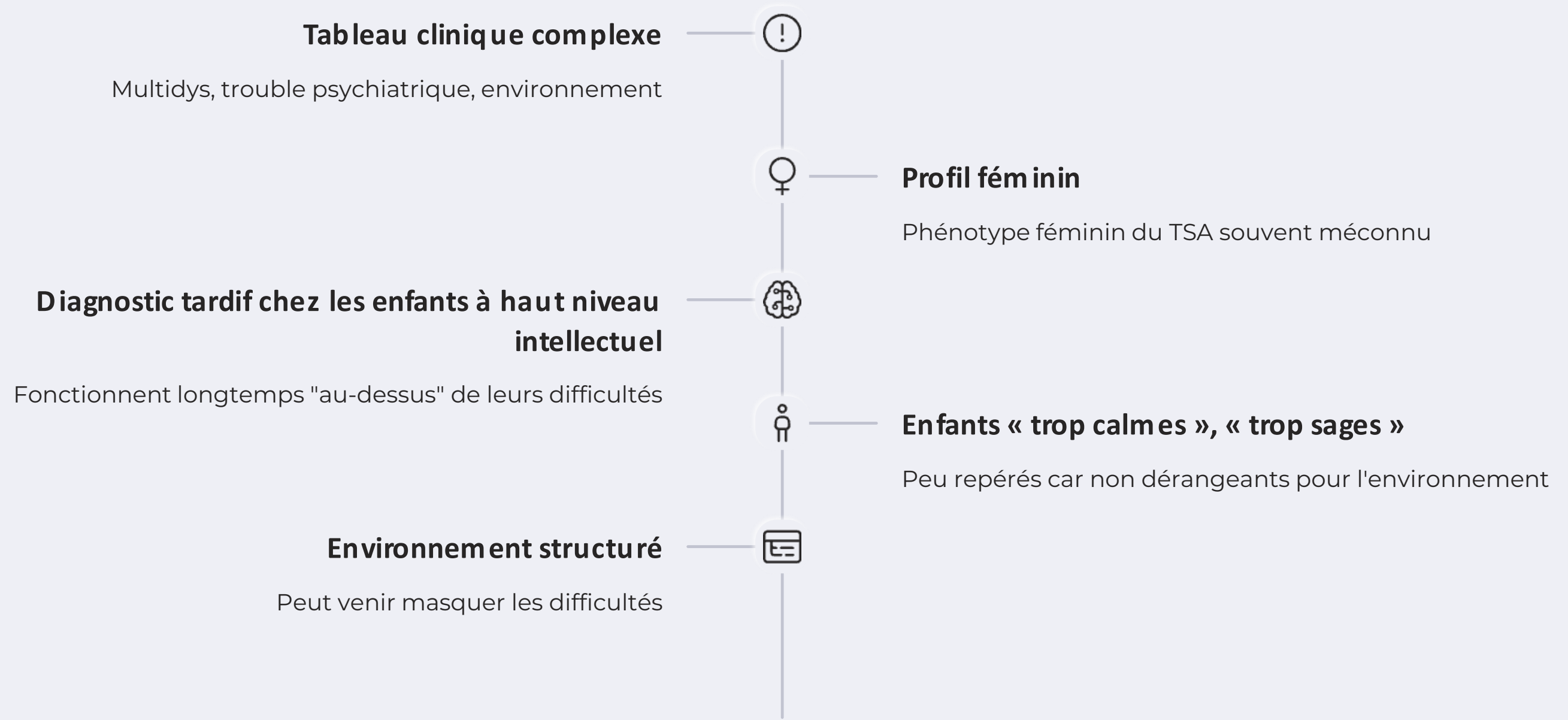
Troubles gastro-intestinaux

Fréquents et pouvant exacerber les comportements problématiques lorsqu'ils ne sont pas identifiés.

Troubles du sommeil

associé à des difficultés propres au TSA (sensibilité douleur/demande d'aide)

Au total : Situation à risque de retard diagnostique



Les défis du repérage à l'âge scolaire

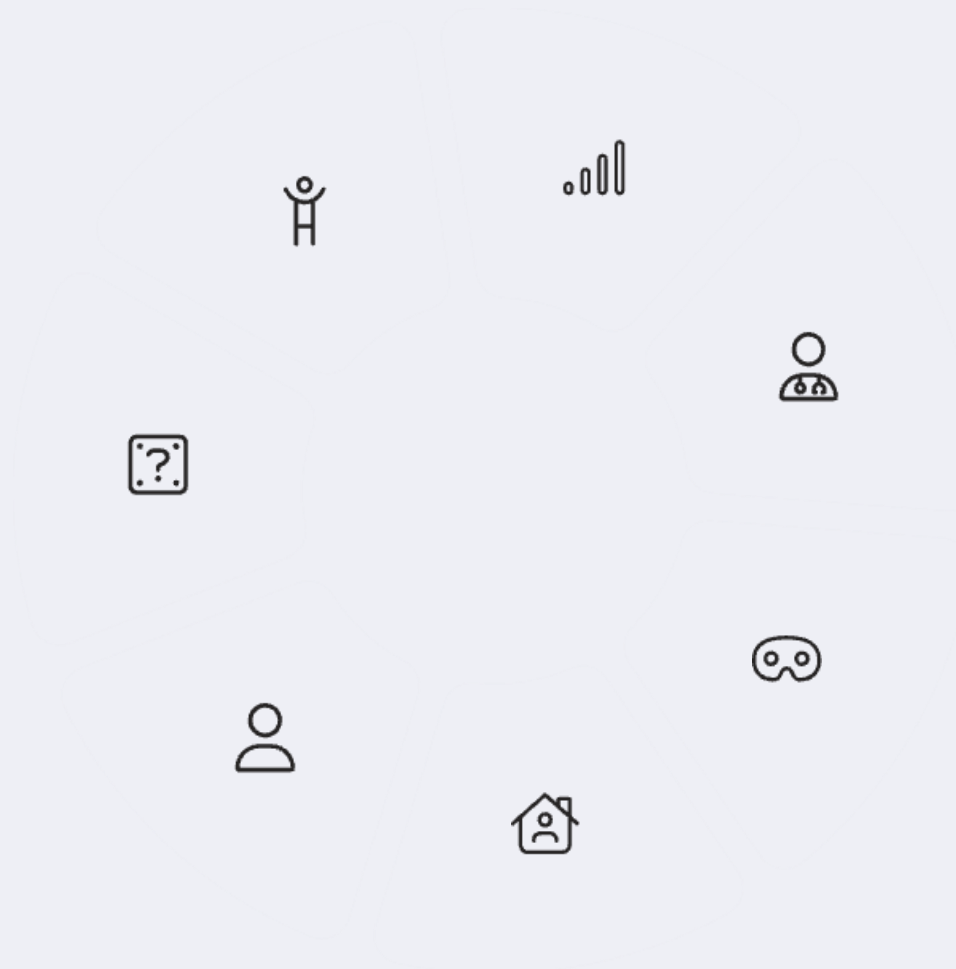
Clinique subtile

Symptômes légers ou atypiques

Connaissance du développement 6-12 ans

Nom breux intervenants

Fragmentation des informations



Hétérogénéité clinique

Variabilité des manifestations

Comorbidités

Chevauchement avec d'autres troubles

Mécanismes compensatoires

Stratégies de camouflage social

Adaptation de l'environnement

Structures familiales et scolaires compensatoires

Ces facteurs contribuent à rendre le diagnostic plus complexe à l'âge scolaire.

Développement Normal de l'Enfant

	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans	12 ans
Cognition			› Comprend le caractère permanent de la mort.	› Comprend l'universalité de la mort.			
		› Conçoit que la maladie s'attrape par contamination puis par internalisation.					› Explique la maladie par une cause physiologique.
		› Réalisme visuel : dessine ce qu'il voit ; › Souvent, transparence dans les dessins : on voit les personnages à travers les murs de la maison ; › Membres (bras et jambes) doubles : deux traits pour chacun.	› Début de perspective dans ses dessins ; › Commence à dessiner ses bonhommes de profil.				
Affectivité	› Peut tolérer un certain délai avant d'obtenir satisfaction ; › Exprime son agressivité principalement par la parole ; › 6-7 ans : comprend ce qu'est un mensonge.	› Âge de raison ; › Comprend la notion du bien et du mal ; › 6-8 ans : s'identifie aux personnes de même sexe que lui.	› Notion de justice/ injustice importante.	› Peut assumer la responsabilité d'un animal de compagnie.			
					› Condamne la délation, la tricherie, le mensonge ; › A des idoles.		
Socialisation	› Intérêt pour les amis de même sexe. › Importance du meilleur ami. › Période importante pour le développement de l'estime de soi et du sentiment de compétence. › Apprend à travailler en équipe.						
			› Capable d'empathie envers les autres.	› Parfois formation de clubs secrets ; › Le goût de la compétition apparaît.			



Repères développementaux essentiels chez l'enfant de 6 à 12 ans

Comprendre les étapes d'acquisition cognitive, sociale et émotionnelle

Démarche Clinique

①

**Connaitre les
défis du
repérage**

6-12 ans

②

**Repérage
initial**

Identification
des signes
d'alerte par
parents ou
professionnels

③

**Évaluation
médicale**

Consultation
avec médecin
généraliste ou
pédiatre

④

**Évaluation
spécialisée**

Observations
Bilan
multidisciplin
aire

⑤

**Synthèse
regards
pluriprofessi
onnels**

⑥

Coordination

Reevaluation



Mise en place des accompagnements et coordination

Interventions adaptées et suivi personnalisé sans attendre le diagnostic

Une vigilance accrue en cas de facteurs de risque

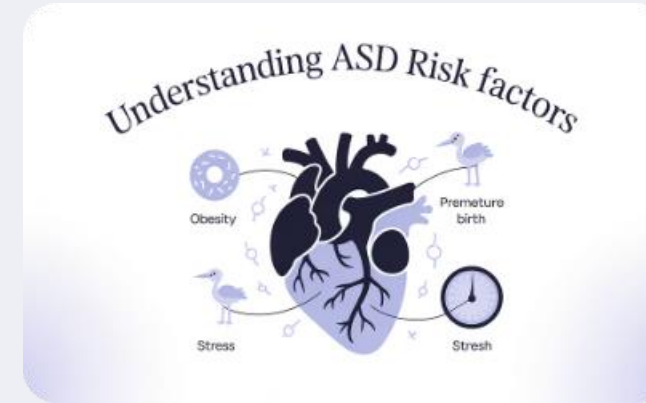


Facteurs génétiques

Les facteurs génétiques représentent 80% d'héritabilité du TSA.



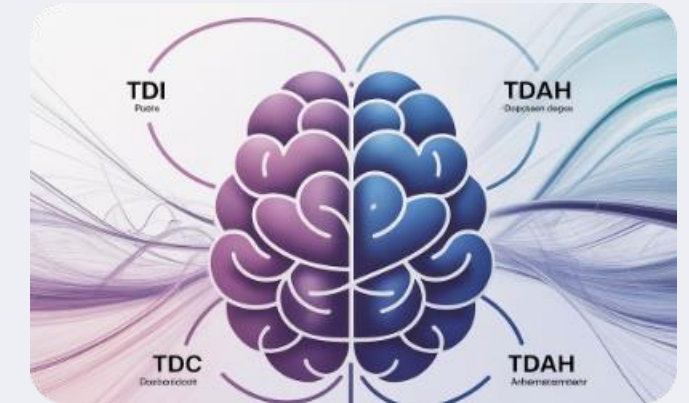
Facteurs prénataux et périnataux



Autres facteurs de risque

Cohorte Marianne

En cours d'étude-
L'exposition à des virus ou des toxiques, perturbateurs endocriniens et médicaments



Autre TND

Co-occurrence

Des signes d'alerte parfois peu spécifiques: au niveau personnel/familial



Fatigue cognitive chronique

Effort constant d'adaptation à l'environnement scolaire et social. Hypervigilance épuisante. Effondrement en fin de journée.



Dysrégulation émotionnelle

Explosions émotionnelles disproportionnées. Intolérance à la frustration. Opposition ou retrait.



Estime de soi

découragement, faible estime de soi



Troubles psychiatriques

Anxiété généralisée, dépression masquée, troubles du sommeil aggravant l'instabilité.



Difficultés d'autonomie

Problèmes dans les soins personnels quotidien



Épuisement parental

Vigilance constante Adaptations du quotidien. manque de répit. conflits conjugaux. Incompréhension de l'entourage.



Fratrie impactée

Sentiments ambivalents: protection et jalousie. Responsabilités accrues et temps parental réduit.

Des signes d'alerte parfois peu spécifiques: domaine scolaire



Difficultés avec les consignes implicites

Adaptation complexe aux règles non explicites en classe



Problèmes de concentration

Attention perturbée par l'anxiété ou les stimuli sensoriels



Travail désorganisé

Désorganisation malgré de bonnes capacités intellectuelles



Difficultés d'adaptation au changement /transition



Isolement social

Relations superficielles sans véritable réciprocité



Malentendus sociaux

Conflits fréquents liés à l'incompréhension des codes sociaux



Manque de flexibilité

Difficultés à s'adapter aux jeux collectifs et règles sociales implicites



Dysrégulation émotionnelle

Explosions émotionnelles disproportionnées. Intolérance à la frustration. Opposition ou retrait.

La dyade autistique



Communication sociale



**Comportements restreints et
répétitifs**



Retentissement variable

Communication verbale



Compétences langagières très variables

Attention bon niveau de langage différent de langage fonctionnel



Écholalie persistante, néologismes, inversions pronominales



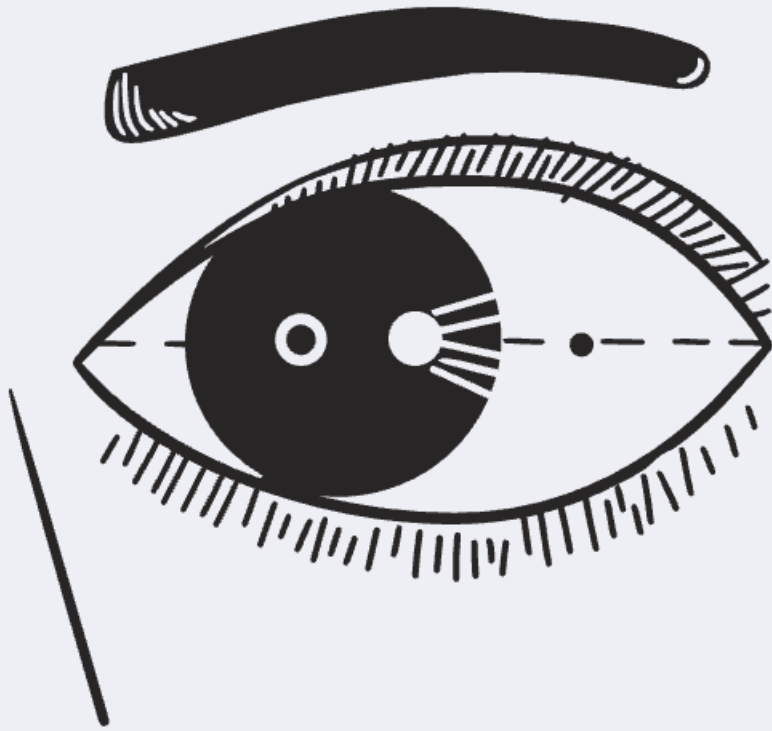
Prosodie particulière

Ton monotone, rythme saccadé ou volume inapproprié.



Incompréhension du sens figuré, humour, second degré, expressions imagées

Communication Non Verbale



Expressions faciales

Mimiques limitées ou exagérées, parfois inadaptées au contexte.



Contact visuel

Regard fuyant ou fixe, difficulté à maintenir l'attention conjointe.



Gestuelle

Peu de pointage, gestes conventionnels rares ou maladroits.



Coordination

Manque de coordination entre les gestes, le regard, la parole.



Difficulté à décoder les signaux non verbaux d'autrui

Interactions sociales

Initiation limitée

L'enfant initie peu les échanges ou, au contraire, parle de façon envahissante sans se soucier de l'autre.



Dialogue non fluide

Il a du mal à maintenir un dialogue fluide : il change brusquement de sujet ou répète des informations déjà dites.

Tours de parole difficiles

Le respect des tours de parole est difficile : il coupe, ne répond pas, ou ne comprend pas quand c'est à lui de parler.



Monologue sur intérêts spécifiques

Il peut parler longuement d'un sujet très spécifique, sans tenir compte de l'intérêt de son interlocuteur.

Interactions sociales

Discours inadapté ou de construction du récit

Difficulté à ajuster son discours à l'interlocuteur
(trop soutenu ou trop familier)



Commentaires inappropriés

Remarques trop franches ou déplacées dans le
contexte social

Incompréhension sociale

Faible compréhension du second degré, de l'ironie
et des blagues



Difficultés à s'adapter

au contexte, aux signaux non verbaux
d'autrui/verbaux

Jeu Symbolique et Faire Semblant

Jeu de rôle limité

Absence ou pauvreté du jeu imaginatif après 6 ans.

Préférence pour manipulation concrète d'objets.

Jeu collectif difficile

Évitement des jeux nécessitant coopération ou règles complexes.

Participation parallèle plutôt qu'interactive.

Compréhension des émotions et des relations sociales



Règles implicites

Incompréhension des conventions sociales non explicitées.



Adaptation limitée au contexte

Même langage avec enseignants, parents ou camarades.



Compréhension des dynamiques sociales, du rôle de chacun



Expressions émotionnelles

Difficultés à décoder ses propres émotions et celles d'autrui



Interaction Sociale : Retrait ou Maladresse

Maladresse relationnelle

Comportements perçus comme intrusifs, bizarres ou inadaptés par les pairs ou les adultes



Relations asymétriques

Amitiés "à sens unique" sans véritable réciprocité émotionnelle. Difficulté à initier ou maintenir des amitiés durables.

Isolement

Préférence pour les activités solitaires, même entouré d'autres enfants. Préférence pour la compagnie des adultes ou enfants plus jeunes. Tendance à rester en périphérie des groupes



Qualité des échanges et vigilance clinique

Il faut être particulièrement attentif à la **qualité** des interactions sociales.



Communication trompeuse

Certains enfants donnent l'illusion d'une bonne communication, surtout avec des adultes qui s'adaptent naturellement à leurs particularités.



Difficultés avec les pairs

En contexte scolaire ou avec des pairs, les difficultés sont plus visibles : isolement, rigidité dans les échanges, incompréhension des dynamiques sociales.



Effet "poisson-pilote"

Certains enfants suivent un camarade plus socialisé, ce qui masque temporairement leurs difficultés d'interaction sociale et complique le repérage.

Vulnérabilité sociale et harcèlement

Les enfants avec TSA sont plus exposés aux risques de harcèlement scolaire.

Interprétation des signaux sociaux

Difficulté à distinguer la taquinerie bienveillante de la moquerie blessante



Expression des émotions

Difficulté à verbaliser leur ressenti ou à demander de l'aide face à une situation de harcèlement

Réactions inadaptées

Tendance au retrait, à la colère ou à des réponses qui peuvent involontairement aggraver la situation





Comportements Restreints et Répétitifs



Stéréotypies motrices

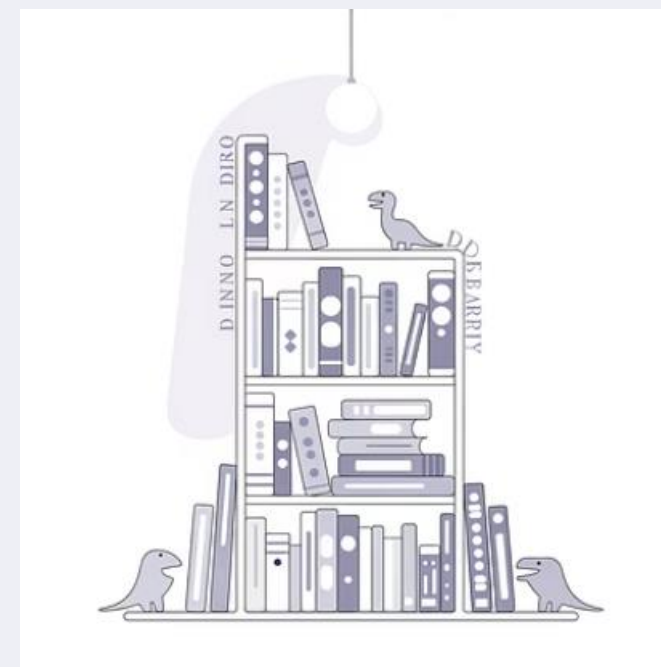
Battements des mains, balancements, tournolements répétitifs.



Inflexibilité - Résistance au changement

Transition. Rituels. +- Opposition forte à toute modification de routine ou d'environnement. Questionnements itératifs.

Intérêts Spécifiques et Restreints



Profil Cognitif dans le TSA

Cohérence centrale

Tendance à traiter l'information de manière fragmentée plutôt que globale



Fonctions exécutives

Difficultés de planification, flexibilité, inhibition et mémoire de travail

Théorie de l'esprit

Altération de la capacité à attribuer des états mentaux à soi-même et aux autres



Démarche Clinique : Quand se poser la question d'un TSA entre 6 et 12 ans ?

Signes cliniques TSA



Signes cliniques persistants et croisés

Difficultés d'interaction sociale mal expliquées par un autre trouble, difficultés d'adaptation scolaire malgré un bon QI, crises émotionnelles sans cause évidente, intérêts restreints ou comportements rigides...



Coexistence de plusieurs diagnostics partiels

Troubles du langage, de l'attention et des apprentissages qui, ensemble, suggèrent un tableau plus complexe.



Doute clinique persistant

Malgré les adaptations mises en place, les difficultés persistent et ne s'expliquent pas entièrement par d'autres facteurs.

Ce n'est pas l'intensité des signes mais leur qualité, leur persistance et leur retentissement qui doivent alerter.

Le TSA à cet âge peut être masqué, atypique, incomplet ou compensé.

Démarche Clinique

①

**Connaitre les
défis du
repérage**

6-12 ans

②

**Repérage
initial**

Identification
des signes
d'alerte par
parents ou
professionnels

③

**Évaluation
médicale**

Consultation
avec médecin
généraliste ou
pédiatre

④

**Évaluation
spécialisée**

Observations
Bilan
multidisciplin
aire

⑤

**Synthèse
regards
pluriprofessi
onnels**

⑥

**Coordination
Reevaluation**



Mise en place des accompagnements et coordination

Interventions adaptées et suivi personnalisé sans attendre le diagnostic

Évaluations

Bilan médical

- Examen clinique complet et anamnèse développementale
- Examen sensoriel (vision/audition)
- +/- avis neuropédiatrique/génétique
- Dépistage des comorbidités

Bilan orthophonique

- Langage expressif et réceptif
- Pragmatique de la communication

Bilan neuropsychologique

- Profil cognitif complet (QI verbal/non-verbal)
- Évaluation des fonctions exécutives



Évaluations

Évaluation psychomotricité/ergothérapie

- Développement moteur global et fin
- Intégration sensorielle
- Coordination et praxies
- Autonomie

Compétences socio-adaptatives

Vineland-2 pour évaluer les compétences adaptatives



Évaluation des répercussions fonctionnelles



Impact scolaire

Apprentissages - temps périscolaire - evaluation du niveau d'aide et du type d'aide (AESH, adaptations, orientation)



Comportements problématiques

Dysrégulation émotionnelle. Comportements auto ou hétéroagressifs. Mises en danger



Impact familial

Épuisement parental- fratrie - famille élargie- Charge financière et professionnelle.



Vie sociale

Relations amicales limitées/isolement/harcelement scolaire/conflits ...



Autonomie quotidienne

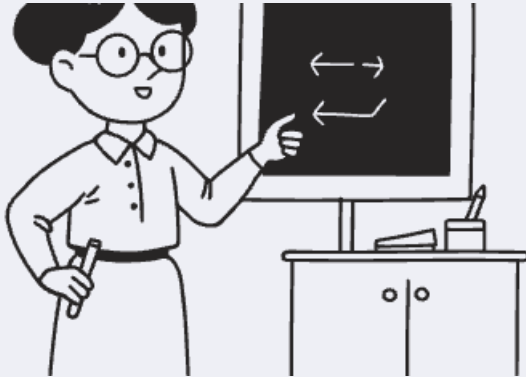
Difficultés organisationnelles (sac, devoirs). Habillage/dents/toilette. Repas et alimentation...

Rôle des professionnels de l'éducation



Observation privilégiée

Position unique pour détecter les particularités comportementales en contexte social.



Documentation

Collecte d'informations précieuses sur les situations problématiques récurrentes.



Collaboration

Pont essentiel entre le milieu scolaire et les professionnels de santé.



Outils de dépistage et d'évaluation

Outil	Âge cible	Utilisateur	Temps
SCQ	4+ ans	Parents	10 min
SRS-2	2.5-18 ans	Parents/Enseignants	15-20 min
ADOS-2	Tout âge	Professionnels	40-60 min
ADI-R	Tout âge	Professionnels	1.5-3h

L'évaluation multidisciplinaire reste la référence pour un diagnostic fiable. Les observations en milieu naturel complètent les évaluations standardisées.

Démarche Clinique

①

**Connaitre les
défis du
repérage**

6-12 ans

②

**Repérage
initial**

Identification
des signes
d'alerte par
parents ou
professionnels

③

**Évaluation
médicale**

Consultation
avec médecin
généraliste ou
pédiatre

④

**Évaluation
spécialisée**

Bilan
multidisciplin
aire

⑤

**Synthèse
regards
pluriprofessi
onnels**

⑥

Coordination

Reevaluation



Mise en place des accompagnements et coordination

Interventions adaptées et suivi personnalisé sans attendre le diagnostic

Synthèse diagnostique et diagnostics associés

Intégration des données cliniques

- Convergence des informations multi-sources (école, famille, pairs)
- Analyse des échelles standardisées (SCQ, SRS-2, ADOS-2, ADI-R)
- Mise en perspective développementale

Diagnostics associés fréquents

- Troubles des apprentissages spécifiques
- TDAH et troubles attentionnels
- Anxiété et troubles de l'humeur
- Troubles du sommeil

Démarche Clinique

①

**Connaitre les
défis du
repérage**

6-12 ans

②

**Repérage
initial**

Identification
des signes
d'alerte par
parents ou
professionnels

③

**Évaluation
médicale**

Consultation
avec médecin
généraliste ou
pédiatre

④

**Évaluation
spécialisée**

Observations
Bilan
multidisciplin
aire

⑤

**Synthèse
regards
pluriprofessi
onnels**

⑥

Coordination

Reevaluation



Mise en place des accompagnements et coordination

Interventions adaptées et suivi personnalisé sans attendre le diagnostic

Messages Clés



Le repérage est un défi = Vigilance clinique

Rester attentif aux signes subtils - comorbidités -compensation-



Vision globale

Considérer l'ensemble des observations dans différents contextes (maison, école) pour une évaluation complète.



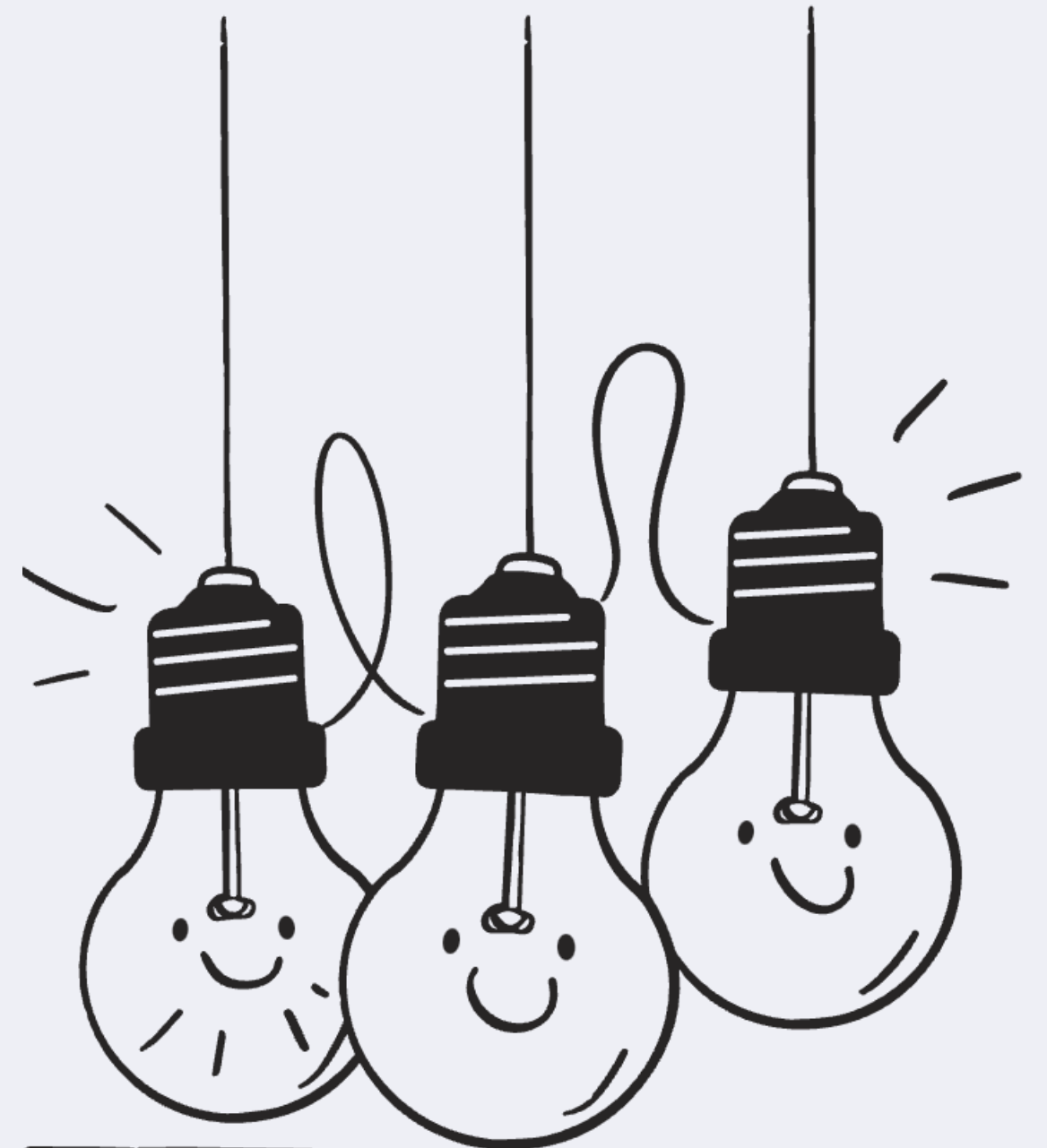
Intervention précoce

Ne pas attendre le diagnostic formel pour mettre en place des adaptations et soutiens appropriés.



Approche collaborative

Impliquer tous les acteurs (famille, école, professionnels) dans l'évaluation et la prise en charge.



Merci de votre attention !