

- DIAGNOSTIC TSA DE L'ADULTE - DISPOSITIF DE PREMIERE LIGNE

GUIDE D'ENTRETIEN CLINIQUE

Support pour guider l'observation clinique du TSA chez l'adulte sans déficience intellectuelle, à destination des praticiens de première ligne.

Ce guide a été conçu pour accompagner les médecins de première ligne dans l'évaluation clinique du trouble du spectre de l'autisme sans déficience intellectuelle chez l'adulte. Il s'inscrit dans le cadre du **Dispositif de Première Ligne (DPL)** porté par l'unité mobile autisme adulte *Les Makaras*. L'objectif est de soutenir les praticiens dans leur démarche diagnostique, tout en contribuant à réduire les délais d'accès aux équipes spécialisées, réservées aux situations complexes.

En préambule, des points de vigilance (« drapeaux rouges ») sont proposés afin d'identifier d'emblée les profils cliniques qui nécessiteraient une évaluation experte.

Le cœur du dispositif repose sur deux outils à utiliser systématiquement :

- **PARTIE 1 – Exploration clinique guidée** : destinée à objectiver les particularités compatibles avec un TSA à partir d'un entretien structuré avec le patient ;
- **PARTIE 2 – Entretien avec un proche** : permet de recueillir des éléments complémentaires sur le fonctionnement quotidien à partir de l'observation d'un tiers.

Des annexes sont proposées à titre facultatif, selon les besoins ou le niveau d'expertise du praticien. Elles peuvent enrichir l'analyse clinique et affiner la réflexion :

- **Annexe A** : une lecture accessible et illustrée des critères diagnostiques du DSM-5 pour le TSA ;
- **Annexe B** : un tableau synthétique des diagnostics différentiels et des comorbidités fréquemment rencontrées ;
- **Annexe C** : une grille d'observation clinique à remplir pendant ou après l'entretien, permettant de repérer les manifestations sociales spontanées et les éléments non verbaux.

Dans le cadre du DPL, ce guide sert également de support structuré pour le second entretien téléphonique avec l'équipe de coordination, en vue de statuer sur l'issue du parcours (diagnostic confirmé, non retenu, ou orientation vers une évaluation spécialisée). Il peut enfin contribuer à documenter objectivement les démarches médico-sociales ultérieures, notamment les dossiers à destination de la MDPH.

LES DRAPEAUX ROUGES

1

- SIGNES EVOCATEUR DES LA PREMIERE RENCONTRE -

Certains comportements, attitudes ou modalités de contact peuvent éveiller la suspicion d'un TSA, sans être forcément identifiés comme tels au premier abord :



Prise de contact inhabituelle : le patient envoie un long mail très détaillé, refuse les appels, insiste pour tout passer par écrit. La demande peut être formulée de manière rigide ou avec des attentes très précises.



Rapport au cadre de consultation : grande ponctualité, voire arrivée excessive en avance, respect strict de la durée ou refus de déroger à la structure prévue.



Langage inhabituel (tournures trop soutenues, littérales ou techniques ; impression que le patient « récite » un discours préparé) et **registre émotionnel peu ajusté** (ton monocorde, peu de variations prosodiques, sourires décalés ou absents)



Difficulté à entrer dans le lien relationnel : impression d'un « mur » ou d'un flottement dans l'échange, sans agressivité mais avec retrait, rigidité ou perplexité.



Présence « d'équipements » nombreux ou atypiques : certains patients arrivent avec de nombreux objets organisés (casque, banane, gourde, accessoires sensoriels...), traduisant une préparation minutieuse face à la situation. Cette apparente « armure » reflète souvent le coût anticipé de l'interaction sociale et le besoin de contrôle, sans lien avec une désorganisation d'allure psychotique.

2

- ÉLÉMENTS DE L'HISTOIRE CLINIQUE ÉVOCATEURS -

Certains éléments relevés dans l'anamnèse ou les antécédents doivent alerter le clinicien et motiver une exploration plus approfondie de la possibilité d'un TSA, en particulier lorsque les signes actuels sont discrets ou atypiques :



Antécédents de troubles du neurodéveloppement (TND) : suspicion ou diagnostic antérieur de trouble « dys » (dyslexie, dyspraxie, etc. => notion d'un suivi orthophonique ou en psychomotricité dans l'enfance ?), TDAH, ou trouble du langage oral.



Antécédents neurologiques : notamment une épilepsie (même ancienne), ou toute autre pathologie neurologique connue.



Dysmorphies évocatrices : hypertélorisme, anomalies de l'implantation des oreilles, de la lèvre supérieure ou autre signe facial atypique peuvent évoquer un trouble du développement d'origine génétique.



Parcours scolaire atypique : retard d'acquisition (langage, propreté, autonomie), redoublements, sauts de classe, aménagements ou aides spécifiques, harcèlement scolaire fréquent.



Antécédents familiaux de TND : TSA, TDAH, troubles spécifiques du langage ou des apprentissages chez des apparentés de 1er ou 2e degré.

3

- PROFIL FEMININ -

Le TSA sans déficience intellectuelle est fréquemment **sous-diagnostiqué chez les femmes**. Leur présentation clinique est souvent **moins typique, plus compensée** sur le plan social, et masquée par des **stratégies d'adaptation**.



Camouflage et imitation sociale : Elles peuvent avoir appris à « jouer un rôle » en public, en imitant les comportements attendus, au prix d'une fatigue psychique intense. Cette capacité d'observation fine peut donner une illusion de compétences sociales préservées.



Communication et adaptation apparente : Elles utilisent parfois davantage de gestes, de regards ou de mimiques, et peuvent manifester une forte motivation sociale. Leur scolarité et leurs interactions précoces peuvent paraître normales, malgré une incompréhension des implicites sociaux.



Intérêts spécifiques moins visibles : Leurs centres d'intérêt sont souvent plus socialement valorisés (animaux, psychologie, lecture...), ce qui les rend moins facilement identifiés comme restreints ou atypiques.



Expression internalisée du trouble : Les plaintes sont plus souvent anxieuses ou dépressives (TCA, crises d'anxiété, burnout), sans demande explicite autour de la sphère sociale. Le TSA peut être masqué derrière ces diagnostics partiels.



Discordance entre discours et vécu : Le langage est souvent fluide, mais la compréhension du second degré, de l'humour ou des sous-entendus peut rester superficielle ou rigide.



Errance diagnostique fréquente : Ces patientes consultent souvent pour d'autres motifs (TDAH, TAG, TCA, trouble borderline...), sans qu'un diagnostic global n'ait été posé. Le TSA est rarement suspecté d'emblée.

⚠ En entretien, ces patientes peuvent paraître adaptées, mais expriment une grande souffrance après-coup.

- CRITÈRES DE COMPLEXITÉ -

Certaines situations nécessitent un appui diagnostic renforcé ou une orientation vers un CRA/CDE, car elles compliquent l'évaluation standard. Elles doivent alerter le clinicien et justifier une demande d'expertise spécialisée :



Comorbidités psychiatriques majeures : antécédents de troubles psychotiques, thymiques sévères, ou pathologies neurologiques rendant l'évaluation difficile ou instable.



Handicap ou déficience associée : Présence de déficience intellectuelle ou de troubles associés (ex. sensoriels, moteurs...) altérant l'expression des signes autistiques.



Symptômes atypiques ou difficilement différenciables : Doutes persistants malgré l'analyse développementale, recoupements flous avec d'autres troubles du neurodéveloppement (TDAH, troubles du langage, etc.).



Histoire développementale inaccessible ou incertaine : absence d'interlocuteur fiable pour l'anamnèse, adoption, parcours de placement, événements traumatiques précoces.



Contexte social, familial ou juridique complexe : désaccord parental, troubles du lien, demande d'expertise médico-légale, suspicion de manipulation ou d'enjeux secondaires.



Demande de seconde expertise : Cas d'errance ou d'enchaînement de diagnostics partiels sans conclusion claire, avec retentissement fort.

⚠ Des outils d'aide à la décision existent, comme les questionnaires d'adressage élaborés par certains CRA permettant d'objectiver la pertinence d'une orientation

- PIEGES FREQUENTS A EVITER -

Dans les consultations de première ligne, certains biais ou automatismes peuvent entraver une évaluation fiable. Il est essentiel de conserver une posture clinique rigoureuse, centrée sur l'observation, l'anamnèse développementale, et la cohérence globale du tableau.



Camouflage social : Certains patients évoquent le fait de « masquer » leurs difficultés sociales. Si cette notion est reconnue dans le champ du TSA, elle ne doit pas être surinterprétée. Un diagnostic ne peut reposer uniquement sur un discours de camouflage : celui-ci doit s'appuyer sur une discordance objectivable entre l'apparente adaptation sociale et des limitations concrètes dans la réciprocité, l'intuition sociale ou la flexibilité.

⚠ Si l'évaluation ne confirme pas les critères du TSA, il est essentiel de remettre en question l'hypothèse diagnostique plutôt que d'attribuer l'absence de signes à un camouflage supposé.



Bilans réalisés sur internet, non exploitables : Il arrive que des patients se présentent avec un « diagnostic » fondé uniquement sur des auto-questionnaires ou des évaluations non standardisées. Ces outils peuvent contribuer à la réflexion, mais n'ont pas de valeur diagnostique en tant que telle.

⚠ Ces éléments ont une valeur informative et doivent être interprétés dans une démarche clinique structurée. Les bilans réalisés en libéral peuvent être utiles s'ils sont rigoureux, mais leurs conclusions peuvent parfois refléter la demande initiale du patient et doivent être analysées avec recul.



Influence des réseaux sociaux : De nombreux patients s'auto-identifient à des profils décrits sur TikTok, YouTube ou Instagram. Si cela peut refléter un véritable vécu, ces représentations sont souvent partielles, stéréotypées, voire erronées. Elles peuvent créer une forte attente de validation.

⚠ Le praticien doit veiller à ne pas calquer l'évaluation clinique sur ces représentations médiatiques. Le diagnostic doit reposer sur des critères validés, une anamnèse précise, et une observation clinique approfondie.

- PARTIE 1 -

EXPLORATION CLINIQUE GUIDÉE

Cette deuxième partie explore de manière structurée **9 thématiques cliniques** en lien avec les **critères diagnostiques du TSA sans déficience intellectuelle**. Elle complète l'observation directe par un **entretien semi-dirigé**. Idéalement, les éléments émergent d'un **échange fluide** ; à défaut, le praticien peut proposer **d'aborder successivement les thématiques, en s'appuyant sur les questions-types pour guider l'entretien**. Une posture **souple et naturelle** est recommandée pour éviter un effet « formulaire ». Les items peuvent être **pré-remplis** si certaines informations sont déjà connues, afin de **cibler l'exploration**.

	OUI	NON
- THEME 1 : LES EMOTIONS -		
Nous recherchons la capacité à identifier et nommer des affects chez soi et chez les autres		
Décrit une gamme variée d'émotions (pas uniquement joie/tristesse, etc.)	☒	☐
<i>☞ Parle spontanément de peur, honte, excitation, fierté, frustration, etc.</i> ☐ « Est-ce que vous ressentez souvent différentes émotions dans une journée ? Pouvez-vous m'en citer quelques-unes ? »		
Exprime ses émotions de manière multimodale (mots, ton de voix, gestes, mimiques)	☒	☐
<i>☞ Hausse la voix en colère, pleure en parlant d'un souvenir triste, etc.</i> ☐ « Quand vous ressentez une émotion forte, est-ce que cela s'entend ou se voit chez vous (voix, visage, gestes) ? »		
Utilise des métaphores ou expressions imagées pour parler des émotions	☒	☐
<i>☞ « J'ai la boule au ventre », « Je suis à bout », « Ca m'écrase »</i> ☐ « Utilisez-vous des images ou expressions pour parler de vos émotions ? (ex. : "boule au ventre", "hors de moi") »		
Identifie les émotions chez soi et chez les autres de façon spontanée (sans raisonnement)	☒	☐
<i>☞ Peut répondre directement à : « Comment savez-vous que quelqu'un est triste ? »</i> ☐ « Comment savez-vous qu'une personne est en colère/triste ? Est-ce que ça vous saute aux yeux ou vous devez y réfléchir ? »		
Se base principalement sur les expressions faciales pour comprendre les émotions d'autrui	☒	☐
<i>☞ Plutôt que d'inférer par le contexte, il/elle décrit « le visage qui change » ou « les yeux tristes »</i> ☐ « Quand quelqu'un ne parle pas, est-ce que vous pouvez savoir s'il va bien ou pas ? Qu'est-ce qui vous donne des indices ? »		
- THEME 2 : LES CONVENTIONS SOCIALES -		
Nous recherchons un décalage dans l'appréhension des conventions sociales, parfois implicites		
Montre des difficultés à comprendre ce qui se fait ou ne se fait pas dans la société	☒	☐
<i>☞ Interrompt les autres, parle trop fort, fait des remarques jugées inappropriées</i> ☐ « Est-ce qu'il vous arrive de vous faire reprendre parce que vous avez dit ou fait quelque chose qui ne se faisait pas ? Par exemple ? » ou « Avez-vous parfois du mal à comprendre comment il faut se comporter avec les autres ? »		
A besoin qu'on lui explique explicitement certaines règles sociales	☒	☐
<i>☞ Ne comprend pas les sous-entendus, demande "Pourquoi ?" face à des normes sociales</i> ☐ « Est-ce que parfois on doit vous expliquer des choses que les autres comprennent tout de suite ? Par exemple ? » ou « Est-ce que vous avez déjà eu l'impression de faire quelque chose de mal sans comprendre pourquoi ? »		
Applique de manière rigide certaines règles sociales sans en comprendre les nuances	☒	☐
<i>☞ Suit toujours la même formule de politesse, ne supporte pas les "écarts" sociaux</i> ☐ « Appliquez-vous certaines règles sociales de la même façon, qu'importe le contexte ? » « Aimez-vous que les règles restent toujours les mêmes ? »		
Commets fréquemment des maladresses sociales malgré une volonté d'être poli / adapté	☒	☐
<i>☞ Fait des remarques honnêtes mais brutales, oublie de saluer ou de remercier</i> ☐ « Vous arrive-t-il de dire quelque chose et de voir que la personne est gênée ou fâchée, sans que vous compreniez pourquoi ? Quand est-ce arrivé la dernière fois ? » ou « Est-ce qu'on vous fait parfois des remarques sur votre façon de parler ou de vous comporter ? »		
- THEME 3 : LES RELATIONS SOCIALES -		
Nous recherchons des atypies dans la compréhension des relations sociales typiques (amitié, amour, liens fam. , etc.).		
Montre une difficulté à initier des échanges sociaux ou à aller vers l'autre spontanément	☒	☐
<i>☞ Semble ne pas savoir comment commencer une conversation ou prendre contact avec quelqu'un</i> ☐ « Est-ce que c'est facile pour vous de vous faire des amis ? » et « Quand vous rencontrez quelqu'un pour la première fois, comment vous y prenez-vous pour faire connaissance ? »		
Présente une compréhension utilitariste ou pragmatique des relations sociales	☒	☐
<i>☞ Considère l'amitié comme un moyen d'obtenir de l'aide, etc.</i> ☐ « À quoi ça sert d'avoir un ami selon vous ? Qu'est-ce que vous attendez d'une relation avec quelqu'un ? » et/ou « Comment reconnaît-on une personne avec qui on est proche, selon vous ? »		
A du mal à comprendre l'intérêt d'un échange purement social (non utilitaire)	☒	☐
<i>☞ Ne voit pas l'intérêt de discuter sans but pratique</i> ☐ « Est-ce qu'il vous arrive de discuter avec quelqu'un juste pour le plaisir de parler, sans but précis ? »		

Ne semble pas percevoir ou rechercher les signaux d'engagement ou d'intérêt d'autrui	☒	☐	☐	☒
⓪ Ne remarque pas les signes d'ennui ou d'intérêt, parle sans tenir compte des réactions ⓪ « Quand vous parlez avec quelqu'un, comment savez-vous s'il s'intéresse à ce que vous dites ? » et « Est-ce que vous vous intéressez spontanément à ce que les autres ressentent ou pensent ? »				
- THEME 4 : LA SENSORIALITE -				
Nous recherchons des particularités dans la sensibilité ou la recherche sensorielle, dissociées d'un usage fonctionnel				
Réagit de façon inhabituelle à certaines sensations (sons, textures, odeurs, lumières...)	☒	☐	☐	☒
⓪ Sursaute aux bruits, évite certaines textures ou étiquettes, refuse d'être touché, ou porte impérativement des lunettes ou un casque dans des contextes pourtant tolérés par la majorité. Il ne s'agit pas d'une misophonie isolée (intolérance aux bruits généré par l'autre - par ex : bruit de mastication), mais d'une hypersensibilité sensorielle plus étendue. ⓪ « Êtes-vous particulièrement sensible à certains sons, textures ou éclairages ? » « On vous a-t-il déjà dit que vous réagissiez "trop" à certains stimuli ? » « Le contact physique non anticipé (ex. : main sur l'épaule) vous dérange-t-il ? »				
Recherche activement certaines stimulations sensorielles sans but fonctionnel	☒	☐	☐	☒
⓪ Manipule souvent certains objets juste pour leur texture, frotte ou sent des matériaux, observe longuement certains motifs ou lumières ⓪ « Est-ce qu'il vous arrive de toucher ou regarder certains objets de façon répétée juste pour la sensation ? » et/ou « Est-ce qu'il vous arrive de chercher certaines sensations sans but particulier ? »				
Focalise sur certains détails sensoriels inhabituels	☒	☐	☐	☒
⓪ Observe fixement un objet brillant, est gêné par certains bruits ou textures que les autres ne remarquent pas ⓪ « Avez-vous tendance à être très attentif à des détails sensoriels que les autres ne remarquent pas ? » « Est-ce qu'un bruit de mastication ou le contact d'un tissu particulier vous dérange plus que d'autres ? »				
Se montre très sensible ou au contraire indifférent à la douleur / chaleur / faim / froid	☒	☐	☐	☒
⓪ Semble insensible à la douleur ou fortes douleurs pour des choses minimes, ne remarque pas qu'il a froid ou faim, ou s'en plaint très souvent ⓪ « Est-ce qu'on vous dit parfois que vous ne vous rendez pas compte que vous avez mal ? Ou au contraire, que vous êtes très sensible à la douleur ? » « Vous arrive-t-il d'oublier que vous avez faim ou froid ? Ou d'en parler très souvent ? »				
- THEME 5 : LES FONCTIONS COGNITIVES -				
Nous recherchons des difficultés dans les fonctions exécutives ayant un retentissement sur la vie quotidienne.				
Difficulté de flexibilité mentale (adapter son comportement face à l'imprévu)	☒	☐	☐	☒
⓪ Ne sait pas quoi faire si le produit habituel n'est pas disponible, renonce à l'achat sans alternative. ⓪ « Que faites-vous si ce que vous aviez prévu ne se passe pas comme prévu ? Par exemple, si ce que vous vouliez acheter n'est plus disponible ? » ou « Racontez-moi une situation où quelque chose ne s'est pas passé comme prévu. Qu'avez-vous fait ? »				
Difficulté à planifier ou anticiper des actions simples	☒	☐	☐	☒
⓪ Ne parvient pas à organiser une sortie, à faire une liste de courses ou à gérer son emploi du temps. ⓪ « Planifiez-vous vos activités à l'avance ? » « Est-il facile pour vous d'organiser plusieurs tâches dans une même journée ? »				
Inhibition des stratégies inefficaces : persévère dans une stratégie même si elle échoue	☒	☐	☐	☒
⓪ Continue à refaire la même action sans effet, abandonne si la stratégie ne fonctionne pas (ex : si une caisse est fermée, part sans achat) ⓪ « Quand qqch ne fonctionne pas du premier coup, que faites-vous ? Avez-vous tendance à insister ou à chercher une autre solution ? »				
Distractibilité, difficulté à rester concentré à cause de l'environnement	☒	☐	☐	☒
⓪ Perturbé par les stimulations sensorielles, oublie son objectif initial. ⓪ « Si vous êtes dans un lieu animé, est-ce que ça vous empêche de rester concentré ? Oubliez-vous ce que vous étiez en train de faire ? »				
Mémoire de travail réduite (oublis fréquents, difficulté à retenir une consigne ou une séquence)	☒	☐	☐	☒
⓪ Oublie les éléments d'une consigne, perd rapidement le fil d'une tâche, oublie ce qu'il est venu faire. ⓪ « Est-ce que vous avez tendance à oublier ce que vous deviez faire en cours de route ? » « Vous arrive-t-il de perdre le fil en discutant ? » « Est-ce que vous avez du mal à suivre des instructions en plusieurs étapes ? »				
- THEME 6 : LES RITUELS -				
Nous recherchons des séquences d'actions fixes perçues comme devant être exécutées dans un ordre spécifique.				
Suit une routine très précise dans sa vie quotidienne	☒	☐	☐	☒
⓪ Suit un déroulé précis pour les repas, l'hygiène, l'organisation de la journée ; l'imprévu provoque gêne ou irritabilité. ⓪ « Avez-vous des jours fixes pour certaines activités (courses, sport, etc.) ? » « Suivez-vous des routines quotidiennes dans un ordre précis ? Que se passe-t-il si ce n'est pas possible ? » « Votre matinée suit-elle toujours le même déroulement ? »				
Interrompt une activité ou manifeste de la détresse si l'ordre habituel n'est pas respecté	☒	☐	☐	☒
⓪ Peut recommencer une tâche, se bloquer, ou abandonner si un détail change. ⓪ « Est-ce qu'il vous arrive de devoir recommencer ou d'abandonner quelque chose si ce n'est pas fait "comme il faut" ? » et « Que faites-vous si votre routine est modifiée (ex. : plus de dentifrice habituel, changement d'itinéraire) ? »				
Justifie ses routines comme nécessaires ou sécurisantes	☒	☐	☐	☒
⓪ Évoque la routine comme un besoin de contrôle, d'efficacité ou pour éviter l'anxiété. ⓪ « Pourquoi est-ce important pour vous de faire les choses dans cet ordre ? » et « Que ressentez-vous quand une routine est interrompue ? »				

Se dit contraint par ses habitudes (plutôt qu'elles ne relèvent d'un choix ou plaisir)	☒	☐	☒	☐
⌚ Dit ne pas pouvoir faire autrement, même s'il/elle préférerait parfois changer ☐ « Est-ce que vous aimeriez changer certaines habitudes, ou faire autrement ? Qu'est-ce qui vous en empêche ? »				
- THEME 7 : L'IMMUABILITE - Nous recherchons une intolérance au changement et une préférence marquée pour la stabilité				
Présente une forte anticipation des événements à venir, a besoin de tout planifier à l'avance	☒	☐	☒	☐
⌚ Élabore des plannings détaillés, pose de nombreuses questions sur le déroulement des choses. ☐ « Est-ce que vous aimez savoir à l'avance ce qui va se passer ? Faites-vous souvent des plannings ou des listes ? » et « Est-ce que vous aimez les surprises ? »				
Est très inconfortable face à l'imprévu ou aux changements de dernière minute	☒	☐	☒	☐
⌚ Exprime de l'anxiété ou une perte de contrôle quand le programme change soudainement ☐ « Que ressentez-vous quand quelque chose ne se passe pas comme prévu ? » ou « Comment réagissez-vous si quelqu'un modifie vos plans à la dernière minute ? »				
Montre des comportements d'évitement ou d'opposition face au changement	☒	☐	☒	☐
⌚ Refuse certaines activités nouvelles, reporte ou annule, voire s'énerve ou se bloque ☐ « Est-ce que vous avez tendance à refuser ou repousser ce qui est nouveau ou inattendu ? » et « Est-ce que vous vous sentez bien dans les situations nouvelles ? »				
Utilise des stratégies répétitives pour se rassurer ou reprendre le contrôle après un changement	☒	☐	☒	☐
⌚ Ex. : répéter certaines phrases, revérifier, revenir à des routines ☐ « Que faites-vous pour vous sentir mieux quand quelque chose ne se passe pas comme prévu ? »				
- THEME 8 : L'INTERET RESTREINT - Nous recherchons un centre d'intérêt spécifique, parfois inhabituel, sur lequel la personne autiste développe une expertise ou une passion marquée, ce centre peut changer, mais à chaque période, tend à devenir prédominant dans son quotidien.				
A un centre d'intérêt restreint, parfois atypique ou très spécifique	☒	☐	☒	☐
⌚ Exemples : horaires de trains, insectes, marques de voitures, personnages fictifs ☐ « Qu'est-ce qui vous passionne ? » « Y a-t-il un ou des sujets que vous aimez particulièrement, même s'ils sortent un peu de l'ordinaire ? »				
Connaît une grande quantité de détails sur ce ou ces sujets	☒	☐	☒	☐
⌚ Accumule des informations, connaît des faits très précis, corrige les erreurs ☐ « Vous arrive-t-il de connaître plein de choses précises sur un sujet ? Pouvez-vous m'en parler ? »				
Prend du plaisir à parler de ce sujet, parfois de manière intarissable	☒	☐	☒	☐
⌚ Difficulté à s'arrêter, enthousiasme marqué, besoin de partager même si l'autre ne montre pas d'intérêt ☐ « Quand vous parlez de ce sujet, est-ce qu'on vous dit parfois que vous en parlez beaucoup ? »				
Semble peu sensible à l'intérêt manifesté par l'interlocuteur	☒	☐	☒	☐
⌚ Continue à parler malgré les signaux de désintérêt, ne vérifie pas si l'autre suit ☐ « Est-ce que vous vous demandez parfois si l'autre est intéressé quand vous parlez de ce que vous aimez ? »				
Préfère parler d'un seul sujet à la fois et montre une tendance à restreindre ses intérêts	☒	☐	☒	☐
⌚ Ne s'investit que dans un seul domaine à la fois, difficulté à s'intéresser à d'autres sujets ☐ « Vous arrive-t-il d'avoir un sujet de prédilection qui prend beaucoup de place dans votre vie ? »				
- THEME 9 : ATYPIES MOTRICES - Nous recherchons des stéréotypies dans la sphère psychomotrice (maniérismes / posture corporelle).				
Mouvement inhabituel des mains, doigts ou du corps observé actuellement ou rapporté dans l'enfance	☒	☐	☒	☐
⌚ Agitation digitale, battements de mains, balancements, posture figée ou étrange ☐ « Vous sentez-vous souvent raide ou très relâché dans vos mouvements ? » « Avez-vous une manière particulière de marcher ou de vous asseoir ? »				
Postures corporelles perçues comme étranges ou inadaptées	☒	☐	☒	☐
⌚ Position assise rigide ou avachie, maintien corporel atypique dans un contexte social ☐ « Est-ce qu'on vous a déjà dit que vous aviez une manière particulière de vous tenir ou de vous déplacer ? »				
Tendance à être trop peu ou trop tonique dans sa gestuelle ou son maintien	☒	☐	☒	☐
⌚ Manque de coordination motrice, crispation corporelle ou au contraire hypotonie marquée ☐ « Vous sentez-vous souvent raide ou à l'inverse très mou dans vos mouvements ? » et « Avez-vous une façon bien à vous de vous asseoir ou de marcher ? »				
A été perçu-e comme maladroit-e, sans explication médicale claire	☒	☐	☒	☐
⌚ Fait souvent tomber des objets, heurte les coins, difficulté à attraper ou manipuler ☐ « Est-ce que vous vous sentez maladroit ou qu'on vous l'a souvent dit ? ou vous arrive-t-il de souvent faire tomber les choses ? »				

- PARTIE 2 - ENTRETIEN AVEC UN PROCHE

Cette partie s'appuie sur **un entretien avec un proche ayant connu le patient dans l'enfance**. Elle vise à recueillir des **éléments développementaux** en lien avec les critères du TSA, qui ne peuvent pas toujours être rapportés de manière fiable par le patient lui-même. Le questionnaire utilisé est l'**ASDI (Asperger Syndrome Diagnostic Interview)**, un outil standardisé destiné à être rempli par un clinicien au cours d'un entretien avec un proche (avec l'accord du patient). En dessous de chaque item, une **reformulation simplifiée** accompagnée d'un **exemple concret** est proposée, afin d'aider le clinicien à expliquer clairement la question au proche, en cas d'incompréhension. Il y a **20 questions** en tout.

En cas d'impossibilité, et avec l'accord du patient, le questionnaire peut être remis au proche à remplir seul, puis retourné pour relecture.

	OUI	OUI, UN PEU	NON	NON CONNU
DOMAINE 1 : Atteintes sévères des interactions sociales réciproques (égocentrisme important)				
Présente-t-il / elle des difficultés importantes d'interaction avec ses pairs ?	✓ ☐	👉 ☐	✗ ☐	? ☐
① Est-ce qu'il/elle a toujours eu du mal à aller vers les autres ou à avoir des échanges naturels avec des personnes de son âge ? ☞ « Par exemple quand il/elle était enfant, jouait-il/elle seul-e à la récréation? Aujourd'hui, évite-t-il/elle les discussions de groupe? »				
Présente-t-il/elle peu d'intérêt ou un manque d'intérêt à se faire des amis ou à interagir avec ses pairs ?	✓ ☐	👉 ☐	✗ ☐	? ☐
① Avez-vous l'impression qu'il/elle s'intéresse peu aux autres ? Qu'il/elle n'a jamais vraiment cherché à avoir des amis ? ☞ « Il/elle peut dire : "Je n'ai pas besoin d'amis", ou "Les gens m'ennuient" »				
A-t-il/elle des difficultés à se rendre compte des signaux sociaux ?	✓ ☐	👉 ☐	✗ ☐	? ☐
① Est-ce qu'il/elle ne remarque pas quand une personne est mal à l'aise, triste ou énervée ? A-t-il/elle du mal à comprendre les sous-entendus ou le second degré ? ☞ « Il/elle ne comprend pas quand on plaisante, ou ne voit pas quand il faut arrêter de parler »				
Présente-t-il/elle des conduites inappropriées sur le plan social ou émotionnel ?	✓ ☐	👉 ☐	✗ ☐	? ☐
① A-t-il/elle des réactions étranges ou décalées dans les échanges? Parler très fort sans se rendre compte, ou couper souvent la parole? ☞ « Il/elle rit dans des situations sérieuses, ou se met en colère sans que les autres comprennent pourquoi »				
Q1 - Au moins 2 symptômes OUI ou OUI, UN PEU ?	✓ ☐		✗ ☐	
DOMAINE 2 : Engouement pour un (des) centre(s) d'intérêt restreint(s)				
Existe-t-il un centre d'intérêt ou un intérêt spécifique qui lui prend beaucoup de temps, au point que le temps pour d'autres activités s'en trouve très réduit ?	✓ ☐	👉 ☐	✗ ☐	? ☐
① Est-ce qu'il/elle passe beaucoup (trop) de temps sur un sujet ou une activité précise, sans se lasser ? ☞ « Par ex, il/elle peut passer des heures à lire sur les trains, les dinosaures, ou jouer au même jeu vidéo, sans faire autre chose. »				
Ses centres d'intérêt ou son intérêt spécifique présentent-ils un caractère restreint ?	✓ ☐	👉 ☐	✗ ☐	? ☐
① Est-ce que ce sont des sujets très précis, pas toujours ceux que les autres partagent ? ☞ « Il/elle aime un sujet très pointu comme les horaires de bus, les plaques d'immatriculation ou un seul chanteur. »				
Ses centres d'intérêt sont-ils basés sur la mémoire de ce qui est appris par cœur, plutôt que sur leur sens réel ?	✓ ☐	👉 ☐	✗ ☐	? ☐
① Est-ce qu'il/elle apprend plein d'infos sur un sujet mais sans vraiment comprendre à quoi ça sert ? ☞ « Il/elle peut réciter plein de dates historiques ou de noms de Pokémon, mais sans en discuter vraiment. »				
Q2 - Au moins 1 symptôme OUI ou OUI, UN PEU ?	✓ ☐		✗ ☐	
DOMAINE 3 : Imposition de routines, rituels et intérêts				
Essaie-t-il / elle d'introduire et de s'imposer des routines, rituels ou intérêts à tel point que cela pose des problèmes pour lui-même / elle-même ?	✓ ☐	👉 ☐	✗ ☐	? ☐
① Est-ce qu'il/elle a des habitudes très strictes et devient stressé(e) ou agacé(e) si on change quelque chose ? ☞ « Il/elle veut toujours s'asseoir à la même place à table ou suivre le même chemin pour aller à l'école. Si on change, il/elle s'énerve »				
Essaie-t-il / elle d'introduire ou de s'imposer des routines, rituels ou intérêts à tel point que cela pose des problèmes pour les autres ?	✓ ☐	👉 ☐	✗ ☐	? ☐
① Est-ce qu'il/elle oblige les autres à suivre ses propres routines, ou que ses habitudes sont envahissantes pour l'entourage ? ☞ « Il/elle impose qu'on regarde les mêmes vidéos, qu'on fasse les choses dans un certain ordre. Il/elle interrompt les autres s'ils font autrement. »				
Q3 - Au moins 1 symptôme OUI ou OUI, UN PEU ?	✓ ☐		✗ ☐	

DOMAINE 4 : Particularités de la parole ou du langage				
Le développement de son langage a-t-il été retardé ?	☒	☐	☐	☐
⓪ A-t-il/elle parlé plus tard que les autres enfants ? Les premiers mots ou phrases sont-ils arrivés tard ? Ⓛ « Il/elle n'a dit ses premiers mots qu'après 2 ans, ou ne faisait pas de phrases à 3 ans. »				
Son langage est-il "superficiellement parfait" : riche, élaboré, avec parfois des tournures compliquées, mais avec des difficultés pour comprendre les autres ?	☒	☐	☐	☐
⓪ Est-ce qu'il/elle utilise des mots compliqués ou parle comme un adulte, mais ne comprend pas toujours ce qu'on lui dit ? Ⓛ « Il/elle utilise des mots très soutenus comme "ceci étant" ou "néanmoins", mais ne comprend pas quand on lui parle de façon simple. »				
Son langage est-il "sonné", pédant ou "trop adulte" ?	☒	☐	☐	☐
⓪ Est-ce qu'il/elle parle d'une façon un peu étrange, trop sérieuse ou trop formelle pour son âge ? Ⓛ « Il/elle parle comme un présentateur télé ou comme s'il/elle récitait une leçon. »				
Y a-t-il des caractéristiques de sa voix que vous trouvez particulières ou inhabituelles ?	☒	☐	☐	☐
⓪ Est-ce que sa voix est monotone, très aiguë, trop forte, ou que le rythme ou l'intonation sont étranges ? Ⓛ « Il/elle parle toujours très fort, ou au contraire tout doucement, ou met l'intonation "à côté" dans les phrases. »				
Présente-t-il / elle des troubles de compréhension (notamment contresens, prise au pied de la lettre) ?	☒	☐	☐	☐
⓪ Est-ce qu'il/elle prend tout au premier degré, ou comprend mal les blagues, l'ironie ou les expressions ? Ⓛ « Si on dit "il pleut des cordes", il/elle regarde par la fenêtre pour chercher des cordes. »				
Q4 - Au moins 3 symptômes OUI ou OUI, UN PEU ?	☒	☐	☒	☐
DOMAINE 5 : Troubles de la communication non verbale				
Fait-il / elle un usage limité des gestes ?	☒	☐	☐	☐
⓪ Est-ce qu'il/elle utilise peu les mains ou le corps pour accompagner ce qu'il/elle dit ? Ⓛ « Il/elle ne fait presque jamais de gestes pour dire bonjour, montrer quelque chose, ou accompagner une explication. »				
Ses gestes sont-ils embarrassés, gauches, maladroits, étranges ou inhabituels ?	☒	☐	☐	☐
⓪ Est-ce que ses gestes vous paraissent bizarres, décalés ou mal coordonnés ? Ⓛ « Quand il/elle montre quelque chose, c'est maladroit, ou il/elle bouge les bras d'une façon étrange. »				
Ses expressions faciales sont-elles plutôt limitées à un petit répertoire ?	☒	☐	☐	☐
⓪ Est-ce que son visage change peu quand il/elle parle ou ressent quelque chose ? Ⓛ « Il/elle garde souvent le même visage, même en parlant de choses tristes ou drôles. »				
Son expression générale (y compris faciale) est-elle parfois inappropriée ?	☒	☐	☐	☐
⓪ Est-ce qu'il/elle sourit ou rit dans des moments où ce n'est pas adapté ? Ⓛ « Il/elle rigole parfois quand quelqu'un parle de quelque chose de grave ou ne montre aucune réaction dans des situations émouvantes. »				
Son regard est-il distant, étrange, particulier, anormal ou bizarre ?	☒	☐	☐	☐
⓪ Est-ce qu'il/elle regarde peu dans les yeux, ou au contraire fixe trop intensément, ou a un regard difficile à soutenir ? Ⓛ « Il/elle fuit souvent le regard, ou alors fixe les gens de manière intense ou bizarre. »				
Q5 - Au moins 1 symptôme OUI ou OUI, UN PEU ?	☒	☐	☒	☐
DOMAINE 6 : Maladresse motrice				
A-t-il / elle été remarqué(e) comme fonctionnant mal sur le plan psychomoteur lors des évaluations soit dans le passé ou actuellement ?	☒	☐	☐	☐
⓪ Est-ce qu'on vous a déjà dit qu'il/elle était maladroit(e), qu'il/elle bougeait "bizarrement" ou qu'il/elle avait du mal avec des gestes du quotidien ? Ⓛ « Il/elle tombe souvent, a du mal à rattraper un ballon, ou à boutonner une chemise. » « Il/elle a marché tard, ou on a eu des remarques à l'école sur sa manière d'écrire ou de courir. »				
Q6 - Au moins 1 symptôme OUI ou OUI, UN PEU ?	☒	☐	☒	☐

Si les réponses "OUI" ont été cochées aux questions de synthèse des 6 domaines (Q1 à Q6), alors le test est en faveur d'un trouble du spectre autistique sans déficience intellectuelle. Cette évaluation contribue à l'argumentaire diagnostique, mais ne peut se suffire à elle seule : elle s'intègre dans une **appréciation clinique globale**, tenant compte de l'ensemble du parcours développemental et du fonctionnement actuel de la personne.

- ANNEXE A - ZOOM DSM

Cette annexe n'est **pas un questionnaire**, mais un **support clinique** pour éclairer le raisonnement diagnostique. Elle permet de relire les critères du **DSM-5** à la lumière des **éléments recueillis pendant l'évaluation**. Les manifestations doivent être **cliniquement significatives**, présentes **depuis l'enfance (même si atténuées)**, et non mieux expliquées par un autre trouble.

Critères		Manifestations possibles 	Illustration 	
Critère A : Déficiences persistantes de la communication et des interactions sociales				
A1	Déficit de la réciprocité sociale et émotionnelle	Tendance à éviter ou écouter les conversations dites “ superficielles ” (small talk), souvent jugées confuses, peu intéressantes ou épuisantes.	Une personne peut très bien converser sur un sujet qui la passionne, mais être en grande difficulté pour parler de tout et de rien. Elle peut paraître froide ou peu empathique dans un échange social classique, mais se montrer chaleureuse et engagée dans un dialogue autour d'un intérêt partagé, en particulier avec une autre personne autiste.	☐
		Difficulté à initier des conversations , à exprimer de l'intérêt ou à maintenir un échange de type “ping-pong” sans aide ou relance .		☐
		Réponses sociales décalées ou absentes (ex. : ne pas demander de nouvelles en retour, ne pas relancer).		☐
		Apparente indifférence émotionnelle , mais souvent liée à un traitement cognitif ralenti ou saturé d'informations sociales à intégrer en temps réel.		☐
		Utilisation de stratégies compensatoires ou de “ scripts sociaux ” permettant de masquer temporairement les difficultés sociales, mais susceptibles de s'effondrer en cas de fatigue ou de surcharge sensorielle . Ces stratégies reposent souvent sur un surinvestissement cognitif dans l'interaction, en particulier chez les personnes qui masquent leurs difficultés (surveillance constante du regard, de la posture, du ton, du contenu verbal et des signaux de l'interlocuteur).		☐
		Anxiété ou inconfort dans les débuts de relation, comme la séduction ou l'amitié naissante.		☐
	Ces difficultés peuvent être partiellement masquées chez des personnes verbales ou ayant un bon niveau d'adaptation sociale. Il est donc essentiel d'explorer la charge cognitive , l' inconfort interne ou la nécessité de routines d'interaction pour maintenir ces échanges.		☐	
A2	Déficit de la communication non verbale	Contact visuel difficile ou évit é (souvent perçu comme gênant, envahissant ou empêchant de se concentrer sur ce qu'on dit).	Un patient peut donner une réponse émotionnelle verbale adaptée mais avec une intonation plate, un visage figé et aucun geste. À l'inverse, il peut aussi sembler “en faire trop” (voix théâtrale, mimiques intenses) de manière peu naturelle ou répétitive.	☐
		Expressions du visage peu nuancées ou peu congruentes avec ce qui est dit (ex. : visage figé ou sourire inadéquat).		☐
		Gestes pauvres ou désynchronisés par rapport au discours (ex. : ne montre pas du doigt, ne hoche pas la tête, posture rigide ou décalée).		☐
		Difficultés à moduler la voix (ton, volume, rythme ou intonation), ce qui donne parfois une impression de monotonie , d' exagération ou d' inadéquation émotionnelle.		☐
		Certains peuvent imiter ou surjouer les signaux sociaux appris (sourire à tout moment, cligner exagérément des yeux, ton exagérément dramatique, etc.), notamment chez les personnes avec “haut niveau de camouflage”.		☐
	Chez certaines personnes, ces signes sont masqués par des stratégies conscientes (camouflage social), en particulier celles ayant appris à observer et reproduire les signaux non verbaux. Ces efforts peuvent être cognitivement épuisants , et l' inadéquation réapparaît souvent en cas de fatigue ou de relâchement du contrôle volontaire .		☐	
A3	Déficiences du développement, du maintien et de la compréhension des relations	Peu ou pas d'initiative relationnelle : difficulté à aller spontanément vers les autres pour créer ou entretenir des liens, même s'il existe un désir de relation.	Un patient peut dire qu'il n'a pas d'amis car "personne ne l'aime", ou au contraire qu'il considère comme "meilleurs amis" des personnes croisées deux fois avec qui il a partagé une passion. Il peut aussi mal comprendre les règles d'un jeu coopératif ou être perçu comme "autoritaire" dans un projet de groupe.	☐
		Interactions sociales inadaptées ou rigides : comportement trop familier ou, au contraire, distant dans des contextes nécessitant des codes sociaux spécifiques (ex. : attitude enfantine ou intrusive lors d'un entretien professionnel).		☐
		Relations amicales atypiques ou unilatérales : difficulté à comprendre ce qu'implique une relation réciproque ; relations souvent centrées sur un intérêt commun, ou vécues comme absolues (soit « ami », soit « ennemi »)...		☐
		Absence ou pauvreté des jeux partagés ou imaginatifs dans l'enfance : difficultés à construire un imaginaire commun, à adapter les rôles, ou à jouer selon des règles souples et partagées.		☐
		Difficulté à ajuster son comportement au contexte : par exemple, parler à un adulte comme à un enfant, ne pas distinguer les registres selon la situation (famille, travail, relation d'autorité).		☐
		Problèmes de compréhension des règles implicites : ne pas saisir pourquoi une remarque est déplacée, pourquoi un comportement gêne, ou insister pour suivre des règles de manière rigide.		☐
	Ce critère n'exclut pas la présence de relations entre personnes autistes. De nombreux adultes avec TSA peuvent créer des liens dans des contextes spécifiques sans que cela invalide les difficultés observées ailleurs. Les comportements doivent être interprétés à la lumière du développement, du milieu culturel, et du fonctionnement global.		☐	

Les critères A1, A2 et A3 doivent tous être présents. Pour chaque sous-critère, **une seule ligne clairement cochée avec des exemples cliniques probants** suffit à le considérer comme rempli. Mais attention :

- Ne pas cocher sur de simples impressions générales ou vagues et vérifier que la manifestation est **persistante** (présente dès l'enfance, même si elle s'est atténuée ou masquée aujourd'hui),
-  **Prendre en compte le camouflage social** : certains patients ont appris à masquer leurs difficultés en imitant ou en compensant (sourires automatiques, regard forcé, "scripts sociaux", etc.). Cela peut donner une impression trompeuse de fluidité sociale alors qu'il s'agit d'un effort coûteux, non spontané. Ces stratégies ne doivent pas faire sous-estimer la réalité des troubles.

 **L'objectif est qualitatif** : il vaut mieux un **signe bien décrit, clair et impactant**, qu'une addition de manifestations légères ou floues.

Critère B : Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités				
B1	Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de	Mouvements répétitifs : battre des mains, se balancer, marcher en rond, secouer les mains ou les doigts...	Un enfant peut passer des heures à aligner ses petites voitures ou tourner une roue.	☐
		Langage répétitif : écholalie, répétition immédiate ou différée de mots entendus, utilisation de «toi» pour parler de soi, utilisation stéréotypée de mots, de phrases ou de modes prosodiques.	Un adulte peut se balancer en cas de stress ou réciter en boucle des répliques de films.	☐
		Utilisation inhabituelle d'objets : aligner des jouets, trier par couleurs ou formes, collectionner des objets de manière rigide, sans les utiliser pour leur fonction première.	Un adolescent peut se rassurer en classant méthodiquement ses objets ou en répétant à voix basse certains mots en marchant.	☐
		Chez l'adulte, cela peut prendre la forme de collections très organisées, d'obsession pour le rangement ou de routines mentales rigides (ex : "je dois recompter trois fois mes clés avant de sortir").		☐
	Ces comportements ne sont pas "bizarres" ou inutiles : ils ont souvent une fonction régulatrice, permettent de se concentrer, de s'apaiser ou d'organiser un monde trop flou ou imprévisible. Les supprimer sans alternative peut causer un grand mal-être.			
B2	Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines	Routines rigides et préférence pour l'identique : besoin de faire les choses toujours de la même manière (chemin, ordre, horaire) et tendance à choisir systématiquement les mêmes vêtements, aliments ou activités. Ces répétitions offrent des repères sécurisants et prévisibles.	Un adulte peut faire chaque matin la même routine dans le même ordre, et être très irrité ou bloqué si on le dérange. Un enfant peut se mettre en crise si on déplace ses jouets ou si une sortie prévue est annulée.	☐
		Rituels personnels ou sociaux : toujours dire bonjour de la même manière, avoir des phrases rituelles pour commencer ou terminer une interaction, gestes toujours identiques dans certaines situations.	Certains adolescents peuvent être déstabilisés si un enseignant change leur place en classe sans prévenir.	☐
		Intolérance au changement : détresse excessive ou désorganisation lors d'un imprévu ou d'un changement de programme (même mineur), que ce soit un objet déplacé, un emploi du temps modifié, un plat différent ou un trajet alternatif.		☐
	Ces routines ne sont pas juste des "petites habitudes" : elles jouent un rôle d'ancrage majeur, permettant de compenser l'imprévisibilité de l'environnement. Les rompre sans ménagement peut déclencher de l'anxiété, voire une désorganisation importante.			
B3	Intérêts restreints, d'intensité ou de focalisation anormales	Centres d'intérêt spécifiques et envahissants : intérêt intense pour un ou plusieurs sujets restreints ou atypiques (ex. : les horloges, les catastrophes naturelles, une série, un personnage, un système de classement, etc.). La personne connaît une quantité énorme de faits ou de détails sur ce sujet.	Un adulte peut lire pendant des heures sur un sujet comme les volcans, les structures métalliques ou les civilisations antiques, et vouloir en parler à tout moment. Un enfant peut rejouer encore et encore les mêmes scènes d'un dessin animé. Un adolescent peut être passionné par une cause (écologie, droit animal, etc.) au point que cela structure toute son identité.	☐
		Envie de partager ces savoirs : besoin de parler souvent (voire exclusivement) de ce sujet, sans se rendre compte si l'interlocuteur est intéressé ou non (parfois appelé "info-dumping").		☐
		Lien social basé sur l'intérêt : plus à l'aise pour interagir avec les autres si le sujet du centre d'intérêt est partagé.		☐
	Certains intérêts restreints sont socialement valorisés (musique, animaux, cause humanitaire, psychologie, etc.), en particulier chez les filles autistes, ce qui peut masquer leur caractère excessif ou exclusif. Ce n'est pas tant le contenu de l'intérêt qui est atypique, mais sa quantité, sa centralité et son intensité émotionnelle.			
B4	Hyper ou hypo réactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt	Hypersensibilité : forte gêne ou douleur provoquée par des sons (ex. : bruits de bouche, aspirateur. Il ne s'agit pas d'une misophonie isolée - intolérance aux bruits générés par l'autre - par ex : bruit de mastication - mais d'une hypersensibilité sensorielle plus étendue.), la lumière, certaines textures (vêtements, étiquettes), des odeurs (produits ménagers, parfums), le toucher léger ou inattendu.	Une personne peut ne pas supporter les vêtements avec coutures, éviter d'être touchée même par ses proches, ou au contraire ne pas remarquer qu'elle s'est fait mal. Elle peut aussi passer un temps important à regarder des reflets de lumière sur une surface, ou à caresser des textures douces.	☐
		Hyposensibilité : semble ne pas sentir certains stimuli – ne réagit pas à la douleur, au froid, ou aux odeurs fortes ; peut rechercher des sensations fortes pour compenser (par exemple se balancer, appuyer fort sur le corps, chercher des aliments très épicés).		☐
		Comportements sensoriels particuliers : renifler les objets, toucher systématiquement certaines matières, observer longuement des jeux de lumière ou des motifs visuels (ex. : regarder fixement des mouvements d'eau ou de ventilateur).		☐
	Ces particularités sensorielles sont extrêmement fréquentes chez les personnes autistes, et parfois sous-estimées. Elles peuvent fortement impacter la vie quotidienne, y compris la capacité à rester en classe, à faire les courses ou à tolérer les soins médicaux.			
Au moins 2 sous-critères doivent être présents. Pour chaque sous-critère, une seule ligne clairement cochée avec des exemples cliniques probants suffit à le considérer comme rempli.				

- ANNEXE B -

LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS ET/OU ASSOCIES

Le TSA sans déficience intellectuelle partage des traits avec d'autres troubles, ce qui rend son repérage à l'âge adulte parfois difficile. Certains tableaux peuvent l'**imiter**, d'autres **coexister** avec lui.

💡 **Clé clinique** : les signes du TSA sont **précoces**, **stables** et **présents dans divers contextes**. Le diagnostic repose sur une **convergence de signes**, leur **ancienneté**, leur **retentissement**, et leur **spécificité**.

- TROUBLES DU NEURODEVELOPPEMENT, A EXPLORER SYSTEMATIQUEMENT -

Points communs avec les TSA	Différenciation
Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH)	
Difficultés attentionnelles, impulsivité verbale, maladroresses sociales, comportements inadaptés.	Dans le TDAH, les difficultés sociales sont secondaires (inattention, impulsivité) mais l'intention sociale est généralement préservée . Le regard est évité par distracted ou anxiété , mais pas par défaut de réciprocité. La communication non verbale reste accessible , même si mal ajustée.
Trouble du développement intellectuel (TDI)	
Retards de développement, difficultés d'adaptation, limitations dans la communication.	Dans le TDI, les difficultés sociales et de communication sont généralement proportionnelles au niveau global de fonctionnement intellectuel. En revanche, dans le TSA sans déficience, les difficultés sociales sont qualitatives (déficit de réciprocité, rigidité, etc.) et ne s'expliquent <u>pas</u> uniquement par une limitation cognitive .
Troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie...)	
Isolement social secondaire, décrochage scolaire, anxiété de performance.	Les troubles des apprentissages affectent des domaines ciblés (lecture, écriture, calcul), sans atteinte globale de la réciprocité sociale ou de la flexibilité comportementale. Ces patients n'ont <u>pas</u> de particularités dans les interactions sociales dès l'enfance.
Troubles développementaux de la coordination (TDC / dyspraxie)	
Maladresse, difficulté dans les activités de la vie quotidienne, retrait social secondaire.	Les difficultés sont principalement motrices et visuo-spatiales . Le repli peut être <u>réactionnel</u> à ces limitations, mais la communication non verbale, la réciprocité sociale et la compréhension des codes sociaux sont globalement préservées .
Troubles du langage oral (dysphasie / trouble développemental du langage)	
Difficultés d'interaction, retrait social, trouble de la communication.	Ces troubles affectent les aspects formels du langage (phonologie, syntaxe, lexique) mais sans altération intrinsèque de la réciprocité sociale ou des intérêts restreints. <u>Dans le TSA</u> , les troubles de la communication sont pragmatiques , liés à l'ajustement à l'autre, au contexte , et à la compréhension des implicites .

- AUTRES TABLEAUX CLINIQUES FREQUEMMENT CONFONDUS OU ASSOCIES -

Troubles anxieux (phobie sociale, anxiété généralisée, etc.)	
Évitement du lien social, inhibition dans les interactions.	Dans l'anxiété, l'évitement repose sur la peur du jugement , avec une conscience du caractère problématique. <u>Dans le TSA</u> , il y a souvent un défaut d'accès intuitif à la réciprocité , et les difficultés sont présentes <u>dès l'enfance</u> , y compris en dehors de situations évaluées comme stressantes.
Troubles dissociatifs / psycho-traumatismes	
Retrait, hypervigilance, hypo-affectivité, rigidité.	Ces troubles s'inscrivent dans une histoire de rupture, de trauma , et peuvent se manifester de façon discontinue . <u>Dans le TSA</u> , les altérations sont stables, développementales et présentes dès l'enfance .
Troubles des conduites alimentaires (notamment anorexie mentale restrictive)	
Rigidité, traits obsessionnels, centration sur des routines.	Dans l'anorexie, les comportements sont orientés vers le contrôle de l'image corporelle . Les préoccupations sont généralement partagées par le patient. <u>Dans le TSA</u> , les routines sont plus larges, désocialisées , et non centrées sur le corps .
Schizophrénie (formes précoces ou atypiques)	
Retrait social, bizarreries comportementales ou langagières.	Dans la schizophrénie, il existe souvent une rupture avec un état antérieur , une désorganisation cognitive ou affective , et des symptômes positifs (idées délirantes, hallucinations). L'évolution est plus fluctuante . <u>Dans le TSA</u> , la trajectoire est continue et les particularités sont précoces .
Troubles de la personnalité (notamment borderline, évitante, schizoïde...)	
Instabilité relationnelle, retrait, rigidité.	Dans les troubles de la personnalité, l' expression émotionnelle est souvent conservée ou fluctuante , avec des conflits/quêtes identitaires . <u>Le TSA</u> se caractérise plutôt par une expressivité réduite , une stabilité relative du fonctionnement, et des particularités développementales stables.

Haut Potentiel Intellectuel (HPI)

⚠ Le HPI **n'est pas un trouble**, mais un **profil cognitif**. Il peut être exploré en cas de fonctionnement atypique ou de décalage avec les pairs.

Isolement, langage élaboré, hyper-focalisation sur certains sujets.	Le HPI ne s'accompagne <u>pas</u> d'altérations qualitatives de la communication non verbale ni de réciprocité sociale altérée dès l'enfance. Ce sont des personnes qui fonctionnent « trop bien ». Les difficultés relationnelles relèvent d'un décalage intellectuel plutôt que d'une incompréhension des codes sociaux . En l'absence de rigidité comportementale, de routines envahissantes ou de particularités sensorielles marquées, le profil ne relève pas d'un TSA (dans lequel le fonctionnement est altéré). Le HPI peut toutefois coexister avec d'autres troubles (TDAH, troubles « dys », anxiété), ce qui peut complexifier l'évaluation.
---	---

- ANNEXE C -

GRILLE D'OBSERVATION PRATIQUE

Cette grille permet d'évaluer la qualité de l'interaction sociale en situation clinique. Elle s'appuie sur l'observation directe du patient. À remplir pendant ou immédiatement après l'entretien, en notant les éléments spontanément observés. Les items peuvent être pré-remplis si certaines informations sont déjà connues, pour concentrer l'échange sur les zones à explorer.

	OBSERVÉ	NON OBSERVÉ	INCERTAIN	COMMENTAIRES / EXEMPLES		
- CONVERSATION FLUIDE -						
Échange conversationnel « ping-pong » (4 tours minimum)	☒	☐	☐			
① Évalue la capacité de l'échange à se construire sur plusieurs tours de parole sans relance forcée. Exemple : Vous posez une question, la personne répond, commente, et vous répondez à son commentaire. Astuce : initiez une conversation informelle en début d'entretien (ex. activité professionnelle, passions, quotidien). Évaluez si le patient relance naturellement ou si vous portez seul la dynamique d'échange.						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> INTERACTION FLUIDE Médecin : « Et en ce moment, vous faites quoi dans la vie ? » Patient : « Je suis éducateur, mais là je suis en arrêt. » Médecin : « Ah, dans quel type de structure ? » Patient : « Un foyer pour jeunes en difficulté. C'est prenant, mais j'adore ça. » Médecin : « Vous avez l'air d'y être très investi. » Patient : « Oui, même si ça me manque un peu. » </td><td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> INTERACTION LIMITÉE Médecin : « Et en ce moment, vous faites quoi dans la vie ? » Patient : « Rien. » Médecin : « Vous travaillez ? Vous avez déjà travaillé ? » Patient : « Oui. » Médecin : « Dans quel domaine ? » Patient : « Informatique. » </td></tr> </table>					INTERACTION FLUIDE Médecin : « Et en ce moment, vous faites quoi dans la vie ? » Patient : « Je suis éducateur, mais là je suis en arrêt. » Médecin : « Ah, dans quel type de structure ? » Patient : « Un foyer pour jeunes en difficulté. C'est prenant, mais j'adore ça. » Médecin : « Vous avez l'air d'y être très investi. » Patient : « Oui, même si ça me manque un peu. »	INTERACTION LIMITÉE Médecin : « Et en ce moment, vous faites quoi dans la vie ? » Patient : « Rien. » Médecin : « Vous travaillez ? Vous avez déjà travaillé ? » Patient : « Oui. » Médecin : « Dans quel domaine ? » Patient : « Informatique. »
INTERACTION FLUIDE Médecin : « Et en ce moment, vous faites quoi dans la vie ? » Patient : « Je suis éducateur, mais là je suis en arrêt. » Médecin : « Ah, dans quel type de structure ? » Patient : « Un foyer pour jeunes en difficulté. C'est prenant, mais j'adore ça. » Médecin : « Vous avez l'air d'y être très investi. » Patient : « Oui, même si ça me manque un peu. »	INTERACTION LIMITÉE Médecin : « Et en ce moment, vous faites quoi dans la vie ? » Patient : « Rien. » Médecin : « Vous travaillez ? Vous avez déjà travaillé ? » Patient : « Oui. » Médecin : « Dans quel domaine ? » Patient : « Informatique. »					
- GESTES ASSOCIES A LA PAROLE -						
Gestes descriptifs	☒	☐	☐			
① Gestes qui symbolisent ou illustrent un objet ou un évènement - Ex : Le patient parle de bricolage et mime avec ses mains le geste de visser ou découper. Astuce : Lors d'une question sur le vécu corporel ou émotionnel, observez s'il utilise ses mains pour illustrer (ex : "comment ça se manifeste dans votre corps ?").						
Gestes conventionnels	☒	☐	☐			
① Gestes socialement codés, intégrés aux interactions. - Ex : Faire un signe de tête pour saluer ou applaudir spontanément. Astuce : Observez l'initiative de salutation, la réponse à vos gestes (ex. vous tendez la main), ou les réactions sociales spontanées en début/fin de cs.						
Gestes instrumentaux	☒	☐	☐			
① Utilisés pour influencer ou guider (montrer, désigner). - Ex : pointe une chaise en disant « Je peux m'asseoir là ? » Astuce : Lorsque la personne décrit son environnement, une organisation ou un enchaînement d'actions (ex. : cuisiner, faire ses lacets), observez si elle accompagne spontanément ses propos de gestes directionnels ou illustratifs.						
Gestes emphatiques	☒	☐	☐			
① Accompagnent l'expression verbale pour souligner ou rythmer. - Ex : Mains qui accompagnent le ton du discours, haussement d'épaules pendant un récit. Astuce : Lorsque vous laissez le patient s'exprimer librement (ex. « racontez-moi ce qui vous amène »), regardez s'il gestualise naturellement pour ponctuer ou soutenir son propos.						
- TONUS POSTURAL -						
Posture raide ou rigide	☒	☐	☐			
① Posture figée, peu naturelle, manquant de souplesse. - Ex : Le patient reste droit sans varier la position pendant l'entretien.						
Changements fréquents de position	☒	☐	☐			
① Agitation corporelle ou inconfort visible. - Ex : Le patient s'agite, change de position, se balance sur sa chaise						
- CONTACT VISUEL -						
Regard fuyant	☒	☐	☐			
① Évitement du regard ou, au contraire, regard fixe et prolongé. - Ex : Ne regarde jamais dans les yeux.						
Regard transperçant	☒	☐	☐			
① Regard fixe et prolongé. - Ex : Le patient fixe intensément sans clignement ni détour.						
Absence de modulation	☒	☐	☐			
① Regard inadapté au contexte social : trop fuyant, trop fixe, ou mal synchronisé avec l'échange (absence de clins d'œil, de variations expressives, ou de coordination avec les émotions partagées). - Ex : Ne regarde pas aux moments clés (ex. silence, émotion, humour). Astuce : Vous pouvez ponctuellement soutenir le regard sans insistance pour évaluer sa réponse.						

- EXPRESSIONS FACIALES -

Visage expressif / émotion visible	✓ ☐	✗ ☐	? ☐	
① Capacité à exprimer les émotions avec le visage de façon compréhensible.				
Concordance émotion / discours	✓ ☐	✗ ☐	? ☐	
① Cohérence entre le discours émotionnel et le visage. - Ex : Raconte un événement triste avec un visage neutre, sans expression.				

- COMMUNICATION SOCIALE RECIPROQUE -

Bavardage social / remarques d'ajustement	✓ ☐	✗ ☐	? ☐	
① Comportements spontanés visant à maintenir une atmosphère sociale fluide, sans visée informative ni nécessité contextuelle. Exemple : « Je ne pensais pas qu'il ferait si chaud aujourd'hui » ou « Vous avez une déco sympa dans ce bureau » 💡 Astuce : Posez une question simple puis laissez un espace naturel dans l'échange. Observez si le patient initie spontanément un commentaire social ou une remarque légère, non directement liée à votre question.				
Réaction face aux silences	✓ ☐	✗ ☐	? ☐	
① Capacité à réagir à un moment de silence ou de suspension de l'échange. Un patient socialement à l'aise cherchera à relancer, combler ou commenter ces blancs pour maintenir le lien. Exemple : « Euh... sinon... je voulais aussi vous dire... », « C'est bizarre, ce silence. » ou repose une question ou rebondit sans sollicitation. 💡 Astuce : Laissez volontairement un blanc de quelques secondes après une réponse. Observez si le patient réagit en relançant l'échange ou reste dans une posture d'attente passive ou inconfortable.				
Réaction à la situation de « l'objet préféré »	✓ ☐	✗ ☐	? ☐	
① Observation de la réciprocité sociale dans une divergence d'opinion mineure. Exemple : après avoir demandé « Quel est votre objet préféré dans ce bureau ? », dites que ce n'est pas le vôtre. Le patient rebondit, s'intéresse à votre choix, justifie son opinion 💡 Astuce : Posez la question telle quelle. Après la réponse, réagissez par une contradiction légère (« Ah, moi j'aurais dit autre chose ») pour observer s'il entre dans un échange ou reste figé sur sa réponse.				
Réaction à la recherche de point commun	✓ ☐	✗ ☐	? ☐	
① Capacité à entrer dans une connivence sociale par le partage ou la recherche de similitude. Exemple : Le praticien mentionne un goût, une activité ou une expérience personnelle proche de celle du patient. Le patient relève cette ressemblance, s'y engage ou relance avec enthousiasme (« Moi aussi j'adore ça », « Ah, vous aussi vous faisiez ça ? »). 💡 Astuce : Mentionnez spontanément un point commun avec le patient (« J'ai aussi travaillé en foyer / Je suis aussi fan de randonnée »), ou suggérez-en un de manière légère. Observez s'il y a engagement affectif, relance ou réaction sociale partagée. Une absence totale de rebond peut traduire une difficulté dans les codes implicites de l'affiliation sociale.				
Réaction face à l'humour	✓ ☐	✗ ☐	? ☐	
① Capacité à reconnaître ou répondre à une remarque sur le ton de l'humour, même modéré. Exemple : sourire, rire, relancer sur le même ton ou commenter l'intention humoristique. 💡 Astuce : Glissez une remarque humoristique simple ou bienveillante, par exemple un jeu de mots, une remarque complice ou un léger second degré : « Vous êtes mieux organisé que moi, je vais prendre exemple ! »				
Prosodie inhabituelle	✓ ☐	✗ ☐	? ☐	
① Voix perçue comme atypique : intonation monotone, débit haché ou rapide, mélodie peu expressive ou décalée par rapport au contenu émotionnel. Exemple : On lui demande parfois s'il/elle est d'origine étrangère en raison de sa manière de parler, ou l'on note une voix perçue comme « étrange », « robotique », « chantante » ou « monocorde ». 💡 Astuce : Soyez attentif aux remarques spontanées sur la manière de parler, ou aux retours du patient sur le fait qu'on lui ait souvent fait ce type de commentaire.				
Bonne qualité globale de la communication	✓ ☐	✗ ☐	? ☐	
① La communication est comme un orchestre : ce n'est pas un solo, mais un duo, un trio, voire un quatuor. Elle mobilise plusieurs instruments en même temps : le contenu sémantique, la prosodie, les mouvements du visage, les gestes ou la posture. Lorsqu'ils sont coordonnés et ajustés à l'échange, l'interaction est fluide et harmonieuse. Exemple : Le patient varie son intonation, regarde son interlocuteur, réagit aux signaux non verbaux, accompagne ses paroles de gestes et adapte son comportement à la situation sociale. 💡 Astuce : Lors de l'entretien, observez si vous jouez ensemble ou chacun de votre côté. Quand la communication fonctionne bien, vous avez l'impression d'improviser une partition commune.				