



**CENTRE DE RESSOURCES AUTISME  
ET TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT  
PÔLE ADULTES**

Centre Hospitalier Charles PERRENS  
121, Rue de la BECHADE – CS 81285  
33 076 BORDEAUX Cedex

Adresses MS Santé :

Gironde et Lot-et-Garonne : [poleadultescra-aquitaine@ch-perrens.mssante.fr](mailto:poleadultescra-aquitaine@ch-perrens.mssante.fr)  
Autres départements (40-64-24) : [antennes-cra-aquitaine@ch-perrens.mssante.fr](mailto:antennes-cra-aquitaine@ch-perrens.mssante.fr)



## Questionnaire à remplir par le médecin

**Vous suspectez un trouble du spectre de l'autisme (TSA) sans déficience intellectuelle** chez une personne que vous accompagnez, ou vous êtes sollicité par une personne qui pense présenter ce diagnostic. Chaque demande de diagnostic déposée par la personne concernée au Centre Ressources Autismes (CRA) doit être accompagnée d'un **avis diagnostique circonstancié d'un médecin psychiatre**.

Le CRA a pour vocation de recevoir les **patients en situation complexe**, c'est-à-dire après qu'un avis par un médecin psychiatre ait eu lieu. La rencontre avec un psychiatre permet également un soutien dans ses difficultés en amont et en aval d'une démarche diagnostique quel que soit le diagnostic retenu.

Afin de vous guider dans la démarche diagnostique, nous vous proposons le formulaire suivant. Il est à remplir avec le patient, et si possible un parent ou un proche. Les critères diagnostiques DSM-5 de TSA sont rappelés en page 11.

**La demande sera ensuite étudiée en réunion médicale. Si celle-ci est justifiée, la personne sera ensuite reçue au CRA pour une consultation médicale d'évaluation. Un bilan diagnostique sera éventuellement proposé au décours.**

### Information sur la personne concernée :

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Âge :

Civilité :  F  M  non binaire

Téléphone :

Email :

### Coordonnées du médecin :

NOM :

Adresse :

Téléphone :

Email :

La personne (ou son représentant légal) est-elle informée de la démarche ?  oui  non

## **CIRCONSTANCES DE LA DEMANDE DE BILAN**

### **Evaluation à l'initiative :**

du médecin adresseur       de la personne concernée       d'un proche

d'un autre professionnel de santé, si oui préciser :

### **Motif de la demande de bilan :**

Symptomatologie atypique

Diagnostic différentiel difficile à établir, intrication avec plusieurs autres troubles  
psychiatriques/neurodéveloppementaux

Situation de désaccord diagnostique

Demande par le patient lui-même d'une meilleure compréhension de son fonctionnement

Réévaluation

### **Problématique actuelle principale :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **SITUATION MEDICALE**

**Antécédents familiaux de troubles psychiatriques ou neurodéveloppementaux** (TSA, Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité, Trouble Spécifique des Apprentissages, Trouble du Développement Intellectuel...) :

---

---

---

---

---

---

**Antécédents périnataux** (complications pendant la grossesse ou l'accouchement, consommation de médicaments ou toxiques, réanimation néonatale...) :

---

---

---

---

---

---

**Retard/atypie dans le développement psychomoteur** (langage, motricité, propreté...) :

---

---

---

---

---

**Antécédents somatiques :**

---

---

---

---

---

---

**Antécédents psychiatriques** (diagnostics, suivis, hospitalisations...) :

---

---

---

---

---

---

**Traitement actuel :**

---

---

---

---

---

---

---

---

**SUIVI ACTUEL**

**Suivi psychothérapeutique** (psychiatre, psychologue, CMP, hôpital de jour...) :

Oui  Non si oui, préciser :

---

---

---

---

**Accompagnement par un service médico-social :**

SAMSAH  SAVS  SESSAD  PCPE

---

---

---

---

**Accueil dans un établissement médico-social :**

IME  IMP  IMPro  MAS  FAM  Foyer  ESAT  Accueil temporaire

---

---

---

---

**Autres suivis :**

Orthophoniste  Éducateur spécialisé  Psychomotricien  Ergothérapeute

Autre (médecin spécialiste) :

## HISTOIRE DES TROUBLES

**Les difficultés rapportées sont-elles présentes depuis l'enfance :** Oui Non si oui, préciser :

---

---

---

---

---

**Les parents ou les enseignants se sont-ils inquiétés dans l'enfance** (comportement, socialisation, apprentissages...) :

Oui Non si oui, préciser :

---

---

---

---

---

**Y-a-t-il eu des suivis dans l'enfance** (psychologique, psychiatrique, orthophonique, psychomoteur) :

Oui Non si oui, préciser :

---

---

---

---

---

**A-t-il eu des aménagements de la scolarité** (tiers-temps, PAP, AESH (ex-AVS), ULIS...) :

Oui Non si oui, préciser :

---

---

---

---

---

## **EVALUATION CLINIQUE ACTUELLE**

### 1) Communication sociale

Est-il possible d'avoir une conversation avec la personne concernée ?

Souvent    Parfois    Jamais

Tient-elle compte du point de vue de son interlocuteur ?

Souvent    Parfois    Jamais    Sans objet

Est-elle capable de relancer les échanges ?

Souvent    Parfois    Jamais    Sans objet

Rapporte-t-elle spontanément des informations (association d'idées, citations d'exemples, de propos d'autrui) ?

Souvent    Parfois    Jamais

Cherche-t-elle à partager ses intérêts ?

Souvent    Parfois    Jamais

Le discours est-il principalement factuel littéral, centré sur le concret ?

Souvent    Parfois    Jamais

Utilise-t-elle des gestes pour communiquer (associés ou non au langage) ?

Souvent    Parfois    Jamais

Vous regarde-t-elle quand elle s'adresse à vous ?

Souvent    Parfois    Jamais

Son visage est-il expressif ?

Souvent    Parfois    Jamais

S'exprime-t-elle de façon inhabituelle ?

Souvent    Parfois    Jamais

Préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comprend-elle l'ironie, le second degré, les sous-entendus ?

Souvent    Parfois    Jamais    Sans objet

Est-elle maladroite dans son approche sociale ?

Souvent     Parfois     Jamais

Est-elle isolée socialement ?

Oui     Non

Personnes ressources dans l'entourage : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2) Comportements et intérêts

La personne concernée présente-t-elle des mouvements et / ou une posture inhabituelle ?

Oui     Non

Préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Est-elle attachée à des routines et /ou rituels ?

Oui     Non

Supporte-t-elle bien les changements ?

Souvent     Parfois     Jamais

Quels sont ses centres d'intérêt principaux ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ces intérêts ont-ils un caractère inhabituel et / ou envahissant ?

Oui     Non

La personne présente-t-elle une hypersensibilité sensorielle ? (Information sensorielle perçue avec une intensité envahissante et intolérable pour le sujet, dépassant l'hypersensibilité au bruit ou la lumière retrouvée par exemple dans la dépression ou l'asthénie)

Oui     Non

Préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La personne présente-t-elle une hyposensibilité sensorielle ? (Recherches de stimulation visuelle, olfactive, vestibulaire, tactile, proprioceptive...)

Oui       Non

Préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A-t-elle des difficultés au niveau alimentaire ?

Oui       Non

Préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Présente-t-elle des troubles du sommeil ?

Oui       Non

Préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Certains des symptômes décrits étaient-ils présents dans l'enfance ?

Oui       Non

Préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y-a-t-il une suspicion d'un autre trouble psychiatrique (trouble bipolaire, schizophrénie, trouble anxieux...) ou neurodéveloppemental associé (TDAH, trouble spécifique des apprentissages, Trouble Développementale de la Coordination, Trouble du Développement Intellectuel ?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **RETENTISSEMENT**

La personne rencontre-t-elle des difficultés dans le cadre de son autonomie (vie quotidienne, insertion socio-professionnelle) ?

Oui       Non       Sans objet

Préciser

---

---

---

---

Y-a-t-il un retentissement émotionnel associé ?

Oui       Non

Préciser

---

---

---

---

Dans l'attente du bilan au Centre Ressources Autisme, il est important de réaliser, en fonction de la clinique de votre patient :

- Un bilan de la communication auprès d'un orthophoniste
- Un bilan de l'audition
- Un bilan visuel

Pour finir, merci de compléter la grille ci-jointe (Autism Mental Status Exam, AMSE).

Vous pouvez, si vous le désirez et comprenez l'anglais, vous former rapidement à l'utilisation de l'outil sur internet via le lien suivant : <http://autismmentalstatusexam.com>

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
CONTACT VISUEL (observé)	<input type="checkbox"/> ≥ 3 secondes	<input type="checkbox"/> Fugitif	<input type="checkbox"/> Aucun
INTERET POUR AUTRUI (observé)	<input type="checkbox"/> Initie l'interaction avec l'examineur	<input type="checkbox"/> Répond aux sollicitations seulement	<input type="checkbox"/> Pas d'intérêt
CAPACITES A POINTER (observé)	<input type="checkbox"/> Peut pointer/ designer un objet d'un geste	<input type="checkbox"/> Suit seulement le pointer	<input type="checkbox"/> Aucune
LANGAGE (rapporté et/ou observé)	<input type="checkbox"/> Peut parler d'un autre moment ou lieu	<input type="checkbox"/> Mots isolés <input type="checkbox"/> Associations de mots (≤ 3 mots) <input type="checkbox"/> Phrases simples <input type="checkbox"/> Trouble de l'articulation	<input type="checkbox"/> Non verbal

PRAGMATIQUE DU LANGAGE	<input type="checkbox"/> Non altérée  <input type="checkbox"/> Non applicable	<input type="checkbox"/> Ne respecte pas le tour de parole ou le sujet <input type="checkbox"/> Intonation bizarre ou monotone  <input type="checkbox"/> rapporté <input type="checkbox"/> observé
COMPORTEMENTS REPETITIFS/STEREOTYPIES (rapportés et/ou observés)	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> S'attache à des routines/comportements de type compulsif  <input type="checkbox"/> Stéréotypie motrice ou vocale <input type="checkbox"/> Echolalie <input type="checkbox"/> Discours stéréotypé
PREOCCUPATIONS ENVAHISSANTES OU INHABITUELLES	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Présentes Décrire : <input type="checkbox"/> rapporté <input type="checkbox"/> observé
PARTICULARITES SENSORIELLES	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Sensibilité exagérée <input type="checkbox"/> Tolérance élevée à la douleur  <input type="checkbox"/> rapporté <input type="checkbox"/> observé

**Score total de l'AMSE :**

---

**Cotateur :**

- Auto-formé sur internet via le site                       Formé en présentiel  
 Non formé à l'utilisation de l'outil

**Seriez-vous intéressé par des formations de sensibilisation aux TSA à destination des médecins ?**

- Oui  Non

Fait à :

Le :

Signature et tampon du médecin

## **CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DSM-5 : TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME**

A. Déficiences persistantes de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs ; se référer au texte) [3 critères nécessaires].

1. Déficiences dans la réciprocité sociale ou émotionnelle allant, par exemple d'anomalies de l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre.

2. Déficiences des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, allant, par exemple, d'une intégration déficiente entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à des déficiences dans la compréhension et l'utilisation des gestes, jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale.

3. Déficiences du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs.

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs ; se référer au texte) [au moins 2 critères sur 4 nécessaires].

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (par exemple : stéréotypies motrices simples, activité d'alignement des jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncratiques).

2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (par exemple : détresse extrême provoquée par des changements mineurs, difficulté à gérer les transitions, modes de pensée rigides, ritualisation des formules de salutation, nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).

3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but (par exemple : attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérants).

4. Hyper ou hypo réactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (par exemple : indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques, action de flairer ou toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements).

C. Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

D. Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel social, scolaire / professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global de développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble de spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

**Contacts au CRA Aquitaine pour les consultations pour adultes (selon le lieu d'habitation de la personne concernée) :**

- De Gironde et de Lot-et-Garonne : 05 56 56 67 16 / [poleadultescra.aquitaine@ch-perrens.fr](mailto:poleadultescra.aquitaine@ch-perrens.fr)
- Des Landes et des Pyrénées Atlantiques : 05 56 56 67 39 / [antennes-cra-aquitaine@ch-perrens.fr](mailto:antennes-cra-aquitaine@ch-perrens.fr)
- De la Dordogne : 05 56 56 37 89 / [antennesnord-tfcra@ch-perrens.fr](mailto:antennesnord-tfcra@ch-perrens.fr)

**Rappel de la procédure de demande de diagnostic au CRA**

