

Nom : _____
 Prénom : _____
 Né(e) le : _____
 Date : _____

AUTISME

REPÉRONS LES SIGNES AU PLUS TÔT

L'autisme est un trouble neuro-développemental. Il doit faire l'objet d'un dépistage dès le plus jeune âge. Le rôle du médecin consiste à détecter tout signe évocateur de troubles envahissants du développement.

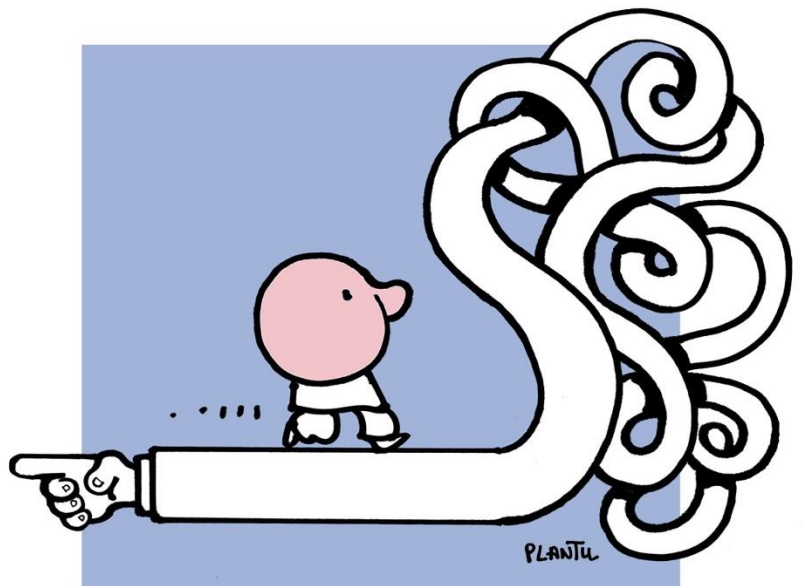
La précocité du repérage du diagnostic et des prises en charge concourt à la réduction des troubles neuro-développementaux de l'enfant.

Souvent, les parents en décèlent les premières manifestations.

Il est essentiel de prendre en considération leurs inquiétudes relatives au niveau de langage, à la qualité des interactions sociales, à d'éventuels antécédents familiaux d'autisme.

Le **M-CHAT R** est un outil de dépistage.

Renseigné par le médecin dans le cadre de la consultation, il aide à accélérer le processus de diagnostic et d'orientation vers des équipes spécialisées en fonction des résultats.



BORDEAUX
 Centre Hospitalier Charles Perrens
 121 rue de la Béchade
 CS81285
 33076 Bordeaux Cedex

MONT DE MARSAN
 Centre hospitalier Sainte Anne
 Maison d'Oze
 996 avenue de nonères
 40024 Mont de Marsan Cedex

PAU
 Centre hospitalier des Pyrénées
 29 avenue du général Léclerc
 64039 PAU Cedex

BERGERAC
 Centre hospitalier Samuel Pozzi
 9 avenue Pr. Albert Calmette
 BP 820
 24108 Bergerac Cedex

BAYONNE
 Centre hospitalier de la côte Basque
 13 avenue de l'interne Jacques Loeb
 BP 8
 64109 Bayonne Cedex

BORDEAUX
 Centre Hospitalier Charles Perrens
 121 rue de la Béchade
 CS81285
 33076 Bordeaux Cedex

AGEN
 Centre hospitalier la Candélie
 Avenue de la candélie
 47480 Pont du Casse

SECRETARIATS PÔLE ENFANTS de 9h à 16h45
Gironde : 05.56.56.67.19
Antennes : 05.56.56.67.39 (Dordogne, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées Atlantiques)
 Un seul email : cra-aquitaine@ch-perrens.fr

Le questionnaire suivant doit être rempli en se basant sur le comportement habituel de l'enfant. Il convient d'essayer de répondre à toutes les questions. Si le comportement est exceptionnel (s'il n'a été observé qu'1 ou 2 fois seulement), il faut répondre à l'item par la négative.

1 Si vous pointez du doigt quelque chose de l'autre côté de la pièce, est-ce que votre enfant le regarde ? par exemple, si vous pointez du doigt un jouet, est-ce que votre enfant regarde le jouet ? *oui / non*

2 Vous êtes-vous déjà demandé si votre enfant était sourd ? *oui / non*

3 Est-ce que votre enfant joue à faire semblant ? par exemple, faire semblant de boire dans une tasse vide, faire semblant de parler au téléphone, faire semblant de donner à manger à une poupée. *oui / non*

4 Est-ce que votre enfant aime grimper sur des choses ? par exemple, jeux d'extérieur, escaliers. *oui / non*

5 Est-ce que votre enfant fait des mouvements inhabituels avec ses doigts près de ses yeux ? par exemple, agite-t-il ses doigts près de ses yeux ? *oui / non*

6 Est-ce que votre enfant pointe du doigt pour demander quelque chose ou obtenir de l'aide ? par exemple, pointer du doigt un goûter ou un jouet hors de sa portée. *oui / non*

7 Est-ce que votre enfant pointe du doigt pour vous montrer quelque chose d'intéressant ? par exemple, pointer du doigt un avion dans le ciel ou un gros camion sur la route. *oui / non*

8 Votre enfant s'intéresse-t-il aux autres enfants ? par exemple, leur sourit-il, va-t-il vers eux ? *oui / non*

9 Est-ce que votre enfant vous montre des choses en vous les apportant, ou en les tenant devant vous pour que vous les voyiez, pas pour obtenir de l'aide mais juste dans un but de partage ? par exemple, vous montrer une fleur, une peluche, une petite voiture. *oui / non*

10 Est-ce que votre enfant répond quand vous l'appellez par son prénom ? par exemple, est-ce qu'il lève les yeux, parle ou émet un son, arrête ce qu'il est en train de faire quand vous l'appellez ? *oui / non*

11 Quand vous souriez à votre enfant, vous sourit-il en retour ? *oui / non*

12 Est-ce que des bruits du quotidien perturbent votre enfant ? par exemple, est-ce que votre enfant crie ou pleure en entendant l'aspirateur ou de la musique forte ? *oui / non*

13 Votre enfant marche-t-il ? *oui / non*

14 Est-ce que votre enfant vous regarde dans les yeux lorsque vous lui parlez, que vous jouez avec lui ou que vous l'habiliez ? *oui / non*

15 Est-ce que votre enfant essaie d'imiter ce que vous faites ? par exemple, faire au revoir de la main, taper dans les mains, ou faire un bruit amusant quand vous le faites. *oui / non*

16 Si vous tournez la tête pour regarder quelque chose, est-ce que votre enfant regarde autour de lui pour voir ce que vous regardez ? *oui / non*

17 Est-ce que votre enfant essaye d'attirer votre attention ? par exemple, vous regarde-t-il pour être félicité, ou dit-il « regarde » ou « regarde-moi ». *oui / non*

18 Votre enfant comprend-il quand vous lui dites de faire quelque chose ? par exemple, sans pointer du doigt, comprend-il « pose le livre sur la chaise » ou « apporte-moi la couverture » ? *oui / non*

19 Si quelque chose de nouveau arrive, est-ce que votre enfant regarde votre visage pour voir comment vous réagissez ? par exemple, s'il entend un bruit étrange ou amusant, ou voit un nouveau jouet, est-ce qu'il regarde votre visage ? *oui / non*

20 Votre enfant aime-t-il les activités où il est en mouvement ? par exemple, quand il saute sur vos genoux ou quand il est balancé. *oui / non*

ALGORITHME DE COTATION

- Pour tous les items, exceptés les 2, 5 et 12, la réponse NON indique un risque de présence d'un TSA ➔ cotation 1.
- Et pour les questions 2, 5 et 12, la réponse OUI indique un risque de présence d'un TSA, ➔ cotation 1.
- Aucune autre action n'est requise à moins qu'une surveillance n'indique un risque de TSA.
- **RISQUE MOYEN** : un score total entre 3 et 7 ; adresser l'enfant vers une consultation spécialisée (pédiatre, neuro pédiatre, pédopsychiatre) ou vers une structure médicale ou médico-sociale (CAMSP, CMP, hôpital de jour...).
- **RISQUE ÉLEVÉ** : un score total entre 8 et 20 ; orienter l'enfant pour une évaluation diagnostique.