

# START, un programme de « repérage des troubles précoces de la communication et des interactions sociales », comme alternative au dépistage systématique des troubles du spectre de l'autisme

P. DEFRESNE\*, M.-H. BOUCHEZ\*\*, J. DELMOTTE\*\*\*, É. WILLAYE\*\*\*\*

\* Neuropédiatre, médecin-directeur du Centre de référence pour les troubles du spectre de l'autisme.

\*\* Psychologue, directrice du Service d'aide précoce et du Centre de référence pour les troubles du spectre de l'autisme.

\*\*\* Psychologue, référente du programme START.

\*\*\*\* Docteur en psychologie, directeur de la Fondation SUSA, Université de Mons, Belgique.

Correspondance : Dr Pierre Defresne, Fondation SUSA, rue Brisselot 11, 7000 Mons, Belgique.

Tél. : +32 65 55 48 68. Email : pierre.defresne@susa.be

## **RÉSUMÉ : START, un programme de « repérage des troubles précoces de la communication et des interactions sociales », comme alternative au dépistage systématique des troubles du spectre de l'autisme**

Nous avons proposé dans notre région la mise en place à titre expérimental d'un programme de repérage des troubles précoces de la communication et des interactions sociales (TPCI). Les particularités du programme sont de ne pas réaliser de *screening* systématique mais de s'appuyer sur le suivi médical ordinaire de tous les enfants et sur la relation de confiance entre le médecin et la famille, de ne pas cibler spécifiquement les troubles du spectre de l'autisme mais tous les TPCI à un âge où les symptômes ne sont pas toujours spécifiques d'un diagnostic précis et de proposer une aide à la fois aux parents et aux médecins.

**Mots clés :** *Autisme – Troubles précoces de la communication et des interactions sociales – Dépistage.*

## **SUMMARY: START, a detection program of “early communication and social interaction disorders” as an alternative to systematic screening of autism spectrum disorders in infants**

*We propose to organize an experimental detection program of “early communication and social interaction disorders (ECSID)”. The specificity of this program is to not screen all the children in a systematic way but to catch the opportunity of current pediatric care and parent-doctor faithful relationship, to look for all the ECSID as symptoms are not always specific of Autism Spectrum Disorders at this age and to support parents and physicians as well.*

**Key words:** *Autism – Early communication and social interaction disorders – Screening.*

## **RESUMEN: START, un programa de detección de los trastornos precoces de la comunicación y de las interacciones sociales”, como alternativa al cribado sistemático de los trastornos del espectro autista**

*Hemos propuesto en nuestra región la puesta en funcionamiento, de manera experimental, de un programa de detección de los trastornos precoces de la comunicación y de las interacciones sociales (TPCI). La particularidad del programa consiste en no realizar cribados generalizados, sino apoyarse en el seguimiento médico ordinario de todos los niños y en la relación de confianza entre*

Pour citer cet article : DEFRESNE, P., BOUCHEZ, M.-H., DELMOTTE, J., WILLAYE, É. (2016). START, un programme de « repérage des troubles précoces de la communication et des interactions sociales », comme alternative au dépistage systématique des troubles du spectre de l'autisme. *A.N.A.E.*, 143, 000-000.

*el médico y la familia; no centrarse exclusivamente en los trastornos del espectro autista, sino en todos los TPCI, a una edad en la que los síntomas no son siempre específicos de un diagnóstico determinado; y ofrecer una ayuda, tanto a la familia, como a los médicos.*

**Palabras clave:** *Autismo – Trastornos precoces de la comunicación y de las interacciones sociales – Detección.*

## INTRODUCTION

À l'heure actuelle, il n'y a pas encore de consensus ni au niveau de la communauté scientifique, ni au niveau des pouvoirs publics de la plupart des pays, pour envisager de mettre en place de façon systématique un programme de dépistage des troubles du spectre de l'autisme (TSA) chez les jeunes enfants. On dispose pourtant depuis longtemps de nombreux outils de dépistage, d'utilisation simple et qui ont fait la preuve de leur validité (Baron-Cohen, Allen & Gillberg, 1992 ; Kleinman *et al.*, 2008 ; Swinkels *et al.*, 2006). Récemment, l'*US Preventive Services Task Force* (2015) a pris position contre un dépistage systématique, considérant que les études démontrant la pertinence d'une intervention précoce concernaient des enfants référés à des services spécialisés et donc potentiellement plus en difficulté. Elle a appelé à une poursuite des études coût-bénéfice d'un dépistage universel. Cette position laisse sur leur faim plusieurs spécialistes convaincus que l'immobilisme n'est pas une option et que reporter la mise en place de programmes de *screening* risque d'hypothéquer le devenir de nombreux enfants, notamment les plus défavorisés qui ne consultent pas rapidement pour des troubles de développement de leur enfant (Mandell & Mandy, 2015). En Europe, plusieurs pays ont mené des études de *screening* dont il est difficile de tirer des conclusions dans la mesure où les tests utilisés, la méthodologie et la population étudiée varient (Garcia-Primo *et al.*, 2014). Par ailleurs, il semble de plus en plus évident qu'une intervention précoce, individualisée, pourrait permettre, au moins dans certains cas, d'améliorer la trajectoire développementale et le pronostic des enfants (Estes *et al.*, 2015 ; Warren *et al.*, 2011). Mais il reste pas mal de questions concernant les modalités d'une intervention précoce. Certains enfants pris en charge précocement évoluent rapidement alors que d'autres gardent des difficultés majeures de développement et de communication, indépendamment de l'intensité des prises en charge (Lord, Luyster, Guthrie & Pickles, 2012). Quelles que soient les modalités de thérapie ou d'intervention, on ne sait toujours pas à l'heure actuelle ce qu'il faut proposer aux « mauvais répondeurs ». La seule conviction que l'on a est que l'accompagnement et l'intervention doivent être individualisés, impliquer les familles, viser une large palette de domaines d'apprentissage, démarrer tôt et durer longtemps, être évalués régulièrement et être remis en cause lorsque les progrès ne sont pas au rendez-vous (Muratori & Narzisi, 2014 ; Wallace & Rogers, 2010). Etant donné le coût de programmes généralisés de *screening*, les limites des ressources disponibles en matière d'accompagnement et d'intervention intensive, et les inquiétudes potentiellement suscitées chez les parents par un diagnostic précoce et incertain d'autisme, il nous semble que la prudence est de mise quant à un dépistage systématique des TSA. Ces discussions ne concernent bien évidemment pas les enfants dont les parents ou les soignants ont formulé des inquiétudes sur base de symptômes cliniques pour lesquels il convient aussi

d'améliorer les filières spécialisées d'orientation et d'accompagnement.

En Belgique, comme dans les pays voisins, il n'existe pas actuellement de programme de dépistage systématique. Nous avons dès lors été interpellés par le ministère de la Santé de la Région wallonne afin de réfléchir à la faisabilité, à l'intérêt et aux modalités d'un programme de dépistage des TSA. En Grande-Bretagne, le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) ne recommande pas de dépistage systématique mais insiste sur l'importance d'« améliorer la reconnaissance précoce de l'autisme en attirant l'attention sur les signes et symptômes précoces de l'autisme et de s'assurer que les professionnels de première ligne soient au courant des circuits de diagnostic et de soins » (NICE, 2011, p. 7). C'est dans cette lignée que nous avons proposé la mise en place sur un territoire limité d'un programme de recherche-action de « repérage des troubles précoces de la communication et des interactions sociales (TPCI) » dont les objectifs sont de soutenir les médecins dans leur rôle de surveillance du développement de l'enfant et de le aider à repérer précocement des signes évocateurs d'une perturbation du développement des interactions sociales et de la communication, d'offrir un support formatif et matériel pour une détection de ces troubles et si nécessaire un diagnostic aux enfants dont les parents le souhaitent et/ou ont des inquiétudes et de proposer une guidance parentale pour une éducation plus adaptée. Le programme devrait également permettre d'évaluer la prévalence de ces troubles dans notre région, l'offre de soins et les besoins de cette population, de suivre l'évolution de cette population (TSA ou autres diagnostics) et de valider l'efficacité de cette procédure. Il faut préciser que le terme de TPCI ne correspond pas à une entité nosographique précise. Elle inclut bien évidemment les TSA mais fait référence à d'autres perturbations du développement de l'enfant, comme les retards mentaux, les troubles spécifiques du langage oral ou d'autres problématiques psychopathologiques qui peuvent se présenter chez le jeune enfant par un trouble de développement du langage et de la communication, un retrait social et des troubles du comportement. Actuellement, l'utilisation du terme « autisme » fait peur et est associé par les parents et les soignants à un pronostic sombre. De plus, l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), qui organise en Fédération Wallonie-Bruxelles les consultations de médecine préventive pour les enfants et qui est partenaire dans ce projet, a émis le souhait que le terme TSA ne soit pas utilisé d'emblée chez des enfants qui présentent certes des signes suspects mais pour lesquels le diagnostic est encore incertain.

## DESCRIPTION DU PROGRAMME START

Les études montrent que les parents notent parfois très tôt des difficultés de développement chez leur enfant (Bolton, Golding, Emond & Steer, 2012 ; Saint-Georges, Mahdhaoui *et al.*, 2011). De même l'analyse rétrospective de vidéos familiales met en évidence dans certains cas des signes d'autisme dès les premiers mois de vie (Ozonoff

*et al.*, 2011 ; Saint-Georges, Cassel *et al.*, 2010). Néanmoins, il faut tenir compte du fait que les signes précoces d'autisme sont différents des signes classiques décrits dans les manuels diagnostiques, que dans une proportion non négligeable de cas un examen trop précoce peut être responsable de faux-négatifs, les enfants présentant une régression de leurs compétences entre 18 et 24 mois, que les outils validés de dépistage sont utilisables le plus souvent après 15-18 mois, et que les signes précoces ne sont pas toujours spécifiques d'un TSA mais peuvent se retrouver dans d'autres situations cliniques comme les troubles du langage ou les retards mentaux par exemple (Saint-Georges, Cassel *et al.*, 2010 ; Möricke, Swinkels, Beuker & Buitelaar, 2010). Nous avons donc proposé de cibler trois groupes d'enfants (*figure 1*) : la fratrie des enfants présentant un TSA, les enfants dont le développement inquiète leur médecin généraliste ou leur pédiatre dans le cadre des consultations courantes pour des soins ou des actes de médecine préventive et les enfants pour lesquels les parents formulent des inquiétudes. Nous avons choisi de collaborer avec les médecins de première ligne (généralistes, pédiatres et médecins des consultations de médecine préventive de l'ONE) en leur proposant une formation aux signes d'alerte des TPCI. En effet, la formation des professionnels de la petite enfance est indiquée comme une stratégie de choix pour la détection précoce (Nachshen *et al.*, 2008). Les signes d'alerte sont repris dans le *tableau 1*. Il s'agit d'une liste de symptômes et de signes cliniques adaptés librement à partir des recommandations de la NICE et de la Fédération française de psychiatrie en collaboration avec la Haute Autorité de santé. L'algorithme du programme est repris dans la *figure 1*.

**Tableau 1.** Signes d'alerte.

<p><b>Quel que soit l'âge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Régression dans le développement relationnel ou le langage</li> <li>Inquiétude des parents pour le développement relationnel ou le langage</li> <li>Antécédents de TSA dans la fratrie</li> </ul> <p><b>Avant 2 ans</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Passivité</li> <li>Difficulté d'accrochage visuel</li> <li>Absence de réponse à l'appel du prénom</li> <li>Difficultés d'attention conjointe</li> <li>Absence de pointage, de désignation d'objets</li> <li>Absence d'imitation</li> <li>Absence de jeu de faire-semblant</li> <li>Gestes et activités stéréotypés</li> </ul> <p><b>Signes concernant le langage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de babillage, de pointage ou autres gestes sociaux à 12 mois</li> <li>Absence de mots à 18 mois</li> <li>Absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois</li> <li>Régression du langage ou des compétences sociales</li> </ul>
---

Dans un premier temps, nous avons proposé, sur base volontaire, à tous ces médecins de participer à une séance d'information sur START et sur les signes

d'alerte. Qu'ils aient participé ou pas aux séances d'information, tous ont reçu par la poste une documentation explicative avec un matériel pratique et les coordonnées téléphoniques de la psychologue coordinatrice. La séance d'information donnait des informations générales sur les TPCI et sur les TSA, et proposait des vidéos comparant le développement typique et le développement suspect de différents enfants.

Le programme s'organise ensuite en trois périodes.

- Entre 14 et 18 mois, les médecins sont invités à repérer les signes d'alerte des TPCI dans le cadre de leur pratique courante. Cette tranche d'âge nous semble intéressante car beaucoup d'enfants sont encore vus par leur médecin de façon systématique pour des problèmes divers de santé et pour des vaccinations. Lorsque des difficultés de développement sont repérées en consultation, les médecins sont invités à proposer aux parents de revoir l'enfant dans un délai de 3 à 6 mois, au cours d'une consultation spécialement dédiée à l'évaluation du développement et au repérage des TPCI. Cela permet de revoir l'enfant dans d'autres conditions, de consacrer du temps à l'évaluation de son développement et aux parents d'observer également leur enfant dans l'intervalle. La répétition des évaluations améliore la prédiction de la trajectoire développementale ultérieure (Lord *et al.*, 2012).

- Entre 18 et 30 mois, les enfants sont revus par leur médecin au cours d'une consultation de développement où le M-CHAT (Kleinman *et al.*, 2008) est rempli avec les parents, et où le médecin observe l'enfant dans une situation d'échange comme décrit dans le CHAT (Baron-Cohen *et al.*, 1992). Si les informations recueillies confirment les inquiétudes du médecin ou si les parents eux-mêmes sont inquiets, le médecin peut transmettre les coordonnées de la psychologue coordinatrice de START, spécialisée dans les problèmes de développement et les TSA.

- Entre 30 et 36 mois, un rattrapage peut se faire par le biais d'un repérage dans le cadre scolaire en collaboration avec le médecin et le psychologue scolaire qui tous deux ont également reçu les informations concernant START.

Une fois le contact établi avec la psychologue du programme START, celle-ci peut, en accord avec les parents et en fonction de leurs questions, compléter le M-CHAT par l'interview *follow-up* afin d'améliorer la précision des observations et la valeur prédictive positive (Kleinman *et al.*, 2008), et d'orienter la famille vers les services adéquats. Une information a été dispensée aux services et professionnels de la région (centres de référence, médecins spécialistes, centres de santé mentale, services d'accompagnement, centres de réadaptation). De plus, une guidance parentale est également proposée.

À tout moment, un enfant présentant des signes évocateurs d'un TPCI et/ou dont les parents formulent des inquiétudes peut être orienté vers le programme START ou vers le réseau de soins existant.

## DISCUSSION

Les principales caractéristiques du programme START sont reprises dans le *tableau 2*.

**Tableau 2.** Principales caractéristiques du programme START.

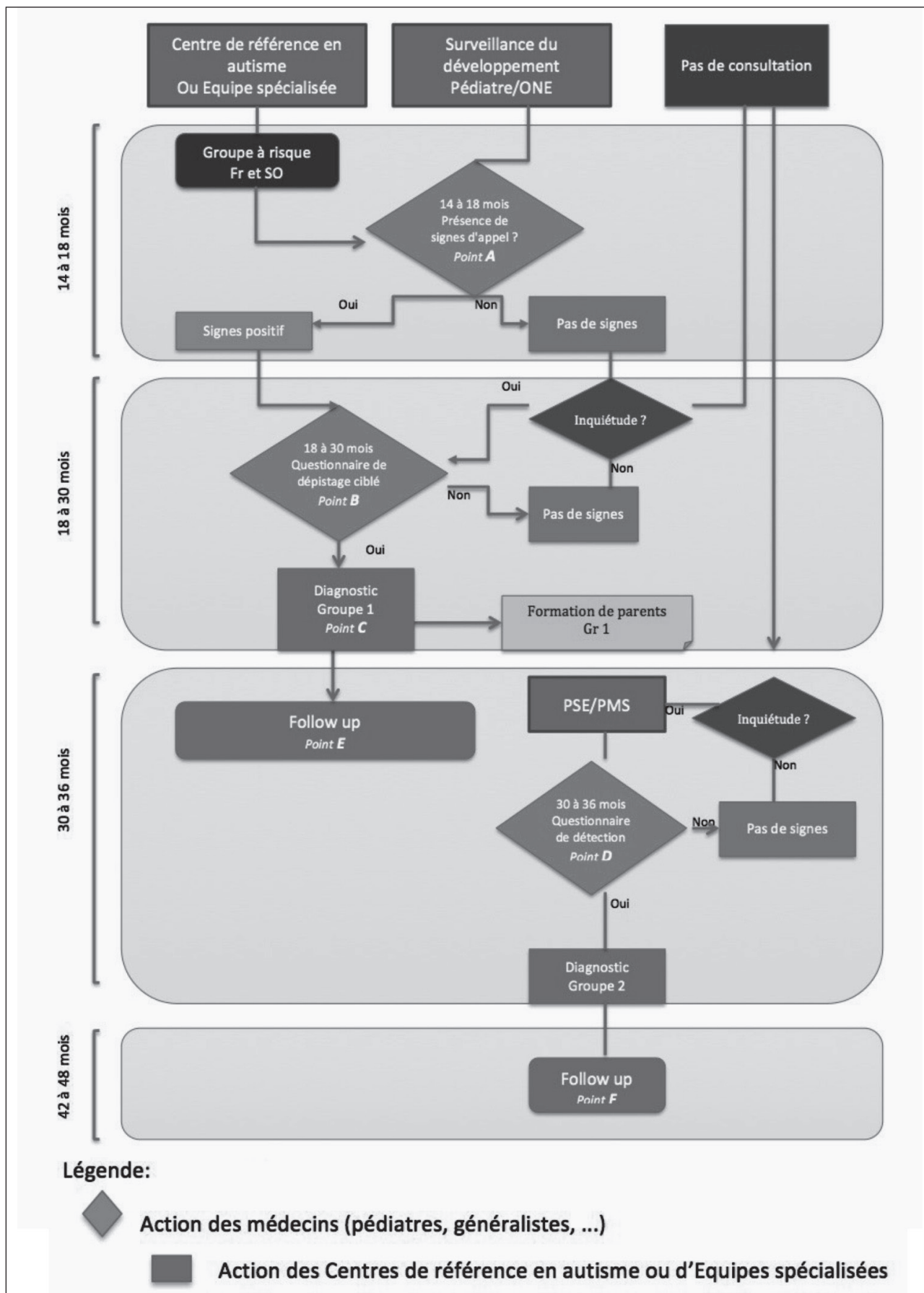
Pas de dépistage systématique
Information et formation des médecins de première ligne (généralistes et pédiatres) + médecine scolaire
Repérage sur base des inquiétudes parentales et de l'examen clinique du médecin dans le cadre de consultations de routine
Si doute, proposition de revoir l'enfant
Détection de TSA et autres troubles de développement
Mise à disposition d'un matériel simple
Ligne téléphonique unique et rendez-vous rapide
Guidance et accompagnement parental
Collaboration avec services existants
Évaluation

Vu l'absence de consensus actuel en faveur d'un dépistage systématique des TSA, le programme s'appuie sur le rôle de surveillance et de repérage des troubles de développement de l'enfant déjà dévolu aux médecins généralistes et pédiatres lors de consultations de médecine préventive (alimentation, croissance, vaccination...) ou lors de visites en rapport avec des problèmes médicaux intercurrents. Il s'adresse aux parents qui formulent des inquiétudes quant au développement de leur enfant, aux fratries d'enfants présentant un TSA et aux enfants chez qui le médecin repère des signes d'alerte. La participation des médecins aux programmes de détection des troubles du développement a déjà fait ses preuves ailleurs (Oosterling *et al.*, 2010). Au cours des rencontres avec ces médecins, ceux-ci se plaignent surtout d'un manque d'informations concernant les troubles du développement et notamment de l'autisme, eu égard aux discussions nosographiques ainsi qu'aux modifications des classifications. Ils regrettent également les difficultés à identifier une filière simple de soins pour référer ces familles. Nous fournissons donc d'une part une liste simple de signes et de symptômes qui doivent attirer l'attention chez les jeunes enfants et qui sont plus adaptés que les critères classiques d'autisme (triade autistique). Cette liste de signes est adaptée librement à partir de différentes recommandations. Elle n'est pas exhaustive et fait référence aussi bien au développement de la communication et du langage qu'à des signes plus spécifiques des TSA comme l'absence de jeux symboliques ou la présence de gestes stéréotypés (tableau 1). Nous n'avons pas fixé d'échelle quantitative ni de *cut-off* à partir duquel le médecin doit orienter les parents. Nous souhaitons privilégier un message simple et faire appel au sens clinique des praticiens. Ce point devra faire l'objet d'une évaluation. D'autre part, nous proposons une séance d'information avec des vidéos qui illustrent concrètement les signes précoces de TPCI et de TSA. Enfin, nous encourageons l'utilisation d'un questionnaire validé de dépistage des TSA (le M-CHAT) lors d'un entretien spécifiquement dédié ainsi que quelques items d'observation directe et d'interaction entre le médecin et l'enfant (le CHAT). Le M-CHAT permet de repérer des enfants à risque de TSA à partir de l'âge de 16 mois et jusqu'à l'âge de 30 mois. À l'heure actuelle, le M-CHAT est le seul outil qui a été testé à plusieurs reprises en population générale et qui présente les meilleures qualités psychométriques pour un dépistage

des TSA en population tout-venant. L'utilisation conjointe du M-CHAT et du CHAT permet de confronter les impressions parentales et médicales. Cela augmente la validité des observations. Ces rencontres se faisant en deux temps dans le cadre du suivi de l'enfant auprès de son médecin ou pédiatre traitant, le climat de confiance permet de cheminer au rythme de la famille et de prendre davantage de temps si nécessaire. La répétition des évaluations permet une amélioration de la valeur prédictive (Lord *et al.*, 2012). Les signes détectés chez les jeunes enfants ne sont pas toujours spécifiques d'un TSA et il est parfois difficile de poser un diagnostic précis avant 2 ans. Ils peuvent se rencontrer chez des enfants dont l'évolution se fera ensuite normalement ou dans d'autres troubles de développement (Lord *et al.*, 2012 ; Mörcke *et al.*, 2010). De plus, l'annonce d'une suspicion de TSA fait peur, à la fois aux médecins et aux parents. Cependant, il n'y a aucun intérêt à minimiser les signes suspects et à reporter la mise en place de programmes d'aide et de soins. Au contraire, une reconnaissance précoce permet de mettre des mots sur le ressenti des parents, d'apporter des réponses aux questions d'éducation et de prévenir la survenue de sur-handicaps notamment de troubles de comportement (Chabane, 2012 ; Kleinman *et al.*, 2008). C'est la raison pour laquelle nous avons élargi le cadre du programme à tous les TPCI, qui incluent bien évidemment les TSA. Les outils de dépistage ne sont pas des outils permettant d'établir un diagnostic car leur spécificité et leur sensibilité ne sont pas maximales. Les enfants repérés doivent être ensuite évalués de façon plus précise et suivis. Les études de *follow-up* des populations dépistées précocement montrent qu'une partie des faux-positifs présente néanmoins bien souvent un autre trouble de développement (Mörcke *et al.*, 2010). C'est pour cette raison que notre programme réalise un dépistage non seulement des TSA mais de tous les TPCI qui nécessitent de façon égale qu'un accompagnement soit proposé. Afin de simplifier les contacts avec le réseau de spécialistes, nous mettons à disposition des médecins et des familles un numéro de téléphone unique qui permet de joindre une psychologue spécialiste des TSA. Celle-ci peut alors préciser les besoins de l'enfant et de sa famille, les orienter vers des services spécialisés et proposer une guidance parentale. Enfin, les données de ce programme seront étudiées afin d'évaluer si ce type de programme peut être reproduit dans d'autres régions et généralisé. À l'heure actuelle, nous n'avons pas encore de données chiffrées.



Figure 1. Algorithme du protocole de détection.



## RÉFÉRENCES

- NICE (2011). *Autism diagnosis in children and young people: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum*. NICE Guidelines (CG 128). En ligne <http://www.nice.org.uk/guidance/cg128/>
- BARON-COHEN, S., ALLEN, J. & GILLBERG, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *Br J Psychiatry*, 61, 839-43.
- BOLTON, P.F., GOLDING, J., EMOND, A. & STEER, C.D. (2012). Autism spectrum disorder and autistic traits in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children: precursors and early signs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51 (3), 249-60.
- CHABANE, N. (2012). Le Diagnostic précoce dans les troubles du spectre autistique. *Annales médico-psychologiques*, 170, 462-466.
- ESTES, A., MUNSON, J., ROGERS, S., GREENSON, J., WINTER, J. & DAWSON, G. (2015). Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 54 (7), 580-7.
- GARCIA-PRIMO, P., HELLENDORF, A., CHARMAN, T., ROEYERS, H., DEREU, M., ROGE, ... & CANAL-BEDIA, R. (2014). Screening for autism spectrum disorders: state of the art in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23, 1005-1021.
- KLEINMAN, J.M., ROBINS, D.L., VENTOLA, P.E., PANDEY, J., BOORSTEIN, H.C., ESSER, E.L., ... & FEIN, D. (2008). The modified checklist for autism in toddlers: a follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 38 (5), 827-839.
- LORD, C., LUYSER, R., GUTHRIE, W. & PICKLES, A. (2012). Patterns of developmental trajectories in toddlers with autism spectrum disorder. *J Consult Clin Psychol* 80 (3), 477-89.
- MANDELL, D. & MANDY, W. (2015). Should all young children be screened for autism spectrum disorder? *Autism*, 19 (8), 895-896.
- MÖRCKE, E., SWINKELS, S.H., BEUKER, K.T. & BUITELAAR, J.K. (2010). Predictive value of subclinical autistic traits at age 14-15 months for behavioural and cognitive problems at age 3-5 years. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 659-668.
- MURATORI, F. & NARZISI, A. (2014). Exploratory study describing 6 months outcomes for young children with autism who receive treatment as usual in Italy. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 10, 577-586.
- NACHSHEN, J., GARCIN, N., MOXNESS, K., TREMBLAY, Y., HUTCHINSON, P., LACHANCE, A., ... & RUTTLE, P.L. (2008). *Guide des pratiques exemplaires canadiennes en matière de dépistage, d'évaluation et de diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge*. Montréal, Québec : Miriam Foundation.
- OOSTERLING, I.J., WENSING, M., SWINKELS, S., VAN DER GAAG, R.J., VISSER, J., WOUDEBERG, T., ... & BUITELAAR, J. (2010). Advancing early detection of autism spectrum disorder by applying an integrated two-stage screening approach. *J Child Psychol Psychiatry*, 51 (3), 250-258.
- OZONOFF, S., IOSIF, A.M., YOUNG, G.S., HEPBURN, S., THOMPSON, M., COLOMBI, C., ... & ROGERS, S.J. (2011). Onset patterns in autism: correspondence between home video and parent report. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50 (8), 796-806.
- FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, EN PARTENARIAT AVEC LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. *Recommandations sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme*. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_468812/recommandations-pour-la-pratique-professionnelle-du-diagnostic-de-l-autisme](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468812/recommandations-pour-la-pratique-professionnelle-du-diagnostic-de-l-autisme)
- SAINT-GEORGES, C., CASSEL, R.S., COHEN, D., CHETOUANI, M., LAZNIK, M.-C., MAESTRO, S. & MURATORI, F. (2010). What studies of family home movies can teach us about autistic infants. A literature review. *Res Autism Spectr Disord*, 4, 355-366.
- SAINT-GEORGES, C., MAHDHAOUI, A., CHETOUANI, M., CASSEL, R.S., LAZNIK, M.-C., APICELLA, F., ... & COHEN, D. (2011). Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis? Taking into account interacting using computational methods. *PLoS ONE*, 6 (7), e22393.
- AUTEURS ? DATE ?**. *Screening for Autism Spectrum Disorder in Young Children: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-evidence-review106/autism-spectrum-disorder-in-young-children-screening>
- SWINKELS, S.H., DIETZ, C., VAN DAALEN, E., KERKHOF, I.H., VAN ENGELAND, H. & BUITELAAR, J.K. (2006). Screening for autistic spectrum in children aged 14 to 15 months. I: the development of the Early Screening of Autistic Traits questionnaire (ESAT). *J Autism Dev Disord*, 36, 723-32.
- WALLACE, K.S. & ROGERS, S.J. (2010). Intervening in infancy: implications for autism spectrum disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 51 (12), 1300-1320.
- WARREN, Z., MC PHEETERS, M.L., SATHE, N., FOOS-FEIG, J.H., GLASSER, A. & VEENSTRA-VANDERWEELE, J. (2011). A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 127 (5), 1303-1311.