



HAL
open science

L'intérêt du test de Rorschach dans la démarche diagnostique des troubles du spectre autistique

Antoine Frigaux, Renaud Evrard, Joëlle Lighezzolo-Alnot

► To cite this version:

Antoine Frigaux, Renaud Evrard, Joëlle Lighezzolo-Alnot. L'intérêt du test de Rorschach dans la démarche diagnostique des troubles du spectre autistique. *L'Évolution Psychiatrique*, 2020, 85 (1), pp.133-154. 10.1016/j.evopsy.2019.11.002 . hal-02357280

HAL Id: hal-02357280

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-02357280v1>

Submitted on 7 Mar 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

L'intérêt du test de Rorschach dans l'évaluation diagnostique des troubles du spectre autistique

The relevance of the Rorschach test to the diagnostic evaluation of autism spectrum disorders

Antoine Frigaux 1* Renaud Evrard 2, Joëlle Lighezzolo-Alnot 3

1 Psychologue clinicien, doctorant contractuel, Laboratoire INTERPSY EA 4432, Université de Lorraine, 23, boulevard Albert-1er, BP 13397, 54015 Nancy cedex, France

2 Psychologue clinicien, maître de conférences HDR en psychologie, Laboratoire INTERPSY EA 4432, Université de Lorraine, 23, boulevard Albert-1er, BP 13397, 54015 Nancy cedex, France

3 Professeur des universités en psychologie, Laboratoire INTERPSY EA 4432, Université de Lorraine, 23, boulevard Albert-1er, BP 13397, 54015 Nancy cedex, France

* Auteur correspondant : M. Antoine Frigaux,
Adresse e-mail : antoine.frigaux@univ-lorraine.fr

Toute référence à cet article doit porter mention : Frigaux A, Evrard R, Lighezzolo-Alnot J. L'intérêt du test de Rorschach dans l'évaluation diagnostique des troubles du spectre autistique. *Evol psychiatr* 2020 ; vol (n°) : pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique)

1 Introduction

Les travaux sur les troubles du spectre autistique (TSA), nombreux et actuels, s'alimentent d'enjeux importants dans le champ de la santé publique [1], cristallisant au passage des débats théoriques et idéologiques passionnés débouchant sur des changements conséquents aux niveaux sociétal et politique [2]. Ainsi, le 4^{ème} plan Autisme (« Stratégie nationale de l'autisme au sein des troubles du neuro-développement » 2018-2022) qui a été récemment proposé, porte l'ambition d'améliorer la recherche, le dépistage et la prise en charge de l'autisme. La question du diagnostic y est centrale pour déployer les prises en charge adaptées et des moyens vers l'inclusion pour les enfants et les adultes autistes, et constitue le cœur des cinq axes déterminés par le gouvernement. C'est une priorité largement justifiée puisqu'une enquête récente de la Cour des comptes [3] rapporte que les troubles du spectre de l'autisme atteignent « environ 1 % de la population » estimant qu'il y a en France 700 000 personnes autistes dont seules près de 10 % ont été diagnostiquées. En clinique infantile, l'objectif clairement souligné est celui de permettre à des enfants de bénéficier d'un accompagnement précoce et intense, afin d'ouvrir à un meilleur pronostic dans la mesure où il y a aujourd'hui un très large consensus à placer le diagnostic précoce au centre des intérêts, aussi bien pour les associations de parents que pour les professionnels [2]. Dans la clinique adulte, la situation est complexe, comme en témoignent les bilans contrastés des plans Autisme précédents sur la question du diagnostic. Autisme France révèle que 90 % des adultes autistes n'ont pas reçu de diagnostic ou bien, en référence au document de synthèse du plan Autisme [4], ont reçu un diagnostic erroné ce qui représente un problème significatif en psychiatrie adulte [5, 6]. Cependant, malgré les indications du nouveau plan Autisme soutenu par des apports financiers conséquents, il n'en reste pas moins que la question du diagnostic est complexe puisque l'autisme, initialement conçu comme un syndrome précis, s'est ouvert à une nouvelle

clinique spectrale élargie, amenant dans la pratique clinique à considérer une plus grande diversité de formes autistiques, sujettes à des comorbidités fréquentes et ainsi à des chevauchements symptomatiques avec d'autres entités psychiatriques impliquant particulièrement la question du diagnostic différentiel.

De fait, la question diagnostique reste compliquée et malgré les compendiums structurés, proposés par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le recours à des outils diagnostiques standardisés, la réalité clinique confronte bien souvent le clinicien à des situations qui sortent des sentiers banalisés et qui le forcent à déployer une certaine créativité pour résoudre les problèmes auxquels il est confronté.

C'est dans ce cadre que notre objectif est ici d'amorcer un projet de travail différent et recevable dans la politique actuelle en cohérence avec les avancées des connaissances sur l'autisme. Dans la lignée de nos travaux précédents [7], nous voulons ainsi présenter le test de Rorschach utilisé dans une approche d'inspiration psychanalytique, ouverte aux résultats des recherches internationales sur le test, comme constituant un outil porteur d'une approche diagnostique différente et ampliative des modalités diagnostiques déjà pratiquées pour les enfants et les adultes, au regard des situations complexes soulevant la question du diagnostic différentiel.

Nous exposerons d'abord la situation actuelle de l'outil par rapport aux procédures diagnostiques recommandées. Puis, nous analyserons les intérêts et les limites du test de Rorschach en tant qu'il constitue un outil adapté et complémentaire à ceux dont le recours est plus systématique dans le cadre des évaluations diagnostiques chez l'enfant et l'adulte, avant d'approfondir ces aspects dans le cadre du problème majeur du diagnostic différentiel des TSA soutenus par une revue intégrative de la littérature sur les travaux princeps et actuels autour de cette question.

2 Test de Rorschach et recommandations diagnostiques : état des lieux

2.1 Un test « non-recommandé »

Le test de Rorschach, bien que constituant le test projectif le plus utilisé au monde [8, 9], et notamment en France par les psychologues cliniciens [10], ne fait pas partie des outils diagnostiques standardisés pour « l'évaluation fonctionnelle de l'autisme » recommandés par les différents rapports de la HAS dans ses procédures à suivre pour le repérage, le diagnostic et l'évaluation chez l'adulte [11], l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans [12]. Récemment, le nouveau document « Repérage et diagnostic chez l'enfant et l'adolescent » de la HAS [12] affirme sa position et précise qu'« il n'a pas été identifié d'études méthodologiques qui montrent la validité des tests projectifs dans la démarche diagnostique du TSA. Par ailleurs, ces outils n'ont pas fait consensus ». Cependant, il est spécifié que « dans le cadre de protocole de recherche, d'autres investigations complémentaires à celles recommandées dans le cadre du diagnostic peuvent être proposées et dépendent de ces protocoles » [12].

La démarche diagnostique suggérée conjugue l'établissement, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, d'un diagnostic nosologique en lien avec la terminologie des ouvrages de référence que sont le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders*) dans sa cinquième édition [13] et la Classification Internationale des Maladies (CIM-10 et la CIM-11), avec la réalisation d'une évaluation individualisée fonctionnelle des troubles et des capacités sur plusieurs registres : la triade, devenue diade autistique, le retard mental associé, les pathologies et troubles associés (cognitifs, psychomoteurs, médicaux). Pour ce faire, les documents officiels suggèrent l'utilisation de l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised [14]), de l'ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule [15]) dans sa version adaptée, et du CARS-2 (Childhood Autism Rating Scale de Schopler [16]), tests « les mieux reconnus internationalement », complétés par des questionnaires non-spécifiques pour les évaluations

fonctionnelles, comme par exemple la VABS-II (Vineland Adaptive Behavior Scales [17]) pour quantifier les difficultés liées à l'adaptation sociale.

Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour comprendre pourquoi le test de Rorschach n'est pas intégré à ces procédures classiques.

Tout d'abord, ce test n'est pas un outil spécifique à l'autisme permettant une évaluation sémiologique directement articulée aux nosographies internationales et sur un mode présence/absence de critères diagnostiques. Ce n'est pas non plus un test classique au niveau formel et clinique, ce qui le distingue ainsi particulièrement de l'entretien semi-structuré, des tests d'efficiences ou des questionnaires usuellement proposés dans le cadre d'une évaluation TSA, ce qui peut freiner son utilisation mais aussi, et nous le soutiendrons, cela peut constituer une ressource clinique.

Au niveau technique, il n'y a que peu d'études sur les particularités spécifiques du fonctionnement psychique des personnes TSA en situation test, que ce soit en terme qualitatif, ou en terme de combinaisons de facteurs Rorschach quantitatifs, ce qui permettrait de structurer des repères étayant des hypothèses interprétatives à l'épreuve projective. Ainsi, il n'existe pas d'étalonnage de l'outil pour l'évaluation des troubles du spectre de l'autisme, tant au niveau national [18, 19] qu'international [20].

Finalement, les psychologues des structures préférentiellement en charge de l'évaluation de l'autisme ne sont pas toujours formés à la méthodologie clinique projective dans la mesure où cette compétence n'est pas forcément celle qui est la plus recherchée dans ces structures.

Cela peut s'expliquer par des raisons plus informelles et moins justifiées, qui participent aussi de l'éviction du test de Rorschach lors des procédures diagnostiques de l'autisme et qui doivent aussi être ici évoquées.

D'abord, le test de Rorschach est très souvent confondu avec sa méthode d'interprétation, reposant essentiellement sur les formalisations théoriques psychanalytiques en France (Ecole française de Paris), dans une sorte de « télescopage », une « confusion épistémologique » [21] entre le test et la théorie psychanalytique. Or, les perspectives psychanalytiques posent comme objet de travail la production du sujet, le fonctionnement psychique à travers la situation-test, et ne s'appliquent pas à l'outil lui-même, qui n'est qu'un objet « ne recelant aucune théorie » [9, 21]. En cela, même si nous souscrivons à cette approche interprétative sous-tendue par un référentiel psychodynamique qui est le nôtre, il existe d'autres méthodologies soutenues par la psychologie cognitive, notamment le Système Intégré d'Exner (CS; [22]) ou le Rorschach *Performance Assessment System* (R-PAS; [23]), qui orientent l'analyse des protocoles autour des données quantitatives regroupées dans le résumé formel (psychogramme) sur des facteurs perceptifs et cognitifs, ou encore l'analyse dynamique du discours du Groupe de Lausanne (ex: [24]). Le test de Rorschach se voit donc attribuer l'étiquette de test de psychanalystes. Il se trouve assimilé dans l'esprit des patients, de leurs familles et parfois des membres des équipes pluridisciplinaires des institutions, soit à une psychanalyse réputée caricaturale, dangereuse ou stigmatisante d'autant plus dans le contexte social actuel véhément [25-27], soit au grade indéfini d'« intervention non consensuelle » dans le champ de l'autisme [28]. Ces aspects éloignent d'office le test des pratiques professionnelles de diagnostic [19]. Rappelons tout de même qu'interventions, repérage et diagnostic sont des volets différents dans les recommandations de la HAS. Notons également que la littérature actuelle interroge le bien fondé des conclusions de l'Autorité de santé sur l'efficacité de la prise en charge psychanalytique (ex : [29]). Les clivages persistants et regrettables entre psychologues cognitivistes et cliniciens d'orientation psychodynamique ont continué à alimenter cette stigmatisation de toute approche psychanalytique des épreuves projectives concernant l'autisme [30].

Cependant, si, pour ces raisons, les tests projectifs sont peu utilisés dans le cadre du diagnostic d'autisme [18, 19], le test de Rorschach n'est absolument pas « proscrit » comme indiqué sur certains forums de discussion sur lesquels certains adultes autistes s'insurgeaient d'avoir dû passer le test, et remettaient de fait en cause le « sérieux » des Centre Ressources Autisme (CRA) ainsi que l'expertise et les compétences des professionnels qui les avait accueillis.

Il faut nous rappeler que la portée juridique des recommandations de la HAS est limitée et qu'elles « ne sont destinées qu'à l'information des professionnels de santé et du public, n'ont pas de valeur obligatoire et n'interdisent nullement la prise en charge de méthodes » non recommandées selon l'arrêt 17-19556 *I*, bien qu'il existe des pressions financières sur les institutions ne les respectant pas ou partiellement et qu'à terme cela se démocratise selon l'objectif du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la prise en charge de l'autisme depuis ses premiers rapports [31]. Finalement, la HAS n'est pas une autorité créatrice de droit, même si les recommandations de la HAS font désormais grief [32] c'est-à-dire peuvent constituer une base sur laquelle un juge pour apprécier l'existence ou non d'une faute médicale davantage au niveau du traitement médicamenteux.

2.2 Recours au test de Rorschach

Malgré les arguments que nous venons de citer, force est de constater que, dans certaines institutions, le recours au test de Rorschach est tout de même intégré dans la procédure des évaluations diagnostiques des troubles du spectre autistique, de manière spontanée ou exceptionnelle face à une situation clinique particulière [18, 33], ou plus rarement de manière plus systématique. La communication sur cet aspect reste souvent officieuse, parfois pour

¹Cass. Civ. 2e, 08 novembre 2018, pourvoi n°17-19556

s'éviter bien des tumultes et incompréhensions autour desquelles il conviendrait cependant d'échanger dans un dialogue ouvert entre les équipes, les partenaires extérieurs et avec les patients et leurs familles.

L'utilisation du test de Rorschach aux États-Unis reste tout aussi inaccoutumée qu'en France dans les procédures diagnostiques de l'autisme [34], et notamment chez les enfants en raison de leurs compétences langagières diminuées [35]. Toutefois l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) recommande le test dans son guide pratique clinique pour l'évaluation et le traitement des troubles du spectre autistique pour l'étape de « l'évaluation initiale pour confirmer ou infirmer le diagnostic de TSA » ([36] [notre traduction]).

Ainsi, dans le document de la HAS sur le repérage et diagnostic chez l'adulte ([11], p.97), le protocole diagnostique proposé par le Centre de Ressources Autisme Alsace (CRA 68) est mis en avant, en tant qu'exemple de protocole formalisé, alors qu'il propose dans la catégorie « évaluation cognitive, efficience intellectuelle » correspondant au bilan psychologique, la passation du test de Rorschach.

Cependant, après une recherche systématique sur les différentes plateformes internet des CRA en France, il semble que seul le CRA Nord-Pas-de-Calais intègre des passations du test dans sa démarche diagnostique en direction d'enfants autistes et propose même des formations au test. Selon une enquête plus informelle, des psychologues d'au moins trois autres CRA font de même.

Notons que nous prenons ici comme référence les CRA, étant des lieux de pratique d'« équipe pluridisciplinaire, spécialisée et expérimentée sur le syndrome autistique » (Rapport au Parlement de la DGAS [37]) de « troisième ligne » [12] de référence, mais que nous

n'ignorons pas que la mission diagnostique incombe également, et cela va être de plus en plus le cas, aux autres structures « de deuxième et première ligne » [12] comme les Centres Médico-Psychologiques ou pédagogiques (CMP/CMPP) et les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), et qu'elle peut aussi être menée par des psychiatres et psychologues exerçants en libéral, etc. Dans ces institutions qui accueillent des patients autistes et produisent des diagnostics, on trouve des praticiens qui utilisent le test de Rorschach, parfois même à la demande des médecins chef de service qui y voient la possibilité d'une contribution à une meilleure compréhension de la vie psychique des personnes autistes, notamment dans les cas où se pose la question du diagnostic différentiel.

L'ancien document de recommandations de la HAS [38] mettait en avant qu'il n'y a « pas de procédure ou de tests standards » et que des tests psychologiques peuvent ainsi être proposés en complément, en particulier des tests de personnalité ou des tests neuropsychologiques afin de s'adapter aux situations et aux équipes pluridisciplinaires qui mènent ces activités diagnostiques. Il semble cependant que le document qui l'a remplacé [12] ne consente plus à laisser autant de latitude aux praticiens. Toutefois, en France, le psychologue a la liberté de proposer la passation du test de Rorschach s'il pense que cela apporte une valeur ajoutée à son expertise, pour servir l'intérêt du patient [39], et suivant ce qui est indiqué dans le code de déontologie des psychologues (Commission Nationale Consultative des Psychologues, actualisé en 2012, [40]) concernant la responsabilité du psychologue dans le choix de ses méthodes et leurs modalités d'application (principes 3 et 6 et articles 4, 23, 24, 25).

3 Intérêt du test de Rorschach pour les évaluations diagnostiques

3.1 Complémentarité du Rorschach pour l'examen psychologique

Dans les procédures d'évaluation actuellement recommandées par la HAS [11, 12], le diagnostic de TSA est évoqué après le repérage d'un certain nombre de signes comportementaux recueillis dans la clinique et avec le recours à des questionnaires et des procédures d'observation standardisés que nous avons déjà évoqués. À cela s'ajoutent d'autres évaluations individualisées, comme une évaluation psychologique ou neuropsychologique, un examen du langage et de la communication, un examen du développement psychomoteur et sensori-moteur et parfois des examens biologiques et génétiques. Le bilan psychologique a pour but d'établir un profil intellectuel et socioadaptatif, avec des tests non spécifiques à adapter à la clinique de l'autisme (Brunet-Lézine, tests de Weschler, K-ABC, échelle de Vineland et PEP-3) et ainsi, l'investigation du fonctionnement intra-psychique dynamique des sujets autistes est très peu prise en compte [41]. Les manifestations symptomatiques sont relevées en complément d'indications sur l'efficience intellectuelle dans le but de constituer un inventaire fonctionnel et quantifier un degré de sévérité, afin de mettre en place un accompagnement adapté basé essentiellement sur la rééducation fonctionnelle [42].

Cependant, Chagnon [43] rappelle que l'examen psychologique ne vise pas seulement à évaluer, en fonction d'une demande initiale, et, à partir d'outils spécifiques, le niveau intellectuel et celui de certaines fonctions cognitives et/ou instrumentales, mais qu'« il s'agit bien d'appréhender le fonctionnement psychique dans une perspective dite "holistique", globale, où la seule investigation isolée de l'affectivité, de la cognition ou des fonctions instrumentales ne peut être de mise » [44] afin d'expliquer les troubles, symptômes ou difficultés en vue d'établir un programme thérapeutique, éducatif, social ou pédagogique adapté. Cet objectif croise les recommandations de la HAS qui insiste sur l'articulation de la démarche diagnostique et des évaluations du fonctionnement, avec la proposition d'adaptation de l'environnement et l'élaboration d'un projet d'accompagnement personnalisé [12, 28]. Si

les évaluations sont multiples et concernent plusieurs dimensions du sujet, le but du bilan projectif mené par un psychologue sollicité comme un authentique collaborateur, aux compétences spécifiques, est de reconstituer une cohérence et une mise en sens de la singularité du sujet en ouvrant, loin des explications linéaires et univoques basées sur les symptômes, dans une perspective originale dynamique et complexe des situations cliniques [45]. Aussi, se priver d'une approche croisée mettant en dialogue des outils d'évaluation différents, projectifs et cognitifs, reviendrait à ignorer des pans entiers de la vie psychique du sujet [46].

En clinique infantile, il semble d'autant plus difficile de considérer le développement cognitif d'un enfant sans prendre en compte son développement affectif, étant donnée l'étroite interdépendance de ces deux dimensions [47, 48]. Chabert [21] soutient ainsi que l'évaluation diagnostique devient davantage pertinente si elle s'étaye sur des données cliniques plurielles en construisant une réorganisation des informations obtenues par des procédures différentes dans la démarche d'investigation psychologique : confrontation des données anamnestiques, des entretiens, des épreuves cognitives et des épreuves projectives. C'est en cela que les cliniciens projectivistes référés à Chabert [21], Husain [24] et plus récemment Chagnon [43], Halimi [45] et Sultan et Béliveau [49] militent pour une convergence des méthodes d'évaluation, cognitives et projectives.

Cette position est reprise par Suarez-Labat et ses coauteurs [30, 50, 51] qui affirment –la complémentarité « incontournable » des épreuves cognitives et projectives dans la clinique de l'autisme, et soutiennent que les épreuves projectives participent à défricher le traitement qualitatif du fonctionnement psychique et ses articulations avec le fonctionnement cognitif. La pratique diagnostique de Nicoud [48] et Frédérick-Libon [52, 53] intègre ainsi le test de Rorschach, souvent complémenté d'autres épreuves projectives figuratives tel que cela est préconisé par l'École de Paris [54] et des tests d'efficience intellectuelle comme les échelles

de Weschler. Un autre exemple est proposé par Bouvet [55], qui met en relation des réponses d'items du Profil Psycho-Educatif Révisé (PEP-R, [56]) avec le test de Rorschach.

Ce regard clinique complémentaire peut infiltrer la démarche diagnostique dans son ensemble jusqu'au diagnostic psychiatrique nosologique, dans une intégration indispensable et complémentaire d'une approche classique de la complexité du cas clinique, avec une approche plus récente et standardisée qui vise à fonder le discours des psychologues sur des données probantes [49]. Ainsi, Tordjman [57] identifie les limites des outils recommandés par la HAS, et considère qu'ils doivent être le support de discussions cliniques soulignant la complémentarité d'une réflexion psychodynamique et de la méthode statistique utilisée dans les échelles d'évaluation, pour aborder la subjectivité et apporter des éclairages différents dont la confrontation peut stimuler la créativité et dynamiser la réflexion des équipes.

Cette complémentarité s'exprime aussi dans le fait que le mode de présentation et la situation clinique construite autour de la proposition de passation du test de Rorschach s'avèrent être formellement différents de ce qui est proposé dans les démarches diagnostiques classiques et participent à la rigueur scientifique des bilans multiméthodes et multi-informants [49]. Ainsi, les auteurs [58, 59] identifient ces spécificités comme une force du Rorschach car ce test implique un autre type de communication et – nous ajoutons – de configuration spatiale et transférentielle par rapport aux autres outils préconisés dans la démarche diagnostique de l'autisme : il est donc susceptible d'apporter des éléments de compréhension différents et complémentaires du fonctionnement autistique.

Le test de Rorschach est constitué d'un matériel imagé ambigu ou non figuratif proposé à un sujet dans une configuration spatiale dans laquelle le clinicien est habituellement à ses côtés. La consigne de départ l'invite à une production personnelle singulière, créant une situation de passation peu familière et différente de ce qui est sollicité dans les questionnements cliniques

habituels à travers les questionnaires ou entretiens semi-structurés par exemple. Ainsi, l'outil sollicite une production psychique qui permet d'approcher la vie psychique du sujet de manière détournée, non explicite, de façon moins transparente que les questionnaires. Une attention toute particulière est portée sur les mécanismes intrapsychiques, là où la passation des autres tests repose essentiellement sur la sollicitation des réponses conscientes du sujet à des questions relatives aux problématiques psychiques dont il se défend par ailleurs, en partie inconsciemment. La situation projective et le matériel créent une configuration d'évaluation qui paraît aussi moins dépendante de certaines problématiques classiques liées aux compétences communicationnelles, attentionnelles, introspectives, cognitives ou encore psychomotrices [59] souvent déficitaires dans la clinique de l'autisme, et qui influencent les productions du sujet pour d'autres tests, pour lesquelles il est souvent attendu un certain caractère performatif. D'un autre côté, dans le cas de formes d'autisme sans retard intellectuel, l'utilisation des outils diagnostics est « insuffisante » puisque la situation de test artificielle et attendue permet aux sujets autistes d'adapter leurs comportements et de masquer leurs déficits du fait des stratégies de compensation qu'ils ont développées et de donner « une trop bonne impression » et ainsi d'échapper à la démarche diagnostique [60, 61]. Cela peut être renforcé par les situations d'apprentissage anxieuses en amont de la manière de répondre aux évaluations. Ainsi, le test de Rorschach trouve ici tout son intérêt car il permet de mettre le sujet dans une position de spontanéité par rapport à un matériel supposé être nouveau. C'est également une situation cultivant l'ambiguïté, faisant varier un ensemble de stimulations différentes, de manière expérientielle et non seulement cognitive, dans lesquelles le sujet pourra développer des réactions que nous n'aurions pas à voir dans une clinique diagnostique classique. Emmanuelli et Suarez-Labat [62] posent la situation projective comme une clinique de l'inattendu, ce qui peut trancher par rapport au suivi d'un protocole diagnostique établi et face auquel les sujets peuvent s'ajuster voire se préparer. C'est pourquoi Vermeulen [60]

conseille ce test dans les cas de sujets adultes au niveau intellectuel élevé afin de contourner leur hyperadaptation intellectualisée. Notons à ce propos que le test de Rorschach, dont les planches et la liste des banalités sont entrées dans le domaine public [63], demeure relativement étanche aux tentatives de « triche » (ex : [64]).

Certains auteurs [65, 66] estiment que les tests projectifs sont « inenvisageables » ou « guère utilisables », notamment en clinique infantile, car ils nécessitent un certain niveau de langage et d'expression orale, d'abstraction, de représentation et de symbolisation. Effectivement, la passation du test de Rorschach est relativement dépendante des capacités langagières du sujet ou en tout cas du langage à valeur de communication. Toutefois, il est possible de concevoir une passation tout à fait précoce, chez l'enfant non ou peu verbal de deux ans, basée sur l'engagement de l'enfant dans « une situation ludique qui engage la globalité des réponses corporelles » [67], à partir de laquelle le clinicien va porter son attention sur la spécificité du traitement de l'excitation suscitée par le matériel, les manifestations comportementales et sensorielles, préludes de l'activité représentationnelle, et, sur l'écran transféro-contre-transférentiel autour de la situation de jeu médiatisé par les planches. L'« invitation à jouer » induite par le test de Rorschach est en soi la production d'un discours qui possède sa propre logique et mobilise des enjeux divers [68]. Le travail interprétatif va se faire à partir de là où en est l'enfant, et l'équilibre qu'il peut créer dans cette situation « transitionnelle » [69] entre mondes interne et externe, par la production de « préalables corporels et sensoriels de l'accès à la symbolisation » [67] ou l'empêchement de la mise en symbolisation et sa dynamique, et ce, en deçà des niveaux d'une symbolisation secondaire (différents niveaux de symbolisation de Roman [68]).

De là, les conditions de passation et la consigne doivent pouvoir être flexibles et s'adapter aux compétences et aux particularités cognitives et comportementales de la personne testée [70]. Suarez-Labat [50, 71], par exemple, conçoit que le clinicien puisse proposer des passations

projectives en présence des parents lorsque la situation de l'enfant avec ceux-ci est trop difficile et que la relation que l'enfant va solliciter avec ses parents lors de la passation donne à voir une situation clinique riche d'informations. Bouvet [55] souligne la complémentarité des épreuves cognitives et projectives, et surtout la souplesse que ces dernières autorisent dans le processus de bilan psychologique. En effet, les conditions de passation du test sont flexibles et facilitent « des postures d'écart » [68] pour laisser advenir le matériel sans entacher la validité de l'épreuve, tout en étant pris en compte par le clinicien lors de son travail d'analyse [9].

Il est ainsi indiqué [28, 72] que la population autiste nécessite un aménagement des conditions d'évaluation et d'interprétation, afin de s'ajuster au mieux aux particularités de fonctionnement des sujets et de pouvoir mettre en lumière ses points de force et ses compétences positives [73, 74]. Le test de Rorschach paraît être un instrument d'évaluation diagnostique pertinent dans la clinique de l'autisme, chez l'enfant comme l'adulte, en tant que médium créant « un espace de rencontre privilégié » entre le consultant et le clinicien [75], respectant les conditions cliniques propices et adaptables à l'évaluation des TSA. Le mode de passation dans sa configuration spatiale s'avère intéressant et rejoint les remarques de Tordjman [57] qui reconnaît à l'ADI-R et l'ADOS, outils spécifiques et spécifiquement adaptés à l'autisme, certaines qualités. En effet, ces situations de test sont un moyen d'« introduire un tiers, une médiation, une triangulation » dans « un cadre précis », ce qui permet de s'adapter à l'impossibilité du face à face de l'enfant autiste et à la nécessité d'interagir via un objet médiateur de la rencontre. Cette situation de triangulation l'est aussi dans la mesure où les productions au test permettent de constituer une source de données qui nourrissent les hypothèses cliniques par un croisement multiméthode. La restitution des résultats peut aider le sujet à comprendre et s'approprier sa démarche diagnostique et impliquer et valoriser ses proches en facilitant les illustrations tangibles de la clinique. Ces

données formalisent aussi un pôle à partir duquel peuvent se structurer des communications en équipe de manière plus objectivable, voire un peu défensive, afin de « mettre à distance les affects et les émotions qui envahissent les équipes » [57].

Les détracteurs des méthodes projectives insistent sur le caractère subjectif de la cotation du test. Effectivement, dans la méthode de cotation que nous privilégions, le Rorschach est interprété sous un angle qualitatif et clinique et, de par sa nature, il rend la quantification parfois difficile. Mais nous soutenons l'indispensable complémentarité de l'analyse qualitative et quantitative, toutes deux riches de sens dans la compréhension globale de la personne [76]. L'aspect quantitatif dans l'exploitation du test doit pouvoir se développer en support à une amélioration des normes statistiques disponibles. C'est une condition indispensable à une meilleure reconnaissance du test par les autorités de santé et notamment dans ce cadre de l'évaluation des TSA que nous déclinons ici.

Cependant, il est à noter que la démarche diagnostique dans son entièreté est elle-même fortement empreinte de biais multiples et courants dans le recueil, l'interprétation et l'intégration des résultats ce que la simple standardisation des outils ne saurait éluder totalement [49]. En fait, cette critique s'applique aussi aux autres échelles en vigueur, et, selon Tordjman [57], l'apparente référence à une vérité statistique assimilée à une vérité scientifique, érigeant l'ADI-R et l'ADOS au statut de « *gold standard* » [12] pour le diagnostic de l'autisme comme dans la recherche, vient en fait masquer la subjectivité de l'évaluateur aussi bien lors de la passation que lors de la cotation de l'échelle. Le jugement clinique et l'autoréflexion doivent donc rester premiers pour guider une démarche d'évaluation armée et structurée intégrative des données cliniques diversifiées.

La situation projective paraît être non invasive et adaptée à l'autisme et à ses particularités, allouant un espace dans lequel il peut advenir des manifestations diverses à partir desquelles

le clinicien pourra travailler la mise en sens. Keller et al. [59] confirment que tous leurs patients ont abordé le test avec une attitude collaborative et ont souvent manifesté leur intérêt pour le matériel de diagnostic et les résultats qui pourront en découler. Nous concevons d'ailleurs la nécessité d'une restitution donnée avec un langage compréhensible et adapté, mettant à disposition du patient et de sa famille les données projectives disponibles mises en correspondances avec des données issues d'autres moments cliniques, afin de couper court à l'hermétisme du discours du praticien qu'origine grandement (mais pas seulement) le discrédit répandu autour des épreuves projectives.

3.2 Exploitation du test de Rorschach dans le diagnostic de l'autisme

L'exploitation du test classiquement privilégiée en France [9, 39, 77] est une approche psychanalytique théorisée par l'École de Paris, dans une perspective héritée des travaux américains de Schafer poursuivis en France par Anzieu et Rausch de Traubenberg, puis conceptualisés par Chabert [78] et par le groupe de Nancy (de Tychev entre 1982 et 2017). Au niveau de la littérature scientifique en langue française, il y a peu de références disponibles sur les bases de données qui mettent en avant l'utilisation des méthodes projectives dans la clinique de l'autisme, à l'exception des travaux de Suarez-Labat [18, 30, 50, 51, 62, 71, 79-85] et de Frédérick-Libon [52, 53, 86, 87]. Ces auteures proposent exclusivement des travaux sur l'autisme en clinique infantile et à l'adolescence en s'appuyant sur leur pratique clinique, illustrant les conceptualisations théoriques post-kleinniennes et post-bionniennes par des cas singuliers et des suivis de certains jeunes patients. À ces travaux s'ajoute l'article d'Allan [19] qui s'avère être un plaidoyer convainquant de l'utilité du test de Rorschach dans les démarches diagnostiques mis en perspective avec les évolutions nosographiques et des pratiques actuelles. On repère également les contributions de Nicoud [48], Bouvet [55] et Jeammet [88] qui composent des monographies cliniques basés sur

l'étude de cas uniques.

Frédéric-Libon [52, 86, 87], comme Suarez-Labat, se réfère aux conceptualisations en lien avec l'élaboration de l'espace ou l'enveloppe psychique et le modèle contenant-contenu issu de la théorie de l'activité de pensée de Bion, pour réfléchir au repérage des premiers mouvements de construction identitaire en lien étroit avec la clinique de l'autisme, comme ont pu le faire des auteurs comme Bick, puis Haag, Meltzer et Tustin. Suarez-Labat [30, 80] appuie sur le fait que ces auteurs ont apporté des éléments de compréhension du fonctionnement psychique et cognitif de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte autiste, démontrant une certaine complémentarité entre l'interprétation psychanalytique et les travaux des cognitivistes qu'ils mentionnaient déjà, en plus d'insister sur le travail psychanalytique des outils d'évaluation psychométrique.

À la lumière de ces modélisations théoriques, Frédéric-Libon [52] s'interroge sur le fait que le test de Rorschach puisse constituer un « outil de prédilection ». En effet, ce test est une « épreuve des limites » [21, 89], permettant de mettre à l'épreuve la qualité des constructions des premières enveloppes et leurs empêchements pouvant rendre compte de la qualité des capacités de contenance et d'échange du sujet (contours fermes, clairement soulignés ou instables, frémissants, discontinus, interpénétrations de figure et de fond, dessin net, précis ou enchevêtrement de formes plus ou moins saisissables...). C'est une question centrale dans l'autisme, dont les défenses mises en place entravent durablement les premières constructions internes, soubassement des processus de pensée.

Le projet de ces auteures se structure dans un travail à l'interface avec la situation projective du test de Rorschach, et d'autres épreuves projectives (CAT, Scéno-Test...), dont les particularités vont pouvoir dévoiler des arrangements défensifs singuliers en fonction de l'économie sexuelle infantile et de la possibilité de l'intégration des limites, permettant la

gestion de la situation projective dans toutes ses dimensions : temporelle, interactionnelle, perceptuelle, sensorielle, etc. L'analyse fine de l'évolutivité de ces stratégies est précieuse pour soutenir la prise en charge et accompagner le sujet dans ce processus.

De plus amples recherches qualitatives orientées par une théorisation du fonctionnement psychique autistique articulées avec d'autres quantitatives empiriques doivent être menées afin d'établir, si cela est possible, ce qui, de l'autisme, transparait de manière significative au test de Rorschach à l'instar des projets italiens du groupe de recherche biomédicale guidé par Crucitti et al. [90, 91] et de l'étude pilote de Keller et al. [59] en clinique adulte ; d'autres travaux brésiliens menés avec le système intégré [92] prennent source dans des écrits étasuniens plus anciens [58, 92, 93]. De telles recherches pourraient supporter une généralisation en vue d'accréditer l'outil dans les procédures diagnostiques classiques. Cet important projet doit pouvoir être mené sans dénaturer le test de Rorschach qui constitue, par son interprétation, une manière de construire du sens autour des symptômes, de retracer une cohérence d'un fonctionnement psychique individuel, dans ses aspects cognitifs, affectifs, psychomoteurs et psychosomatiques, n'excluant pourtant pas de trouver des modes de fonctionnement généralisable à la population autiste.

4 Le test de Rorschach comme ressource pour la démarche différentielle dans le cadre des situations complexes

4.1 Le défi prioritaire du diagnostic différentiel

La question du diagnostic différentiel de l'autisme et de l'identification des troubles associés demeure centrale et prioritaire dans la pratique et dans la démarche d'évaluation au quotidien. En effet, l'intérêt du diagnostic est d'ouvrir sur des projets thérapeutiques adaptés, si bien qu'un diagnostic erroné induit une prise en charge qui peut potentiellement nuire au patient,

ou du moins ne pas lui permettre d'accéder au meilleur pronostic [5]. En cela, un des axes prioritaires du 4^{ème} plan Autisme (2018-2022) oriente la « Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neurodéveloppement » vers des questions de diagnostic articulées avec la prise en charge dont la nécessaire précocité fait actuellement l'objet d'un très large consensus, et ce afin de favoriser les projets de vie personnels tournés vers l'inclusion des enfants et adultes autistes.

Cependant, l'évaluation des troubles du spectre autistique se heurte à un défi majeur lié au fait que la plupart des signes de l'autisme, comportementaux comme cognitifs, ne sont pas spécifiques et se chevauchent significativement avec un large éventail de troubles psychiatriques, neurologiques et organiques-somatiques [95, 96]. Ainsi, le diagnostic de TSA est souvent rendu difficile par la prépondérance des diagnostics différentiels potentiels qu'il faut considérer, et ce lors des différents moments de la vie du sujet [96], de l'enfance [95], en passant par l'évolution de la manière dont se présentent les symptômes à l'adolescence [97] jusqu'à l'âge adulte [98, 99]. Ce tableau est complexifié du fait des très fréquentes comorbidités associées à l'autisme à tout âge [100, 101]. Il est donc rare qu'un TSA se présente seul sous forme d'un tableau clinique typique pur, et même, chez les sujets autistes, la diminution des symptômes atypiques avec l'âge et la présence de conditions psychiatriques comorbides se joignent au chevauchement entre les signes de l'autisme et ceux d'autres conditions psychiatriques qui complexifient encore la démarche diagnostique. Les troubles concomitants non diagnostiqués peuvent faire en sorte que les personnes ne reçoivent pas les services, les avantages ou le traitement appropriés, étant données les similitudes entre les troubles [102, 103].

Il est alors logique que, lors de la préparation du document de la HAS [12] sur le diagnostic chez l'enfant et l'adolescent, la question du diagnostic différentiel ait été soulevée lors de la

phase de cadrage. Les situations pour lesquelles le diagnostic différentiel est difficile à établir constituent un critère qui les amène à se voir qualifiées de « situations complexes » et nécessitent le recours aux équipes de troisième ligne, c'est-à-dire l'orientation vers les CRA ou en centre hospitalier pour des avis médicaux spécialisés. Dans ces cas, « aucun test ou examen paraclinique n'est recommandé de manière systématique pour poser un diagnostic de TSA, leur réalisation s'effectuant sur signe d'appel évoquant un trouble associé ou un diagnostic différentiel », le document faisant référence à des tests d'imagerie cérébrale (imagerie par résonance magnétique et électroencéphalographie), des tests génétiques et biologiques ou neurométaboliques. L'Autorité de santé peine à produire des recommandations et des procédures qui peuvent apporter des solutions. L'intérêt de la communauté scientifique pour le diagnostic différentiel et la conception d'échelles est encore récent. Dès lors, certains auteurs constatent dans la littérature des « trous [notre traduction] », c'est-à-dire que plusieurs moments du développement de l'enfant en lien avec des problématiques différentielles ont encore besoin d'être explorés [104].

Du côté des recommandations pour les adultes, du *National Institute for Health and Care Excellence* [105] et de la HAS [11, 106], autant dans celles concernant la prise en charge que dans celles relatives à la démarche diagnostique, il est précisé que le diagnostic différentiel des TED (Trouble envahissant du développement) chez l'adulte prendra en compte la schizophrénie, des troubles graves de la personnalité et des troubles du langage de type expressif ou mixte [11, 106], l'emphase étant clairement mise sur la difficulté à dégager un diagnostic différentiel entre la schizophrénie et le syndrome d'Asperger, de même que pour des formes autistiques avec un retard mental important. Il ressort que les outils préconisés pour le diagnostic ont des limites et rendent le différentiel techniquement difficile à réaliser, ce qui est exacerbé par l'absence d'outils de dépistage et de diagnostic robustes servant une meilleure identification de l'autisme chez les adultes [107].

En effet, bien que l'origine biologique de l'autisme soit largement avérée, il n'existe pas de marqueurs biologiques de l'autisme et il reste nécessaire de s'appuyer sur des signes comportementaux pour établir le diagnostic [108]. En cela, les échelles de diagnostic d'autisme sont les seuls moyens de diagnostic différentiel avec un support scientifique : le document de la HAS [11] sur le diagnostic d'autisme chez l'adulte met particulièrement en avant le caractère différentiel d'outils comme l'ADI-R et l'ADOS-2, notamment grâce à leur complémentarité entre l'entretien et l'observation dans la mesure où « l'observation peut permettre d'appuyer ou de relativiser les informations recueillies lors de l'anamnèse » ; et la NICE [105] en suggère l'utilisation dans les situations complexes pour lesquelles le diagnostic différentiel chez l'adulte est incertain.

Globalement, les recommandations de bonnes pratiques au niveau mondial intègrent l'ADI-R et l'ADOS-2 dans leurs procédures diagnostiques, chez l'enfant comme chez l'adulte. Cependant, une revue de la littérature scientifique internationale (voir [109]) indique que les deux outils, indépendamment ou travaillés dans une lecture croisée, possèdent certaines limites d'où la nécessité de perfectionner les procédures.

4.2 L'apport du test de Rorschach pour le diagnostic différentiel

Initialement, Rorschach [110] s'est inspiré des concepts de ses collègues suisses Eugen Bleuler et Karl Gustav Jung pour formaliser le cadre des hypothèses fondamentales de son test. Le test de Rorschach n'est plus alors un test d'imagination comme cela était déjà le cas dans les formes premières des tests avec des taches d'encre, mais devient avec Rorschach un test de « perception ou aperception » permettant de dresser un diagnostic psychologique de la personnalité. Rorschach citait explicitement Bleuler [110], et reconnaissait à la perception trois processus : « sensation, mémoire et association » [111]. Son test est alors une méthode permettant de provoquer, à partir d'images ambiguës, des « interprétations », fruits du

processus d'assimilation qui offrent à considérer les possibilités associatives entre les engrammes disponibles (mémoire) et des complexes de sensations (perception face au test) [112]. Rorschach s'intéresse donc moins à la réponse elle-même qu'à ce qu'il est possible d'en inférer de la manière dont le sujet la construit. Le test de Rorschach est une « expérience diagnostique de perception (interprétation libre de formes fortuites) » qui donne à voir alors des réponses, qui, cotées dans un système dont les signes premiers ont largement été conservés, peuvent être regroupées dans un psychogramme constituant un outil différenciateur basé sur le repérage de différents types de sensibilité à la couleur et/ou le mouvement (Type de Raisonance Intime) permettant d'identifier différents « types de personnalité » mais aussi des pathologies diverses (névroses, groupe maniaco-dépressif, groupe des schizophrénies, psychoses organiques et épilepsie) [111]. Rorschach va ainsi découvrir les potentiels différentiels de son test en remarquant que les patients schizophrènes fournissent des réponses particulières face aux stimuli de ses taches d'encre. Il note que « dans la schizophrénie, les processus associatifs complexes sont constamment vagues, interrompus et dispersés, la séquence est à nouveau lâche et dispersée » [110] et parasités de manifestations plutôt rares dans la population générale telles que des stéréotypes absurdes, des contaminations absurdes, des formes inégales, des formes concises et nettes alternant avec des formes floues de manière frappante, du superlatif au banal [113].

Le test de Rorschach apparaît ainsi comme un révélateur particulièrement efficace de la « coupure » ou « *Spaltung* » [114] entre les différentes fonctions psychiques qui affecte le traitement des différentes données perceptions visuelles, proprioceptives qui s'isolent et laissent le sujet dans une perplexité quant à l'origine de ses éprouvés [112]. Rorschach est aussi le premier à proposer la passation de son test à des patients adultes schizophrènes pour lesquels « l'autisme schizophrénique de Bleuler est particulièrement évident ». L'autisme, dans ce cadre, est défini comme la « tendance à placer sa propre fantaisie au-dessus de la

réalité et à se retrancher de celle-ci » [114], dissociation radicale d'avec le monde extérieur qui se traduisait en difficultés importantes d'assimilation du complexe des sensations [51], mais aussi par une perte du contact vital avec la réalité visible à travers des reconstructions délirantes telles que « des hallucinations et des délires fréquemment observés » [110]. La manière dont ces distorsions de la réalité se manifestent au Rorschach est d'ailleurs conceptualisée dans une taxonomie de la « pensée autistique » compilant en un score spécial les particularités et distorsions perceptuelles, cognitives et verbales retrouvées dans le « Système Intégré » américain et pouvant orienter vers le diagnostic de schizophrénie [ex : 115].

Ainsi, pour Hermann Rorschach [110], « le test de Rorschach est avant tout un test qualitatif » qui permet alors et dans un premier temps, d'établir un profil psychologique dynamique et singulier, mais, il reconnaît aussi la possibilité de dégager des informations utiles au diagnostic différentiel, l'auteur notant que le matériel du test sollicite une expression différentielle et « permet d'arriver dans la plupart des cas à un diagnostic clairement différencié chez la plupart des patients ». Les travaux princeps de Rorschach ont été développés et densifiés par ses élèves avant de connaître une diffusion des années plus tard et des développements parallèles des grandes méthodologies interprétatives que nous avons cités en début d'article [76] qui ont contribué à faire de l'outil un formidable atout clinique dans les cas de diagnostic différentiel. Cette qualité du test est soulignée par Castro [116] qui conçoit qu'il est possible d'y avoir un recours précieux chaque fois que la clinique est floue ou que se pose la question d'un diagnostic différentiel, essentiel dans l'articulation entre évaluation diagnostique et projet thérapeutique spécifique [54].

Dans la continuité de ces travaux princeps, le modèle exnérien prend une direction psychométrique et empirique, le test de Rorschach est alors une tâche de résolution de problèmes ou une tâche essentiellement perceptive [22], laquelle sollicite des processus

cognitifs et affectifs, extraits à travers des faisceaux de facteurs caractéristiques et différentiels entre populations psychiatriques. Le modèle psychanalytique parisien va, pour sa part, élargir ce cadre interprétatif en reconnaissant le test comme un objet médiateur, pris dans le jeu transférentiel entre le psychologue et le sujet testé, mettant ce dernier dans une situation de double sollicitation imaginaire et perceptive [54]. Le matériel objectif du test n'est pas neutre et laisse ainsi apparaître différents contenus latents en fonction des caractéristiques propres de la planche, au niveau structural, avec des planches unitaires ou bilatérales, et/ou sensoriel, faisant émerger les réactivations d'ordre pulsionnel et la qualité des régulations émotionnelles. Ainsi, la dimension structurale du test sollicite particulièrement, en tant que mise à l'épreuve « des limites » [21, 89], les capacités dont dispose le sujet à en faire sa « métaphore corporelle » en projetant ou non une image intègre révélatrice des étapes de construction de l'identité, des processus d'identification, de l'élaboration plus ou moins précaire des représentations entre soi et l'autre jusqu'aux possibilités de projeter des relations d'objet plus ou moins élaborées.

Ces dispositions engagent chaque sujet à y réagir avec le « matériel psychique » à sa disposition [9] soit à un investissement subjectif au travers de réponses représentatives des caractéristiques d'un fonctionnement psychologique pris dans des fantasmes et problématiques propres, mais aussi généralisables aux grandes structures psychologiques. Ainsi, de nombreux travaux, de l'École parisienne, illustrent bien ces qualités différentielles du test de Rorschach, qui souligne les particularités structurales de fonctionnement d'organisation psychiques diverses.

Aussi, là où Rorschach [110] n'a donné que peu d'éléments explicites sur la passation du test auprès d'enfants, les premières applications de l'épreuve ont été centrées sur le développement perceptif de l'enfant et les troubles qui peuvent l'entraver, ces systèmes de cotation introduisent dans leurs cotations une perspective développementale. Le Rorschach SI

permet ainsi d'apprécier la maturation des processus cognitifs des enfants et adolescents à l'interface des normes permettent la distinction entre anomalie, immaturité et caractéristiques individuelles tandis que le système français appuie sur la prise en compte de la dynamique de la vie psychique et les différents registres de conflictualité qui l'animent, tout en considérant des évolutions libidinales de la sphère psychoaffective d'un point de vue développemental et les spécificités en lien avec les différents âges de la vie [43, 54, 68, 75, 89].

Il nous semble que le test de Rorschach peut permettre de mettre en lumière des particularités du fonctionnement autistique qui seraient des indicateurs diagnostiques sur lesquels s'appuyer lorsque la présentation clinique induit de la confusion diagnostique et/ou est atténuée et met en échec le diagnostic psychiatrique référé aux critères DSM seuls.

Pour appuyer ce postulat, nous allons présenter différentes études qui mettent en avant une appréhension psychique singulière du test par des enfants et adultes TSA, ce qui se matérialise par les productions particulières au niveau perceptuel, dans les contenus et les déterminants, et dégagent certaines caractéristiques quantifiables, ainsi que d'autres plus fines et dynamiques qui ne le sont pas encore, mais qui paraissent pouvoir constituer des supports à la clinique diagnostique différentielle.

Les travaux français, précédemment cités, illustrent et valident le fait qu'il peut se révéler des modes d'appréhension autistique à cette épreuve projective, très en lien avec les problématiques du moi et de la construction des espaces psychiques en évolution [51], qui s'actualisent particulièrement à travers les sollicitations structurales des planches. C'est aussi le cas pour les psychoses... mais différemment ! L'autisme et la psychose infantile présentent des niveaux archaïques de développements identitaires, aux prises avec des problématiques de différenciation comparables produisant une distorsion dans l'équilibre du modèle contenant-contenu et laissant ces sujets face à des angoisses massives qui accompagnent cette

défaillance à établir un moi corporel primitif. Cependant, Jeammet [88] met en avant dans son article, à l'appui de l'étude d'un cas unique, un certain nombre de différences entre les mécanismes intrapsychiques psychotiques et autistiques (en terme d'angoisses, de mécanismes de défense, de structuration du moi, de relations d'objet) pour faire face à des problématiques qui peuvent certes être proches, mais dont les fonctionnements ne sont « aucunement superposables ». Ainsi, pour ce qui est des psychoses, des troubles des repères identitaires, se distinguent les protocoles mettant à jour une identité indifférenciée, dissociée, morcelée sous-tendue par une indistinction ou une distinction trop partielle moi / non-moi battue en brèche par des mécanismes de projection et de déni. Au test de Rorschach, cela se vérifie par la production de contenus non différenciés corroborés par un défaut des garanties des limites du sujet par rapport à l'objet soulevant un cortège de processus primaires violents. Pour ce qui est des protocoles de sujets autistes, Jeammet [88] remarque « une contrainte autistique » pour garantir le fantasme nécessaire d'omnipotence induisant une radicale séparation d'avec l'objet, en évitant à tout prix de penser l'altérité. Ainsi, l'évitement de la prise de conscience intolérable du non-moi, le monde extérieur non-moi se trouve exclu chez les enfants autistes alors que du côté de la psychose, c'est un brouillage actif des limites entre moi/non-moi. Dans ce cadre, Frédérick-Libon [86] propose une description, au test de Rorschach, des manifestations des troubles archaïques de la pensée chez l'enfant, et postule un indice différentiel intéressant dans la dialectique de non-intégration ou démantèlement / désintégration dans la mesure où « la désintégration va de pair avec les fonctionnements psychotiques tels qu'on les trouve dans les psychoses infantiles, alors que la non-intégration paraît refléter la problématique des enfants présentant des états post-autistiques ». La non-intégration est un état primitif qui peut être maintenu par des « mécanismes de protection du moi » ou « manœuvres de défense » ou encore « mécanismes de survie psychique » (comme le démantèlement des sensorialités ou l'autosensualité) [51, 71, 84,] propres aux

fonctionnements autistiques, tandis que la désintégration du moi s'observe dans les organisations psychotiques et implique un état du moi plus évolué permettant la mise en place de mécanismes de défense. Ainsi, les auteurs présentent des cas uniques et théorisent ce qui se révèle dans les réponses de leurs sujets, porteuses et révélatrices des mécanismes de protection, autrement dit, des empêchements défensifs et singuliers de l'autisme qui, mis en comparaison avec les phénomènes des protocoles psychotiques, apparaissent appartenir à des modes de fonctionnements aux dynamiques différentes. Ces indications différentielles sont complétées avec les remarques de Nicoud [48] qui compare deux protocoles TAT et propose des indicateurs différentiels dans la gestion psychique de la relation d'objet, problématique commune aux troubles psychotiques et autistiques, et projette, dans son article, de « cerner au plus près les différences et les spécificités de ces deux entités que sont le syndrome d'Asperger et la dysharmonie d'évolution psychotique dans le cadre de la clinique projective ».

Le Rorschach permet ainsi d'appréhender finement les niveaux archaïques du développement identitaire, et notamment au niveau de la constitution du moi et ses empêchements autistiques ou failles psychotiques et l'implication sur la constitution du schéma corporel et de l'appareil cognitif. Jeammet [88] soutient que le Rorschach est extrêmement précieux pour différencier les troubles primaires, par exemple entre psychose symbiotique et psychose post-autistique, ou encore entre différentes formes d'autisme, entre autisme à carapace et autisme confusionnel.

Plus encore, les auteurs postulent alors que le test laisse voir les traces messagères des ratés dans la constitution d'un espace contenant, dans leurs réalités actuelles et évolutions possibles vers des états « post-autistiques » [87, 88] définis comme des états autistiques en dehors de l'autisme proprement dit, portés par la possibilité d'accéder à des aménagements des différents espaces psychiques, voies identificatoires productrices de limites et de

structurations diversifiées, résultat d'une lente « conquête de limites » laissant se découvrir des « nouvelles géographies » psychiques [51, 71, 84] et des destins bien plus favorables parfois à l'âge adulte.

Dans cette logique, nous avons aussi proposé l'étude d'un cas unique autour de la problématique différentielle entre les troubles du spectre de la schizophrénie et les TSA [7] chez un sujet adulte, en appui sur une passation projective du test de Rorschach et en référence avec le modèle structural de l'autisme présenté notamment par Maleval [117], qui constitue une illustration des possibilités du sujet à accéder à une identité et s'ouvrir au monde social tout en conservant les traces des empêchements autistiques initiaux.

D'autres travaux, principalement en langue anglaise existent sur les bases de données scientifiques (PsycINFO, PsycARTICLES, PubMed/MEDLINE, Cairn, ScienceDirect, SpringerLink, GoogleScholar).

Le test de Rorschach a ainsi déjà été utilisé dans des recherches anciennes, dans le but d'analyser les particularités de la pensée chez les sujets autistes dans une tradition psychocognitive du modèle d'interprétation en Système intégré [22]. En clinique adulte, le premier article est celui de Dykens, Volkmar et Glick [58] qui proposent un travail exploratoire sur les troubles de la pensée dans une population de onze autistes de haut-niveau, qu'ils comparent avec les résultats normatifs d'un groupe de schizophrènes. Les auteurs concluent en la présence de troubles de la pensée importants dans l'autisme, qui se retrouvent dans le mode d'appréhension global coté X- % et X+ % (correspondant aux réponses globales cotées G) ainsi qu'aux scores spéciaux « *Unusual Verbalizations* » (« verbalisations inhabituelles »), regroupés dans un Indice de clarté de la pensée conceptuelle (WSum6), lui-même compris dans l'indice composite et pondéré pour détecter la schizophrénie, le « *Schizophrenia Index* » (« Index de schizophrénie » ou SCZI). Ghaziuddin et al. [93] comparent deux groupes

d'autistes, des sujets Asperger et des sujets autistes de haut-niveau et vérifient que les sujets présentent effectivement des troubles de la pensée avec un Indice de clarté de la pensée conceptuelle (score WSum6) élevé. Cependant, les auteurs peinent à distinguer les groupes autiste et schizophrène sur cette seule base, bien qu'il y ait des différences qualitatives, et concluent que des études sont nécessaires pour identifier plus précisément les caractéristiques du trouble de la pensée, communes à ces groupes, et celles associées au syndrome autistique.

En fait, l'utilisation d'indicateurs comme le SCZI seul pour construire une hypothèse diagnostique est décriée par Murray [118] car dévoilant un score qui peut recouvrir des réalités différentes, et ainsi entraîner un diagnostic de schizophrénie inexact dans bien des cas

2. L'auteur présente un cas unique d'un enfant, reconnu comme relevant du spectre autistique

a

² Notons qu'aujourd'hui l'indice de schizophrénie d'Exner (SCZI) a été récemment repensé et rebaptisé indice de perception-pensée (*Perceptual-Thinking Index* ou *PTI*), du fait des nombreux faux-positifs qu'il induisait chez l'enfant, l'adulte et des évolutions nosographiques. Nous allons voir plus loin que cet indicateur semble plus intéressant au niveau différentiel.

posteriori par Bernabei et al. [119], dans une utilisation synthétique de plusieurs approches du Rorschach afin de comprendre l'intégration des savoirs du Rorschach pour servir l'inférence clinique et la prise de décision. L'auteur incite donc à considérer d'autres mesures Rorschach pour aider à la discrimination, ce qui rejoint d'ailleurs une position défendue par les projectivistes français qui militent dans le sens de la multiplication des faisceaux d'indicateurs dans les procédures diagnostiques [21, 46, 120].

Par ailleurs, cette même problématique différentielle est interrogée dans la récente étude japonaise de Kishimoto et al. [121] dans une perspective plus globale, où les auteurs dressent un tableau de six variables Rorschach (D, Adj D, DQo, Fq+ et DQ+) soulignant les profils distincts des réponses de groupes de sujet schizophrènes et d'un groupe de sujets autistes Asperger adultes. Cette étude conclut, dans le système d'interprétation exnérien, à une

résistance au stress plus élevée chez les sujets schizophrènes, ces derniers ayant aussi une propension plus importante à fournir des réponses moins construites, dites « simples », tandis que les sujets autistes donnent des réponses statistiquement plus fréquemment sous-tendues par une mise en relation de plusieurs percepts, dans une construction de la réponse « complexe », mais comportant moins de mises en mouvement des contenus (mouvements kinesthésiques). De plus, des distorsions de perception plus fortes sont retrouvées dans les protocoles schizophrènes par rapport aux patients atteints de TSA. Les auteurs suggèrent que le test de Rorschach pourrait être utile pour faciliter le diagnostic différentiel de la schizophrénie et des TSA. Dans la pratique, Van Schalkwyk et al. [5] soulignent le problème de chevauchements entre les symptomatologies autistique et psychotique chez l'adulte, et l'illustrent autour de cinq cas cliniques, dont un pour lequel le test de Rorschach est utilisé comme ressource complémentaire à d'autres outils.

En clinique infantile, Kleiger [20] cite des études qui mettent en avant la contribution du test de Rorschach à des fins de diagnostic différentiel de l'autisme d'avec d'autres formes comprises dans les TED - comme dans l'étude comparative italienne de Bernabei et al. [119] ou encore des troubles des apprentissages [122] en clinique infantile. Une étude plus ancienne de Jura et Sigman [70] indiquait que les réponses de Rorschach des enfants et adolescents TSA différaient de celles des enfants atteints de schizophrénie et qu'elles étaient considérées comme « immatures » dans leur construction. Récemment, le test de Rorschach et les postulats différentiels de Kishimoto et al. [121] permettent l'analyse d'un cas complexe de Fogler et al. [123] pour un enfant pour lequel les hypothèses de psychose et de TSA sont évoquées.

Nous soulignons aussi les recherches italiennes de Crucitti et al. [90, 91] et Keller et al. [59] qui, dans des systèmes de cotation différents, cherchent à identifier au Rorschach des éléments psychopathologiques spécifiques pour orienter vers le diagnostic de TSA, dans une

population adulte, notamment lorsque le fonctionnement autistique est atténué et peut échapper aux évaluations nosologiques classiques. Les résultats de Crucitti et al. [90, 91] sont globalement retrouvés par Keller et al. [59] et Ghaziuddin et al. [93] : les protocoles examinés sont caractérisés par le peu de réponses grandement déterminées par la forme, dont les contenus plus fréquemment du type « objets », voire « animaux », délaissent les contenus « humains », soulignant le grand pragmatisme dont ces sujets font preuve, mais aussi par la présence de détails et de petits détails dénotant une pensée formelle et inflexible qui se révèle avec la prévalence de phénomènes particuliers comme le déni et la persévération.

Holaday et al. [94] ont porté le même projet auprès de 24 sujets enfants et adolescents Asperger, en s'attellant à créer des correspondances davantage au niveau sémiologique, entre les critères du DSM-IV-TR [124] et des indicateurs trouvés dans les protocoles Rorschach.

Cinq variables spécifiques sont extraites et sont érigées comme traductions des critères DSM :

- Le critère A, « altération significative dans l'interaction sociale », peut se traduire par la sous-production de contenus humains (H), de mouvements humains (M) et de mouvements coopératifs (COP) entre contenus humains et/ou animaux ;
- Le critère C, « altération significative du fonctionnement social, professionnel », traduit par l'indice d'incompétence sociale (*coping deficit indexes*, CDI) (tr. [125]) et dont la correspondance avec notre système de cotation n'est pas établie, ainsi que par l'indicateur *Experience Actual* (EA), est révélateur selon les auteurs du manque de ressources psychologiques pour répondre aux exigences de participation égale dans un environnement socialisé.

Les auteurs proposent la constellation suivante pour construire une grille indicative du syndrome d'Asperger : COP = 0, CDI > 3, H < 2, M < 2, EA < 4, WSumC = la moitié de la valeur attendue pour l'âge chronologique, et T = 0. Les deux dernières variables, WSumC et

T, semblent indiquer la présence de problèmes émotionnels ou comportementaux, et ne sont pas propres à une catégorie diagnostique spécifique, c'est-à-dire qu'elles ne permettent pas le différentiel avec le groupe contraste d'adolescents présentant des problèmes émotionnels et comportementaux divers, contrairement aux cinq autres indicateurs.

Une étude japonaise [126] dont l'objet scientifique, un peu différent, est la perception des figures ambiguës, conclut de manière encore plus pessimiste, que seule la variable FM (kinesthésie d'un objet inanimé) permet de distinguer une population TSA d'un groupe contrôle.

Quelques récents travaux brésiliens mettent à l'épreuve les découvertes de ces études exploratoires. Parmi ceux-ci, Ceres Alves de Araújo et al. [92], dans la même logique que Holaday et al. [94], prévoient de surveiller un certain nombre de variables qu'ils pensent être en lien avec les critères DSM. Ils ont mis à l'épreuve du test de Rorschach 21 sujets diagnostiqués autistes à l'intelligence normale : ils concluent à l'existence d'une intégrité relative du traitement perceptuel cognitif et notent un indice d'incompétence sociale (CDI) positif, mais ne parviennent pas à faire ressortir de manière ferme d'autres variables pour en établir un seuil solidement différentiel. Il serait néanmoins intéressant de poursuivre les pistes ouvertes par les auteurs qui vérifient des éléments de la constellation de Holaday et al. [93] mais suggèrent aussi de s'intéresser aux indicateurs FC, CF, C et Afr (*affective Ratio*) révélateurs du fonctionnement affectif des sujets. De plus, Ceres Alves de Araújo et al. [91] trouvent un indice de perception-pensée (PTI) inférieur aux valeurs observées chez les patients schizophrènes, ouvrant une autre piste intéressante pour le diagnostic différentiel, en lien avec les travaux précédents sur l'indicateur SCZI.

Le test de Rorschach pourrait donc constituer un révélateur particulièrement efficace des caractéristiques sémiologiques autistiques recherchées dans le cadre du diagnostic

psychiatrique qui trouvent à s'exprimer dans cette situation-test. Ce test permet aussi de configurer une situation clinique dans laquelle le clinicien pourra non seulement focaliser son attention sur les modalités comportementales, mais aussi sur les modes de fonctionnement cognitif et affectif intrapsychique et leurs perturbations, autant d'indices qui pourront être mis en dialogue pour restituer quelque chose de la vie psychique du sujet dans sa singularité, et en écho avec des caractéristiques d'un fonctionnement autistique selon l'épistémologie interprétative privilégiée. Pour aller plus loin, il serait intéressant que ces études éparses s'unifient et que les auteurs prennent connaissance de leurs travaux respectifs afin de les mettre en dialogue, dans l'idéal dans un enrichissement mutuel entre méthodologie de cotation et épistémologies interprétatives. L'horizon scientifique idéal serait de tester sur des échantillons plus conséquents les pistes qualitatives et quantitatives cristallisées dans certains indicateurs Rorschach, et ainsi d'obtenir des données normatives sur les patients atteints de TSA à comparer à des résultats d'autres populations psychiatriques, afin de vérifier ce qui se dessine ici de l'efficacité différentielle du test.

5 Conclusion : Le test de Rorschach, prometteur, mais tout reste à faire !

Il y a actuellement un intérêt tout particulier à la question du diagnostic de TSA qui agite la recherche en psychiatrie, encouragé par des sollicitations et des moyens financiers de l'Etat. Nous avons vu qu'il s'agit d'une problématique dont s'est saisie la HAS qui peine cependant à produire des recommandations favorisant des procédures qui soient à même d'apporter des solutions, le problème de diagnostic différentiel étant même un peu éludé et enfermé dans une démarche diagnostique armée de plus en plus formalisée et rigide, bien plus semble-t-il d'ailleurs que dans les pays anglo-saxons. Les outils « *gold standard* », associés à d'autres non-spécifiques à l'autisme mis en avant par l'Autorité de santé, sont un point de départ et permettent la reconnaissance des comportements autistiques prototypiques classifiés dans les

nosographies ainsi que des comorbidités fréquemment associées, aboutissant à condenser un ensemble d'informations cliniques non suffisantes dans les cas où le diagnostic différentiel fait du cas clinique une « situation complexe ».

La proposition que nous faisons et expérimentons [7] est alors celle du travail à un niveau supérieur d'observation et d'appréhension de la clinique, qui est l'essence de l'épistémologie psychanalytique [127, 128] : au-delà des comportements directement observables, il s'agit de prendre en compte à la fois du sens derrière les comportements, et ce qui émerge de la rencontre toujours singulière entre le clinicien et le sujet autiste. Cette appréhension du fonctionnement psychique est tout à fait compatible avec l'utilisation des outils conseillés par les Autorités de santé [57, 121], et plus encore, elle permet de relier l'analyse de la quantité et de la qualité dynamique des mouvements psychiques. Ce faisant, le test de Rorschach est un medium intéressant puisqu'il satisfait à la fois au besoin de quantification et de standardisation de la démarche diagnostique des TSA, et qu'il permet de mettre en avant des éléments décisifs pour ce diagnostic. De surcroît, le partage des analyses nourrit la dynamique des échanges avec les enfants, leurs familles et les équipes ce qui stimule la prise en compte d'un profil singulier, de conflits et potentialités propres, et invite à capitaliser un projet thérapeutique et éducatif personnalisé et ses ajustements [71]. Notre revue de littérature, malgré son ambition d'exhaustivité et d'intégration et de mêler différentes conceptions théoriques et systèmes d'interprétation du test, a le défaut de présenter des résultats pour des populations définies sur des critères nosographiques appartenant à des époques différentes et présentant des caractéristiques hétérogènes. Elle indique néanmoins que le test de Rorschach constitue un outil adapté et efficace pour participer aux échanges autour des problématiques diagnostiques de la clinique actuelle de l'autisme à laquelle de plus en plus de professionnels vont être confrontés. Nous insistons sur la notion de complémentarité, au sens où nous ne soutenons pas l'utilisation exclusive du test de Rorschach : nous soulignons, à l'instar de

Lemay [129], la nécessité d'avoir recours à des évaluations diagnostiques diverses et suffisamment standardisées pour partager un langage commun, dans la clinique et dans la recherche, et ce afin de ne pas alimenter des clivages théoriques et idéologiques encore persistants qui nuisent à l'intérêt du patient. Pour atteindre cet objectif, le premier défi majeur du projet que nous ouvrons ici est celui de la répliquabilité, indispensable pour le test s'il veut survivre au canevas contraignant matérialisé par les recommandations de la HAS, qui n'accorde que peu de place à la créativité du professionnel, l'obligeant à avoir recours à des méthodologies validées suivant une philosophie très pragmatique et donc restrictive du diagnostic et du soin.

Pour finir, et, à l'instar de Maleval [111], il nous semble intéressant d'opter pour une compréhension globale du fonctionnement autistique, et de chercher à dégager des caractéristiques singulières, dans leurs continuités et leurs évolutions. Suarez-Labat [51, 71] a ouvert cette voie en exposant les différents destins des processus autistiques à travers le test de Rorschach, par l'étude minutieuse de la construction des espaces psychiques ouvrant des potentiels subjectifs. Cette conceptualisation permet de penser l'autisme différemment et de sortir de la conceptualisation uniquement psychiatrique, pour se doter d'une théorie de l'autisme dans ses évolutions et ses immuabilités, dans une perspective dynamique, à l'échelle de la vie entière du sujet. Ces recherches novatrices sont susceptibles de nourrir autant la théorie que la pratique de terrain

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Nous remercions vivement les équipes du CRA Lorraine Sud pour leur accueil et, particulièrement le Professeur Bernard Kabuth (Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent), le Docteur Schoenberger (Responsable médical du CRA) et Myriam Pécoul (Coordonnatrice du CRA) ; Mathieu Levis, Julie Dorninger et Claire Chopard (psychologues du CRA) pour leurs relectures et leurs suggestions judicieuses qui participent à la qualité de cet article.

Nous remercions également Christine Allan pour nos premiers échanges sur le test de Rorschach dans le cadre du diagnostic des TSA.

Références

- [1] Evrard P. L'autisme, une priorité de santé publique. *Études*. 2012;417(12):619–30.
- [2] Chamak B, Cohen D. Transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge. *Perspectives psy*. 2007;46(3):218-27.
- [3] Cour des comptes. Évaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme. [serial online] 2017 Dec [cited 2018 Jan 18];[170 p]. Available from: URL: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/20180124-rapport-autisme.pdf>.
- [4] Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées. Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement. [serial online] 2018 Apr [cited 2019 Jan 21];[125 p]. Available from: URL: https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf.
- [5] Van Schalkwyk GI, Peluso F, Qayyum Z, McPartland JC, Volkmar FR. Varieties of Misdiagnosis in ASD: An Illustrative Case Series. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(4):911–8.

- [6] Ashwood K, Gillan N, Horder J, Hayward H, Woodhouse E, McEwen F, et al. Predicting the diagnosis of autism in adults using the Autism-Spectrum Quotient (AQ) questionnaire. *Psychol Med.* 2016;46(12):2595–604.
- [7] Frigaux A, Evrard R, Demogeot N. Au carrefour des spectres: problèmes de diagnostic différentiel entre autisme et schizotypie, autour du cas d'un jeune adulte. *Evol Psychiatr.* 2018;83(1):161–81.
- [8] Camara W J, Nathan J S, Puente A E. Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Prof Psychol-Res Pr.* 2000;31:141–54.
- [9] Richelle J, Debroux P, De Noose L, Dejonghe M, Malempré M, Dejonghe M, et al. *Manuel du Test de Rorschach: Approche formelle et psychodynamique.* Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2009.
- [10] Castro D, Meljac C, Joubert B. Pratiques et outils des psychologues cliniciens français, les enseignements d'une enquête. *Prat psychol.* 1996;4:73–80.
- [11] Haute Autorité de Santé. Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. [serial online] 2011 Jul [cited 2018 Jan 18];[119 p]. Available from: URL: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/autisme_et_autres_ted_diagnostic_et_evaluation_chez_ladulte_-_argumentaire.pdf.
- [12] Haute Autorité de Santé. Trouble du spectre de l'autisme. Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. [serial online] 2018 Fev [cited 2018 Jan 18];[257 p]. Available from: URL: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_-_argumentaire.pdf.
- [13] American Psychiatric Association (APA). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington; London : American Psychiatric Publishing; 2013.

- [14] Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disor* 1994;24(5):659–85.
- [15] Lord C, Rutter M, DiLavore PC, et al. Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part I): Modules 1–4. Torrance (CA): Western Psychological Services; 2012.
- [16] Schopler E, Van Bourgondien M E, Wellman G J, Love S. Childhood Autism Rating Scale, Standard Version, (CARS-2-ST). Manual. Los Angeles (CA): Western Psychological Services; 2010.
- [17] Sparrow SS, Cicchetti D V, Balla D A, Doll E A. Vineland adaptive behavior scales: Survey forms manual. Circle Pines: American Guidance Service Publishing; 2005.
- [18] Suarez-Labat H. Investiguer la construction des espaces psychiques chez l'enfant autiste. *Rev Fr Psychanal* 2013/1;77(1):132–7.
- [19] Allan C. L'autisme à l'épreuve du Rorschach. *Le Journal des psychologues*. 2015;331:72–5.
- [20] Kleiger JH. Rorschach Assessment of Psychotic Phenomena: Clinical, Conceptual, and Empirical Developments. New York (NY): Routledge; 2017.
- [21] Chabert C. La psychanalyse au service de la psychologie projective. *Psychologie clinique et projective*. 2001;7(1):55–69.
- [22] Exner J E. Rorschach Workbook for the Comprehensive System. Asheville (NC): Rorschach Workshops; 2001 [tr. A. Andronikof. Paris : Frison-Roche; 2002].
- [23] Meyer GJ, Viglione D J, Mihura J L, Erard R E, Erdberg P. Rorschach Performance Assessment System: Administration, coding, interpretation, and technical manual. Toledo: Rorschach Performance Assessment System; 2011.

- [24] Husain O. Les déterminants de la verbalisation aux techniques projectives : de l'inconscient au consensus en passant par le test. *B Psychol.* 1994;47(416):462–55.
- [25] Peuch-Lestrade J. Autisme et psychanalyse : pourquoi la guerre ? *Topique* 2007;99(2):17–28.
- [26] Hochmann J. La bataille de l'autisme Réflexions sur un phénomène social contemporain. *PSN-Psychiatr Sci Hum* 2009;7(3-4):99–111.
- [27] Hochmann J. Le communautarisme dans la bataille de l'autisme. *PSN-Psychiatr Sci Hum* 2016;14(3):7–16.
- [28] Haute Autorité de Santé. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. [serial online] 2012 Mar [cited 2019 Jan 18];[60 p]. Available from: URL: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf.
- [29] Thurin JM, Thurin M, Cohen D, Falissard B. Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. *Neuropsychiat Enfance Adolesc.* 2014;62(2):102–18.
- [30] Suarez-Labat H, Nicoud E, Ben Youssef R, Bouvet A. Le bilan psychologique de l'enfant autiste : Complémentarité des épreuves cognitives et projectives. *Cahiers de PréAut.* 2008;5(1):81–4.
- [31] Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la prise en charge de l'autisme. Rapport d'information. [serial online] 2018 Jun [cited 2019 Jul 22];[106 p]. Available from: URL: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i1024.pdf>.
- [32] Claudot J, Juilliere Y. La portée juridique des recommandations de la HAS : les appliquer ou ne pas les appliquer ? *Consensus Cardio.* 2011;72:30–2.

- [33] Delion P. L'enfant autiste, la psychanalyse et le pédopsychiatre. *Psychologie Clinique*. 2013;36(2):31–40.
- [34] Overton T, Fielding C, de Alba R G. Differential diagnosis of Hispanic children referred for autism spectrum disorders: Complex issues. *J Autism Dev Disord*. 2007;37(10):1996–2007.
- [35] Klin A, Pauls D, Schultz R, Volkmar F. Three diagnostic approaches to Asperger syndrome: implications for research. *J Autism Dev Disord*. 2005;35(2):221–34.
- [36] American Academy of Pediatrics. Technical report; the pediatrician's role in the diagnosis and management of Autism Spectrum Disorder. *Pediatr Review*. 2001;107(5):602–7.
- [37] Direction générale de l'action sociale, Bauduret, J F. Rapport au Parlement Loi du 11 décembre 1996. L'autisme : évaluation des actions conduites (1995-2000). [serial online] 2000 Dec [cited 2019 Jan 18];[53 p]. Available from: URL: <http://www.autismes.fr/documents/rapports/rapportparlement.pdf>.
- [38] Haute Autorité de Santé, Fédération Française de Psychiatrie (FFP). Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme. [serial online] 2005 [cited 2019 Jan 31];[167 p.]. Available from: URL: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468812/recommandations-pour-la-pratique-professionnelle-du-diagnostic-de-l-autisme.
- [39] Douville O. *Les méthodes cliniques en psychologie*. Paris: Dunod; 2006.
- [40] Commission Nationale Consultative des Psychologues. Code de déontologie des psychologues. [serial online] 2012 Fev [cited 2019 Jan 31];[6 p]. Available from: URL: <http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/LE-CODE.html>.
- [41] Algranti-Fildier B, Suarez-Labat H. Avant-propos–Autismes: nouveaux enjeux cliniques et thérapeutiques. *Perspectives Psy*. 2006;45(3):211–2.

- [42] Manificat S. Le diagnostic de Trouble du Spectre Autistique aujourd'hui : une évaluation complète au bénéfice de l'enfant et de sa famille. *Paediatrica*. 2017;28(2):18–21.
- [43] Chagnon JY. L'apport des épreuves projectives – approche psychanalytique – au bilan psychologique de l'enfant et de l'adolescent. Bilan de 30 ans de travaux. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2011;59(1):48–53.
- [44] Chagnon JY. Approche clinique des troubles instrumentaux. Paris: Dunod; 2014
- [45] Halimi O. Apports du bilan psychologique à la démarche diagnostique: le cas de Ben. *B Psychol*. 2019;1:37–45.
- [46] Roman P. Les Épreuves projectives dans l'examen psychologique. Paris: Payot; 2006.
- [47] Golse B. Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Paris: Masson; 1992
- [48] Nicoud E. Mélody dans le désert : Apport des méthodes projectives dans la comparaison des troubles psychotiques et Asperger chez l'enfant. *Cahiers de PréAut*. 2008;5(1):85–95.
- [49] Sultan S, Béliveau MJ. Le diagnostic psychologique de l'enfant : de nos principes scientifiques à nos pratiques professionnelles. *B Psychol*. 2019;1(559):9–18.
- [50] Suarez-Labat H. L'intérêt des épreuves projectives chez les enfants autistes. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*. 2012;15(3):248–252.
- [51] Suarez-Labat H. Les autismes et leurs évolutions. Apports des méthodes projectives. Paris: Dunod; 2015.
- [52] Frédérick-Libon C. Réflexions autour de certains phénomènes archaïques au Rorschach chez l'enfant : Les distorsions de la relation contenant-contenu. *Psychologie clinique et projective*. 2001;7(1):127–52.
- [53] Frédérick-Libon C. Processus de différenciation et alliance thérapeutique en clinique infantile de l'autisme. *Psychologie clinique et projective*. 2011;17(1):297–316.
- [54] Chabert C. Le Rorschach en clinique adulte ; interprétation psychanalytique. Paris : Dunod; 1983.

- [55] Bouvet A. Conjuguer une approche psycho dynamique et une analyse des capacités cognitives : L'évaluation à l'IME Roland-Bonnard d'Aurélié, adolescente de 17 ans atteinte d'autisme. *Cahiers de PréAut.* 2009;6(1):25–34.
- [56] Schopler E. Profil psycho-éducatif (PEP-R): évaluation et intervention individualisée pour enfants autistes ou présentant des troubles du développement. Bruxelles: De Boeck ; 1994.
- [57] Tordjman S. Les instruments d'évaluation de l'autisme : intérêts et limites. *Psychiat Enfant.* 2002;45(2):533–58.
- [58] Dykens E, Volkmar F, Glick M. Thought disorder in high-functioning autistic adults. *J Autism Dev Disord.* 1991;21(3):291–301.
- [59] Keller R, Bari S, Fratianni B, Piedimonte A, Freilone F. Response to Rorschach test in autism spectrum disorders in adulthood: a pilot study. *Journal of Psychopathology.* 2018;9:224–9.
- [60] Vermeulen P. Comprendre les personnes autistes de haut niveau. Paris : Dunod; 2013.
- [61] Hull L, Petrides K V, Allison C, Smith P, Baron-Cohen S, Lai M C, et al. “Putting on My Best Normal”: Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *J Autism Dev Disord.* 2017;47(8):2519–34.
- [62] Emmanuelli M, Suarez-Labat H. L'examen psychologique du jeune enfant. Toulouse: Erès; 2010.
- [63] Schultz DS, Loving JL. Challenges since Wikipedia: the availability of Rorschach information online and internet users' reactions to online media coverage of the Rorschach-Wikipedia debate. *J Pers Assess.* 2012;94(1):73–81.
- [64] Groth-Marnat G. *Handbook of Psychological Assessment.* Hoboken: John Wiley & Sons; 2009.
- [65] Tardif C, Gepner B. *L'autisme.* Paris: Nathan Université; 2003.

- [66] Ferrari P. L'autisme infantile. Paris: Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je?»; 2015.
- [67] Boekholt M. En guise d'écho : de l'affect à la pensée à travers le Rorschach des jeunes enfants. *Psychologie clinique et projective*. 2000;6(1):255–64.
- [68] Roman P. Les épreuves projectives en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. In: Roussillon R, Ed. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. Paris: Masson; 2007: 547–87.
- [69] Anzieu D, Chabert C. *Les méthodes projectives*. Paris: Presses Universitaires de France; 1983.
- [70] Jura M, Sigman M. Evaluation of emotional disorders using projective techniques with mentally retarded children. In: Sigman M, editor. *Children with emotional disorders and developmental disabilities. Assessment and Treatment*. Orlando: Grune and Stratton; 1985: 229–48.
- [71] Suarez-Labat H. Conquêtes du sexuel infantile, conquêtes des limites : fonctions et intégrations du regard dans les troubles du spectre autistique. *Psychologie clinique et projective*. 2019;25(1):109–36.
- [72] Rogé B. *Autisme : Comprendre et agir*. Paris : Dunod; 2008.
- [73] Hochmann J, Bizouard P, Bursztejn C. Troubles envahissants du développement : les pratiques de soins en France. *Psychiatr Enf*. 2011;54(2):525–74.
- [74] Amy M. *Autismes, les inquiétudes d'une psychanalyste: Les dangers des approches standards*. Toulouse: Erès; 2015.
- [75] Roman P. *Le Rorschach en clinique de l'enfant et de l'adolescent : approche psychanalytique*. Paris: Dunod; 2009.

- [76] Baumann N, Quartier V, Antonietti J P. Contribution à une étude normative de l'épreuve de Rorschach auprès d'un groupe d'enfants de 8 à 14 ans non-consultants. *Psychologie clinique et projective*. 2012;18(1):235–60.
- [77] Andronikof A. Le Rorschach et les techniques projectives. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris)*. *Psychiatrie* 2008,37-150-A-10: 12 p.
- [78] Chabert C. *Psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris: Dunod; 1987.
- [79] Suarez-Labat H, Reignier S, Evans B. En deçà de la douleur morale : à la recherche des traces et du destin d'un effondrement dépressif primaire dans le Rorschach de l'enfant. *Psychologie clinique et projective*. 2003;9:79–94.
- [80] Suarez-Labat H. Les apports des épreuves projectives dans les évaluations de l'autisme. *Perspectives Psy*. 2006;45(3):221–5.
- [81] Suarez-Labat H. De l'exploration du monde de l'autisme à l'aune de l'interprétation psychanalytique des épreuves projectives. *Yansitma (Journal of Psychopathology and Projective test)*. 2007;4:69–78.
- [82] Suarez-Labat H. Augustin à 4 ans, à 6 ans : Test Retest d'un enfant présentant des défenses autistiques : Eclairage du bilan psychologique. In: Emmanuelli M, Editor. *L'examen psychologique du jeune enfant*. Toulouse: Erès; 2010: 25–56.
- [83] Suarez-Labat H. *Des barrières aux limites: états autistiques et processus de changement [thèse de psychologie]*. Paris : Université Paris-V Descartes; 2011.
- [84] Suarez-Labat H. Les paysages intérieurs dans l'autisme et le post-autisme : des projections inattendues. *Le Carnet PSY* 2013;170(3):36–8.
- [85] Suarez-Labat H. Les investigations projectives et cognitives : des éclairages pluriels sur les états autistiques et leurs destins. In: Amy M D, Ed. *Autismes et psychanalyses*. Toulouse: Erès; 2014. p. 321–46.

- [86] Frédérick-Libon C. Phénomènes archaïques de pensée au Rorschach en clinique infantile. *B Psychol.* 2005;480(6):645.
- [87] Frédérick-Libon C. Phénomènes autistiques en clinique infantile : apport du Rorschach. *Psychologie clinique et projective.* 2007;13(1):197–209.
- [88] Jeammet N. Le post-autisme : Une figure de la « normalité » ? Métamorphoses et permanence de stratégies autistiques. *Psychiat Enfant.* 1991;34(1):137–70.
- [89] Rausch de Traubenberg N, Boizou M F. Le Rorschach en clinique infantile. L’imaginaire et le réel chez l’enfant. Paris: Dunod; 1977.
- [90] Crucitti M, Dritto IP, Di Perri C, Gallo G, Conti C, Bruno A, et al. A Rorschach investigation of Autism Spectrum Disorders in Adulthood. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 2015;3(3):1-9.
- [91] Crucitti M, Muscatello MRA, Bruno A, Pandolfo G, Zoccali RA, Mento C. The hidden faces of autism and misdiagnosis in the lifespan: Clinical observations in adults with Autism Spectrum Disorders. *Life Span and Disability.* 2018;21(1):31–45.
- [92] Ceres Alves de Araújo R, Sonia Gattas Fernandes do N, Francisco Baptista AJ. Autismo e psicodiagnóstico de Rorschach. *Psico* 2011;42(4):434–41.
- [93] Ghaziuddin M, Leininger L, Tsai L. Brief report: Thought disorder in Asperger syndrome: Comparison with high-functioning autism. *J Autism Dev Disord.* 1995;25(3):311–7.
- [94] Holaday M, Moak J, Shipley MA. Rorschach Protocols From Children and Adolescents With Asperger’s Disorder. *Journal of Personality Assessment.* 2001;76(3):482–95.
- [95] Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent. Paris: PUF, coll. “Quadrige”; 2004.
- [96] McDougle CJ. Autism Spectrum Disorder. Oxford: University Press; 2016.

- [97] Assouline M. Troubles du comportement dans l'autisme à l'adolescence, comorbidité psychiatrique et somatique (diagnostic différentiel). *Eur Psychiat*. 2014;29(8): 590.
- [98] Seltzer MM, Shattuck P, Abbeduto L, Greenberg JS. Trajectory of development in adolescents and adults with autism. *Ment Retard Dev D R*. 2004;10(4):234–47.
- [99] Matson JL, Williams LW. Differential diagnosis and comorbidity: distinguishing autism from other mental health issues. *Neuropsychiatry-Lond*. 2013;3(2):233–43.
- [100] Levy S E, Giarelli E, Lee L C, Schieve L A, Kirby R S, Cunniff C, et al. Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States. *J Dev Behav Pediatr*. 2010;31(4):267–75.
- [101] Lugo-Marín J, Magán-Maganto M, Rivero-Santana A, Cuellar-Pompa L, Alviani M, Jenaro-Rio C, et al. Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Res Autism Spect Dis*. 2019;59:22–33.
- [102] Dossetor D. 'All that glitters is not gold': misdiagnosis of psychosis in pervasive developmental disorders – A case series. *Clin Child Psychol P* 2007;12(4):537–48.
- [103] Barlati S, Deste G, Gregorelli M, Vita A. Autistic traits in a sample of adult patients with schizophrenia: prevalence and correlates. *Psychol Med*. 2018;40(1):140–8.
- [104] Matson JL, Nebel-Schwalm M, Matson ML. A review of methodological issues in the differential diagnosis of autism spectrum disorders in children. *Res Autism Spect Dis*. 2007;1(1):38–54.
- [105] NICE. Autism: Recognition, Referral, Diagnosis and Management of Adults on the Autism Spectrum. NICE Clinical Guideline CG142. [serial online] 2012 Jun [cited 2018 Jan 18];[50 p]. Available from: URL:<https://www.nice.org.uk/guidance/cg142>.
- [106] Haute Autorité de Santé. Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte. Méthode Recommandations par consensus formalisé. [serial online] 2017 Dec

[cited 2019 Fev 22];[491 p]. Available from: URL: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/20180213_argumentaire_autisme_adulte_vdef.pdf)

02/20180213_argumentaire_autisme_adulte_vdef.pdf.

[107] Baghdadli A, Russet F, Mottron L. Measurement properties of screening and diagnostic tools for autism spectrum adults of mean normal intelligence: A systematic review. *Eur Psychiat*. 2017;44:104–24.

[108] Rogé B. Le diagnostic précoce de l'autisme : données actuelles. *Enfance*. 2002;54(1):21–30.

[109] Frigaux A, Evrard R, Lighezzolo-Alnot J. L'ADI-R et l'ADOS face au diagnostic différentiel des troubles du spectre autistique: intérêts, limites et ouvertures. *Encephale*. 2019 sous presse : <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.07.002>

[110] Rorschach H. *Psychodiagnostics*. Oxford, England: Grune and Stratton; 1942.

[111] Silberstein F. Kinesthésie et couleur: le modèle d'interprétation de Rorschach. *B Psychol*. 2005;480(6):633–8.

[112] Rebourg-Roesler C. Analyse des troubles des processus de pensée au test de Rorschach avant et après la décompensation schizophrénique. *Psychologie clinique et projective*. 2003;9(1):227–53.

[113] Wolf-Fédida M. La correspondance d'Hermann Rorschach de 1902 à 1922. *Psychologie clinique et projective*. 2006;12(1):277–99.

[114] Bleuler E. *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Paris: Epel Editions; 2012.

[115] Wagner EE, Wagner CF, Hilsenroth MJ, Fowler C. A taxonomy of Rorschach autisms with implications for differential diagnosis among thinking-disordered patients. *J Clin Psychol*. 1995;51(2):290–3.

[116] Castro D. *La pratique de l'examen psychologique en clinique adulte*. Paris: Dunod; 2006

- [117] Maleval JC. L'autiste et sa voix. Paris: Seuil; 2009
- [118] Murray JF. Toward a Synthetic Approach to the Rorschach: The Case of a Psychotic Child. *J Pers Assess.* 1992;58(3):494–505.
- [119] Bernabei P, Palli F G, Levi G, Mazzoncini B, Cannoni E. Disturbance of imagination and symbolization in pervasive developmental disorders: preliminary study utilizing the Rorschach Inkblot Test. *Percept Motor Skill.* 1999;89(3):917–30.
- [120] de Tychev C. Un point de vue sur l'avenir de la recherche en psychologie clinique projective. In: Roques M, Hurvy C, Editors. *Épreuves projectives et recherche en psychologie clinique.* Paris: In press; 2016. p. 318–24.
- [121] Kishimoto N, Kimoto S, Yamamuro K, Iida J, Ota T, Tanaka S, et al. Distinctive Rorschach profiles of young adults with schizophrenia and autism spectrum disorder. *Neuropsych Dis Treat.* 2016;12:2403–10.
- [122] Yalof J. Case Illustration of a Boy With Nonverbal Learning Disorder and Asperger's Features: Neuropsychological and Personality Assessment. *J Pers Assess.* 2006;87(1):15–34.
- [123] Fogler J, Kuhn J, Prock L, Radesky J, Gonzalez-Heydrich J. Diagnostic Uncertainty in a Complex Young Man: Autism Versus Psychosis. *J Dev Behav Pediatr.* 2019;40(1):72–4.
- [124] American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR.* Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
- [125] Andronikof A. Chapitre 1. Le Rorschach en Système Intégré. In: Andronikof A, Editor. *Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2.* Wavre, Belgique: Mardaga; 2009. p. 15–37.
- [126] Muramatsu T, Nakatani H, Kikuchi M, Munesue T. Visual perception of unstructured figures in patients with autism spectrum disorder: a preliminary study. *J Brain Sci.* 2013;40:5–27.

[127] Dessiex V, Haas C, Rodrigues C, Junier L, Muller-Nix C, Ansermet F. Approche psychanalytique de l'autisme et échelles d'évaluation. *Ann Med-Psychol.* 2001;159(2):111–20.

[128] Lazaratou H, Mouselimi A, Tsipa N, Golse B. L'évolution à long terme d'un cas de psychose infantile. Plaidoyer pour la réhabilitation du terme de « psychose ». *Psychiat Enfant.* 2019;62(1):19–35.

[129] Lemay M. Vers une approche intégrative de l'autisme. In: Rogé B, Barthélémy C, Magerotte G, Editors. *Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'autisme.* Paris: Dunod; 2008. p. 171–87.