

De l'intérêt à continuer de poser le diagnostic de Syndrome d'Asperger

On the benefits to keep using the asperger diagnosis

M. Delcommenne¹, M. Francolini¹ et O. Le bon²

¹Service de Pédiopsychiatrie, ²Service de Psychiatrie, C.H.U. Tivoli, La Louvière

RESUME

L'objet de cet article est de discuter du diagnostic de syndrome d'Asperger. Nous décrivons tout d'abord l'évolution de cette entité au fil du temps et des référentiels que sont l'ICD-10, la CFTMEA et les différents DSM. Nous parlons plus précisément des répercussions des décisions prises dans la nouvelle mouture du DSM-5 pour ce trouble en particulier, à savoir sa disparition en tant qu'entité différenciée au sein des troubles envahissants du développement (TED) dont le terme disparaît également au profit du concept de troubles du spectre autistique (TSA). Nous exposons 3 cas cliniques rencontrés en consultation de pédiopsychiatrie générale : 1 cas diagnostiqué comme étant un syndrome d'Asperger, 1 cas d'autisme infantile (autisme infantile précoce) et 1 cas d'un autre trouble envahissant du développement (dysharmonie psychotique) afin d'exposer les points communs et les différences entre ces 3 entités. Nous insistons sur le fait de l'importance de poser ce diagnostic et de le reconnaître en tant qu'entité à part entière au niveau de notre clinique quotidienne non seulement pour la prise en charge de ces situations cliniques mais aussi et surtout pour l'individu, sa famille et la société.

Rev Med Brux 2016 : 37 : 423-31

ABSTRACT

The purpose of this paper is to examine the possible benefits to keep using the diagnosis of Asperger's syndrome. We first describe the evolution of this entity over time and within nomenclature bases such as the ICD- 10, the CFTMEA and the last versions of DSM. Then, we discuss more precisely the impact of the decision made in the DSM-5 to suppress the Asperger syndrome as a differentiated entity within the pervasive developmental disorders (PDD). This disorder chapter by the way also disappears and is replaced by Autism Spectrum Disorder (ASD). We present here three clinical cases encountered in an outpatient general child psychiatry clinic : 1 case was diagnosed as Asperger syndrome, 1 as infantile autism (early infantile autism) and 1 as another pervasive developmental disorder (psychotic disharmony). The objective was to expose the commonalities and differences between these three entities. We conclude that keeping using the Asperger diagnosis is important for the clinical management of these clinical situations but also for the individual, his or her family and society at large.

Rev Med Brux 2016 : 37 : 423-31

Key words : Asperger's syndrome, infantile autism, perseverative developmental disorders, diagnosis, DSM-5

INTRODUCTION

En 1944, Hans Asperger¹ utilise le terme de psychopathie autistique pour un groupe d'enfants qui présentait certaines particularités à savoir : un manque d'empathie, des difficultés à nouer des relations amicales, des conversations à sens unique, un intérêt intense pour certains sujets spécifiques et des mouvements inappropriés. A la même époque,

Léo Kanner² définit ce que l'on appelle aujourd'hui le " spectre autistique " et qui se caractérise à l'époque par de très sévères troubles du langage, de la socialisation et de la cognition. Les différences entre les deux auteurs se marquent d'une part au niveau des capacités du langage qui sont plus élevées dans les cas décrits par Asperger, et d'autre part au niveau des interactions sociales qui existent dans les cas d'Asperger.

En 1981, Lorna Wing³ introduit le terme de syndrome d'Asperger pour des cas cliniques observés qui ne répondaient pas entièrement aux critères cliniques d'autisme mais qui correspondaient au profil clinique tel que décrit par Asperger. Il s'agissait d'une nouvelle catégorie diagnostique au sein du spectre autistique.

Toutefois, ni Asperger, ni Wing ne fournissent des critères diagnostiques précis.

En 1989, Christopher Gillberg⁴ propose des critères qui se rapprochent de la description d'Asperger. Il les définit selon 7 symptômes : l'âge d'apparition, les atteintes sévères dans les interactions sociales, les altérations qualitatives de la communication verbale et non verbale et de l'activité d'imagination, les habiletés cognitives ou les habiletés socio-adaptatives normales, le retard de développement de la motricité, la restriction marquée du champ des activités et des intérêts, l'intérêt pour des sujets particuliers.

En 1993, le syndrome est reconnu par l'OMS et entre dans sa classification internationale des maladies ICD-10⁵. Pour l'ICD-10 (F84.5), les caractéristiques sont semblables à celles observées dans l'autisme. Le diagnostic repose sur la présence d'altérations qualitatives des interactions sociales et d'un aspect restreint, répétitif et stéréotypé du comportement, des intérêts et des activités. Il s'en différencie essentiellement par l'absence de déficit du langage et du développement cognitif. Les sujets sont habituellement très malhabiles. Ces anomalies persistent à l'adolescence et à l'âge adulte. A l'âge adulte, peuvent apparaître parfois des épisodes psychotiques.

En 1994, c'est au tour de l'*American Psychiatric Association* de l'introduire dans le DSM IV⁶. Le syndrome d'Asperger apparaît comme diagnostic faisant partie des troubles envahissants du développement. Selon le DSM IV-TR (299.80)⁷, les caractéristiques diagnostiques essentielles sont une altération sévère et prolongée de l'interaction sociale et de la communication et le développement de mode de comportement, d'activités et d'intérêts restreints, répétitifs et stéréotypés. La perturbation doit entraîner une altération cliniquement significative dans le fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants. A la différence du trouble autistique, il n'y a ni retard ni d'anomalie cliniquement significative à l'acquisition du langage bien que des aspects plus subtils de la communication puissent être affectés. Il n'existe pas non plus de retard significatif dans le développement cognitif au cours des 3 premières années ainsi qu'en témoigne l'expression d'une curiosité normale pour l'environnement, ni de retard lors de l'acquisition des compétences d'apprentissage et de comportements adaptatifs. En outre, on peut observer des bizarreries, une variabilité dans le fonctionnement cognitif avec des forces dans certains domaines et des faiblesses dans d'autres, des symptômes d'hyperactivité et d'inattention (TDHA) ainsi que des troubles dépressifs.

Le syndrome d'Asperger doit être différencié des autres troubles envahissants du développement (troubles autistiques, trouble de Rett, trouble désintégratif de l'enfance), de la schizophrénie, du mutisme sélectif, du trouble du langage, du trouble obsessionnel-compulsif, de la personnalité schizoïde, de la phobie sociale et autres troubles anxieux.

Woodbury et Volkmar⁸ en 2009 complètent ce tableau clinique par la présence d'une certaine maladresse motrice et des particularités de langage qui ne se sont pas mentionnées par le DSM IV-TR : une prosodie particulière et un discours verbeux souvent trop soutenu à propos d'intérêts restreints ne tenant pas compte de l'interlocuteur, qui concourt à une réduction des interactions sociales réciproques voire à un isolement social.

Dans sa révision de 2000, la CFTMEA⁹ intègre également le syndrome d'Asperger dans sa classification. La CFTMEA R-2012 (1.03)¹⁰ note la présence d'un syndrome autistique sans retard de développement cognitif et surtout du langage. L'autonomie de ce syndrome par rapport à l'autisme infantile et notamment aux formes d'autisme dites " de haut niveau " est discutée. C'est notamment dans de tels cas qu'ont été décrites des capacités particulières dans certains domaines (mémoire, calcul,...), isolées de l'ensemble du fonctionnement psychique.

Toutefois, la validité de l'individualisation du syndrome d'Asperger en tant que catégorie des troubles envahissants du développement reste discutée par de nombreux auteurs¹¹. Le diagnostic des TED (Troubles envahissants du développement) ne repose que sur des observations des anomalies comportementales. Aucun critère clinique, biologique, neuropsychologique ou encore épidémiologique ne permet d'assurer une différenciation indiscutable avec l'autisme de haut niveau. Les études cliniques actuelles ne parviennent pas à donner au syndrome d'Asperger des délimitations d'une catégorie nosologique autonome. Les résultats sont en faveur de l'existence d'un continuum de l'ensemble des TED avec des variations dimensionnelles portant sur l'âge du début, l'intensité et la proportion des caractéristiques de bases et des troubles associés.

Par contre, Szatmari¹² suggère que les différences de l'autisme et le syndrome d'Asperger tiendraient de trajectoires développementales distinctes à l'origine. Avec l'évolution, celles-ci convergeraient vers des points communs de rencontre, atténuant ainsi leurs différences au niveau de la symptomatologie. Un élément qui pourrait étayer cette hypothèse est le fait que dans l'autisme typique ou atypique, l'âge moyen des premières préoccupations parentales est à 16 mois tandis que dans le cas du syndrome d'Asperger est à 5ans¹³. L'âge du diagnostic moyen pour l'autisme est à 36 mois contre 11 ans pour le syndrome d'Asperger¹⁴ en Grande Bretagne.

Vu l'absence de consensus au niveau des

critères diagnostiques par manque d'étude mais aussi à cause d'une trop grande disparité au niveau de la symptomatologie, le syndrome d'Asperger est à présent décrit comme étant la partie haute du continuum du trouble autistique.

En 2013, dans le nouveau DSM-5¹⁵, il disparaît en tant qu'entité distincte pour faire partie soit des troubles du spectre autistique (299.00 (F84.0)), soit du trouble de la communication sociale (pragmatique) (315.39 (F80.89)).

Au niveau épidémiologique, en fonction des différents critères diagnostiques et de la méthodologie employée, les résultats obtenus sont très variables. En utilisant les critères DSM-IV et ICD-10, en fonction des sujets et des études, la prévalence varie entre 0,3 à 8,4/10.000 enfants^{16,17,18}. En utilisant leurs propres critères, Ehlers et Gillberg¹⁹ trouvent une prévalence de 28,5/10.000. Dans d'autres études^{20,21}, on trouve une prévalence médiane de 2,6/10.000.

Comparée à la prévalence médiane de l'autisme, le syndrome d'Asperger serait donc 4 fois moins fréquent. Mais il faut prendre en considération que le diagnostic tardif amène certainement à une sous-estimation du taux.

Le sex-ratio est de 4 à 8 garçons pour 1 fille mais selon Attwood²², les filles sont sous-représentées car elles dissimulent plus facilement leur trouble.

Pour ce même auteur, 50 % des cas ne sont jamais diagnostiqués et le syndrome d'Asperger est donc beaucoup plus fréquent qu'on ne pourrait le penser.

Avec les nouveaux critères proposés par le DSM-5, au niveau des troubles de la sphère autistique, Wolrey et Matson²³ constatent que 1/3 des patients diagnostiqués d'après les critères du DSM-IV, ne répondent plus aux critères DSM-5. Pour Carey²⁴, 75 % des patients diagnostiqués avec un syndrome d'Asperger, n'ont pu satisfaire aux DSM-5. De même, Young²⁵, Huerta²⁶ et Neal²⁷ s'accordent à dire que selon leurs études, 25 % à 46 % des cas diagnostiqués antérieurement ne feront plus partie ni du trouble à spectre autistique ni du trouble de la communication sociale du fait d'une sensibilité plus faible des critères diagnostiques du nouveau DSM-5.

Les répercussions de ce changement au niveau du DSM-5, ne sont pas banales. En effet, qui dit absence de diagnostic dit " inexistence " du trouble pour nos politiques, dit absence de traitement adapté, dit risque de décompensations psychiques au long court face à des difficultés non reconnues et traitées. Mais aussi comme l'évoquent Craig et coll.²⁸ mais aussi Fumeaux²⁹, il ne faudra pas sous-estimer les répercussions psychiques chez ces patients ainsi que dans leur famille qui verront ce diagnostic disparaître exclus du DSM-5 ou changer de diagnostic pour devenir des " autistes ".

Diagnostiquer le syndrome d'Asperger en tant que tel peut cependant être important car une prise en charge la plus précoce possible et la plus adaptée est nécessaire. Elle comporte deux volets : d'une part, une prise en charge thérapeutique de type comportementale et éducative afin de permettre le développement des compétences sociales, d'encourager des stratégies de résolution des problèmes et de réduire le comportement inadapté et enfin d'enseigner une communication plus efficace. D'autre part, en fonction des besoins, une aide psychopharmacologique peut être nécessaire : pour apaiser l'anxiété et l'angoisse, réduire l'irritabilité et l'agressivité, agir sur les TOCs, améliorer l'humeur et traiter le TDHA associé.

PRESENTATION CLINIQUE

Cas n°1 : Lou

Lou est actuellement un adolescent âgé de 14 ans mais son suivi date de plusieurs années durant lesquelles s'est posée la question du diagnostic. C'est en effet à la lumière du diagnostic d'Asperger posé pour une autre situation clinique que finalement, nous parvenons à nous fixer.

Il nous est adressé à l'âge de 9 ans par un confrère neuropédiatre qui le traitait avec succès par du méthylphénidate pour un TDHA avec trouble de l'attention et agitation psychomotrice, mais qui s'interrogeait par ailleurs quant au fonctionnement de cet enfant en suspectant un autisme.

Le premier entretien est assez difficile à entendre. Lou est décrit comme un enfant égocentrique, égoïste, froid et indifférent. Aux dires de son père, il ne sait pas respecter les conventions sociales. Sa belle-mère, qui les accompagne, semble l'avoir pris en grippe car il ne lui témoigne ni intérêt, ni affection. Sa mère, par contre a fort investi son enfant : elle le soutient énormément, même si ce n'est pas facile pour elle car il donne peu en retour. En effet, Lou n'exprime aucune émotion quelle qu'elle soit : il ne pleure jamais même quand il se fait mal, il ne semble jamais content,... Il est décrit comme fort maladroit : il se blesse régulièrement, fait tomber des choses par inadvertance.

Un bilan intellectuel réalisé par le centre PMS montre un fonctionnement intellectuel très hétérogène avec des aires cognitives très investies et performantes tandis que d'autres sont moyennes voire défailtantes, rendant ainsi le parcours scolaire difficile. C'est la raison pour laquelle Lou bénéficie de l'enseignement spécialisé de type 8 pour des troubles spécifiques des apprentissages que sa mère a fort investi car elle connaît les potentialités de son enfant et souhaite qu'il puisse en fin de primaire obtenir le CEB (Certificat d'enseignement de base). Sur le plan social, ses relations avec ses pairs sont quasi inexistantes : Lou n'a pas d'ami et il se retrouve souvent seul dans la cour de l'école à errer. Ses centres d'intérêt sont particuliers et concernent les insectes et l'astronomie, thèmes pour lesquels il semble incollable. Il ramasse

constamment de-ci de-là des tas de petits objets qu'il conserve précieusement dans ses poches et il collectionne également des petits insectes. Lou préfère les routines car il présente également de nombreuses angoisses aux moindres changements dans sa vie, raison pour laquelle sa mère doit fréquemment le rassurer.

Le premier contact avec lui est particulier : son regard est très fuyant, il ne soutient pas celui de l'autre. Son discours, exprimé sur un ton monocorde, est quant à lui cohérent et composé d'un vocabulaire fort recherché. Par ailleurs, Lou n'exprime aucune émotion tant au niveau verbal qu'au niveau de son faciès. Il a beaucoup de mal à parler de lui-même. Il ne dessine pas spontanément : il dit n'avoir aucune idée qui lui vient en tête. Il faut lui proposer des thèmes voire même dessiner ensemble dans un premier temps. Tous ses dessins sont entièrement coloriés et il ne laisse aucun espace vide. Ses jeux symboliques sont également très pauvres : il doit s'appuyer sur l'autre pour inventer des saynètes dont la mise en place est fort longue et, au début de la prise en charge, répétitive.

Devant ce tableau, la question du diagnostic se pose immédiatement ; s'agit-il d'un autisme infantile (F84.0) (autisme infantile précoce : 1.00 de la CFTMEA) ou un d'autre trouble envahissant du développement (F84.8) (dysharmonie psychotique : 1.04 de la CFTMEA) ?

Malgré cette absence de diagnostic clinique précis au départ, Lou vient en consultation très régulièrement et un travail thérapeutique se réalise. Lou se construit en s'appuyant sur l'autre à travers le jeu, le dessin, les échanges verbaux. Au fil du temps, il n'y a plus de fuite du regard qui devient soutenu, sauf en présence d'un tiers (un stagiaire qui participe à l'entretien avec son accord). Lou semble prendre plaisir à ces rendez-vous où il vient très facilement. Il apporte ce qui l'intéresse, en particulier des petits insectes dont il parle sans difficulté. Par contre, exprimer son vécu intérieur est bien plus compliqué pour lui. C'est sa mère qui relate des petits événements de sa vie et permet ainsi d'aborder son quotidien et travailler sur son ressenti.

Les progrès thérapeutiques deviennent manifestes : lors d'un rendez-vous proche du 1^{er} mai où Lou demande à sa mère d'acheter un brin de muguet destiné au thérapeute. Cela nous étonne tous et en particulier sa mère puisque Lou est décrit comme indifférent à l'autre. Si la maman de Lou soutient et encadre son fils avec beaucoup de patience et de tendresse, les relations restent plus difficiles du côté paternel où ont lieu de nombreux conflits avec cet enfant que l'on ne comprend pas.

Au cours de la thérapie, Lou réussit son CEB et réintègre l'enseignement secondaire général.

A cette époque, la question du diagnostic se repose de nouveau en lien avec le bilan réalisé pour

une autre situation dont l'expression clinique est semblable. Pour ces deux situations, l'hypothèse d'un syndrome d'Asperger : F84.5 (1.03 de la CFTMEA) se voit confirmée.

Tant pour Lou que ses parents et en particulier sa maman, le fait de poser enfin un diagnostic précis a un effet thérapeutique. Cette compréhension du comportement et du trouble ouvre un champ énorme avec des effets très positifs sur l'adolescent : avec notre aide, Lou peut mettre des mots sur son vécu et ses difficultés. Son intégration scolaire en secondaire se déroule très bien et Lou se fait des amis, surtout féminins. Ses pairs semblent l'apprécier, même s'il reconnaît lui-même être peu bavard et écouter principalement les autres. L'adolescent regarde également beaucoup de vidéos sur Youtube où des gamers jouent et expriment de vive voix leur ressenti. Lou peut s'identifier à eux ou en tout cas y puiser une " façon " de se comporter. Il prend pleinement conscience de lui, de ses difficultés et de sa différence et en tient compte dans ses relations aux autres. Il acquiert petit à petit des normes sociales pour fonctionner avec les autres ainsi que de l'empathie à leur égard.

Cas n°2 : Maria

Maria a 34 mois lors de la première consultation. C'est sur l'insistance du service d'aide précoce que les parents viennent consulter. En effet, les membres de ce service qui suivent sa sœur aînée pour un retard de développement, ont été interpellés par le comportement de Maria à savoir un certain repli sur soi-même.

Maria vit avec ses 2 parents et sa sœur aînée. Elle n'a jamais été en crèche et ne rentrera qu'à 3 ans à l'école maternelle. Elle est gardée par sa maman qui ne travaille pas. Ni les parents, ni les médecins (pédiatre et médecin généraliste) ne se sont inquiétés de son développement. Et pourtant : elle ne parle pas encore, elle ne fait que jargonner : tous attendent le déclic !

Maria est née sans problème. C'est un bébé décrit comme ayant été fort calme, souriant, ne manifestant aucune réaction d'inquiétude face aux étrangers mais aussi aucun intérêt à leur égard. La marche a été acquise à 13 mois et actuellement, elle marche encore sur la pointe des pieds. Elle n'est pas encore propre. Son langage est fait d'un jargon utilisant plusieurs syllabes mais sans aucun mot distinct. Elle comprend des phrases simples.

A l'examen, le contact visuel ne peut se faire : Maria fuit le regard de l'autre. Elle ne proteste pas quand son parent quitte la pièce et poursuit son activité indifférente à leur départ. Elle ne marque aucun intérêt pour l'examineur. Elle n'a aucun geste de la communication tels que l'au revoir du signe de la main, dire non du signe de la tête,.... Elle ne répond pas à son prénom mais semble comprendre certains mots et des petites phrases simples. Elle ne possède aucun

langage : elle jargonne. Elle ne pointe pas pour obtenir les jouets qu'elle convoite, elle les prend, les met en bouche et/ou les jette dans la pièce sans se soucier de son devenir ou les utilise de façon inappropriée. Elle n'imité pas non plus et n'a pas de jeu de " faire semblant ". Au niveau de l'expression de son visage, elle n'exprime aucun affect, et son visage paraît crispé. Sur le plan moteur, elle marche sur la pointe des pieds et elle paraît fort raide. Elle présente des stéréotypies : des mouvements de battement des mains. Par contre, elle ne semble avoir aucune conscience du danger : elle grimpe partout et sur tout sans aucune précaution ni réaction de protection, par exemple : elle ne tend pas les bras lorsqu'elle tombe vers l'avant.

Une évaluation du développement à l'aide du Baley-III est tentée mais n'est pas réalisable lors de la passation de l'évaluation à la vue du comportement de Maria identique à celui de l'examen pédopsychiatrique.

Nous diagnostiquons un autisme infantile (F84.0) (autisme infantile précoce : 1.00 de la CFTMEA) chez cette fillette qui par ailleurs n'a aucun autre problème organique.

Nous mettons en place une thérapie du développement intensive à raison de 2 séances par semaine, nous orientons l'enfant en enseignement maternel spécialisé de type 3 et adressons la famille au SUSA (Service universitaire spécialisé pour personne avec autisme) qui confirme notre diagnostic clinique.

Cas n°3 : Hassan

Hassan est âgé de 6 ans et 4 mois lorsque son père vient nous consulter sur insistance de longue date de la part du centre PMS de son l'école. Il recommence une 3^e année maternelle car il ne possède pas les prérequis pour passer en 1^{er} primaire, il ne s'intègre pas au niveau social : il n'a aucun ami et joue tout seul mais surtout il semble déconnecté de la réalité.

Hassan est le 4^e enfant d'un couple parental d'origine maghrébine parlant aussi bien le berbère que le français à la maison. La famille a un vécu relationnel difficile : depuis sa naissance Hassan a connu beaucoup de disputes entre ses 2 parents. L'anamnèse est fort laborieuse car les parents sont relativement défendus. Pour son père, Hassan est un enfant comme les autres. Sa mère tient un discours un peu divergent : elle l'a toujours trouvé différent de ses aînés voire même un peu " bizarre " mais n'a jamais osé en parler à quiconque. Son développement a été assez banal au niveau des différentes acquisitions sauf au niveau du langage : il est apparu tardivement avec parfois des propos peu cohérents.

A l'examen, Hassan est dans le contact visuel avec l'autre même si par moments il semble ailleurs. Il exprime un certain intérêt pour l'examineur auquel il pose des questions personnelles sans doute aussi pour apaiser ses inquiétudes bien perceptibles. Son discours

est décousu, peu compréhensible, digressif et incongru par moments. Il est fait de néologismes et d'écholalies. Il peut toutefois exprimer des émotions telles que des angoisses notamment de se retrouver seul et de rencontrer des monstres. Il n'a aucune critique par rapport à cela. Il peut dire aussi que " c'est le bordel dans sa tête " et " qu'il n'y aurait qu'une partie en ordre dans celle-ci ". Des émotions surtout de l'angoisse se lisent sur son visage. Il devient tout pâle notamment, quand il se retrouve hors de ses habitudes, lorsqu'il croise des inconnus, lorsque l'on élève la voix,....

Ses dessins, sont également explosés : faits de personnages effrayants, sanguinolents qui s'entre-tuent ou s'entre-dévorent. Ils sont réalisés avec une certaine excitation physique et mentale qui se marque dans la façon de dessiner : rapide, peu précise et très colorée. A partir de ses dessins, il raconte des histoires qui n'ont aucun fil conducteur et qui sont très désorganisées.

Une WPPSI III est réalisée mais les résultats ne reflètent pas les compétences réelles de cet enfant qui n'est pas disponible psychiquement pour les apprentissages. En effet, il ne tient pas compte des consignes et répond ce qui lui passe par la tête à partir des items proposés. Il semble tout à fait confus et envahi par ses pensées.

Le bilan psychomoteur via le test d'Ozeretski montre un retard de développement psychomoteur, des troubles de l'équilibre et de la coordination.

Un diagnostic d'autre trouble envahissant du développement (F84.8) (dysharmonie psychotique : 1.04 de la classification CFTMEA) est posé.

L'enfant sera orienté vers un centre thérapeutique pédopsychiatrique de jour pour une prise en charge psychothérapeutique intensive.

RESULTATS

L'âge lors des premières consultations spécialisées : les familles sont invitées à venir nous consulter très tôt pour Maria : 34 mois (AP : autisme précoce), Hassan 6 ans et 4 mois (DP : dysharmonie psychotique) et Lou : 9 ans (SA : syndrome d'Asperger). Dans le cas SA, on peut dire que le diagnostic est relativement tardif.

Le sentiment suscité par l'enfant : tous suscitent un sentiment de bizarrerie tant chez les parents que chez le clinicien. Mais malgré cela, tous les parents semblent être dans le déni d'une problématique chez leur enfant. Dans le AS, on retrouve non seulement une incompréhension des parents par rapport au comportement de leur enfant mais surtout des propos disqualifiants.

Le langage : l'acquisition est retardée dans le cas AP, juste un jargon et ne l'est pas dans les cas SA et DP. Le vocabulaire est précis, pointu et recherché

dans le cas SA. Il existe des néologismes et des incongruités par moments dans les cas SA et DP. Le discours est cohérent dans le cas SA et est désorganisé, incohérent et incompréhensible dans le cas DP.

Le cas DP peut exprimer verbalement ses émotions, le cas SA en est incapable : il ne peut ni exprimer de la joie, du chagrin et peut paraître insensible et froid.

Les interactions sociales : elles sont absentes dans le cas AP : l'enfant ne répond pas quand on l'appelle, il ne réagit pas lors du départ de son parent, limité dans le cas SA et dans le cas DP. Dans les cas AP et SA : le regard est fuyant et le contact visuel difficile à établir, ce qui n'est pas le cas dans le cas DP : même si l'enfant peut parfois sembler ailleurs. Les visages sont peu expressifs dans les cas AP et SA. Le ton du discours monocorde dans le cas SA, contrairement au DP.

La relation interpersonnelle : elle est inexistante dans le cas AP : il ne marque aucun intérêt pour l'autre, très limitée dans le cas SA avec peu d'empathie : il ne s'intéresse pas vraiment aux autres et très limitée également mais avec une certaine empathie dans le cas DP : l'enfant porte un intérêt pour son interlocuteur.

Les champs d'intérêts : ils sont très pointus mais limités dans la diversité des sujets dans le cas SA : tous deux dans des domaines scientifiques notamment l'entomologie, aucun en particulier dans le cas DP et dans le cas AP : aucun investissement pour les objets qu'il porte en bouche puis jette ou le détourne à d'autres fins.

Le jeu symbolique : il est inexistant dans le cas AP : aucun faire semblant, présent mais très pauvre dans le cas SA : les histoires avec des play-mobles sont très répétitives d'une séance à l'autre et ne sont pas initialisées sans l'aide de l'adulte, il est éclaté dans le cas DP : les histoires sont toutes faites de destruction et explosion. L'imagination est également pauvre dans le cas SA : sans suggestion de la part du clinicien l'enfant n'a aucune idée de dessin, elle est débordante, déstructurée et angoissante dans le cas DP : les dessins sont effrayants avec de personnages qui s'entre-tuent et s'entre-déchirent.

Le contact avec la réalité : il est présent dans le cas SA, il ne l'est pas toujours dans le cas DP : l'enfant paraît absent, dans son monde qu'il décrit comme étant " un bordel dans sa tête ".

Le besoin de routines : il est nécessaire dans tous les cas SA, AP et DP, tous les changements sont anxiogènes.

La sensorialité : on trouve une hyposensibilité dans le cas AP : l'enfant ne se réagit pas aux claquements de porte, une hypersensibilité dans le cas DP : il est très angoissé lorsqu'on élève un peu la voix

et dans le cas SA : soit une hypersensibilité : l'enfant ne supporte pas le bruit, soit une hyposensibilité : l'enfant ne réagit pas à la douleur.

Les capacités cognitives : elles sont bonnes dans le cas SA. Elles ne peuvent être évaluées dans le cas AP et les résultats sont ininterprétables dans le cas DP.

Sur le plan moteur : on retrouve une agitation motrice dans tous les cas ainsi qu'un retard plus ou moins marqué au niveau de la motricité globale et fine, de la coordination et de l'équilibre. Ils présentent tous une certaine raideur corporelle et semblent assez maladroits. La marche sur la pointe des pieds et les stéréotypies (battement d'ailes des mains) ne se retrouvent que dans le cas AP.

Les apprentissages scolaires : la scolarité est impossible pour les cas AP et DP et elle est difficile mais possible avec une aide pour le cas SA.

DISCUSSION

Poser un diagnostic clinique de syndrome d'Asperger n'est pas une chose facile et pourtant à nos yeux si important.

Pas chose facile, car contrairement à la symptomatologie plus franche des TA et DP, ces situations semblent passer à travers les mailles des filets. C'est sans doute pour cette raison, entre autres, que nous les rencontrons au sein de nos consultations plus tardivement que les troubles autistiques précoces ou les dysharmonies psychotiques.

Ces enfants ont un développement psychomoteur quasi normal et ne présentent pas un retard dans l'acquisition du langage. Leur vocabulaire est riche et si parfois les termes employés peuvent être des néologismes, pédants ou incongrus, il faut être bien averti pour se rendre compte de ces anomalies. Ils sont intelligents et ils peuvent réussir au niveau scolaire avec des difficultés qui ne sont pas toujours repérables. Même si ces enfants se retrouvent très souvent isolés parmi leurs pairs, ils ne vivent pas tout à fait hors des relations interpersonnelles. Les autres signes tels que le regard fuyant, le peu d'expression des émotions, le comportement agité, les domaines surinvestis, la sensation de bizarrerie, etc., sont interprétés souvent de mauvaise manière : froideur, impolitesse, égocentrisme, comportement asocial, génie, etc. Ou bien, ils sont minimisés alors qu'ils sont aussi des points d'appel.

De plus, certains éléments cliniques peuvent se retrouver aussi dans le trouble autistique précoce ou dans les dysharmonies psychotiques. Pour toutes les situations cliniques ayant finalement été diagnostiquées comme présentant un syndrome d'Asperger, nous nous sommes posé la même question au début de la prise en charge : cet enfant souffre-t-il d'autisme infantile précoce ou d'un autre trouble envahissant du

Tableau : Comparaison des divers paramètres selon les 3 cas cliniques.

	Maria	Hassan	Lou
Diagnostic	Autisme précoce	Dysharmonie psychotique	Syndrome d'Asperger
Age de la 1 ^{re} consultation pédopsychiatrique	34 mois	6 ans et 4 mois	9 ans
Sentiment suscité par l'enfant	Bizarrerie	Bizarrerie	Bizarrerie
Attitude des parents	Déni	Déni	Déni Incompréhension de leur enfant Propos disqualifiants
Langage	Retard Jargon	Pas de retard Néologismes et incongruité Discours : désorganisé, Incohérent et incompréhensible Expressivité verbale	Pas de retard Néologismes et incongruité Vocabulaire précis et pointu Discours cohérent Tonalité monocordale
Expression verbale des émotions	Aucune	Expression possible	Incapacité
Expression faciale des émotions	Absente	Présente	Peu expressif
Interactions sociales	Absentes Ne répond pas à l'appel Ne réagit pas au départ des parents Contact visuel difficile à établir Regard fuyant	Limitées Dans le contact visuel Impression d'être ailleurs	Limitées Contact visuel difficile à établir Regard fuyant
Relation interpersonnelle	Inexistante	Présente avec empathie	Limitée et peu d'empathie
Champs d'intérêts	Aucun	Aucun	Pointus mais limités
Jeu symbolique	Aucun investissement des objets Aucun " faire semblant "	" Éclaté " Déstructuré Imagination débordante et effrayante	Présent mais pauvre Répétitif Imagination pauvre
Contact avec la réalité		Présent mais par moment " déconnecté "	Présent
Besoin de routines avec effet anxiolytique	Présent	Présent	Présent
Sensorialité	Hyposensibilité	Hypersensibilité	Hypo et hypersensibilité
Capacité cognitive	Non évaluable	Ininterprétable	Bonne
Motricité	Agitation Retard Raideur et maladresse Marche sur la pointe des pieds Stéréotypies	Agitation Retard Raideur et maladresse	Agitation Retard Raideur et maladresse
Apprentissage scolaire	Scolarité impossible	Scolarité impossible	Scolarité possible mais difficile

développement (dysharmonie psychotique) ? Ce fut le cas pour Lou, mais aussi pour bien d'autres enfants par la suite.

C'est la raison pour laquelle nous postulons que le fait de se poser cette question soit un premier indice pour le clinicien en faveur d'un diagnostic d'Asperger.

Poser ce diagnostic est important, cela le plus

précocement possible. En effet, les répercussions du trouble sur l'individu mais aussi sur sa famille sont conséquentes : anxiété et angoisse jusqu'à la dépression et au suicide, risque de maltraitance par méconnaissance du trouble et mauvaise interprétation du comportement, difficultés dans les apprentissages scolaires et difficultés d'insertion dans la vie affective, sociale et professionnelle.

Une fois posé, des portes s'ouvrent pour ces patients tant au niveau personnel, familial que social grâce à la compréhension du comportement et à la prise en charge.

Cette dernière sera bien différente d'une prise en charge classique, même si elle peut se montrer utile comme dans le cas de Lou, car elle devra surtout offrir au patient des outils pour comprendre et appréhender le monde qui l'entoure ainsi que pour y trouver sa place.

Un traitement médicamenteux aura toute sa place également au regard des troubles associés ou secondaires au syndrome.

C'est pourquoi, la disparition du trouble du DSM-5 pose question au clinicien et thérapeute que nous sommes. En effet, même si les limites ne sont pas très précises et même si au niveau international un consensus n'a pas encore été trouvé, alors qu'au niveau de notre clinique quotidienne, nous rencontrons ces cas, quel est l'intérêt à le voir disparaître comme entité à part entière du DSM-5 ? En effet, il se retrouve fondu tout comme le TA et le DP dans la grande entité des troubles de la sphère autistique (299.90) ou dans le trouble de la communication non précisé (307.9) ou encore dans certains cas qui ne répondent pas aux critères, nulle part.

Si le problème quant au diagnostic que nous avons rencontré au début de la prise en charge dans le cas clinique décrit : DP ou TA, est résolu grâce à la nouvelle classification DSM-5 puisqu'il n'y a plus de différence entre tous ces troubles, nous restons tout de même mal à l'aise à plusieurs niveaux. Nous avons l'impression que nous allons perdre tout ce qui faisait la spécificité du trouble et que la confusion va s'installer entre les différentes entités cliniques. En effet, on peut constater à travers les 4 cas cliniques décrits ci-dessus de grandes différences dans leur symptomatologie au niveau du langage, de l'expression des émotions, de la relation à autrui, des champs des intérêts et du contact avec la réalité. De plus comme le diagnostic de SA n'est pas facile à poser, nous risquons de passer à côté du bon diagnostic avec comme conséquence de ne plus apporter l'aide nécessaire et adéquate à ces patients. Et enfin, nous craignons de leur infliger des souffrances supplémentaires du fait de la non-reconnaissance de leurs difficultés et de leur trouble. Le fait aussi de ne plus parler que de trouble de la sphère autistique risque de voir se péjorer le regard des patients qu'ils ont sur eux-mêmes mais aussi celui que la société leur porte.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Asperger H : Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter. Arch Psychiatr Nervenkr 1944 ; 117 : 76-136
2. Kanner L : Autistic disturbances of affective contact. Nerv Child 1943 ; 2 : 217-50

3. Wing L : Asperger's Syndrome : a Clinical Account. Psychol Med 1981 ; 11 : 115-30
4. Gillberg IC, Gillberg C : Asperger syndrome-some epidemiological considerations : a research note. J Child Psychol Psychiatry 1989 ; 4 : 631-8
5. World Health Organisation : ICD-10. Classifications of Mental and Behavioural Disorder : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva : World Health Organisation, 1992
6. American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV, Fourth Edition. Washington (DC) : American Psychiatric Association, 1994
7. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-IV-TR, Fourth Edition. Washington (DC) : American Psychiatric Association, 2000
8. Woodbury-Smith MR, Volkmar FR : Asperger syndrome. Eur Child Adolesc Psychiatry 2009 ; 18 : 2-11
9. Misès R, Quemada N, Botbol M *et al.* : CFTMEA 2000 : nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Annales Médico-psychologiques 2002 ; 160 : 213-5
10. Misès R. : CFTMEA R-2012 - Correspondances et transcodage : cim10, 5^e édition. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012
11. Aussilloux C, Baghdadli A : Evolution du concept et actualité clinique du syndrome d'Asperger. Rev Neurol (Paris) 2008 ; 164 : 406-13
12. Szatmari P : The classification of autism, Asperger's syndrome, and pervasive developmental disorder. Can J Psychiatry 2000 ; 45 : 731-8
13. Aussilloux C, Baghdadli A, Bursztejn C *et al.* : Recherche sur les facteurs d'évolution de l'autisme : caractéristiques initiales d'une cohorte de 193 enfants autistes de moins de sept ans. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2001 ; 49 : 96-107
14. Howlin P, Asgharian A : The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. Dev Med Child Neurol 1999 ; 41 : 834-9
15. American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. Washington (DC) : American Psychiatric Publishing, 2013
16. Chakrabarti S, Fombonne E : Pervasive developmental disorders in pre-school children. JAMA 2001 ; 285 : 3093-9
17. Sponheim E, Skjeldal O : Autism and related disorders : epidemiological findings in a Norwegian study using ICD-10 diagnostic criteria. J Autism Dev Dis 2007 ; 37 : 1203-14
18. Baird G, Charman T, Baron-cohen S *et al.* : A screening instrument for autism at 18 months of age : A 6-year follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000 ; 39 : 694-702
19. Elhers S, Gilbert C : Asperger syndrome : The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. J Child Psychol Psychiatry 1993 ; 34 : 1327-50
20. Fombonne E : Epidemiological studies of pervasive developmental disorders. In : Volkmar FR, Reah P, Klin A, Cohen D. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. Hoboken : John Wiley & Sons, 2005 : 42-69
21. Fombonne E, Tidmarsh L : Epidemiologic data on Asperger disorder. Chil Adolesc Psychiatr Clin N Am ; 2003 ; 12 : 15-21
22. Attwood T : Le syndrome d'Asperger : Guide complet. Bruxelles : De Boeck, 2010

23. Worley JA, Matson JL : Comparing symptoms of autism spectrum disorders using the current DSM-IV-TR diagnostic criteria and the proposed DSM-V diagnostic criteria. *Res Autism Spectr Disord* 2012 ; 6 : 965-70
24. Carey B : New Definition of autism will exclude many, study suggests. *The New York Times* 2012 January 19. <http://www.nytimes.com/2012/01/20/health/research/new-autism-definition-would-exclude-many-study-suggests.html>
25. Young R, Rodi M : Redefining Autism Spectrum Disorder Using DSM-5 : The implication of the proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2014 ; 44 : 758-65
26. Huerta M, Somer L, Duncan A, Hus V, Lord C : Application of DSM-5 for Autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV Diagnoses of Pervasive Developmental Disorders. *Am J Psychiatry* 2012 ; 169 : 1056-64
27. Neal D, Matson JL, Hattier MA : A comparison of diagnostic criteria on the Autism Spectrum Disorder Observation for Children (ASD-OC). *Dev Neurorehabil* 2012 ; 15 : 329-35
28. Adler B, Minshawi N, Craig A, Erickson C : Evolution of Autism: From Kanner to the DSM-V. In : Tarbox J, Dixon DR, Sturmey P, Matson JL. *Handbook of Early Intervention for Autism Spectrum Disorders*. New-York : Springer, 2014 : 3-19
29. Fumeaux P, Revol O : DSM-5 : tempête dans un verre d'eau ou tsunami ? Origines et conséquences d'une mise à jour controversée. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014 ; 62 : 335-41

Correspondance et tirés à part :

M. DELCOMMENNE
C.H.U. Tivoli
Service de Pédiopsychiatrie
Avenue Max Buset 34
7100 La Louvière
E-mail : muriel.delcommenne@chu-tivoli.be

Travail reçu le 20 janvier 2015 ; accepté dans sa version définitive le 12 mai 2015.