

COLLOQUE :
**« LE SYNDROME D'ASPERGER, DE LA PRISE EN CHARGE A
L'AUTONOMIE »**
Le 15 octobre 2016 à Reims

« Je suis différente mais pas inférieure. » Temple Grandin

Dr OVIDIO RAMOS.

Psychiatre des hôpitaux spécialisé dans le domaine de l'autisme.

Médecin aux hôpitaux de Paris & Îles de France travaillant sur l'autisme depuis 25 ans.

Responsable médical des structures d'accompagnement d'enfants et adolescents atteints d'autisme de la région parisienne

Responsable médical de la Consultation pour Adultes atteints d'Autisme et d'autres T.E.D.

G.H. Paul GUIRAUD Villejuif

Créateur d'une consultation dans le diagnostic de l'adulte TED. Il accompagne les jeunes Asperger en milieu scolaire.

- **Diagnostic du Syndrome d'Asperger : caractéristiques cliniques**

Historique : Petit rappel sur l'étude de Hans Asperger (psychiatre autrichien) faite en 1944.

Dans la classification américaine le DSMV (, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) le syndrome d'Asperger est classé dans les TSA (troubles du spectre autistique)

Les critères :

- Limitation des relations avec l'environnement et une intelligence particulière
- Trouble qui se manifeste dès la petite enfance par des perturbations graves des interactions sociales et du comportement (restreint et de nature répétitive)
- Absence de retard mental ou de difficultés cognitives majeures.
Ce qui est le cas pour toute personne avec un QI supérieur à 70 -85
- Trouble du développement du langage mineur
- Trouble de la coordination motrice (souvent importante)
- Trouble de la communication sociale

D'un point de vue clinique : comportements particuliers. Les personnes Asperger souhaitent être avec les autres mais ont des comportements inadaptés.

D'un point de vue verbal : tournures de phrases particulières, pas de modulation de la voix, intérêt et comportement particuliers... avec possibilité de s'adapter aux différentes circonstances selon l'apprentissage.

Chez l'enfant, les troubles du langage sont mixtes : réceptifs et expressifs. La communication est présente, mais on constate des problèmes articulatoires et d'expressions verbales.

Les Asperger peuvent présenter des TOC (troubles obsessionnel compulsif, des TDAH : trouble déficitaire d'attention.

Ils ont des intérêts restreints dans lesquels ils excellent.
Le niveau scolaire est assez élevé

Les personnes Asperger savent s'adapter aux différentes circonstances, grâce à un auto-apprentissage des comportements à adopter, surtout ceux qui ont un niveau intellectuel supérieur. Par contre, subsistent toujours des difficultés quand ils sont face à l'inconnu.

Taux de prévalence de 1 sur 200-500 (Attwood 2004)
Sexe ratio 4 Garçons pour 1 Fille

Actuellement, il existe des tests au diagnostic :

- Tests non spécifiques :
WISC-IV (enfant), WAIS-IV (adulte), ADI-R (Entretien semi-structuré pour le diagnostic de l'autisme) et ADOS-G ((*Autism* Diagnostic Observation Schedule)
- Tests spécifiques :
CAST (Childhood Asperger Syndrome test), Australian Scale for Asperger, Syndrome
ASDI (*Asperger* Syndrome Diagnostic Interview)
AAA (Adult Asperger Assessment)

On commence à étudier les problématiques depuis la naissance (accouchement...) et on étudie l'évolution du langage avec les parents pour orienter le diagnostic pour indiquer une première orientation.

• **Diagnostic différentiel et comorbidité du Syndrome d'Asperger**

➤ Diagnostic différentiel du SA.

- Chez l'enfant
 - Schizophrénie à début infantile :
 - ✓ apparaît en général après 5 ans
 - ✓ s'accompagne d'hallucinations, d'idées délirantes,
 - ✓ l'incidence de troubles convulsifs et de retard mental est plus faible,
 - ✓ le niveau intellectuel y est plus homogène
 - ✓ antécédents familiaux de psychoses
 - Chez l'ado
 - Dépression : le diagnostic de dépression n'est pas facile car ces personnes ont un éventail limité d'expressions émotionnelles et manquent d'affect,
 - Hypomanie
 - Trouble de la personnalité (schizoïde, schizotypique, paranoïde, bordeline)
 - Schizophrénie (schizophrénie atypique) :
Détérioration temporaire de leurs capacités, refus de l'interaction sociale, soliloques, négligence de l'hygiène corporelle, préoccupation intense pour leurs intérêts particuliers. Absence d'hallucinations et des délires.

La mise en place du langage est un point essentiel pour le diagnostic. : premiers mots vers 12/18 mois, ensuite le développement est stoppé (quelques mots ou développement très lent).

- Conséquence de la difficulté à maîtriser « la théorie de l'esprit » et du retard de la maturité émotionnelle.
- TOC (Trouble Obsessif-Compulsif)
 - ✓ les troubles, les stéréotypies des autistes peuvent être prises pour des TOC
 - ✓ les intérêts restreints ressemblent parfois aux obsessions (dates, températures...)

Chez l'adulte :

Néanmoins, les stéréotypies des adultes sont moins complexes que les rituels de lavage et de vérifications des TOC

Pas de trouble de langage chez les personnes souffrant de TOC

- Anorexie mentale (Gillberg et al., 1994)
- Schizophrénie et S.A.

Les patients ayant un syndrome d'Asperger sont souvent diagnostiqués tardivement ou considérés à tort comme des patients atteints de schizophrénie.

Certains signes cliniques décrits dans le syndrome d'Asperger peuvent être considérés comme des signes cliniques de la schizophrénie : l'altération des interactions sociales, les capacités de communications, les intérêts restreints et les éléments de persécution.

Un certain nombre d'éléments facilitent le diagnostic différentiel :

- ✓ l'âge d'apparition des troubles,
- ✓ les antécédents familiaux de T.E.D.,
- ✓ les conversations récurrentes autour des thèmes précis,
- ✓ les aspects pragmatiques du langage,
- ✓ le ton assez singulier,
- ✓ le manque d'imagination et l'incompréhension des convenances sociales

Attention à ne pas poser un mauvais diagnostic et qu'un traitement inapproprié ou non nécessaire qui pourrait empêcher de faire un bon diagnostic.

L'autisme doit être diagnostiqué en premier lieu avec la schizophrénie pour dire qu'il y a une comorbidité. Il est rare d'avoir les 2 en même temps mais possible.

Le SA peut aussi être confondu avec la dysphasie.

➤ Comorbidité (troubles associés)

Il existe un centre de diagnostic de comorbidité.

○ Comorbidité psychiatrique

☛ Trouble déficitaire de l'attention (TDAH= hyperactivité) 28% plus fréquent chez les HF (haut fonctionnement=haut niveau)/SA (Bloch, 1999)

☛ Troubles anxieux : en rapport fréquemment avec le contact social. Ils peuvent être légers, modérés ou graves. Réactions de peurs disproportionnées par rapport aux stimuli.

☛ Colères violentes ou comportement autodestructeur : dès qu'on ne leur laisse pas agir à leur guise. Il faut logiquement essayer de trouver la cause rapidement : changement dans la vie courante, problèmes somatiques (beaucoup plus difficile à déceler).

✓ L'insensibilité à la douleur, qui peut aggraver la situation

☛ Dépression : perte de l'appétit, du sommeil, pensées ou actes suicidaires, alcoolisme et abus de médicaments. Quand les Asperger se rendent compte de leur particularité et qu'ils réagissent mal (manifestations agressives)

Chez les autistes HF (haut fonctionnement=haut niveau)/SA, la cause la plus fréquente de la dépression : vouloir être comme les autres, conscience aiguë de leurs difficultés

☛ 15% des adultes SA ont eu un épisode dépressif (Tantam, 1990) et un risque de suicide (Wolf, 1995)

-70% d'un groupe de 50 adultes SA (26H, 28F) avaient eu au moins un épisode de dépression principale et 50% avaient souffert des épisodes dépressifs récurrents (Lugnegard et al.-2011)

26% remplissaient les critères de P. schizoïde. Les troubles d'interaction sociale, comportements stéréotypés et intérêts particuliers sont plus importants dans le SA

☛ Troubles bipolaires : (Frazier et al. 2002) SA.

Etats psychiques mixtes, irritabilité chronique, cycles rapides, tendance au suicide

Antécédents familiaux de trouble bipolaire

Les troubles autistiques sont en général plus prononcés, intenses ou exagérés pendant les phases maniaques ou dépressives

Logiquement, avec un traitement neuroleptique, on observe une amélioration

Il faut que la personne soit diagnostiquée autiste avant de développer des symptômes psychiatriques (environ 1 % des cas).

☛ Autisme et schizophrénie (Volkmar et Cohen, 1991)

- 163 dossiers d'adolescents et adultes autistes (139H, 24F)

- 1 autiste HF (haut fonctionnement=haut niveau) (0.6%) remplissait les critères de diagnostic d'autisme et de schizophrénie à l'admission et à la sortie de l'hôpital

- Traitement : neuroleptiques. Rémission partielle des hallucinations, symptômes résiduels de schizophrénie. Antécédents familiaux de schizophrénie

☛ Compulsions (Russel et al. 2005)

- 40 adultes SA de deux sexes

- 17 (42.5%), pas de comorbidité

- 11 (27,5%), diagnostic de trouble affectif

- 10 (25%), diagnostic de TOC

- 2 (5%), diagnostic de schizophrénie

☛ Troubles psychologiques divers (Tantam, 2003) – 234 Adolescents et adultes SA

- Anxiété et tr. Anxieux : 22.2%

- Dépression : 19,7%

- TOC : 17.17%

- Schizophrénie (diagnostic précédent) : 10.3% (0%)

- Manie : 2.1%

- Abus des substances toxiques : 1.3%

☛ Maladie de Gilles de la Tourette

☛ Tics isolés

☛ Relation entre le SA et schizophrénie à l'adolescence (Waris P. et al. 2013)

- 18 ados avec schizophrénie à début précoce
 - 10 ado – diagnostic de SA après l'apparition de la schizophrénie.
 - 2 ado – diagnostic de SA avant schizophrénie. (condition préalable pour diagnostic de schizophrénie)
 - 44% d'ado ont rempli les critères de certains T.E.D. pendant l'enfance. La plupart d'entre eux n'avaient pas été diagnostiqués avant l'apparition de la schizophrénie

Des critères majeurs sont définis dans la DSMV classification américaine. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

- Bilan sensoriel

Hyper ou hypo-réactivité à des stimuli sensoriels ou d'intérêts inhabituels envers des éléments sensoriels de l'environnement (notamment une indifférence apparente à la douleur, à la chaleur ou au froid, réponse négative à des sons ou à des textures donnés, le geste de renifler ou de toucher de façon excessive des objets, fascination pour les lumières ou les objets qui tournent).

Trouble de la communication sociale

- A. Le trouble de la communication sociale est une altération de la pragmatique : difficultés éprouvées avec l'utilisation sociale des communications verbales et non verbales dans des contextes naturalistes ; il affecte le développement des relations sociales et la compréhension du discours et ne peut s'expliquer par de piètres aptitudes dans les domaines de la structure des mots et de la grammaire ou le manque de capacité cognitive générale.
- B. (...)
- C. Exclusion du TSA. Le TSA par définition suppose des problèmes de communication pragmatique, mais inclut aussi des troubles de comportement, des activités ou des intérêts restreints et répétitifs qui sont propres au spectre de l'autisme. Par conséquent, la possibilité de TSA doit être écartée pour que le trouble de la communication sociale soit diagnostiqué
- D. Les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance

• **Thérapies cognitivo-comportementales (A.B.A., TEACCH, Denver)**

- ABA (Applied Behavior Analysis ou Analyse Appliquée du Comportement) : demande une pratique intensive= 40 heures par semaine. La famille est sollicitée +++
- TEACCH : approche cognito-comportementale
Stratégies pour soutenir la personne autiste et favoriser son autonomie en s'adaptant à ses besoins individuels. Prise en charge éducative avec l'aide des parents.
- Modèle de Denver (créé en 1981 aux USA) : intervention depuis l'âge de 24 mois, jusqu'à 5 ans. Se base sur le développement typique de l'enfant. Analyse du comportement, apprentissage progressif, capacité à capter l'attention de l'enfant.

Evaluation régulière toutes les 12 semaines. Programme individualisé, 20 heures par semaine.

- **Accompagnement scolaire, professionnel et familial des personnes avec Syndrome d'Asperger**

Il nécessite un programme personnalisé et la présence d'une AVSi (auxiliaire de vie scolaire individuel) pour les rassurer, les aider dans l'organisation de leur travail, prendre les notes à leur place (lenteur), savoir utiliser les bons mots pour éviter les troubles du comportement, améliorer leur attention et leur concentration (facilement distraits), leurs expliquer les règles sociales, les prévenir des changements, des routines, améliorer l'attention et la concentration...

- L'accompagnement familial des personnes avec SA

- Améliorer la communication par le visuel : schémas, tableaux, agendas
- L'aider à retenir en utilisant des mots à lui
- Le laisser se déplacer dans la maison ou jouer avec des objets à lui pour se décontracter
- Lui montrer qu'on n'est pas d'accord en cas de mauvaise foi mais pas nécessairement avec des punitions. Utilisation des récompenses

- L'accompagnement professionnel des personnes avec SA

- Nécessité de la présence d'un référent : l'aider à ne pas transgresser les règles
- Possibilité d'un accompagnement dans l'emploi (job coaching)
- Les guider vers l'autonomie par des apprentissages
- Veuillez discrètement à ce que tout se passe bien : prise des repas, vêtements propres, bonne tenue en général