

Le diagnostic d'autisme de Kanner au DSM5

Catherine Barthélémy, Romuald Blanc

Résumé

Les critères diagnostiques des Troubles du Spectre Autistique connaissent actuellement des changements importants avec la publication du DSM5. En effet, ces changements incluent (1) la disparition d'entités nosographiques comme le trouble autistique, les TED NOS, et le syndrome d'Asperger ; (2) l'introduction d'une évaluation de la sévérité du trouble (basé sur le niveau d'aide requis), (3) la fusion des troubles des interactions sociales et de la communication en une dimension « les troubles de la communication sociale » ; (4) des changements dans le nombre de symptômes requis dans chacun des domaines pour poser le diagnostic ; (5) l'introduction d'une nouveau trouble : « les troubles de la communication sociale (pragmatique).

Mots-clés : DSM-V, TSA, troubles de la communication sociale, critères diagnostiques

Kanner autism diagnosis in the DSM-V

Abstract

The DMS-V has changed the diagnostic criteria for autism spectrum disorders (ASD). (1) Definitions like pervasive developmental disorders (PDD) or Asperger's syndrome disappeared, to give place to (2) the measure of severity in autism (based on the level assistance required) ; social-interaction difficulties and communication disorders are called now « social-communication disorders » ; (4) the number of symptoms for the diagnosis has changed ; (5) and a new item appeared : « social-communication disorders » (pragmatic).

Keywords : DSM-V, ASD, social-communication disorders, diagnostic criteria

Catherine BARTHÉLÉMY
INSERM 930, Centre de Pédopsychiatrie,
CHRU Bretonneau, 2 Boulevard Tonnellé
37044 Tours Cedex 1 – France
Université François-Rabelais, Tours, 37032, France

Romuald BLANC
Laboratoire de Psychopathologie et Processus de
Santé de l'Institut de Psychologie de l'Université
Paris Descartes, 71 Avenue Edouard Vaillant
92100 Boulogne-Billancourt Cedex - France
INSERM 930, Centre de Pédopsychiatrie,
CHRU Bretonneau, 2 Boulevard Tonnellé
37044 Tours Cedex 1 – France
Courriel : R.BLANC@chu-tours.fr

◆ La description de l'autisme par Léo Kanner

L'autisme infantile décrit par Kanner (1943) dans son article princeps portant sur 11 enfants qu'il avait examinés, est un trouble grave du développement et de la communication qui se manifeste par l'impossibilité de l'enfant à développer des moyens efficaces de communication et d'entrée en interaction avec son environnement, tant par le langage que par le regard ou les gestes.

Kanner a mis en évidence les critères comportementaux suivants :

- (1) - un retrait social, une tendance à l'isolement et une difficulté d'établir des liens affectifs avec autrui (« aloneness »),
- (2) - un besoin impérieux d'immuabilité (« sameness »),
- (3) - des bizarreries de comportements comme une utilisation stéréotypée et ritualisée des objets (« oddness »),
- (4) - un mutisme ou la présence d'un langage sans fins communicatives, caractérisé par des particularités telles que l'écholalie ou l'inversion pronominale et s'associant fréquemment avec une impression de surdité (« deafness »),
- (5) - des potentialités cognitives se manifestant par d'excellentes capacités électives (des îlots de compétence) notamment mnésiques et visuo-spatiales,

(6) - un âge minimal de 30 mois est nécessaire pour pouvoir poser de façon tangible le diagnostic.

Depuis cette première description, de nombreux cliniciens et chercheurs se sont intéressés à ce trouble autistique et ont tenté de mieux en comprendre la sémiologie et l'étiologie ainsi que le fonctionnement particulier des enfants présentant ce syndrome.

◆ De Kanner au DSM-III

Au cours des années 70, d'autres études se sont intéressées à l'autisme et ont reporté sa fréquente association avec une déficience intellectuelle, d'éventuelles particularités du fonctionnement cérébral et une probable origine génétique à ce trouble (Wing, 1976, Folstein, Rutter, 1977 ; Lelord et al., 1978).

L'autisme a ensuite connu un véritable engouement en terme de recherche et il est devenu clair que les problèmes de langage et de communication étaient des caractéristiques centrales du trouble, à tel point qu'à la fin des années 70, un consensus s'est dégagé autour de la définition de l'autisme. Les troubles du développement social, du langage et de la communication, la résistance au changement ou la recherche d'immuabilité, comme en témoignent l'insistance pour les routines, le maniérisme moteur et les stéréotypies, ainsi que le début précoce des troubles dans les premières années de vie de l'enfant caractérisaient l'autisme.

C'est dans cette perspective que le DSMIII, s'inscrivant dans une approche athéorique, a adopté ces nouveaux critères diagnostiques. De même, cette classification a introduit la notion de Trouble Envahissant du Développement.

Dans le DSMIII-R (1987), une nouvelle sous-catégorie de TED a été décrite : les TED NOS. L'ensemble des critères était alors plus vaste que dans le DSMIII et définit les TED de façon plus large avec des symptômes incluant le développement social, la communication et la résistance au changement.

Rétrospectivement, le DSM-III-R semble avoir sur-diagnostiqué l'autisme chez des individus présentant un retard mental sévère et au contraire, sous-diagnostiquer le trouble chez des patients présentant un profil intellectuel dans les normes voire supérieur.

◆ La publication du DSM-IV

Pour l'élaboration du DSM-IV, un certain nombre d'étapes préliminaires a été entrepris, incluant les revues de la littérature, la ré-analyse de données et également, une méta-analyse de plus de 1000 cas sur une vingtaine de sites à travers le monde.

Ainsi, le but majeur du DSM-IV a été d'affiner la définition de l'autisme en s'appuyant sur le niveau intellectuel associé de la personne, en essayant de la faire

concorde avec l'approche diagnostique de la CIM10 et d'enrichir la variété clinique des Troubles Envahissants du Développement.

Le DSM-IV a également inclus dans sa catégorie « Troubles Envahissants du Développement », en plus du syndrome autistique et du TEDNOS, 3 nouvelles entités nosographiques : le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et le Syndrome de Rett.

Le syndrome de Rett a également été inclus parmi les TED car il pouvait constituer une base neuro-biologique spécifique et identifiée. Par la suite, le gène du syndrome de Rett a été mis en évidence et de ce fait, il n'est plus véritablement considéré comme un Trouble du Spectre Autistique (même si les versions préliminaires du DSM5 l'ont inclus comme spécificateur).

Le trouble désintégratif de l'enfance était toujours considéré comme un TED malgré sa faible prévalence, du fait que les enfants atteints se développaient normalement jusqu'à 4, 5 voire 6 ans, puis après une régression rapide et massive de leurs compétences, présentaient un tableau plus typique d'autisme.

La convergence des diagnostics entre le DSM-IV et la CIM10 a été très porteuse et prolifique pour la recherche sur les troubles mentaux. Cela a ainsi permis et facilité le développement de nouvelles approches dimensionnelles pour le dépistage et le diagnostic.

En 1994, l'American Psychiatric Association (APA) a publié la quatrième version de la classification du « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders » (DSM-IV) qui répertorie l'autisme sous une rubrique intitulée « Troubles Envahissant du Développement » et qui tend à considérer l'autisme comme un trouble global du développement affectant précocement le développement des compétences sociales et communicatives, conduisant à un handicap majeur.

Les critères diagnostiques retenus par cette classification unanimement reconnue sont les suivants :

Un total de six (ou plus) parmi les éléments décrits en (1), (2) et (3) dont au moins deux de (1), un de (2) et un de (3) :

(1) Une altération qualitative des interactions sociales

Une altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes.

Une incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau de développement.

Le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (pas de geste de désignation ou de pointage...).

Manque de réciprocité sociale ou émotionnelle.

(2) Une altération qualitative de la communication

Un retard ou une absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique).

Chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, une incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui.

Usage stéréotypé et répétitif du langage.

Absence d'un jeu de « faire semblant » varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement.

(3) Un caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités

Préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation.

Adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels.

Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps...).

Préoccupations persistantes pour certaines parties des objets.

Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants : (1) interactions sociales, (2) langage nécessaire à la communication sociale, (3) jeu symbolique ou d'imagination.

La perturbation n'est pas mieux expliquée par le syndrome de Rett ou le Trouble désintégratif de l'enfance.

Comme avec le DSM-IV, la tâche de révision pour le DSM-5 a une étape importante au travers de laquelle de nombreux groupes de réflexion incluant des membres de la comité scientifique travaillant autour des troubles neurodéveloppementaux se sont formés.

◆ Des Troubles Envahissants du Développement aux Troubles du Spectre de l'Autisme

L'autisme constitue un trouble aux tableaux cliniques extrêmement divers, en termes de sévérité des symptômes, du niveau intellectuel associé et des troubles fonctionnels le constituant. L'identification de ce trouble est d'une importance capitale compte tenu de sa prévalence croissante afin de détecter le plus tôt ces difficultés et de proposer des interventions ciblées, intensives et précoces.

Le DSM5 propose de nouveaux critères diagnostiques, ce qui apporte des changements importants par rapport à ceux du DSM-IR-TR. Conçu pour s'adapt-

ter à l'évolution des connaissances scientifiques, l'autisme se caractérise aujourd'hui par un continuum, d'un spectre d'atteintes, et de difficultés et manifestations variées d'un même diagnostic (Wing et al., 2011 ; McPartland et al. 2012). Il met également en avant la possibilité de diagnostics associés (des comorbidités) nécessitant chacun la même approche dimensionnelle. Cette approche dimensionnelle prend en compte les problématiques associées, le niveau d'atteintes et de besoins de soutien, ainsi que les impacts significatifs sur les aspects de la vie (il faut à présent spécifier le niveau de sévérité (basé sur le niveau d'aide requis) pour les critères A et B (avec en Niveau 3 : nécessite un soutien très substantiel, en niveau 2 : nécessite un soutien substantiel et en Niveau 1 : nécessite un soutien).

Dans le DSM5, le terme Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) a remplacé le celui de Troubles Envahissants du Développement (TED) et son approche du trouble est davantage dimensionnelle.

Le diagnostic de trouble de la communication sociale (pragmatique) a été ajouté et le syndrome d'Asperger a été retiré.

Ainsi, l'autisme est aujourd'hui défini comme une affection neuro-développementale d'expression variable et caractérisée par des difficultés dans les domaines de communication et de l'interaction sociale, et des comportements / des intérêts / des activités à caractère restreint ou répétitif. Il apparaît au cours du développement et ses symptômes limitent et altèrent le comportement de la personne.

Le premier changement concerne l'approche dimensionnelle de l'autisme avec un continuum en termes de degrés de sévérité, les différentes sous-entités des TED n'existent plus.

Le second changement concerne le passage d'une triade de symptômes à deux dimensions de symptômes : la communication sociale et interaction et les comportements restreints et répétitifs. Ainsi, le DSM5 présente un modèle avec une seule catégorie TSA sous-tendue par deux dimensions de symptômes primaires. Dans ce cas, l'évaluation clinique est placée au cœur de la démarche diagnostique.

Les critères diagnostiques des TSA selon le DSM5 sont donc les suivants (extraits du manuel DSM5) :

Difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales (présentes ou à l'histoire) (3 de 3 symptômes).

- ***Réciprocité socio-émotionnelle*** (*initiative et réponse sociale, conversation, partage d'intérêt et d'émotions*).
- ***Déficit dans la communication non-verbale*** (*coordination des moyens de communication verbaux et non verbaux; intégration des moyens verbaux et*

non-verbaux au contexte; utilisation et compréhension du contact visuel, des gestuelles, de la posture, des expressions faciales).

- **Difficulté à développer, maintenir et comprendre des relations sociales** appropriées pour l'âge; difficulté à adapter son comportement à différents **contextes sociaux**, difficulté à partager le jeu symbolique et imaginaire avec autrui, absence manifeste d'intérêt pour autrui.

Comportements stéréotypés et intérêts restreints (présent ou à l'histoire) (2 de 4 symptômes)

- Utilisation de **mouvements** répétitifs/stéréotypés, utilisation particulière du **langage** (écholalie différée, phrases idiosyncratiques, propos stéréotypés) et des **objets** (p.ex. alignement d'objets, rotation d'objets).
- Insistance sur la **similitude**, aux **routines et rituels** verbaux ou non verbaux (p.ex. détresse importante face aux moindres changements, difficultés avec les transitions, pensées rigides, rituels de salutation figés, nécessité des mêmes itinéraires, manger la même nourriture, etc.).
- **Intérêts restreints, limités ou atypiques** quant à l'intensité et au type d'intérêt (p.ex. attachement excessif à un objet inhabituel, ou intérêts trop limités à certains sujets ou prenant une place très importante).
- **Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels** ou **intérêt inhabituel** envers des éléments sensoriels de l'environnement (p.ex. indifférence à la douleur/température, réponse négative à certains sons ou textures, fascination pour les lumières ou objets qui tournent).

Les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance mais il est possible qu'ils se manifestent pleinement seulement au moment où les demandes sociales dépassent les capacités individuelles.

Ce critère met en évidence non seulement l'écart entre les capacités du sujet et les exigences de l'environnement mais aussi la reconnaissance que les manifestations peuvent être masquées par les interventions, la compensation individuelle et le support offert à la personne TSA.

Les symptômes limitent ou altèrent le fonctionnement quotidien.

Perturbations pas mieux expliquées par une déficience intellectuelle ou un retard global de développement

Le diagnostic doit également spécifier :

- le fonctionnement intellectuel (avec une association éventuelle d'une déficience intellectuelle), décrire le profil verbal et non verbal du patient et souligner l'hétérogénéité fréquente entre les capacités cognitives et le fonctionnement adaptif,

- le développement langagier (le niveau de langage réceptif peut être inférieur à celui du langage expressif en autisme d'où l'importance pertinente d'évaluer les deux composantes),
- si le TSA est associé à une condition médicale (comme l'épilepsie), génétique (comme un syndrome de Rett, X fragile ou une trisomie 21) ou environnementale (ex. : petit poids à la naissance, exposition à l'alcool),
- la présence de comorbidité telle qu'un TDAH, un trouble anxieux, un trouble dépressif, un syndrome Gilles de la Tourette...

◆ Conclusion

Les changements apportés par l'arrivée du DSM5 dans la conception de l'autisme reflètent mieux l'état actuel des connaissances. Cette nouvelle catégorie de TSA apparaît plus aisée à comprendre, avec l'ajout de la notion de spectre et de continuum. Les nouvelles catégories « retard global du développement » et « trouble de la communication sociale » peuvent apporter plus de nuances quand les personnes ne répondent pas aux critères de la déficience intellectuelle ou à ceux du trouble du spectre de l'autisme.

Cette approche dimensionnelle conjuguée à la nécessité d'établir la sévérité du trouble en fonction du besoin de soutien requis de la personne met également en évidence l'importance de l'évaluation clinique, notamment la mesure des compétences en cognition sociale et en comportements adaptatifs, au détriment de la notion centrale de QI (par exemple, une personne qui présenterait une déficience intellectuelle légère pourrait requérir un niveau de soutien élevé dans le domaine social). Elle permet donc de pouvoir mettre en place des accompagnements et des thérapies parfaitement individualisés aux besoins spécifiques de la personne présentant un TSA.