HAL
open science

Syndrome d'Asperger : un diagnostic désirable ? À propos de quelques demandes diagnostiques formulées par des adultes au CRA d'Amiens

Guillaume de Bucy

▶ **To cite this version:**

Guillaume de Bucy. Syndrome d'Asperger : un diagnostic désirable ? À propos de quelques demandes diagnostiques formulées par des adultes au CRA d'Amiens. Psychiatrie et santé mentale. 2018. dumas-02083873

HAL Id: dumas-02083873

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02083873v1

Submitted on 29 Mar 2019

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE AMIENS, FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2018 THESE N°79

SYNDROME D'ASPERGER : UN DIAGNOSTIC DESIRABLE ?

A PROPOS DE QUELQUES DEMANDES DIAGNOSTIQUES FORMULEES PAR DES ADULTES AU CRA D'AMIENS

DIPLOME D'ETAT SPECIALITE PSYCHIATRIE

Soutenu publiquement le 5 Septembre 2018, pour l'obtention du Doctorat en Médecine par :

Monsieur Guillaume DE BUCY

Devant le jury composé de :

Le président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie)
Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent Pôle Femme - Couple - Enfant

Les membres du jury :

Monsieur le Professeur Djamal-Dine DJEDDI

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédiatrie)
Pôle Femme - Couple - Enfant

Madame la Professeure Cécile MANAOUIL

Professeure des Universités – Praticienne Hospitalière (Médecine Légale)
Pôle Médecine d'urgence, médecine Légale et Sociale

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférence Universitaire – Praticien Hospitalier (Médecine Interne)
Pôle Médico-Chirurgical Digestif, Rénal, Infectieux, Médecine Interne et Endocrinologie

Le directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Christian MILLE

Professeur émérite (Pédopsychiatrie)
Praticien attaché Coordonateur du CRA de Picardie

Remerciements

Je remercie chaleureusement Mr le Professeur Christian Mille, qui a bien voulu être le directeur de cette thèse, et dont la guidance scientifique et clinique, ainsi que la très grande bienveillance, m'ont permis de mener à bien ce travail.

Je remercie Mr le Professeur Jean-Marc Guilé, pour la qualité de son enseignement et son accompagnement tout au long de mon Internat.

Je remercie l'ensemble des autres membres du jury, Mr le Professeur Djamal-Dine Djeddi, Mme la Professeure Cécile Manaouil, Mr le docteur Jean Schmidt, pour avoir accepté de s'intéresser à cet exposé.

Je remercie l'ensemble de l'équipe du CRA de Picardie, pour leur accueil lors de mon stage, ainsi que pour la qualité de leur travail qui est le matériel de cette thèse.

Je remercie également Mme Véronique Pautre, documentaliste du CRA de Picardie, qui m'a aidé avec un grand professionnalisme pour mes recherches bibliographiques.

J'ai une pensée affectueuse pour mon père, qui m'a soutenu depuis le début de mes études de médecine et dans la vie avec une constance et un amour paternel rare.

Le souvenir de ma mère m'accompagne chaque jour, il est certain qu'elle aurait eu une joie immense à m'encourager dans ce travail et à être présente elle aussi à la soutenance. Mon choix de carrière n'est pas étranger au métier qu'elle exerçait dans le même champ et à la manière passionnée qu'elle avait d'en parler.

A Juliette, qui m'a particulièrement aidé et soutenu, patiemment, jusqu'à la première journée entière de nos vacances pourtant tant attendues, et à qui cette thèse est dédicacée...

INTRODUCTION

I. MATERIEL ET METHODES : 1

1. Définition du Syndrome d'Asperger 1
1.1. Un peu d'Histoire 1
1.1.1. H. Asperger : « psychopathie autistique » 1
1.1.2. L. Wing : « Syndrome d'Asperger » 2
1.1.3. Critères diagnostiques de Gillberg & Gillberg et de Szatmari 2
1.2. Critères des classifications internationales 2
1.2.1. DSM-IV-TR / CIM 10 2
1.2.2. DSM-5 4
1.3. Diagnostic différentiel selon l'âge 6
1.3.1. Dans l'enfance 6
1.3.2. A l'âge adulte 6

2. Données scientifiques actuelles 7
2.1. Épidémiologie 8
2.1.1. Prévalence 8
2.1.2. Sex-ratio 8
2.2. Modèles étiologiques 9
2.2.1. Neurobiologie 9
2.2.2. Neuropsychologie 9
3.3.3. Neuro-imagerie 10

3. Méthode diagnostique à l'âge adulte 10
3.1. Consultation initiale 11
3.2. Outils spécifiques standardisés 11
3.2.1. Autism Diagnostic Interview - Revised (ADI-R) 11
3.2.2. Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic (ADOS-G) 12
3.3. Bilan psychologique 12
3.3.1. Échelle d'intelligence 12
3.3.2. Test projectif 13
3.3.3. Social behaviour 13
3.3.4. Auto-questionnaires complémentaires 13
3.4. Examen sensori-moteur 14
3.5. Examen orthophonique (optionnel) 14

II. CAS CLINIQUES : 15

1. Cas N°1 : Mme A. 44 ans. 15
1.1. 1ère consultation 15
1.2. Résultats du bilan 21
1.3. Conclusion du bilan 25
1.4. Restitution du bilan 25

2. Cas N°2 : Mme B. 33 ans 26
2.1. 1ère consultation 26
2.2. Résultats du bilan 30
2.3. Conclusion du bilan 33
2.4. Restitution du bilan 34

3. Cas N°3 : Mme C. 37 ans 34
3.1. 1ère consultation 34
3.2. Résultats du bilan 39
3.3. Conclusion du bilan 42
3.4. Restitution du bilan 42

III. DISCUSSION : 43

1. Analyse des cas cliniques 43
1.1. Syndromes présentés 43
1.1.1. Cas N°1 : trouble de la personnalité histrionique / hystérie 43
1.1.2. Cas N°2 : trouble de la personnalité borderline / état-limite 44
1.1.3. Cas N°3 : pathologie du narcissisme / trouble factice 48
1.2. Diagnostic différentiel avec le Syndrome d'Asperger 50
1.2.1. Symptômes, signes, syndrome 50
1.2.2. Les zones possibles de confusion 51
1.2.3. Les données du transfert 53

2. Approche sociologique 56
2.1. Reconnaissance du Syndrome d'Asperger par la science 56
2.1.1. Questions épidémiologiques soulevées par le progrès des connaissances 56
2.1.2. Succès public des ouvrages de vulgarisation par de grands spécialistes 57
2.1.3. Développement des CRA 57

2.2. Définition possible comme différence et non comme pathologie 58
2.2.1. Le concept scientifique d'intelligences multiples 58
2.2.2. Diffusion des témoignages 58
2.2.3. Représentation dans les films et les médias 60
2.3. Création d'un sous-groupe social 61
2.3.1. Mouvements culturalistes 61
2.3.2. Groupes de rencontre 62
2.3.3. Le cas particulier des mouvements féministes 62

3. Réflexions et propositions 63
3.1. Difficultés méthodologiques du diagnostic à l'âge adulte 63
3.1.1. Une clinique subtile 63
3.1.2. Une adresse initiale problématique 64
3.1.3. Une rigueur nécessaire pour tous les éléments du bilan : le cas de l'ADI 64
3.2. Pistes de recherches sur la demande diagnostique adulte 65
3.2.1. Centres spécialisés 65
3.2.2. Autres professionnels 66
3.3. Propositions pour le diagnostic 66
3.3.1. Formation des psychiatres et psychologues pour adultes 66
3.3.2. Organisation des adresses au CRA 67
3.3.3. La difficile question des bilans à vocation de réorientation 67

CONCLUSION
ANNEXES
BIBLIOGRAPHIE
RESUME

INTRODUCTION

Au cours d'un de mes stages d'Internat de Psychiatrie, effectué au Centre Ressources Autisme de Picardie, j'ai pu participer au bilan diagnostique de plusieurs personnes adultes pour qui les symptômes rapportés étaient évocateurs d'un Syndrome d'Asperger, une forme particulière d'autisme.

Or certaines de ces personnes ont retenu l'attention de l'équipe, du fait de similarités originales. D'une part, le diagnostic a été très clairement invalidé par le bilan, qui n'authentifiait que peu des symptômes rapportés. D'autre part, ces personnes étaient persuadées qu'elles souffraient de ce syndrome rare et grave. Elles avaient investi très fortement cette idée, et furent pour certaines déçues des conclusions du bilan.

Comment analyser et comprendre ce phénomène ?

Cette thèse tente de dégager quelques pistes pour répondre à ces interrogations, en traitant successivement plusieurs questions : Comment pose-t-on un diagnostic de Syndrome d'Asperger chez l'adulte ? De quoi souffraient ces personnes ? Quels sont les facteurs qui ont pu concourir à les amener à consulter ?

Enfin, il s'agira de formuler quelques recommandations pour l'organisation de la pratique diagnostique.

Au fil de ces différents moments, on croisera plusieurs champs souvent intriqués en Psychiatrie : le champ médical, le champ psychologique, et le champ sociologique.

I. MATERIEL ET METHODES :

1. Définition du Syndrome d'Asperger

1.1. Un peu d'Histoire

1.1.1. H. Asperger : « psychopathie autistique »

En 1944, un pédiatre viennois, le Dr Hans Asperger [**1**], remarqua que certains enfants venant en consultation dans sa clinique présentaient des caractéristiques de personnalité et de comportement très similaires et inhabituels.

Leur maturité sociale et leur aptitude aux raisonnements sociaux étaient retardées, et comportaient des particularités. Ils parvenaient mal à se faire des amis et ils subissaient souvent des brimades des autres enfants. Ils présentaient des difficultés dans le contrôle de leurs émotions, et une tendance à intellectualiser leurs sentiments. Ils manquaient d'empathie.

Bien que n'ayant pas de retard de langage, ils présentaient des déficiences dans la qualité de la communication verbale et non-verbale, c'est-à-dire dans l'aspect conversationnel du langage. Le ton était pédant, et certains d'entre eux avaient une prosodie inhabituelle, affectant la tonalité et le rythme de la parole. La grammaire et le vocabulaire pouvaient être remarquablement élaborés.

Sur le plan des intérêts, ils se souciaient de manière exclusive d'un sujet ou d'un champ pointu du savoir, qui occupaient leurs pensées et leur temps.

Ils présentaient des difficultés à être attentifs en cours, et avaient des problèmes spécifiques d'apprentissage. Ils avaient besoin d'une certaine assistance pour leur autonomie.

Enfin, ils présentaient une maladresse évidente dans leur démarche et dans la coordination de leurs mouvements. Ils semblaient de plus extrêmement sensibles à des sons, des odeurs, des textures d'aliment, et être la proie de sensations tactiles particulières.

H. Asperger remarqua que ces caractéristiques pouvaient être identifiées chez certains de ces enfants dès l'âge de 2 ou 3 ans, alors que pour d'autres elles ne devenaient manifestes que quelques années plus tard. Il considéra ce trouble comme un type de personnalité stable et durable. Il ne constata pas de désintégration ultérieure du psychisme comme dans la schizophrénie. Il nota également que certains enfants avaient des talents spécifiques, qui

pouvaient déboucher à l'âge adulte sur une intégration professionnelle, et que d'autres pouvaient développer progressivement des relations sociales durables.

A la même époque, L. Kanner [**2**] faisait ses premières descriptions de ce qu'il appela « autisme infantile précoce », chez des enfants comportant certaines de ces mêmes particularités, mais associées à un retard de développement du langage et de l'intelligence, et à des difficultés de communication beaucoup plus sévères.

1.1.2. L. Wing : « Syndrome d'Asperger »

En 1981, L. Wing [**3**], qui s'intéressait à définir les critères de l'autisme infantile, utilisa la première le terme « Syndrome d'Asperger ». Elle cherchait en effet à renommer cette nouvelle catégorie de trouble repérée par H. Asperger, tout en faisant le lien avec l'autisme : Elle avait en effet repéré que certains enfants, qui présentaient des signes très clairs d'autisme dans l'enfance, pouvaient néanmoins faire des progrès remarquables et avancer le long d'un « continuum autistique ».

1.1.3. Critères diagnostiques de Gillberg & Gillberg et de Szatmari

En 1988 eut lieu la First International Conférence on Asperger Syndrom, à Londres, où plusieurs spécialistes se rencontrèrent pour la première fois autour de ce sujet. Un des résultats de cette conférence fut la proposition en 1989 par Gillberg & Gillberg [**4**] de la première grille diagnostique, révisée en 1991. P. Szatmari [**5**], au Canada, proposera la sienne la même année.

Ce n'est qu'en 1993 et 1994 que le syndrome entrera dans les différentes classifications internationales des maladies.

1.2. Critères des classifications internationales

1.2.1 DSM-IV-TR / CIM 10

Les critères de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies) [**6**] et du DSM-IV-TR (Manuel Diagnostique Statistique des troubles mentaux, 4ème édition révisée en 2000) [**7**] sont quasi-identiques. Ces deux classifications intègrent le Syndrome d'Asperger à l'intérieur des Troubles Envahissants du Développement (TED), qui comprennent le Trouble

autistique tel que L. Kanner puis L. Wing l'avaient identifié, mais aussi d'autres formes apparentées. Les cliniciens se sont habitués à les utiliser. Dans la version française du DSM-IV-TR, ce sont les suivants :

A. Altérations qualitatives des interactions sociales, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants :

1. 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

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

3. le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (p. ex., il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent)

4. manque de réciprocité sociale ou émotionnelle

B. Caractère restreint, répétitif et stéréotypé, des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoignent au moins cinq des éléments suivants :

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

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

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

4. préoccupations persistantes pour certaines parties des objets

C. La perturbation entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Il n'existe pas de retard général du langage significatif sur le plan clinique (p.ex., le sujet a utilisé des mots isolés vers l'âge de 2 ans et des phrases à valeur de communication vers l'âge de 3 ans).

E. Au cours de l'enfance, il n'y a pas eu de retard significatif sur le plan clinique dans le développement cognitif ni dans le développement, en fonction de l'âge, des capacités d'autonomie, du comportement adaptatif (sauf dans le domaine de l'interaction sociale) et de la curiosité pour l'environnement.

F. Le trouble ne répond pas aux critères d'un autre Trouble Envahissant du Développement spécifique ni à ceux d'une Schizophrénie.

Dans le DSM-IV-TR, ce qui distingue notamment le Trouble autistique du Syndrome d'Asperger, c'est la qualité de la communication verbale et non verbale sociale. Dans le cas du Syndrome d'Asperger, cette altération n'est **pas** présente :

Altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :

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

(b) chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui

(c) usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique

(d) absence d'un jeu de « faire semblant » varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau du développement

1.2.2 DSM-5

Dans les suites de débats intenses autour de l'existence réelle du Syndrome d'Asperger, du fait notamment de sa proximité sémiologique avec ce qu'un grand nombre de chercheurs ont progressivement appelé « Trouble Envahissants du Développement sans déficience intellectuelle » ou « Autisme de haut niveau de fonctionnement », ce syndrome disparaît de la nouvelle version du DSM [**8**].

Dans cette 5ème version, la plupart des troubles qui composaient les Troubles Envahissants du Développement, sont désormais réunis dans une nouvelle grande catégorie, celle des Troubles du Spectre Autistique, dont les critères sont moins restrictifs. Les caractères qui étaient communs aux Troubles envahissants du Développement y sont toujours répertoriés, mais désormais à l'exclusion systématique des critères auparavant nécessaires dans l'aire « communication » pour poser le diagnostic d'Autisme infantile, critères justement qui séparaient celui-ci du Syndrome d'Asperger. Le clinicien doit désormais seulement spécifier les informations suivantes concernant ce qui pouvait correspondre auparavant au Syndrome d'Asperger :

- *Sans déficit intellectuel associé*
- *Sans altération du langage associée*

Néanmoins, pour certains chercheurs comme L. Mottron [**9**], les deux critères de spécification ci-dessus ne vont pas toujours de pair. Leur occurrence simultanée ou non

permettrait de distinguer justement deux entités : le Syndrome d'Asperger se distinguerait en effet de l'Autisme sans déficience intellectuelle, du fait que lui seul ne présenterait aucun des signes nécessaires dans l'aire « communication » anciennement précisée dans le DSM-IV-TR. Il présenterait au contraire un langage précoce avec un vocabulaire et une prononciation au-dessus de l'âge chronologique, alors que l'Autisme sans déficience intellectuelle présenterait un retard ou des anomalies qualitatives du langage. Par ailleurs, selon L. Mottron, les deux formes de Trouble du Spectre Autistique sans déficit intellectuel ne seraient pas seulement différentes pour cette raison, mais également du fait de parcours développementaux propres : dans le cas du Syndrome d'Asperger, les premiers signes ne se remarqueraient que rarement avant 3-4 ans, alors que dans l'Autisme, même sans déficit intellectuel, le tableau serait clair bien avant cet âge. Dans le cas du Syndrome d'Asperger, les troubles de la socialisation ne surviendraient que lorsque les exigences sociales se font plus complexes que dans la cellule familiale, donc le plus souvent au moment de l'entrée à l'école. Pour ce qui est de la restriction des intérêts, elle serait d'autant plus visible que l'enfant est plus âgé, parle mieux, et y consacre toute son intelligence. Selon L. Mottron, c'est pourquoi le Syndrome d'Asperger paraît s'aggraver avec le temps jusqu'à la 6ème année, alors que l'Autisme sans déficit intellectuel donne au contraire l'impression de s'améliorer pendant cette tranche d'âge, du fait de l'apparition tardive du langage élaboré (seulement vers 4 ans). A l'inverse, T. Attwood [**10**] considère qu'il n'est pas justifié de distinguer autisme de haut niveau et SA : Il insiste sur le fait que nombre d'enfants Asperger se mettent à parler au-delà de 4 ans, mais que tous ont un excellent niveau à 5 ans.

Le Syndrome d'Asperger reste donc aujourd'hui encore considéré par certains chercheurs comme une entité clinique spécifique, ayant une valeur notamment du fait d'un parcours développemental propre, qui peut avoir des implications dans la prise en charge. Dans tous les cas, ces débats récents de spécialistes n'ont pas impacté le grand public, pour qui, on le verra dans la suite de cet exposé, ce syndrome est désormais au contraire de plus en plus invoqué.

1.3 Diagnostic différentiel selon l'âge

1.3.1 Dans l'enfance :

Les diagnostics différentiels principaux dans l'enfance et l'adolescence (outre les autres formes de Troubles du Spectre Autistique) sont les suivants [**11**] [**12**] [**13**] :

- le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H), en raison des troubles de l'attention qui peuvent être également présents dans le Syndrome d'Asperger
- le Trouble de la pragmatique du langage (actuellement contesté)
- le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC), qui peut être confondu avec les stéréotypies et les comportements répétitifs
- le Trouble de l'anxiété sociale (phobie sociale), qui a en commun avec le Syndrome d'Asperger le retrait social, et peut être confondu avec la préférence pour rester seul.
- la Schizophrénie précoce, qui peut comporter une phase prodromique au cours de laquelle un retentissement social ainsi que des intérêts restreints et des croyances atypiques peuvent survenir. Par ailleurs, on identifie aujourd'hui des similitudes entre ces deux troubles sur le plan cognitif et sur le plan de l'utilisation du langage (« théorie de l'esprit » et difficultés de métaphorisation)

Plus récemment, le Haut Potentiel Intellectuel a aussi été identifié comme un diagnostic différentiel possible, voire parfois difficile à faire [**14**]. Les enfants à Haut Potentiel Intellectuel rencontrent des difficultés socio-émotionnelles qui peuvent ressembler à celles des enfants ayant un Syndrome d'Asperger. Par ailleurs, leurs profils d'intelligence seraient dans les deux cas très mal résumés par le QI total, et partageraient le plus souvent une forte hétérogénéité.

1.3.2. A l'âge adulte

Chez l'adulte, les diagnostics différentiels connus depuis longtemps sont les suivants [**9**] [**15**] :

- les Troubles du spectre schizophrénique, en particulier le Trouble schizoïde (du fait du retrait social et de la bizarrerie), mais aussi une possible phase prodromique (comme chez l'enfant) lors d'une entrée dans la Schizophrénie. Et, de même que chez l'adolescent, les troubles cognitifs et les particularités de la pragmatique du langage.

- les TOC (comme chez l'enfant)
- le Trouble de la personnalité évitant (suite de l'anxiété ou de la phobie sociale chez l'enfant).

Le diagnostic différentiel avec le Haut Potentiel Intellectuel pose les mêmes questions que chez les enfants. Or à ce jour il n'existe aucune recherche spécifique sur le sujet chez l'adulte. Cette difficulté constitue l'une des problématiques annexes que l'on rencontrera au sein des cas cliniques retenus pour ce travail.

A côté de ces diagnostics différentiels classiquement rapportés, d'autres, moins connus, ont fait l'objet de quelques recherches récentes, ou de simples hypothèses. Ils sont au cœur de la problématique principale qui constitue l'objet de cette thèse :
- Le **Trouble borderline de la personnalité** : quelques études très récentes [**16**] [**17**] pointent le recouvrement possible de certains traits de personnalité borderline et de fonctionnements autistiques chez l'adulte. Notamment concernant l'empathie (capacité à imaginer ce qu'autrui peut ressentir) et la Théorie de l'esprit (capacité à imaginer ce qu'autrui peut penser). Sans que ces deux diagnostics ne puissent trouver une quelconque parenté du point de vue du développement.
- Le **Trouble histrionique de la personnalité** : L. Mottron [**9**] note dès 2004 le phénomène d'augmentation du nombre personnes adultes se reconnaissant dans les biographies des personnes ayant un Syndrome d'Asperger, et la possibilité d'un trouble simulé ou d'une avidité histrionique à se reconnaître dans des syndromes médiatisés.

Ce qui permet d'authentifier le Syndrome d'Asperger chez l'adulte comme chez l'enfant, est dans tous les cas le bilan complet tel que le recommande en France la Haute Autorité de Santé (HAS) [**15**].

2. <u>Données scientifiques actuelles</u>

Les chiffres et hypothèses théoriques livrés dans cette partie sont issus des travaux de la HAS [**12**], qui a étudié les données de la recherche scientifique mondiale.

2.1. Épidémiologie

Le Syndrome d'Asperger étant aujourd'hui contesté comme entité séparée, la recherche épidémiologique actuelle livre surtout des résultats correspondant soit à l'ensemble des Troubles du Spectre Autistique, soit au sous-groupe sans déficience intellectuelle. Néanmoins, des études validées par la HAS antérieurement au DSM-5, donc effectuées à partir des critères diagnostics du DSM-IV faisant une place spécifique au Syndrome d'Asperger, permettent de proposer les chiffres suivants :

2.1.1. Prévalence

En France, la prévalence du Syndrome d'Asperger pour les enfants de moins de 7 ans était estimée en 2003 à 0,1/1000 (contre 0,7/1000 pour l'Autisme infantile, et 4,1/1000 pour l'ensemble des TED). L'incidence n'est pas connue pour ce trouble spécifiquement. On ne dispose pas non plus de chiffres concernant l'adulte. Il s'agirait *a priori* dans tous les cas d'un trouble rare. Néanmoins l'hypothèse d'un sous-diagnostic est évoquée par certaines recherches [**18**] étant donné la plus grande difficulté à repérer des signes parfois discrets. Si l'on considère en effet que le Syndrome d'Asperger est situé à l'extrémité du spectre des troubles autistiques, on rencontre inévitablement la question de la frontière floue entre le normal et le pathologique.

2.1.2 Sex-ratio

Le Sex-ratio dans les Troubles du Spectre Autistique serait proche de 3 :1. Là non plus on ne dispose pas de chiffres précis pour le Syndrome d'Asperger, *a fortiori* pour les adultes. Dans les échantillons cliniques considérés par le DSM-5, les filles avec Troubles du Spectre Autistique auraient plus fréquemment un déficit intellectuel associé. Ceci pourrait suggérer que les filles sans déficit intellectuel ou sans retard de langage pourraient être sous-diagnostiquées, peut être en raison d'une présentation clinique atténuée des difficultés sociales et de communication. Ceci est à nouveau un point que l'on discutera dans le cadre de cette thèse.

2.2. Modèles étiologiques

Sans s'attarder trop sur ces sujets complexes, ce qui éloignerait de la problématique principale de ce travail, on peut retenir néanmoins quelques grandes lignes explicatives des symptômes autistiques que l'on observe dans le Syndrome d'Asperger, lignes explicatives issues des recherches neuroscientifiques contemporaines :

2.2.1 Neurobiologie

Les chercheurs s'accordent aujourd'hui, comme L. Kanner et H. Asperger en leur temps, sur le fait que les Troubles du Spectre Autistique dans leur ensemble sont liés à des dysfonctionnements (ou des fonctionnements originaux) de certains circuits cérébraux, d'origine organique neuro-développementale. Les thèses psychogénétiques ont vécu, et le modèle étiologique actuel est celui d'une probable interaction complexe gènes / environnement biologique prénatal [**19**] [**20**] [**21**].

2.2.2 Neuropsychologie

Les études neuropsychologiques ont identifié des anomalies dans l'ensemble de la chaîne du traitement de l'information (perception, attention, mémoire, praxies et apprentissages, processus intellectuels et sociaux supérieurs) chez les personnes ayant un Trouble du Spectre Autistique.

Plusieurs théories ont été avancées pour expliquer un certain nombre de ces dysfonctionnements cognitifs, notamment grâce à des études concernant les personnes sans déficit intellectuel. Citons le modèle du **sur-fonctionnement perceptif de bas niveau** [**9**] :

- Perception : on observe un hyperfonctionnement de la perception des informations de bas niveau (informations les plus primaires, ou traits perceptifs psychophysiques, comme la profondeur, le contraste, le mouvement). Celle-ci gênerait les étapes cognitives supérieures (en premier lieu la hiérarchisation et la catégorisation perceptives), et ne privilégierait pas forcément le traitement des stimuli sociaux comme celui des visages et des émotions faciales. Mais elle créerait *a contrario* des champs de force perceptive spécifiques.
- Attention : les troubles attentionnels, importants, pourraient être reliés eux aussi au sur-fonctionnement perceptif de bas niveau, qui gêneraient l'attention fluide. Les personnes avec

un Syndrome d'Asperger pourraient par ailleurs avoir un déficit attentionnel spécifique, beaucoup plus proche de celui du TDA/H que de celui de l'autisme.

- Mémoire : les capacités mnésiques semblent globalement correctes, mais avec un rôle de la mémoire perceptive qui paraît être plus important, là encore probablement dans les suites des particularités du traitement perceptif de bas niveau. Ceci pourrait expliquer par exemple certaines surcapacités mnésiques des autistes « savants » dans certains domaines, mais aussi un besoin de retrouver une régularité plus importante dans l'environnement perceptif, qui pourrait éventuellement sous-tendre la difficulté à supporter le changement.
- Praxies : la motricité est encore sous-explorée dans l'autisme. Dans le Syndrome d'Asperger, c'est surtout la maladresse qui est présente, sans que l'on dispose de modèle explicatif performant aujourd'hui.
- Fonctions exécutives : il y a des déficits dans ces fonctions, occasionnant des persévérations pouvant expliquer des récurrences dans le comportement, une rigidité cognitive. La générativité (capacité de produire un comportement nouveau dans une situation donnée) est également atteinte. Le lien avec le sur-fonctionnement perceptif à ce niveau n'est pas évident.
- Processus supérieurs : une littérature importante a été consacrée à l'hypothèse d'un déficit des « théories de l'esprit » (capacités à interpréter le comportement d'autrui en fonction d'une intention). Dans la théorie du sur-fonctionnement perceptif, ce déficit serait la conséquence d'un traitement atypique des stimuli élémentaires de la voix et des visages, qui gêneraient cette capacité.

2.2.3 Neuro-imagerie

Les techniques récentes d'imagerie, notamment l'imagerie fonctionnelle, sont un champ important de la recherche, qui contribue, en croisant la neurobiologie développementale et la neuropsychologie, à soutenir les modèles théoriques. Ces techniques ont pu mettre en évidence par exemple un dysfonctionnement du circuit fronto-temporal lors de la perception des émotions faciales [**22**].

3. Méthode diagnostique à l'âge adulte

La HAS a publié en 2011 des recommandations pour le diagnostic des troubles autistiques à l'âge adulte **[15]**. Dans tous les cas, le diagnostic ne relève pas de la seule

évaluation clinique subjective d'un praticien isolé, et ne saurait être effectué à partir des seuls critères du DSM-5. Le diagnostic doit être établi à l'issue d'un bilan pluridisciplinaire qui utilise notamment certains outils d'évaluation standardisés, si possible après adresse par un professionnel de santé qui argumente la demande.

Dans le cas du Syndrome d'Asperger, plus difficile à diagnostiquer (d'autant plus à l'âge adulte, pour de nombreuses raisons que l'on verra), le bilan doit être réalisé dans un CRA, selon la méthode suivante :

3.1. Consultation initiale

Menée par le/la psychiatre, idéalement accompagné d'un autre collègue en position d'observateur tiers, elle reprend avec l'adulte éventuellement accompagné d'un proche :

- le contexte de la demande diagnostique
- les aspects biographiques et familiaux
- les éléments principaux de l'histoire médicale et développementale de la personne
- les contraintes et particularités de fonctionnement actuelles

C'est un moment important d'observation du mode relationnel de la personne, et de ses capacités de communication, notamment socio-émotionnelles.

A l'issue de cette première consultation, suivie d'une présentation en équipe et d'une discussion des éléments croisés entre l'entretien initial et les informations apportées par un éventuel médecin ou psychologue qui soutient la demande de la personne, l'indication du bilan est posée ou non. Si elle est posée, elle engage ensuite l'ensemble de l'équipe pour des tests et entretiens multiples :

3.2. Outils spécifiques standardisés

3.2.1 Autism Diagnostic Interview - Revised (ADI-R)

L'ADI-R [**23**] est un outil standardisé qui consiste en un entretien rétrospectif semi-structuré impliquant au moins un parent ou tuteur ayant vécu avec la personne dans la petite enfance. Il se compose de 93 items répartis en 6 sections suivant les critères cliniques de l'autisme, et recueille de nombreuses précisions en guidant le parent par la recherche d'exemples de comportements typiques. Il a été établi à partir des résultats de très nombreuses recherches statistiques sur les comportements autistiques. Il est basé sur les critères généraux

des Troubles du Spectre Autistique et n'est pas très spécifique ni sensible pour le Syndrome d'Asperger, mais il est un outil indispensable pour faire le diagnostic d'un trouble du développement qui débute dans la petite enfance.

3.2.2 Autism Diagnostic Observation Schedule – Generic (ADOS-G)

L'ADOS-G [**24**] est le « pendant » de l'ADI-R sur le plan de l'observation : il consiste en un entretien interactif également semi-structuré, avec la personne elle-même cette fois-ci, mise en situation d'interaction. Est observée la qualité de son interaction sociale, de sa communication, de sa capacité au jeu et à l'utilisation symbolique d'un matériel fourni. L'ADOS-G possède sa version pour adolescents / adultes, le module 4. L'entretien est le plus souvent filmé et la cotation se fait après, si possible avec un collègue qui n'y a pas participé.

C'est un outil recommandé également pour le diagnostic des Troubles du Spectre Autistique, bien qu'il ne caractérise pas non plus très finement le Syndrome d'Asperger.

3.3 Bilan psychologique

Il est réalisé par le/la psychologue, il comporte plusieurs dimensions complémentaires :

3.3.1 Échelle d'intelligence

La Weschler Adult Intelligence Schedule – 4ème édition (WAIS-IV) [**25**] permet d'identifier le profil cognitif de l'adulte [**26**]. Dans le cas du Syndrome d'Asperger, sont présents le plus souvent :

- une hétérogénéité globale, avec des îlots de compétences objectivés par de très bons résultats à certains subtests
- un traitement séquentiel de l'information, avec notamment une vision préférentielle du détail (amélioration des performances si support visuel et séquençage des consignes)
- un indice de compréhension verbale meilleur que l'indice de vitesse de traitement et que l'indice de mémoire de travail : les compétences en vocabulaires sont excellentes, mais la compréhension des consignes multiples reste difficile
- des difficultés dans la compréhension des métaphores et de l'humour
- des difficultés dans la planification et la généralisation

3.3.2 Test projectif

Le test de Rorschach [**27**] est le plus souvent proposé afin d'explorer la personnalité et le mode de fonctionnement psychique. C'est un outil d'évaluation psychologique qui a été élaboré par le psychiatre et psychanalyste H. Rorschach. Il consiste en une série de planches sur lesquelles sont dessinées des taches symétriques, et qui sont proposées à la libre interprétation de la personne. Il comporte dix planches. Sept sont monochromatiques (noires), et trois sont polychromatiques. Cependant, dans les planches noires, il y a deux planches utilisant le rouge. Toutes les planches comportent des nuances (du gris clair au noir, de la couleur vive à la couleur pastel). Le test de Rorschach permet d'identifier le mode de structuration psychique de la personne, et notamment le type d'angoisses éventuelles, le type de défenses mises en place pour lutter contre elles, et le type d'attachement à l'autre.

Il n'y a pas de spécificités reconnues à l'heure actuelle, dans ce test, pour les personnes ayant un Syndrome d'Asperger. Mais ce test est utile dans le diagnostic différentiel (comme on le verra plus bas dans l'analyse des cas cliniques).

3.3.3. Social behaviour

Le Social Behaviour [**28**] est une série d'images cartonnées reproduisant des scènes de la vie sociale permettant d'illustrer de nombreuses caractéristiques importantes correspondant à des aptitudes socio-relationnelles. Il est nécessaire de savoir si un comportement représenté sur une image est socialement admis ou non. Il s'agit également de repérer des indices de communication non verbale, tels que la posture, les gestes, le respect de l'espace de la personne, l'expression des traits du visage, les émotions ressenties par les personnages, dans un contexte précis qui doit être repéré.

Ce test est très instructif pour identifier les capacités de « théories de l'esprit » et la compréhension des conventions et implicites sociaux, qui sont souvent déficitaires dans le Syndrome d'Asperger [**29**].

3.3.4 Auto-questionnaires complémentaires

Des auto-questionnaires spécifiques du Syndrome d'Asperger et de l'Autisme sans déficit intellectuel ont été développés par S. Baron-Cohen. Il s'agit de :

- l'Autism Spectrum Quotient (AQ)

- l'Empathy Quotient (EQ)
- le Systemizing Quotient (SQ)

Ils peuvent être utiles comme compléments dans l'évaluation des traits autistiques des adultes, mais sont contestés dans leur validité pour le diagnostic. D'une manière générale, en dehors du SQ, ces auto-questionnaires sont peu spécifiques [**30**] [**31**] [**32**], et ne devraient garder qu'une fonction de premier dépistage large. On verra plus bas qu'ils peuvent aussi induire la personne en erreur, par un biais d'auto-validation.

3.4 Examen sensori-moteur

L'examen sensori-moteur avec le/la psychomotricien/ne comporte plusieurs temps, et on propose souvent qu'il soit filmé. Il permet de recueillir les éléments suivants chez les personnes ayant un Syndrome d'Asperger :

- des premières impressions : particularités corporelles de présentation, réticences à être filmé, désarroi face à l'absence de consignes
- des signes témoignant de difficultés corporelles et de maladresse : insuffisance des « mises en forme » du corps, fragilité de la coordination et de la dissociation des mouvements, latéralité incertaine
- une importance des repères temporo-spatiaux, signe d'un besoin de repérages extérieurs au corps (baliser l'espace et le temps pour se réassurer)
- un mode de repérage de l'espace essentiellement visuel, traduisant un manque « d'incorporation » (p.ex. si l'indice visuel disparaît, la personne se perd)
- une connaissance incertaine du corps propre : le dessin du bonhomme est soit surchargé de détails, soit sobre et dénué d'expression ; l'épreuve de la « poupée monstre » déstabilise la personne, qui intellectualise
- des particularités sensorielles : fréquentes chez les personnes ayant un Syndrome d'Asperger, elles s'accompagnent d'une difficulté à qualifier les ressentis et à les associer à des états émotionnels.

3.5 Examen orthophonique (optionnel)

Chez l'adulte, il est plus rarement proposé. Il permet surtout alors d'évaluer la pragmatique du langage (le langage en contexte), notamment les jeux polysémiques, l'accès aux métaphores…

Conclusion :

Le Syndrome d'Asperger est un trouble bien particulier : multiforme, difficile à cerner. Son diagnostic, surtout à l'âge adulte, nécessite une équipe entraînée. Les trois personnes dont sont restitués ci-après les bilans, ont toutes consulté au CRA de Picardie. Elles ont été reçues par la même équipe, qui a décidé de réaliser le bilan pour chacune d'entre elles. Toutes les trois ont reçu un diagnostic négatif très clair pour le Syndrome d'Asperger. Or toutes les trois avaient placé un enjeu très important dans ce bilan diagnostique.

II. CAS CLINIQUES :

1. Cas N°1 : Mme A. 44 ans.

1.1. 1ère consultation

Mme A. est venue seule au premier entretien. Lorsque l'on va la chercher dans la salle d'attente, elle est dans une position de repli sur soi, la tête entre les mains. Elle réagit néanmoins rapidement quand on l'invite à rejoindre le bureau de consultation.
L'entretien est assez difficile à mener. Mme A. passe d'un sujet à l'autre avec un débit verbal important. Elle fournit beaucoup de détails d'une façon peu organisée, perdant facilement le fil de son discours.

1.1.1. Contexte de la demande au CRA

Mme A. dit être adressée par son médecin généraliste. Elle évoque un long parcours de soins psychologiques depuis son adolescence. C'est au décours de son suivi actuel avec une psychologue qu'elle en est venue à s'interroger par elle-même sur certaines de ses particularités de fonctionnement. Elle fait l'hypothèse qu'elle pourrait souffrir d'un Syndrome d'Asperger.

Elle a d'abord envisagé ce diagnostic pour son fils, qui aurait reçu dans l'enfance un diagnostic de précocité intellectuelle dans un service spécialisé, et qui présenterait par ailleurs des difficultés de concentration ainsi qu'une dyslexie, une dysorthographie et une dyscalculie.

Elle s'est renseignée par elle-même sur le Syndrome d'Asperger, à travers des sites internet spécialisés où s'expriment des personnes écrivant avoir reçu ce diagnostic. Elle raconte notamment avoir été impressionnée par la grande intelligence de certaines d'entre elles. Elle a

rempli d'elle-même un Aspi Quizz sur internet et, pour reprendre son expression, dit avoir eu « bon partout ». Depuis quelque temps, elle rencontre régulièrement quelques personnes pour lesquelles le diagnostic a été porté. Ils se retrouvent pour des rencontres avec repas et jeux de société une fois par mois. C'est là qu'elle a rencontré son conjoint actuel, qui aurait selon elle le même type de fonctionnement qu'elle, mais qui aurait reçu un diagnostic de « psychose » dans l'enfance.

Elle souhaite un bilan au CRA car pour elle l'enjeu diagnostique est important : elle craint qu'on la renvoie à une quelconque bipolarité ou à un début de schizophrénie.

1.1.2 Particularités de fonctionnement actuelles rapportées

Mme A. rapporte qu'elle a la réputation d'être asociale. Au travail on lui reprocherait de s'isoler pendant les pauses, et de ne pas chercher à rencontrer les autres employés pour discuter. Elle reconnaît elle-même ne pas éprouver ce désir, ayant par ailleurs souvent le besoin de se mettre dans un coin pour récupérer son énergie. Elle ferait aussi l'objet de remarques sur sa tenue vestimentaire considérée comme peu féminine, sur sa façon de se coiffer sans soin, et sur son refus de se maquiller. Elle insiste sur son côté « garçon manqué ».

Elle raconte avoir développé un certain nombre de rituels. Au cours de son actuelle formation, par exemple, il lui importe d'installer soigneusement ses stylos, elle doit se mettre au premier rang pour pouvoir se concentrer, et il lui arrive souvent de se focaliser sur un défaut ou une tache sur le mobilier. Elle dit tenir toujours un mouchoir en papier dans le creux de la main, qu'elle fait passer régulièrement sur tout le pourtour de ses lèvres. Dans la rue, elle raconte avoir gardé quelques rituels de l'enfance, comme marcher sur les lignes, ou ne mettre les pieds que dans un carreau sur deux.

Elle note avoir quelques difficultés avec les changements. Notamment, l'idée de tout déménagement lui pose un problème : en effet, le nouvel appartement devrait ressembler au précédent, et devrait surtout être à proximité de celui de sa mère, ce qui rend la recherche plus difficile.

Sur le plan relationnel, elle évoque des malentendus qui ont pu se produire avec les autres. Elle supporte mal qu'on fasse l'apologie du mensonge, et se dit être attachée au sentiment de justice.

Sur le plan moteur, elle se décrit comme maladroite dans la mesure où elle trébuche souvent. Elle évoque des troubles de l'équilibre, présents depuis la petite enfance, et qui la

rendraient mal à l'aise en station debout immobile. Elle décrit des mouvements incessants en elle (orteils remuant dans la chaussure, quelques gestes impulsifs en station assise).

Sur le plan sensoriel, elle parle de « saturation épisodique », suivie d'inconfort corporel avec manifestations à type de palpitation, tachycardie voire vomissements.

C'est sur le plan auditif qu'elle se dit le plus gênée : notamment par les bruits de la circulation (vrombissements des motos, sirènes d'ambulances, freins de voitures) qui la déconcentrent et la dérangent. Elle se dit toujours attentive aux sonorités, et présente la particularité de remarquer le bruit occasionné par le toucher de telle ou telle texture. Elle met souvent les mains sur les oreilles afin d'atténuer ces gênes.

Sur le plan visuel, elle se dit souvent gênée par les lumières, notamment lorsqu'elle conduit.

Sur le plan tactile, elle supporte assez mal d'être enserrée dans un vêtement et porte donc des habits amples, souples, sans coutures. Elle dort en portant des chaussettes et n'aime pas marcher pieds nus.

Elle fait état de nombreuses maladies, de maux divers dont les noms lui échappent, et dont elle ne peut rendre compte précisément.

Elle justifie enfin le fait qu'elle parle d'elle en employant le pronom « on », qui comporterait trois entités (son corps, son âme, et son cerveau), celles-ci ne fonctionnant pas toujours ensemble.

1.1.3 Éléments familiaux et biographiques

Mme A. est issue d'un couple mixte. Sa mère est française et son père est turc. Elle n'a jamais rencontré celui-ci et n'apporte pas d'éléments le concernant. Elle n'a ni frères ni sœurs. Dans la famille on ne note pas de personnes présentant des Troubles du Spectre Autistique, mais un oncle aurait été très introverti et est présenté comme un ingénieur autodidacte.

Elle a été élevée par sa mère, initialement au sein du foyer des grands-parents maternels, puis aidée d'une nourrice après un déménagement vers un logement autonome.

Mme A. se souvient que, pendant son enfance, sa mère et elle ne fréquentaient que très peu de monde. Elle dit se souvenir que son entourage craignait que son père ne vienne la kidnapper et l'emmener en Turquie. Elle décrit sa mère comme très anxiogène.

Elle a rencontré le père de son fils lorsqu'elle était jeune majeure. Ils se sont séparés depuis, et elle a élevé son fils essentiellement seule.

1.1.4 Éléments médicaux

Elle est née à terme à l'issue d'une grossesse et un accouchement sans particularité. Son poids de naissance était de 3 kg 240 et l'Apgar était à 10. On ne relève que peu d'éléments sur le carnet de santé, en dehors d'une méningite lymphocytaire à l'âge de 6 ans, un strabisme, et une prescription de semelles orthopédiques pour asymétrie de longueur des jambes.

1.1.5 Scolarité et vie professionnelle

Mme A. est entrée en classe maternelle à l'âge de trois ans, et a changé chaque année d'école du fait de déménagements. Elle n'a que peu de souvenirs de cette période scolaire. Elle dit se souvenir de s'être surtout ennuyée en classe.

En classes primaires, elle se souvient qu'elle ne supportait pas que l'enseignante ne réponde pas à ses questions, lui répète toujours qu'elle était hors sujet et lui reproche de ne pas laisser les autres enfants s'exprimer. Elle raconte qu'elle ne jouait qu'à des jeux de garçon, et était le plus souvent goal pendant les parties de foot. Elle se souvient aussi avoir eu plutôt tendance à jouer avec des plus petits qu'elle.

Au collège, comme elle était très bonne élève, elle avait tendance à donner les réponses à ses camarades dans le souci d'avoir des amis. Elle rapporte qu'à cette époque on lui reprochait de partir dans tous les sens sur ses copies. Elle pense qu'elle avait des difficultés de compréhension des consignes, ainsi que des difficultés dans le langage écrit. Elle dit avoir encore aujourd'hui des difficultés à comprendre la construction de certaines phrases, et ressentir le besoin d'aller vérifier immédiatement la signification des mots qu'elle ne connaît pas.

Au lycée, elle a été orientée en section S en raison de ses bons résultats en sciences, mais dit n'être pas allée en cours de toute l'année de Terminale en raison de crises d'angoisses récidivantes. Elle raconte qu'elle retrouvait néanmoins d'autres camarades qui séchaient les cours, et elle aurait obtenu son Baccalauréat facilement sans travailler.

Elle s'est ensuite inscrite au BAFA et a été animatrice dans des groupes d'enfants, avec une préférence pour les enfants venant de quartiers difficiles.

Puis elle s'est inscrite à l'Université pour suivre un cursus d'Économie-Gestion jusqu'à la maîtrise, qu'elle aurait obtenue bien que n'ayant pas rédigé de mémoire. Par la suite, elle a préparé une autre maîtrise en Logistique des transports. Conjointement, elle gagnait sa vie en travaillant dans les cantines, dans l'accompagnement des enfants, et en tant que surveillante d'externat.

Après son dernier diplôme, elle a pu trouver des emplois dans le domaine de la Logistique, mais sans stabilité, considérant que ces emplois étaient soit mal rémunérés, soit trop éloignés géographiquement.

1.1.6 Vie relationnelle et investissements privilégiés

Concernant l'enfance, elle raconte qu'elle était très solitaire et préférait la compagnie des animaux. Elle se souvient qu'elle cherchait surtout à se promener seule dans les champs. Elle rapporte qu'elle appréciait les jeux de logique, faisait collection de timbres et de pièces. Elle avait néanmoins investi les Playmobils, mais toujours dans un affrontement entre cowboys et indiens. Elle se souvient qu'elle était très intéressée par le journal Sciences-et-Vie Junior et les dinosaures, mais aussi les armes à feux et l'armée. Elle aimait les poèmes de Musset et Aragon. Elle s'était constitué un ami imaginaire, un garçon, qui s'est estompé alors qu'elle avait 18 ans.

En tant qu'adulte, elle se décrit en difficulté avec les autres. Principalement en raison de malentendus, mais aussi du fait de son besoin d'isolement, et d'une certaine façon abrupte de dire les choses. Néanmoins elle dit se montrer très attentive, sensible, et généreuse vis-à-vis des autres.
Elle parle très peu de son fils. Elle dit qu'elle s'inquiète pour lui quand c'est nécessaire, mais précise qu'elle doit écrire de se rappeler de lui dire qu'elle l'aime au moins une fois par semaine.

1.1.7 Suivi psychiatrique et psychologique

Mme A. dit avoir rencontré un psychiatre libéral à l'âge de 15 ans pour une anorexie avec boulimie, ainsi que des scarifications. Elle se rappelle avoir perdu beaucoup de kilos à cette période, dans les suites d'un régime prescrit à cause d'un surpoids. Elle se souvient qu'avait été soulignée son anxiété, qui avait été mise en lien avec sa mère « anxiogène ». Le psychiatre lui avait prescrit des anxiolytiques et des antidépresseurs, qu'elle aurait pris bien au-delà des doses prescrites en faisant venir SOS Médecins pour prescrire de nouvelles boîtes, sans qu'elle constate d'efficacité particulière. C'est à ce moment-là que son absentéisme scolaire a débuté.

A l'Université, elle a rencontré un psychologue au sein du BAPU (Bureau d'Ecoute Psychologique Universitaire), à sa demande. Elle raconte qu'à l'époque elle ne supportait plus les bruits des amphithéâtres, qui par ailleurs lui faisaient l'impression d'espaces à la fois trop grands et trop fermés. Cette rencontre avec ce psychologue l'a déçue, du fait qu'il ne prenne pas assez au sérieux ses symptômes.

Plus récemment, devant la persistance de symptômes anxieux, de ses troubles du comportement alimentaire, et de ses difficultés relationnelles, elle a consulté un hypno-thérapeute, puis une thérapeute cognitivo-comportementale. Cette dernière se serait laissé « déborder » par tout ce que Mme A. exprimait simultanément.

Actuellement, son médecin généraliste lui prescrit de la phytothérapie et l'a mise en ALD (Affection Longue Durée) pour « troubles du comportement ».

1.1.8 Conclusion de la 1ère consultation

Le tableau de Mme A. apparaît pour le moins complexe. Les symptômes rapportés pourraient pour certains renvoyer au champ de l'autisme sans déficience (une certaine forme particulière d'isolement social, des sensibilités sensorielles particulières). Néanmoins beaucoup d'éléments d'autres champs pathologiques sont présents, tant dans la présentation, que dans les symptômes et la personnalité de Mme A.

Par ailleurs, elle semble faire preuve d'empathie et d'une certaine adaptation malgré un parcours mouvementé. Ce qui ne plaide pas dans le sens d'un Syndrome d'Asperger.

Néanmoins, il est décidé en équipe pluridisciplinaire de lui proposer un bilan diagnostique, notamment au vu de la place que le diagnostic semble avoir pris pour elle.

Les évaluations suivantes sont réalisées :

- ADI
- ADOS
- tests psychologiques (WAIS-IV, Rorschach, Social Behaviour)
- examen sensori-moteur

1.2. Résultats du bilan

1.2.1. ADI :

L'ADI a été réalisée avec le concours de la mère de Mme A., qui a parfois été en peine de rassembler ses souvenirs pour caractériser les particularités de sa fille à l'âge de 3 ou 4 ans. De fait, elle n'a pas pu répondre à certaines questions posées.

Globalement, Mme A. est décrite par sa mère comme ayant été une enfant plutôt vive qui n'avait pas la réputation d'être isolée ou timide. Elle s'exprimait facilement, mais pas nécessairement concernant ses éprouvés. Elle était, à cet âge, plus proche de sa grand-mère, du fait du travail de la mère. Il s'agissait d'une enfant assez sensible, mais qui ne pleurait pas beaucoup.

Actuellement, la mère de Mme A. trouve sa fille énervée, susceptible. Elle reconnaît que sa fille lui reproche de ne pas l'avoir suffisamment ouverte aux relations sociales et d'être responsable de ses difficultés relationnelles actuelles.

Scores obtenus :

- *Anomalies qualitatives dans l'interaction sociale réciproque : 12 (seuil = 10)*

Principalement : une certaine pauvreté d'expressions faciales utilisées pour communiquer, l'absence de jeu social imaginatif avec les pairs, un manque de plaisir partagé et peu d'offres de réconfort.

- *Anomalies qualitatives dans la communication : 7 (seuil = 8)*

Principalement : un retard de mise en place des gestes conventionnels, un manque de variété dans les jeux de faire semblant et dans les jeux d'imitation sociale.

- *Patterns de comportements restreints, répétitifs et stéréotypés : 0*

Il n'existait ni rituels authentiques, ni maniérismes moteurs, ni préoccupation pour des parties d'objets.

- *Aucune des anomalies du développement n'a été évidente avant l'âge de 3 ans.*

De fait, un seul des critères est présent, ne permettant pas de valider l'hypothèse d'un Trouble du Spectre Autistique selon l'ADI.

Par ailleurs, sont pointées par la mère de nombreuses similitudes familiales concernant les particularités de la communication et de l'interaction sociale, pouvant permettre de faire l'hypothèse d'une dimension culturelle familiale à type d'introversion.

1.2.2 ADOS :

Lors de cet entretien, Mme A. fait preuve d'un très bon niveau de conversation. Elle s'ajuste parfaitement à la relation et peut partager des centres d'intérêts avec son interlocutrice.

Elle peut faire part de ses ressentis et met des mots sur ses éprouvés.

La communication non verbale est de bonne qualité, tant au niveau de la gestualité que de l'expression mimique, avec une très bonne réciprocité.

Dans ses réponses Mme A. fait preuve d'empathie dans la mesure où elle a le souci de s'identifier au vécu de ses proches pour leur éviter ce qui serait pénible pour elle.

Elle peut parler aisément de sa vie quotidienne et des responsabilités qu'elle y assume. Elle révèle ainsi de bonnes compétences sur le plan de l'organisation : elle sait faire les démarches nécessaires pour faire face aux situations sociales auxquelles elle peut être confrontée.

Face au matériel proposé, elle fait preuve de créativité. Elle sait établir des liens d'une histoire à l'autre, et faire des prolongements imaginaires sans pour autant qu'il y ait de confusion avec la réalité. De manière générale il existe une excellente prise en compte du contexte pour comprendre une histoire.

Score obtenu : 1 (seuil = 7)

De fait il y a très peu d'éléments propres à conforter l'hypothèse d'un Trouble du Spectre Autistique.

1.2.3 Bilan psychologique :

WAIS-IV :

Le profil intellectuel global de Mme A. est supérieur à la moyenne *(QIT = 128)*, avec de très bonnes compétences en compréhension verbale, en conceptualisation, un vocabulaire plutôt riche *(QIV = 129)*, avec un bon niveau de raisonnement perceptif (raisonnement abstrait

et capacités d'analyse, *QIP = 130*) et en mémoire de travail, ce qui met en évidence de bonnes capacités d'attention, de concentration et de raisonnement *(IMT = 123)*.

Cela contraste avec des capacités en vitesse de traitement (*IVT = 100*), plutôt dans la norme. Mme A. apparait anxieuse face à la dimension temporelle, ce qui peut expliquer une chute de certains résultats. Elle présente une grande minutie, afin de donner le meilleur d'elle-même.

Toutefois, la quasi-totalité des résultats montre l'étendue de ses connaissances, ses compétences en mémoire à long terme, ses intérêts culturels. De plus, de bonnes capacités d'introspection, tout comme un sens de la discrimination sont repérés. Elle montre de très bonnes compétences pour réaliser un traitement visuo-spatial et séquentiel des stimuli et pour repérer des liens afin de créer une suite logique.

Ce type de fonctionnement cognitif ne correspond pas à celui d'une personne porteuse d'un Syndrome d'Asperger.

Rorschach :

Mme A. peut faire des commentaires sur toutes les planches, et fait des liens entre les personnages qu'elle perçoit. Elle introduit une certaine dynamique entre les différentes images. Ses réponses sont très nombreuses et ses associations particulièrement riches.

Le test projectif permet d'identifier les ressources psychiques de Mme A. : un investissement vigoureux des représentations, une aisance d'expression des problématiques, une capacité de reprise après des mouvements projectifs ou régressifs. Mme A. dispose également de bonnes capacités d'introspection et une certaine créativité.
Tout ceci rend compte d'un fonctionnement psychique dynamique, soutenu par des défenses qui maintiennent l'investissement des limites et protègent de la désorganisation.

Il existe néanmoins une certaine perturbation de l'image de soi et des représentations sociales, ce qui peut expliquer son besoin de réassurance (qui peut apparaître parfois avec ambivalence). On repère une certaine difficulté dans l'intégration globale des percepts, mais l'adaptation à la réalité est correcte. Il n'y a ni déréalisation ni diffluence et le réel ne perd pas

sens. Les tendances dissociatives qui peuvent apparaitre à certaines planches n'amènent pas de véritable dissociation psychique bien que l'indicateur d'angoisse soit important.

Ce profil n'est aucunement évocateur d'un Trouble du Spectre Autistique. Il témoigne plutôt d'une fragilité psychique, constituée d'un certain sentiment d'insécurité et d'une incertitude intérieure.

Social Behaviour :

La passation de ce test met en évidence de bonnes capacités en théorie de l'esprit, avec une compréhension fine des situations sociales : Mme A. attribue des émotions aux personnages et peut faire des associations sur son propre vécu.

1.2.4 Bilan sensori-moteur :

L'entretien préalable permet à Mme A. d'évoquer ses « troubles de l'équilibre », qu'elle tient pour responsable de son absence d'activité physique ou sportive. Pourtant Mme A. raconte qu'enfant elle adorait grimper aux arbres et jouer au foot. Elle raconte qu'il y a encore quelques années elle pratiquait le handball, le tir à l'arc, le tir à la carabine, le tennis. Elle fait part à nouveau de son besoin de ressentir son corps en mouvement, ainsi que de vécus sensoriels particuliers sur différents plans (visuel, auditif, tactile, vestibulaire). Elle se dit maladroite. Enfin elle rapporte à nouveau un nombre important d'expressions somatiques de l'angoisse : des troubles du comportement alimentaire, des vomissements, une tachycardie et des palpitations, mais aussi le recours à des scarifications dans un but d'apaisement.

Le bilan en lui-même permet d'identifier les caractéristiques suivantes :

Sur le plan de la motricité fine, il existe un contraste entre des bonnes capacités dans la gestualité et la maladresse ressentie : Mme A. n'a pas de difficultés à coudre, écrire, reproduire des praxies. Seule la régulation tonique semble un peu en défaut : l'écriture cursive semble lui faire mal à l'avant-bras, et elle préfère l'écriture en script et en petit.

Sur le plan de la motricité globale, elle est plus en difficulté. Elle investit modérément les coordinations dynamiques générales : elle saute par exemple lourdement à pieds joints, les

pieds à plat, avec un ballant des bras exagéré. Les sauts sur un pied lui sont éprouvants et lui font perdre l'équilibre. Pourtant, elle réussit bien un échange avec raquettes et balle.

L'équilibre statique est bien maîtrisé les yeux ouverts mais non les yeux fermés. Ses postures sont équilibrées et il existe une bonne intégration des axes.

Les repères temporels et spatiaux sont bien acquis.

Au total, l'évaluation psychomotrice objective essentiellement des troubles de la régulation tonique ainsi qu'une certaine précarité de son équilibre. Cependant ces particularités sont ancrées dans un vécu corporel singulier à tonalité anxieuse. On peut faire l'hypothèse que Mme A. lutte de manière tonique contre ses sensations et ressentis internes, en s'empêchant un certain laisser-aller.

Il est à noter qu'au cours de ce bilan sensori-moteur qui a interrogé la question du corps, Mme A. a pu évoquer des questionnements autour de l'identité sexuelle en général.

1.3. Conclusion du bilan

Les évaluations réalisées au CRA ne permettent pas de valider l'hypothèse d'un Trouble du Spectre Autistique chez Mme A. Il n'existe pas non plus de dissociation psychotique de la personnalité et les résultats du Rorschach plaident en faveur d'une **organisation névrotique à dominante anxieuse**. On peut supposer que le haut niveau de fonctionnement intellectuel et la tension anxieuse permanente amènent Mme A. à maintenir un niveau de réactivité excessif par rapport aux stimulations de son environnement.

1.4 Restitution du bilan

La restitution du bilan à Mme A. s'est faite en reprenant l'ensemble des éléments. Les conclusions ont été exposées clairement, notamment l'invalidation de l'hypothèse d'un Trouble du Spectre Autistique, mais également la présence d'autres éléments cliniques et psychopathologiques. Des recommandations ont été faites pour la suite de sa prise en charge, afin de l'aider à trouver un certain apaisement à la fois corporel, psychique, et relationnel :

- la poursuite du travail psychothérapeutique déjà engagé.
- associée à l'apprentissage et la pratique de techniques de relaxation.

Mme A. se dira déçue par le bilan. Au cours de celui-ci déjà, elle a sollicité plusieurs fois la psychologue du CRA pour évoquer à nouveau ses symptômes et questionner la validité des tests. Concernant l'ADI notamment, qui a été un moment très difficile à vivre : elle remet en cause les réponses de sa mère, qui aurait délibérément faussé les résultats du fait d'une minimisation des signes recherchés ou d'un faible effort de mémoire. Elle se dit persuadée que son haut potentiel intellectuel est associé à un Syndrome d'Asperger et qu'elle devrait bénéficier d'une adaptation professionnelle pour ce motif. Elle enverra de nombreux courriels au CRA en ce sens.

2. Cas N°2. Mme B. 33 ans

2.1. 1ère consultation

Mme B. est venue seule au premier entretien. Celui-ci s'est déroulé de manière constructive, sans difficulté pour que l'on puisse la suivre dans ses réponses. Le sentiment général est néanmoins celui d'un discours un peu « plaqué », comme si des éléments cliniques étaient apportés au fur et à mesure des questions posées.

2.1.1. Contexte de la demande au CRA

Mme B. est adressée par un psychiatre, qui la suit pour des épisodes dépressifs récidivants, des angoisses, des troubles du sommeil. Elle présente des difficultés d'adaptation au monde professionnel ainsi qu'un certain isolement social. Elle vit toujours chez ses parents. Psychologue expérimentale de profession, elle a pu prendre connaissance de l'existence du Syndrome d'Asperger et pense qu'un certain nombre de ses particularités de fonctionnement pourraient renvoyer à ce diagnostic. Cette hypothèse diagnostique a été retenue comme une éventualité par le psychiatre, qui lui a fait passer l'ADI, et dont les scores semblent compatibles avec un Trouble du Spectre Autistique.

2.1.2. Particularités de fonctionnement actuelles rapportées

Mme B. ne fournit que peu d'éléments cliniques spontanément dans cette première partie d'entretien assez libre. Elle raconte surtout un parcours d'adaptation sociale difficile. Elle

aurait eu pendant longtemps le sentiment de se vivre comme « un être humain parmi les extra-terrestres » ayant des us et coutumes qu'elle ne comprenait pas. Ce n'est que secondairement qu'elle aurait cherché à s'ajuster, en particulier en surinvestissant la réussite scolaire. Elle aurait développé des stratégies pour ne pas paraître bizarre. Notamment pour qu'on ne voie pas certaines particularités comme ses balancements de corps épisodiques d'avant en arrière, en situation de stress. Elle évoque également des difficultés cognitives dans ces mêmes moments de stress. Et dit s'être aperçue qu'alors on lui parlait souvent comme à un enfant retardé. Elle raconte que, malgré tous ses efforts pour trouver sa place parmi les autres, elle se retrouve de manière répétée en position de bouc émissaire au sein des groupes. On lui reprocherait d'être mal-aimable, voire hautaine. Elle se dit gênée par les bruits, notamment de voisinage.

2.1.3. Éléments familiaux et biographiques

Mme B. est issue d'un couple mixte, sa mère étant française, et son père espagnol. Ses deux parents n'ont pas fait d'études, et ne savent ni lire ni écrire. Elle est la 3ème enfant d'une fratrie de 5. Elle se souvient de parents sévères, et parle de sa mère comme de quelqu'un qui lui ferait continuellement des reproches. Actuellement, elle vit encore chez ses parents.

2.1.4. Éléments médicaux

Mme B. est née prématurée d'un mois à l'issue d'une grossesse difficile (sans plus d'élément, en dehors d'une notion de staphylocoque). A la naissance elle pesait 1,7 kg pour 30 cm. D'après elle-même, elle était un bébé « calme ». Elle s'est questionnée sur sa vie avant l'âge de 2 ans car elle ne dispose pas de photo d'elle. Elle fait l'hypothèse qu'elle était un bébé « laid ».

Actuellement elle ne pèse que 40 kg en raison d'un « déficit enzymatique » qui l'empêche de grossir.

Il n'y a jamais eu de diagnostic de Trouble du Spectre Autistique dans la famille, mais deux de ses cousines se seraient « balancées » comme elle.

2.1.5. Scolarité et parcours professionnel

Mme B. est rentrée à la maternelle à l'âge de 3 ans. Puis a suivi une scolarité normale du point de vue des apprentissages, bien qu'elle-même ait le sentiment d'avoir été en difficulté au cours de certaines années. Elle s'intéressait notamment beaucoup aux sciences.

Elle rapporte le vécu d'une scolarité difficile d'un point de vue relationnel. Elle n'aurait pas eu d'amis en primaire. Elle se serait souvent isolée. On lui renvoyait l'image de quelqu'un de bizarre. Elle aurait été souvent chahutée, notamment à partir du collège. Au Lycée, elle rapporte avoir subi des agressions physiques, voire de réelles humiliations. Elle n'aurait pas été soutenue par ses parents à l'époque.

Orientée d'abord en CAP petite enfance, elle a finalement passé son baccalauréat et s'est inscrite en études supérieures de Psychologie. Se spécialisant en neuropsychologie puis en psychologie cognitive, elle a validé un diplôme de master 2. Elle s'est ensuite inscrite en thèse et a entamé des recherches en laboratoire sur le thème des addictions et des troubles de la mémoire. A la suite d'un certain nomadisme universitaire (difficultés dans ses embauches, changement d'établissement), de difficultés psychologiques, et de différents échecs (essai infructueux d'enseignement comme chargée de TD, difficultés dans ses relations avec les autres professionnels), elle a ensuite arrêté cette voie professionnelle. Sa dernière formation est celle d'un BTS comptabilité. Elle garde une difficulté à s'insérer dans le monde professionnel. Elle rencontrerait des difficultés à se faire recommander. Elle souhaite obtenir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

2.1.7 Vie relationnelle et investissements privilégiés

Mme B. se décrit comme donnant souvent l'impression aux autres d'être « enfermée dans sa bulle ».

Dès son plus jeune âge, elle aurait eu tendance à refuser les propositions d'ouverture de sa mère vers des activités, et préférait rester seule. D'après elle, les autres enfants ne venaient pas vers elle, pas plus qu'elle n'allait vers eux. Elle a le sentiment qu'aucune attention ne lui était accordée. De son côté, elle pense qu'elle considérait les autres « un peu comme des meubles ». Elle n'aurait jamais vraiment totalement compris leur mode de fonctionnement.

Elle aurait commencé à éprouver un sentiment de solitude très tôt dans sa vie, dès la moyenne enfance. Elle se souvient qu'elle ne pouvait s'asseoir à côté des autres banalement et faire conversation, car ceux-ci ne semblaient pas s'intéresser aux propos qu'elle leur tenait. Elle aurait eu le sentiment assez tôt qu'elle était entourée d'un « champ magnétique négatif », générant de l'antipathie. Encore aujourd'hui elle dit ne pas comprendre ce qu'on pouvait lui reprocher car elle était une enfant sage, polie.

Aujourd'hui elle dit rencontrer toujours les mêmes difficultés d'intégration au sein de groupes. Elle a le souci de mener une vie normale mais déplore de n'avoir ni amis, ni permis de conduire, ni travail, et de vivre encore chez ses parents à son âge. Elle a le sentiment de devoir jouer la comédie pour s'ajuster aux autres, pour jouer le rôle supposé attendu. Elle rapporte qu'à certains moments elle a du mal à regarder son interlocuteur dans les yeux, surtout lorsqu'elle est gagnée par l'angoisse ou un vécu dépressif profond. Elle est parfois amenée à se soustraire au regard des autres par crainte d'être atteinte intérieurement. Elle craint que le diagnostic, s'il est confirmé, soit mal perçu dans son milieu familial, et qu'il n'aggrave le regard négatif porté sur elle depuis longtemps. Elle se sent encore très « enfant ».

Il n'est retrouvé aucun intérêt restreint au sens autistique.

2.1.8 Suivi psychiatrique et psychologique

Mme B. a fait plusieurs épisodes dépressifs. Elle a consulté un psychiatre à l'hôpital la première fois à l'âge de 27 ans pour idées suicidaires. Elle est suivie aujourd'hui régulièrement et prend un traitement antidépresseur et anxiolytique. Elle rapporte un vécu dépressif persistant ainsi que des troubles du sommeil à type de difficulté d'endormissement, ainsi qu'une mise en route lente le matin.

2.1.9 Conclusion de la 1ère consultation

Les éléments recueillis pourraient être évocateurs d'un Syndrome d'Asperger bien qu'il existe beaucoup d'autres éléments qui ne vont pas dans ce sens. Cette patiente ayant déjà en tête les résultats positifs d'une ADI faite par le psychiatre qui l'adresse, il est difficile de ne pas s'engager dans un bilan complémentaire. Mme B s'est effectivement fortement investie psychologiquement dans l'hypothèse d'un Trouble du Spectre Autistique.

2.2. Résultats du bilan

2.2.1. ADI

L'entretien rétrospectif structuré a été mené par le psychiatre qui suit la patiente actuellement. Il a été réalisé dans des conditions qui ne sont pas les bonnes : effectivement le recueil des informations a été fait directement auprès de Mme B. et non d'un de ses parents (seul à même de pouvoir décrire la personne concernée au moment de sa petite enfance). Ceci du fait du refus de Mme B. que ses parents soient au courant de sa démarche, par crainte d'accentuer l'image d'anormalité qui lui est souvent renvoyée. Cet ADI ne peut donc avoir de valeur véritable. De plus, beaucoup d'exemples manquent pour réellement étayer les réponses qui restent vagues.

Les scores qui apparaissent sont très largement au-dessus des seuils dans chaque domaine :

- *Anomalies qualitatives dans l'interaction sociale réciproque : 26 (seuil = 10)*

Sont rapportés notamment : une absence de jeux sociaux avec ses pairs, des jeux solitaires axés sur l'aspect sensoriel des objets (reflets de la lumière), des anomalies dans le regard et le sourire social, une absence d'offre de partage et d'offres de réconfort.

- *Anomalies qualitatives dans la communication : 15 (seuil = 8)*

Sont rapportés notamment : des anomalies dans le champ de l'accès au langage, de la prononciation, de l'articulation, de l'intonation, un débit verbal important, une écholalie persistante, des difficultés à entretenir une conversation, des remarques inappropriées (sans exemple), des « néologismes » (elle aimerait « tordre les mots »), une certaine absence de gestes conventionnels et une pauvreté des expressions faciales.

- *Patterns de comportements restreints, répétitifs et stéréotypés : 9 (seuil = 3)*

Elle rapporte des balancements du corps, des intérêts spécifiques pour les couleurs et les écrans, des comportements d'alignement, des rituels (sans exemple), un besoin d'immuabilité de l'environnement, une hypersensibilité sensorielle multiple, un maniérisme des doigts, des sautillements, des automutilations.

- *Avec des anomalies rapportées comme présentes avant 3 ans…*

Cet ADI foisonnant, réalisé en dehors du CRA, a également été accompagné d'auto-questionnaires du Syndrome d'Asperger fournis par le même psychiatre, qui ont donné les résultats suivants :
AQ : 28 (positif car normal < 26)
EQ : 41 (négatif car normal > 33)
SQ : 81 (positif car normal < 50)

L'ensemble de ces éléments réalisés en externe, bien que n'ayant pas de valeur diagnostique véritable du fait soit de leur mode de passation, soit de leur statut d'outils de dépistage, sont positifs pour l'hypothèse d'un Trouble du Spectre Autistique.

Les évaluations complémentaires suivantes ont été réalisées :
- ADOS
- tests psychologiques (WAIS-IV, Rorschach, Social Behaviour)
- examen sensori-moteur

2.2.2. ADOS

L'éducateur spécialisé qui réalise le test, témoigne d'un engagement dans une conversation d'excellente qualité avec Mme B. Celle-ci lui fait part de ses soucis de voisinage et de la souffrance que crée chez elle son absence de vie sociale. Au cours de la discussion, son visage reflète parfaitement les affects ressentis, aussi bien la tristesse que la joie.
Mme B. fait part de sa sensibilité, et dit notamment combien elle est affectée par la cruauté dont peuvent faire preuve les êtres humains. Elle déplore ne jamais être reconnue dans ses compétences et être ainsi confrontée à un retour négatif sur elle-même.
Elle sait faire part de ses goûts, pour la musique mais aussi pour la peinture. Elle « confesse » son intérêt pour le feuilleton « Les feux de l'amour » tout en disant qu'il vaut mieux ne pas évoquer ce type d'intérêt « avec les personnes plus jeunes ». En cours de route elle montre sa capacité à s'intéresser au point de vue de son interlocuteur. Dans l'évocation des livres qui l'ont intéressée, elle parle préférentiellement des émotions des personnages.

En raison de cette parfaite adaptation tout au long de cette épreuve, les scores obtenus tant sur le plan des modalités relationnelles que sur le plan de la communication et des intérêts

restreints, sont de 0, ce qui contraste naturellement avec les résultats de l'ADI. Cette épreuve ne permet aucunement de valider l'hypothèse d'un Trouble du Spectre Autistique.

2.2.3. Bilan psychologique

WAIS-IV

L'évaluation des compétences cognitives donne des résultats légèrement supérieurs à la moyenne avec un *QI total à 106*. Cependant le profil est très hétérogène, avec un *indice de compréhension verbal élevé (124)* en lien essentiellement avec d'excellentes compétences dans la définition des mots et dans l'identification des concepts dans une même catégorie.

L'indice de raisonnement perceptif (110) révèle aussi de bonnes compétences et des capacités notamment à repérer les liens d'une suite logique. Il existe cependant une hétérogénéité au sein même de l'échelle.

L'indice de mémoire de travail (112) est plutôt homogène : Mme B. a de bonnes capacités de mémoire immédiate.

L'indice de vitesse de traitement de l'information est quant à lui très chuté (64). Mme B. aborde en effet ces épreuves avec une grande lenteur et beaucoup de minutie. On peut penser que les résultats obtenus ne reflètent pas réellement ses réelles compétences dans ce domaine.

Rorschach

Mme B. fournit beaucoup de réponses. On peut même parler d'une certaine luxuriance du protocole. Elle a le souci de répondre au mieux aux attentes de la psychologue, et le matériel riche obtenu permet de dégager quelques caractéristiques principales :

On retrouve banalement quelques mécanismes de défense d'allure névrotique (l'isolation, l'attachement au détail, la dénégation), mais aussi quelques mouvements d'idéalisation puis de persécution. Un certain nombre de réponses témoignent d'une porosité des limites (investissement du sensoriel et des vêtements comme frontière entre le dedans et le dehors, l'intérieur des représentations humaines ne paraissant pas habité). On peut faire l'hypothèse que l'attachement au percept permet de lutter contre une certaine crainte de l'effondrement. Il existe parfois un affaiblissement transitoire de la conscience à interpréter. Il n'y a pas d'éléments dissociatifs. Les vécus d'abandon et d'incomplétude (incertitude intérieure, sentiment d'insécurité) sont au premier plan. Il existe une agressivité projetée sur les

imagos maternels. Des questionnements sur l'identité et l'identification féminine sont présents.

L'ensemble oriente vers un **trouble du fonctionnement limite de la personnalité** de manière assez claire.

Social Behaviour

Les images sociales présentées mettent Mme B. en difficulté, et ses réponses sont beaucoup plus succinctes. Elle reste perplexe face à certaines scènes représentées, ne repérant pas toujours si un comportement est adapté ou non (bien que le commentant). Le discours est très descriptif, et peu d'émotions sont attribuées aux personnages représentés.

Ce résultat dénote avec les réponses riches données lors des autres tests, et pourrait être interprété comme un certain déficit en théorie de l'esprit.

2.2.4. Bilan sensori-moteur

La rencontre avec la psychomotricienne permet à Mme B. de développer le grand nombre de particularités sensorielles ressenties, tant sur le plan visuel (grande sensibilité à la lumière et la couleur), qu'auditif (hypersensibilité aux bruits - néanmoins communément agressifs comme le mixeur, les motos, les pleurs de bébé), ou tactile (elle ne supporte pas d'être mouillée, les vêtements serrés, les gants, mais aussi le contact physique avec autrui).

Mme B. garde une attitude un peu raide, les bras collés au torse pendant toute l'évaluation et ne peut pas retirer ses chaussures. Elle révèle pourtant une expression mimique et verbale riche et parfaitement adaptée à la situation.

Le bilan psychomoteur objective surtout des troubles de l'équilibre et du tonus qui ne sont pas sans conséquence sur le plan de la motricité fine, ainsi qu'une grande lenteur d'exécution, mais qui ne sont pas spécifiques des troubles du spectre autistique.

2.3. Conclusion du bilan

Le bilan réalisé au CRA ne permet pas de valider l'hypothèse d'un Trouble du Spectre Autistique. Il existe de fait un profond contraste entre une symptomatologie rapportée,

notamment au décours de l'ADI faite en externe, qui peut être fortement évocatrice d'un tel trouble, et les compétences réellement constatées au cours du bilan sur les plans de la communication et de l'ajustement relationnel. Il existe incontestablement des difficultés d'adaptation sociale chez Mme B., mais qui sont plutôt en lien avec un profond sentiment de dévalorisation, sur la base d'un vécu d'abandon. Le trouble présenté par Mme B. renvoie au champ des troubles borderlines, ou états-limites (selon le référentiel théorique utilisé).

2.4 Restitution du bilan

Lors de la restitution, l'invalidation du diagnostic de Trouble du Spectre Autistique est énoncée, et les troubles psychopathologiques repérés sont abordés avec tact sans que le diagnostic alternatif soit énoncé.

Il est recommandé à Mme B. de poursuivre le travail psychothérapeutique qu'elle a entrepris au sein de la consultation régulière de psychiatrie. Et d'éventuellement compléter ce soin individuel par une approche groupale.

Mme B. ne sollicitera pas le CRA par la suite, ni pour des explications, ni pour une remise en question du diagnostic.

3. Cas N°3. Mme C. 37 ans.

3.1. 1ère consultation

Lors de la première consultation, Mme C. paraît assez à l'aise dans la relation. Elle s'exprime avec beaucoup de facilité, répond rapidement aux questions, et évoque spontanément une quantité importante de souvenirs, témoignant de grandes capacités d'association.

3.1.1. Contexte de la demande

Mme C. vient sur sa propre initiative. Dans sa pratique de diététicienne libérale, Mme C. a eu un échange avec un patient faisant état d'un diagnostic de surdouance qui a été porté pour lui. Par la suite, elle s'est plongée dans une recherche approfondie de la question de l'avance intellectuelle. Elle a de fil en aiguille été amenée à lire un article sur les neuro-

atypiques et c'est par ce biais qu'elle s'est intéressée au Syndrome d'Asperger. Dans le même temps, elle s'est rendu compte qu'elle ne souffrait pas de se sentir seule dans son activité professionnelle, contrairement à des collègues regrettant de ne pas pouvoir échanger avec d'autres personnes et qui préfèreraient être intégrés dans une équipe. A travers ses lectures sur le Syndrome d'Asperger, elle a découvert des explications possibles sur ce besoin de solitude et sur ses difficultés à créer des liens et à garder des amis.

Elle a constaté par ailleurs que malgré tous les accompagnements psychothérapiques dont elle a pu bénéficier, se maintient toujours une distance par rapport à autrui, et que rien n'a avancé sur ce plan. Elle en est venue à penser qu'il vaut mieux qu'elle accepte sa différence plutôt que de chercher vainement à s'ajuster aux autres. Elle dit avoir changé de regard sur elle-même après ses lectures sur les personnes avec haut potentiel intellectuel et les personnes ayant un Syndrome d'Asperger : ce qu'elle voyait avant comme des dysfonctionnements ne seraient peut-être que des « différences ».

3.1.2. Particularités de fonctionnement actuelles rapportées

Depuis un an, Mme C. dit s'être engagée dans une relation avec une amie, dont elle ne partage pas la vie mais dont elle est très proche. Cette amie lui aurait renvoyé le fait qu'elle a des réactions très différentes de la plupart des personnes.

Mme C. a en effet le sentiment de se questionner beaucoup là ou d'autres ne le font pas, et d'être confrontée à des situations de malentendus avec ses pairs. Elle dit retrouver dans son attitude ce qui a été décrit par certaines personnes ayant un Syndrome d'Asperger à propos de leur insertion dans le monde du travail. Elle a le sentiment de blesser des personnes en prenant parfois des initiatives qui ne sont pas comprises par les autres. Dans un entretien de recrutement, on lui aurait fait remarquer qu'elle ne faisait pas suffisamment valoir ses compétences, alors que son souci était d'être au plus proche de la vérité de ses capacités. Elle se sent aussi perplexe dans les relations superficielles du quotidien, par exemple à chaque fois qu'elle rencontre quelqu'un en lui demandant si « cela va » sans véritablement se préoccuper de sa réponse.

Elle dit s'être rendu compte également qu'elle n'a pas conscience des avances que certains hommes pourraient lui faire, et en donne pour preuve le fait qu'elle ne se s'est pas posée de questions quand son voisin lui aurait demandé de partager un gâteau en forme de cœur le jour de la St Valentin.

Elle évoque certaines hypersensibilités sensorielles, notamment olfactives.

3.1.4. Éléments familiaux et biographiques

Sa mère travaille dans l'administration publique, son père dans l'industrie. Aucun diagnostic de Trouble du Spectre Autistique n'a été porté dans la famille. Mais Mme C. se pose des questions sur le « profil » de sa mère qui aurait de très importantes capacités mnésiques, et qui gagnerait tous les concours du département. Elle pense qu'elle peut compter sur elle pour répondre aux questions de l'ADI. Sa mère se serait intéressée au film « Le goût des merveilles » (film sur le Syndrome d'Asperger). Mme C. a une sœur cadette qui a 3 ans de moins qu'elle et qui vit à l'étranger.

Après sa naissance, au moment de la reprise de travail de sa mère, elle a été confiée à une nourrice qui avait d'autres enfants.

Mme C. dit garder un souvenir éprouvant de son enfance. Elle parle d'un « régime de terreur » en raison des châtiments corporels qu'auraient utilisés ses deux parents et particulièrement son père. Elle aurait reçu de nombreuses fessées et ne se serait pas sentie en sécurité chez elle.

Elle dit s'être souvent querellée avec sa sœur pendant l'enfance, ce qui aurait occasionné des réactions agressives de ses parents, qui auraient aussi tenu des propos très dévalorisants la concernant. Elle raconte qu'elle se sentait mieux en colonie de vacances car là au moins elle n'était pas frappée. En faisant référence à Temple Grandin (femme autiste Asperger auteure de livres autobiographiques), elle fait remarquer qu'elle non plus n'avait pas de « zone de confort », ni à la maison, ni à l'école avec ses pairs.

3.1.5. Éléments médicaux

Mme C. n'a pas apporté son carnet de santé. Elle sait seulement que l'accouchement a été eutocique, qu'elle a acquis la marche autonome à 13 mois bien qu'elle ait dû bénéficier d'une correction pour un pied varus. Elle n'a pas eu de maladies notables.

3.1.6. Scolarité et vie professionnelle

Mme C. est rentrée en maternelle à l'âge de 3 ans. Elle dit avoir peu de souvenirs de cette époque, notamment concernant les relations avec les autres élèves. Elle se souvient seulement qu'elle craignait les représailles de ses parents si elle n'était pas sage à l'école.

Elle se souvient avoir été une bonne élève en classes primaires, et qu'elle se sentait valorisée par ses bons résultats. Elle dit également ne pas avoir de souvenirs de ses relations avec ses camarades à cette époque.

Au collège, elle passait ses récréations à apprendre ses cours ou à lire. Sauf en 4ème où elle prenait plaisir à se bagarrer avec les garçons, qui l'auraient surnommée « Le tigre ».

Les années lycée sont rapportées comme ayant été agréables du fait qu'elle était interne, donc soulagée d'être séparée de sa famille maltraitante. Elle dit avoir été intégrée à un groupe de copines mais n'a pas gardé de liens ultérieurement. Elle rapporte qu'il lui arrivait d'être vexée et de bouder, mais qu'elle retrouvait ses amies par la suite. Elle a obtenu son baccalauréat dans la section S avec mention Bien.

En raison de sa passion pour la biologie, elle s'est inscrite en pharmacie mais n'a pu être admise au concours. Elle a fait une année d'études de biologie à l'Université avant d'opter pour un BTS préparant au métier de diététicien. C'est ce métier qu'elle exerce aujourd'hui en libéral à mi-temps.

3.1.7 Vie relationnelle et investissements particuliers

Mme C. insiste sur le fait qu'elle se sent trop concernée par la relation, et qu'elle a besoin de se récupérer après chaque rencontre. Elle ressent la nécessité de s'accorder des moments de tranquillité après avoir été plongée dans la collectivité.

Elle a eu plusieurs compagnons. Et a vécu notamment avec l'un d'entre eux pendant huit ans. Celui-ci lui aurait acheté une jument alors qu'elle désirait se mettre à l'équitation. Il aurait été tendre avec elle et aurait répondu à ses besoins de câlins qu'elle ressentait profondément. Elle dit avoir finalement pris conscience de son orientation homosexuelle, et se dit adepte du « poly-amour », évitant un engagement trop exclusif avec une partenaire. Elle dit se souvenir que sa mère lui faisait des câlins, mais qu'elle-même trouvait cette attitude hypocrite dans la mesure où, la plupart du temps, cette dernière exprimait du rejet à son égard.

Sur le plan de la communication, elle raconte qu'il lui arrive souvent de prendre des expressions au pied de la lettre. Elle se souvient aussi que sa mère s'efforçait de lui expliquer le sens des métaphores.

Dans la vie quotidienne, elle se dit perturbée par les changements, notamment dans le rythme de travail. Elle a besoin de repères fixes, de contrôler les évènements, de prévoir ce qui va se passer. Elle dit se sentir gênée par les initiatives des autres lorsqu'elles ne correspondent pas à sa façon de faire.

Sur le plan de l'habillement, elle se dit totalement insensible à la mode, préférant s'habiller de manière standard et pratique.

Ses centres d'intérêts concernent surtout les chiens et les chevaux. Elle a réuni une importante collection d'informations sur ces sujets, et apprécie beaucoup l'équitation. Elle s'intéresse à la psychologie, fréquente désormais l'association ASPI, a lu les livres de Tony Attwood sur le Syndrome d'Asperger, et se réfère beaucoup aux récits de Temple Grandin.

3.1.8 Suivi psychiatrique et psychologique

Mme C. raconte un long parcours de soins psychologiques, qui a débuté dans son enfance.

A l'âge de 7 ans, elle a été amenée par ses parents en consultation de pédopsychiatrie de secteur et a été suivie un an par une psychologue pour des cauchemars la terrorisant. Dans son souvenir, il s'agissait de « méchants » qui s'en prenaient à elle et à sa famille. Plus tard, à l'âge de 14 ans, elle a été suivie à nouveau sur les conseils du CPE du collège du fait d'une introversion et d'un isolement parmi ses camarades.

Pendant son année d'études de Pharmacie, elle a consulté en médecine préventive alors qu'elle s'est retrouvée assaillie par des préoccupations concernant une agression sexuelle qu'elle aurait subi à l'âge de 15 ans. Un copain aurait abusé de sa naïveté pour obtenir une relation sexuelle. Elle n'avait pas pu dire « non » à l'époque, pense-t-elle aujourd'hui, en raison des maltraitances physiques dont elle avait été l'objet chez elle.

Elle a ainsi d'abord bénéficié d'un suivi au sein de la médecine préventive avec un psychologue homme. Mais elle n'est pas bien sentie dans cette relation thérapeutique, au point qu'elle se serait une fois claquée la tête contre le mur en séance. Elle est finalement retournée voir un temps son ancienne psychologue femme, qui l'avait suivie lors de son enfance et son adolescence.

Par la suite, elle s'est engagée dans une thérapie psycho-corporelle, pendant 5 ans. Ce qui lui aurait permis de mieux écouter ses émotions, et de revivre dans un cadre sécurisant des vécus traumatiques de son enfance.

Puis c'est avec une autre thérapeute qu'elle a engagé un travail sur sa crainte permanente d'être blessée par l'autre.

C'est finalement récemment qu'elle a consulté des psychologues spécialistes des personnes avec haut-potentiel intellectuel, avec qui elle aurait abordé ses questions autour du Syndrome d'Asperger.

3.1.9 Conclusion de la 1ère consultation

Au total, l'équipe du CRA relève que Mme C. présente quelques particularités relationnelles propres à évoquer un Syndrome d'Asperger mais qu'elle se montre très à l'aise dans la communication. Par ailleurs, on ne trouve pas à proprement parler d'intérêts restreints. Un bilan lui sera tout de même proposé afin de répondre à son questionnement diagnostique qui semble prendre beaucoup d'importance pour elle.

Les évaluations complémentaires habituelles lui sont proposées :
- ADI
- ADOS
- tests psychologiques (WAIS-IV, Rorschach, Social Behaviour)
- examen sensori-moteur

3.2. Bilan diagnostique

3.2.1. ADI

L'entretien rétrospectif structuré est effectué en présence de la mère de Mme C., qui a bien voulu se prêter à l'exercice, même s'il ne semble pas aisé pour elle de se rappeler de la petite enfance de sa fille.

Les *scores obtenus* sont les suivants :

- *Anomalies qualitatives dans l'interaction sociale réciproque : 4 (seuil = 10)*
On retrouve seulement une certaine rareté des jeux imaginatifs avec les pairs, une certaine absence de plaisir partagé avec les autres, et une rareté des offres de réconfort.
- *Anomalies qualitatives dans la communication : 1 (seuil = 8)*
On note seulement un certain manque de variété dans les jeux de faire semblant.
- *Patterns de comportements restreints, répétitifs et stéréotypés : 0*
- Enfin, *aucune anomalie du développement* n'a été évidente aux yeux de la mère *avant l'âge de 3 ans.*

De fait, l'ADI ne retrouve aucun élément propre à orienter vers l'hypothèse d'un trouble du spectre autistique.

3.2.2. ADOS

Mme C. s'ajuste très bien à la relation, et peut parler simplement de ses émotions. Elle accompagne ses propos d'une gestualité expressive adaptée et fluide.

Les ouvertures sociales sont nombreuses, et Mme C. montre sa capacité à reprendre facilement le cours de l'évaluation après une suspension. On note parfois des difficultés à comprendre certaines subtilités dans les relations sociales, contrastant avec un souci manifeste de l'autre et la présence d'une empathie dans beaucoup de situations de la vie quotidienne.

Elle fait preuve d'un bon sens des responsabilités, et peut anticiper efficacement pour s'organiser dans le cadre professionnel.

On note quelques difficultés d'imagination et le support d'un livre au cours de l'évaluation lui permet par exemple de déployer plus facilement ses capacités créatives.

Les scores obtenus sont donc ici aussi très en dessous des seuils orientant vers un trouble du spectre autistique.

3.2.3. Bilan psychologique

WAIS-IV

Mme C. a de très bonnes capacités intellectuelles avec un *QI total à 122*. On note cependant certains grands écarts entre les subtests.

L'indice de compréhension verbale est très élevé (141), ce qui témoigne de compétences hors du commun dans ce domaine, et de l'avidité de Mme C. à acquérir des connaissances qu'elle sait intégrer, classer et réutiliser.

L'indice de raisonnement perceptif est élevé (120). Mme C. sait prendre en compte des détails pertinents pour fournir les bonnes réponses, et fait preuve d'une rapidité d'exécution dans ce type d'épreuve.

L'indice de mémoire de travail est dans la norme (109). Mme C. a développé de très bonnes capacités en calcul mental et a montré sa capacité à maintenir sa concentration. Elle était plus en difficulté dans la restitution en ordre inversé d'une série de chiffres.

L'indice de vitesse de traitement de l'information est situé plus bas (86). Mme C. a été gênée dans ce type d'évaluation en raison de la trop grande minutie dont elle a fait preuve.

Rorschach

Mme C. fournit un grand nombre de réponses originales et déploie une fantasmatique assez riche. On constate une dynamique psychique, qui fait appel à des représentations aussi bien abstraites que concrètes. Il existe une alternance entre les réponses liées aux perceptions et celles liées aux émotions.

Surgissent quelques angoisses archaïques dont témoignent des réponses anatomiques avec des allusions préférentielles à la peau ou aux enveloppes corporelles. La cohésion identitaire est néanmoins parfaitement maintenue. On constate une bonne délimitation du soi et il n'y a pas de morcellement. Le réel ne perd jamais sens et l'ancrage à la réalité est maintenu. Des difficultés à fournir parfois une réponse globale aux images présentées semblent liées à l'aspect rassurant d'un certain attachement aux détails.

Les planches colorées ont suscité des réponses émotionnelles dont certaines sont comparables à celles d'un enfant plus jeune. Se confirment ainsi des traits d'immaturité affective dont pourrait découler une certaine naïveté sociale. Mais il existe un bon niveau d'empathie.

Des fragilités sont présentes dans la représentation des contacts humains, amenant Mme C. à associer sur les contacts (plus faciles à établir) avec les animaux. On peut repérer une fragilité de l'imago maternelle. Ainsi qu'une identification féminine peu constituée. Le mode relationnel prédominant est plus fusionnel qu'évitant.

Globalement, on repère une fragilité des assises narcissiques, se traduisant par des difficultés à constituer une estime de soi stable. Il y a une difficulté à se décentrer, et à mettre à juste distance ce qui peut être vécu dans les interrelations.

Ces éléments ne sont pas en faveur d'un trouble du spectre autistique.

Social Behaviour

Les réponses de Mme C. sont riches et nuancées. Elle s'attarde sur les détails mais sait prendre en compte les personnes représentées, leur attribuer des émotions, et repérer avec justesse les comportements adaptés ou non. Elle perçoit bien les détails ayant une valeur socio-émotionnelle.

3.2.4. Examen sensori-moteur

Mme C. profite de cet examen pour parler de ses multiples « hypersensibilités » sensorielles. Notamment sur le plan auditif, ce qui la gêne le plus dans ses liens avec autrui.

Elle évoque son plaisir dans les activités sportives, comme l'équitation et la natation.

L'examen fournit des éléments contrastés : Mme C. se montre habile, a une bonne coordination des deux mains, bien qu'un peu brusque dans sa gestuelle, et un peu crispée dans la motricité fine. Ses repères temporels et spatiaux sont bien établis. Elle fait état d'une instabilité corporelle globale vécue (elle aurait besoin de bouger tout le temps, se procurer des tensions musculaires pour atténuer ses pensées), mais cette instabilité n'est pas constatée pendant l'observation.

3.3. Conclusion du bilan diagnostique

Le bilan réalisé ne permet pas de valider l'hypothèse d'un trouble du spectre autistique. Les difficultés constatées semblent plutôt en lien avec une **fragilité narcissique**, avec une certaine immaturité socio-affective protectrice. Cette fragilité n'est peut-être pas sans rapport avec la maltraitance dont Mme C. dit avoir été l'objet pendant l'enfance. Les nombreux suivis psychologiques ainsi que la thérapie psychocorporelle menée ont sûrement constitué une aide salutaire à Mme C.

3.4 Restitution du bilan

La restitution permet d'expliquer à Mme C. que ses difficultés ne se trouvent pas liées à un trouble du spectre autistique, dont le diagnostic n'est pas validé. L'accent est mis sur sa trop grande sensibilité à l'autre, expliquant par exemple sa plus grande aisance dans le lien avec

les animaux. Il lui est proposé de poursuivre ses suivis psychothérapeutiques et psychocorporels, ainsi que la pratique du sport. Le vécu positif du corps étant une façon de se sentir en sécurité.

Mme C. vivra assez mal cette restitution et la conclusion diagnostique. Au cours du bilan déjà, elle était venue rencontrer la psychologue pour discuter des examens en cours et de leur valeur, ainsi que de ses inquiétudes. Sa quête identitaire, le besoin de trouver une réponse pour savoir « qui elle est », semblent très fortes. Elle remettra en question les réponses de sa mère à l'ADI. Et aura besoin d'un soutien important par la psychologue du CRA dans les suites de la restitution, pendant quelque temps. Son discours ne cessera d'être empreint d'éléments visiblement tirés des récits de personnes ayant un Syndrome d'Asperger et qui ont écrit sur leur vie, de nombreux témoignages entendus dans les « cafés Asperger », ou de descriptions scientifiques qu'elle se réapproprie. Elle transmettra à la psychologue un article qu'elle a trouvé au centre de documentation intitulé « Pourquoi les femmes autistes sont-elles invisibles » (Anna North).

III. DISCUSSION

1. Analyse des cas cliniques

1.1 Syndromes présentés

1.1.1 Cas N°1 (Mme A) : trouble de la personnalité histrionique / hystérie

Le bilan réalisé au CRA concernant Mme A. permet de faire l'hypothèse que ses souffrances relèvent d'un trouble névrotique de type hystérique. Ce type de trouble, bien connu depuis longtemps, a été décrit et abordé différemment au cours des époques.

Dans la classification internationale qui fait référence aujourd'hui, le DSM 5 [**8**], ce trouble historiquement décrit depuis longtemps fait l'objet d'une forme de « fractionnement » en différents troubles, selon que l'on se place du point de vue des symptômes relationnels constatés, ou selon que l'on se place du point de vue des symptômes décrits et vécus par le patient.

Du point de vue des symptômes relationnels constatés (qui définissent également un type de caractère, une personnalité), Mme A. présente un profil évoquant ce que le DSM 5 définit comme trouble de la personnalité histrionique, en rassemblant les critères suivants :

Un mode général de réponses émotionnelles excessives et de quête d'attention, qui apparaît au début de l'âge adulte, et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
1. le sujet est mal à l'aise dans les situations où il n'est pas au centre de l'attention d'autrui
2. l'interaction avec autrui est souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou une attitude provocante
3. l'expression émotionnelle est superficielle et rapidement changeante
4. le sujet utilise régulièrement son aspect physique pour attirer l'attention sur soi
5. la manière de parler est trop subjective et pauvre en détails
6. l'expression émotionnelle comporte une exagération, une dramatisation, un théâtralisme
7. il existe une suggestibilité, le sujet étant facilement influencé par autrui ou par les circonstances
8. le sujet considère que ses relations sont plus intimes qu'elles ne le sont en réalité

Lors des entretiens, et notamment lors de la première consultation (mais aussi dans les suites du bilan), la rencontre clinique avec Mme A. permet d'identifier certains de ces critères : un besoin de capter l'attention en permanence pendant l'ensemble de l'entretien (critère 1), une mauvaise régulation des émotions (critère 3), un certain théâtralisme dans la présentation (critère 6). Mais il est difficile de réunir de manière claire au moins cinq critères. Ce qui ne veut pas forcément dire qu'ils ne sont pas présents : ils sont peut-être moins visibles dans le cadre d'un bilan de ce type.

Si l'on se place du point de vue des symptômes vécus et rapportés, et leur confrontation à l'objectivation médicale, Mme A. présente plutôt un tableau proche de ce que le DSM 5 définit comme trouble de conversion (ou trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle) à partir des critères suivants :

A. Un ou plusieurs symptômes d'altération de la motricité volontaire ou des fonctions sensorielles.
B. Les données médicales démontrant l'incompatibilité entre les symptômes et une affection neurologique ou médicale reconnue.

C. Les symptômes ou les handicaps ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble médical ou mental.
D. Le symptôme ou le handicap entraîne une détresse ou une altération clinique significative dans le domaine du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou nécessite une évaluation médicale.

On peut légitimement considérer que les plaintes sensorielles multiples de Mme A. (non reliées à un trouble du spectre autistique), et leur retentissement, permettent d'évoquer ce type de trouble.

En réalité, la combinaison de ces deux troubles, tels que repérés par le DSM 5 dans sa démarque statistique assez radicale, est réunie depuis longtemps dans ce que la tradition clinique européenne a nommé « l'hystérie ». Les travaux de Charcot et de Bleuler sur l'hystérie, puis les découvertes psychanalytiques de Freud, et les développements postfreudiens, ont décrit depuis longtemps ce trouble psychique qui comporte à la fois des manifestations psychosomatiques et des manifestations relationnelles, assez typiques bien que multiples et donc parfois difficiles à rassembler.

Les grandes crises de conversion anciennement observées sont devenues rares aujourd'hui, l'hystérie prenant des formes différentes au fur et à mesure des époques [**33**], mais les fondamentaux symptomatiques restent les mêmes : une relation à l'autre basée sur l'insatisfaction et la revendication, et un déplacement de l'angoisse depuis le psychisme vers le corps.

L'objet de cette thèse n'est pas de développer les aspects théoriques de la psychopathologie des troubles présentés. Disons très schématiquement qu'à l'origine de ce trouble, Freud a fait l'hypothèse d'une angoisse psychique inconsciente, liée à un fantasme présent à un certain stade du développement au cours de la vie sexuelle infantile, et qu'il a nommé « angoisse de castration » [**34**]. La voie pathologique qui, selon lui, serait trouvée par le psychisme souffrant de cette angoisse pour échapper à cette dernière, à la suite d'un échec partiel du refoulement, consisterait à la fois dans une identification du sujet à « l'objet manquant » qui a déclenché l'angoisse, et dans un déplacement de l'angoisse depuis le psychisme vers le corps entier. S'ensuivrait un mode pathologique de relation à l'autre, dans lequel le sujet chercherait à exister frénétiquement pour l'autre comme objet total de son désir, tout en se refusant à soi-même la possibilité d'accomplir son propre désir. Ce mode relationnel serait ainsi marqué par la revendication et l'insatisfaction. En résulteraient également une

souffrance multiple et multiforme du corps physique, investi par l'angoisse, ainsi qu'un vécu de déconnection entre l'esprit et le corps. [**35**].

Dans le test projectif réalisé au CRA pour Mme A, on peut également identifier un certain nombre de ces mouvements identificatoires ou défensifs de type névrotique. Ce qui est noté par ailleurs, c'est la relative « solidité » de la personnalité de Mme A. Malgré ses fragilités psychiques, notamment en lien avec ses difficultés d'identification, les défenses névrotiques de Mme A. lui assurent une certaine stabilité.

1.1.2 Cas N°2 (Mme B.) : trouble de la personnalité borderline / état-limite

Le bilan réalisé au CRA concernant Mme B., permet de faire l'hypothèse que ses souffrances relèvent d'un trouble de la personnalité de type borderline (ou état-limite, selon l'abord syndromique ou psychopathologique retenu).

Dans la classification internationale du DSM 5 [**8]**, le trouble de la personnalité borderline est décrit selon les critères suivants :

Un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte, et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
1. efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires
2. mode de relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisés par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessives et de dévalorisation
3. perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
4. impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (p. ex., dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)
5. répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
6. instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)
7. sentiments chroniques de vide

8. colères intenses et inappropriées, ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex. fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)
9. survenue transitoire, dans des situations de stress, d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

Dans la présentation clinique de Mme B. au cours du bilan, on n'identifie pas la dimension d'impulsivité très présente dans la description ci-dessus. Néanmoins on peut identifier les signes suivants, notamment grâce à la richesse des données issues du Rorschach : vécus d'abandon (critère 1), idéalisation-dévalorisation (critère 2), perturbation de l'identité (critère 3), instabilité affective (critère 6), sentiments chroniques de vide (critère 7), idéations persécutoires transitoires (critère 9). Ceci suffit à poser le diagnostic, malgré l'absence de la dimension impulsive retenue par la classification américaine. Cette dernière est néanmoins contestée par d'autres classifications ou approches.

Dans la CIM 10 [**6**], qui fait encore office de référence en France dans le système de cotation diagnostique hospitalier, deux sous-types de ce qui est appelé « personnalité émotionnellement labile » sont distingués : le sous-type impulsif (axé sur la dimension comportementale bruyante), et le sous-type borderline (axé sur les perturbations subjectives de l'identité et le sentiment de vide). Dans le cas de Mme B., le diagnostic de personnalité borderline peut être retenu plus facilement encore avec ces critères plus restrictifs.

Néanmoins ces abords syndromiques ne sont pas suffisants pour comprendre la spécificité de ce trouble, dont souffre Mme B. Là encore, ce sont les travaux psychanalytiques qui ont progressivement permis de dégager une organisation psychique qui permet de donner du sens aux symptômes observés. A. Stern a utilisé le premier le terme « borderline » pour décrire chez certains patients un sentiment d'insécurité diffuse, une hyperesthésie affective, et une faible estime de soi [**36**]. O. Kernberg a introduit le terme « état limite », pour décrire un mode d'organisation psychopathologique caractérisé par la faiblesse du Moi, une épreuve de la réalité préservée, bien qu'il y ait un recours occasionnel à des opérations défensives archaïques de type psychotique [**37**]. J. Bergeret a insisté sur la dimension anaclitique de l'organisation de la personnalité, avec une forme de dépression particulière liée à une angoisse intense de perte de l'objet. Il a fait l'hypothèse étiologique d'un aménagement instable en lien avec un vécu traumatique ou d'insécurité très précoce [**38**]. D. Widlöcher a décrit l'angoisse au cœur de ce trouble : non pas une angoisse de castration comme dans l'hystérie, mais une angoisse

d'annihilation, de perte de la cohérence interne, avec une incapacité du sujet à contrôler cette angoisse de manière stable par des défenses bien constituées [**39**].

Au cours du bilan de Mme B., c'est notamment le Rorschach qui a permis d'identifier ce mode particulier d'organisation du psychisme qu'on appelle « état limite ». Ce test a permis de voir, au-delà des vécus dépressifs et de repli, la dimension proprement abandonnique et le vécu d'insécurité. Il a mis en évidence des limites du Moi, notamment au travers du corps, qui sont floues. Même si cette fragilité du Moi n'empêche pas certains remparts névrotiques de s'être tout de même constitués, protégeant malgré tout d'une désorganisation. L'insécurité est repérée au niveau de l'imago maternelle, renvoyant à des origines très précoces probables dans un défaut de contenance parentale.

L'investissement du sensoriel apparaît ainsi comme un rempart contre cette porosité, cette fragilité des limites entre le dehors et le dedans. Associé à une quête identitaire (une quête d'identification) et une interrogation sur son isolement social, cet hyper-investissement du sensoriel a probablement mené Mme B. à se reconnaître dans le Syndrome d'Asperger.

1.1.3 Cas N°3 (Mme C.) : pathologie du narcissisme / trouble factice

Le bilan réalisé au CRA pour Mme C. permet de faire l'hypothèse que ses souffrances relèvent d'un trouble du narcissisme qui n'est pas sans rappeler par certains aspects le trouble limite dont souffre Mme B.

Là encore le DSM 5 n'est pas d'une utilité prépondérante pour décrire la forme que prend le trouble de Mme C. Il y a bien un trouble de la personnalité narcissique décrit dans cette classification. Mais les critères qu'ils contient à l'évidence ne correspondent pas. En effet ce trouble désigne la personnalité suivante :

Un mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie, qui apparaissent au début de l'âge adulte, et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :
1. Le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (p. ex. surestime ses réalisations et ses capacités)
2. Il est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal.
3. Il pense être spécial et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux et de haut niveau.

4. Il a un besoin excessif d'être admiré.

5. Il pense que tout lui est dû : il s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits.

6. Il exploite l'autre dans les relations interpersonnelles pour parvenir à ses propres fins.

7. Il manque d'empathie (n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui).

8. Il envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient.

9. Il fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.

Il apparaît évident que Mme C. ne présente pas ce type de personnalité aussi franche. On peut noter tout de même qu'elle s'est identifiée aux personnes surdouées et que sa quête de diagnostic au CRA est partie de cela. Alors que les tests identifient certes une très bonne intelligence, mais qui reste en dessous du seuil de 130 pour le QI global (seuil classiquement reconnu pour la surdouance, bien qu'il y ait débat) et comporte une grande hétérogénéité. On note aussi des identifications toutes puissantes au cours de l'adolescence (elle se rappelle de son surnom « Le tigre » qui lui aurait été donné par ses camarades). Néanmoins ce qui se dégage du bilan clinique la concernant pourrait être considéré comme une sorte « d'envers » de ce type de personnalité narcissique. Une forme mélangée d'identification grandiose et de dévalorisation.

Les éléments qui se rapprochent de l'état limite décrit précédemment chez Mme B. sont identifiables là encore grâce au Rorschach : une estime de soi faible, un sentiment d'insécurité intérieure, une fragilité de l'enveloppe corporelle, une fragilité de l'imago maternelle, une immaturité affective. Ce qui est repérable comme différent est une certaine difficulté à se décentrer de soi, bien que l'empathie soit conservée. Au cours des tests, ce qui prédominait était un fort souci de ne pas décevoir. Une grande susceptibilité au reproche. La volonté de faire mieux que les autres. O. Kernberg a théorisé le premier le type de fragilité narcissique commune à l'origine de ces différents troubles, narcissique et limite [**37**]. R. Roussillon plus récemment a développé une vision de ce qu'il appelle le « pôle narcissique-identitaire » et dans lequel il fait la distinction entre ces deux formes de fragilité des assises narcissiques tout en les regroupant dans une même organisation générale [**40**].

Chez Mme C., là encore, on peut concevoir l'hyper-investissement sensoriel comme un rempart contre le risque de désorganisation du Moi. Dans l'identification aux personnes avec Syndrome d'Asperger, ce qui la différencie de Mme B. se situe dans une certaine valorisation de ce diagnostic, qui lui conférerait un statut particulier. On pourrait ainsi presque évoquer

l'hypothèse diagnostique d'un trouble factice, ou pathomimie [**8**]. Dans sa façon de s'identifier en permanence à Temple Grandin, par exemple, jusqu'à la passion commune pour les chevaux, on peut voir une tentative d'auto-persuasion. Pour se faire valoir, Mme C. irait jusqu'à constituer, argumenter un trouble. Ce type de mécanisme n'est pas éloigné de ce que l'on retrouve également dans la mythomanie. Il se différencie de l'hystérie, identifiable chez Mme A, qui possède également une dimension de revendication. Mais il n'empêche pas, comme chez Mme B., la présence de mécanismes névrotiques surajoutés, notamment hystériques.

On peut donc conclure que les tableaux cliniques de ces trois personnes venues au CRA sont différents, bien qu'ils comportent certains recouvrements (il est d'ailleurs notable que l'on retrouve ces trois troubles de la personnalité dans un même « cluster » au sein du DSM-5, le groupe B des troubles de la personnalité). Ils ont surtout en commun de ne pas être un Syndrome d'Asperger. Et il s'agit de comprendre mieux ce qui a pu créer la confusion, et ce qui a permis de s'en dégager.

1.2 Diagnostic différentiel avec le Syndrome d'Asperger

1.2.1 Symptômes, signes, syndrome :

En médecine, *a fortiori* en psychiatrie, on fait une différence entre les symptômes (ce qui est rapporté par le sujet, son vécu souffrant), les signes (les éléments objectivables par une observation en règle, voire des examens complémentaires), et le syndrome (regroupement de signes permettant de poser un diagnostic).

Ce qui a conduit au CRA les 3 personnes dont le bilan a été décrit, ce sont leurs vécus bien particuliers de leur corps (à travers leurs particularités sensorielles), leurs vécus de leurs relations, ainsi que la représentation qu'elles se font d'elles-mêmes. Mais ces vécus ou ces représentations, s'ils ont été entendus et accueillis, ne peuvent à eux-seuls permettre de porter un diagnostic.

Le bilan diagnostique des troubles du spectre autistique, tel qu'il est pensé aujourd'hui, s'efforce d'objectiver les troubles suspectés en repérant des signes cliniques. Lorsqu'il s'agit de confirmer un diagnostic pour un enfant ou un adulte qui présente tous les signes de l'autisme typique que L. Kanner avait repérés en son temps, les outils sont presque superflus. Leur intérêt

tient à la valeur qu'ils peuvent avoir pour les parents, en tant que preuve scientifique authentique. Ils sont surtout utiles pour apporter des éléments d'observation plus fins sur le mode de fonctionnement spécifique de tel individu, et pour affiner les recommandations d'accompagnement ou de soins spécialisés. Lorsqu'il s'agit d'un diagnostic dit « complexe », soit pour un individu présentant des dysharmonies pour lesquelles on se pose la question d'un diagnostic différentiel, soit lorsque les signes autistiques sont ténus, les outils standardisés du CRA prennent tout leur sens. Dans le cas du Syndrome d'Asperger, comme il a été décrit dans la première partie, ils sont essentiels. L'absence de retard de langage et d'intelligence permet à l'enfant de développer certaines compensations à ses troubles. Ceci lui permet de s'adapter dans une certaine mesure. Cela rend l'authentification des signes plus difficiles. Les outils du CRA sont souvent nécessaires.

Mais un troisième niveau doit être atteint : celui du syndrome clinique. La validation finale d'un diagnostic ne peut se faire que par une synthèse pluridisciplinaire pendant laquelle les impressions et les évaluations de l'ensemble des professionnels ayant participé au bilan sont croisées. Ce n'est qu'à l'issue d'une telle synthèse, dans laquelle un consensus se dégage, que l'on peut trancher.

1.2.2 Les zones possibles de confusion

Sensibilité sensorielle

Pour les trois personnes dont ont été retracés les bilans dans cet exposé, la question sensorielle est particulièrement présente, et correspond à une des dimensions symptomatiques principales à l'origine de leur demande de bilan diagnostique.

La difficulté réside ici dans le fait que la sensorialité reste pour l'essentiel seulement rapportable, et non constatable. L'examen sensori-moteur permet, grâce à une mise en situation, d'objectiver une aisance motrice ou non, et d'observer in situ des réactions particulières à des stimuli sensoriels. Mais il ne peut valider ni invalider le vécu d'une « hyper-sensorialité », notamment si elle est rapportée dans les mêmes termes que ceux qu'utilisent les personnes ayant un Syndrome d'Asperger authentique. Tout au plus peut-il par exemple repérer des hyper-vigilances anxieuses, qui constitueraient alors peut être des éléments pour le diagnostic différentiel.

Dans le vécu corporel bien spécifique d'une personne souffrant d'hystérie, où tout le corps (à l'exception de la zone génitale) est érotisé, ou bien dans le vécu corporel poreux et vigile des personnes souffrant d'état limite ou de fragilité narcissique, un monde de symptômes sensoriels peut tromper le clinicien. Ce qui permet alors de s'orienter tient non pas dans le symptôme rapporté, mais dans la manière dont il est rapporté (ce que l'on verra plus loin dans l'exposé).

Difficultés relationnelles et isolement social

Là encore, pour les trois personnes retenues ici, la plainte concernant les difficultés relationnelles (et l'isolement social qui en découle), était présente. Sur ce plan, il est plus facile d'objectiver les choses. Certes, les professionnels du CRA n'ont pas le temps nécessaire pour aller observer la personne dans son environnement naturel, et donc recueillent les éléments rapportés sans les contester ni les valider. Mais les entretiens et tests, notamment l'ADOS (véritable mise en situation sociale), permettent d'observer l'individu dans son fonctionnement relationnel, dans sa communication, et ses habiletés sociales. Pour chacune des trois personnes décrites dans ce travail, il a été clairement repéré par l'ensemble des professionnels, tout au long du bilan, qu'elles ne présentaient aucun trouble dans le champ de la communication et de l'interaction sociale réciproque.

Haut niveau de fonctionnement intellectuel

Parmi les trois personnes décrites dans ce travail, deux d'entre elles ont associé un questionnement sur leur éventuel haut potentiel intellectuel à leur interrogation diagnostique concernant le Syndrome d'Asperger. Pour ces deux personnes, des capacités largement au-dessus de la moyenne sont confirmées, en dehors de la vitesse de traitement, qui est discordante et signe la présence probable d'inhibitions liées à l'angoisse ou aux défenses propres à leurs troubles de la personnalité. Pour Mme A, sont même identifiées des capacités hors normes. Ceci montre bien à quel point est importante la question du Haut Potentiel Intellectuel comme diagnostic différentiel. Cette question a été traitée dans la première partie de cet exposé.

1.2.3 Les données du transfert

Depuis le mode de rencontre (l'adresse initiale) jusqu'à la séparation (la fin des échanges avec les professionnels), en passant par le premier entretien, les différents bilans, la restitution des résultats, et tous les échanges qui se produisent au cours des mois de diagnostic au CRA, on peut considérer qu'une relation se noue et évolue entre les professionnels et les personnes qui viennent consulter. Ce type de relation (que l'on peut appeler « le transfert », dans la terminologie psychanalytique), va dépendre de la personne qui vient consulter comme de l'équipe professionnelle, et peut faire l'objet d'une analyse critique. Cette analyse en effet donne elle aussi des éléments permettant d'orienter le diagnostic. Au CRA, en raison d'intervenants multiples, le transfert est diffracté. Le fait que tel ou tel professionnel soit investi différemment peut aussi faire partie de l'analyse critique et donner des éléments cliniques.

Transfert hystérique

L'approche psychodynamique de l'hystérie, qui a été schématiquement résumée précédemment dans le cas de Mme A., est utile à plusieurs niveaux. Elle permet d'une part, de relier les symptômes relationnels aux symptômes somatiques présentés par Mme A., mais aussi d'analyser la relation de transfert qui s'est nouée avec le CRA. Tout au long du bilan, une certaine revendication agressive chez Mme A. a pu être constatée vis-à-vis de l'équipe pluri-professionnelle. Si on voit facilement chez certains sujets souffrant d'hystérie les comportements de séduction inadaptée, l'utilisation du charme, comme moyen d'échange relationnel, il est une autre façon d'attirer l'attention tout en restant dans la même dynamique : à défaut d'attirer l'attention par la séduction, la personnalité hystérique peut se poser en victime, s'épancher dans le dénigrement d'autrui, avoir des accès de colère intense [**34**]. Le tout dans une dramatisation émotionnelle. On peut considérer que Mme A. a eu un tel type de relation avec l'équipe du CRA. Notamment lors de sa contestation, au décours du bilan, des méthodes utilisées. Puis après la restitution, lors de sa contestation des résultats à travers de nombreux mails revendicatifs.

Plus profondément, on peut repérer le mouvement transférentiel opéré par Mme A. vis-à-vis du CRA : tout en se présentant pour un bilan dans un centre spécialisé, la valeur de ce bilan est contestée. Quant au professionnel qu'elle choisit inconsciemment de manière privilégiée comme cible de l'attaque, c'est, sans surprise, le médecin. Ce paradoxe a été décrit par les auteurs postfreudiens comme pathognomonique de l'hystérie : J. Lacan a souligné que

le propre du discours hystérique est d'interpeller le maître (le père), ne cherchant cependant de maître que pour le désavouer, afin de satisfaire le désir d'insatisfaction [**41**]. L. Israël a longuement développé l'affrontement entre l'hystérique et le médecin, le premier venant systématiquement interroger le deuxième dans les limites de son savoir, là où la science n'est pas encore établie [**42**]. F. Perrier quant à lui écrivait que l'hystérie se moquait « du sérieux de la neurologie et du savant de la psychiatrie » [**43**].

On peut légitimement faire l'hypothèse que le Syndrome d'Asperger, dans sa dimension mystérieuse, dans sa définition et son objectivation scientifiques difficiles, est une « nouvelle maladie » que la névrose hystérique peut venir interroger.

Transfert limite

Au cours du bilan réalisé au CRA, Mme B. et Mme C. ont sollicité la psychologue participant au bilan, pour bénéficier d'une certaine réassurance, d'un portage psychique. Chez toutes les deux, il existera des moments de vécu de persécution. Ces modes particuliers d'investissement de l'équipe renvoient aux modes de fonctionnement relationnel limite.

Sur le plan proprement narcissique, on peut repérer les moments suivants présents au cours du bilan : des dévalorisations associées à des demandes de restauration narcissique, mais surtout des traits de masochisme. En effet, il y a une certaine dimension masochiste dans la demande diagnostique faiblement étayée, avec une programmation annoncée de l'échec. Chez Mme C., la persistance à se confronter à nouveau à l'échec par la suite, au travers de retours contestataires vers le CRA, témoignent d'une certaine inaccessibilité à la contenance et à l'apport que peut fournir l'autre. Ceci n'est pas sans rappeler la dimension de maintien dans l'insatisfaction du fonctionnement hystérique, tout en s'en différenciant. Ce qui « complique » les choses dans l'analyse du transfert de Mme C., c'est la coexistence superposée de fonctionnements liés à des fragilités narcissiques, et d'aménagements névrotiques (donc notamment hystériques) de niveau différent.

Tous ces modes de relation à l'autre qui ont pu être observées chez ces trois personnes se différencient dans tous les cas radicalement du mode de relation à l'autre des personnes ayant un Syndrome d'Asperger.

(Absence de) transfert autistique

A contrario des « demandes pathologiques » de diagnostic qui ont été décrites précédemment, l'expérience clinique montre que les personnes qui reçoivent ultérieurement un diagnostic de Syndrome d'Asperger au CRA ont une façon radicalement différente de faire leur demande et d'être en relation avec les professionnels. Ces personnes ne montrent en effet, au cours du bilan au CRA comme dans leur vie quotidienne, aucune revendication particulière, et aucun besoin de portage psychique. Elles n'ont pas de mouvement agressif réactionnel face à telle ou telle réponse donnée par un des professionnels qui réalise le bilan. On pourrait dire, d'une certaine manière, qu'elles ne semblent pas avoir de transfert particulier engagé avec l'équipe.

C. Mille [**44**], dans un article récent portant sur le désir mimétique tel que l'a formulé R. Girard, identifie la différence fondamentale qui sépare le désir social des personnes ayant un Syndrome d'Asperger, du désir social des personnes communes. Par « désir mimétique », R. Girard nomme ce qu'il considère comme l'origine sociale de tout désir : l'étayage initial du désir de chacun sur le désir de l'autre. C'est parce que l'on assisterait au spectacle du désir de l'autre pour un objet que, par imitation, on s'approprierait pour soi-même ce même désir pour ce même objet. Sur cette triangularité première se créerait ensuite la possibilité de vouloir ressembler à l'autre perçu comme être désirant, peu importe l'objet désiré. Par le simple fait que le premier a un objet de désir, le deuxième s'identifie au premier, et ainsi de suite. Reprenant les caractéristiques fondamentales du développement et du fonctionnement psycho-social des personnes avec Syndrome d'Asperger, C. Mille décrit au contraire la radicale indifférence de ces derniers à la question du désir de l'autre. S'ils peuvent avoir un désir de ressembler aux autres, celui-ci vient de la prise de conscience douloureuse de leur différence au cours de l'enfance puis de l'adolescence, et de stratégies mises en place à l'âge adulte pour copier le comportement social des autres afin de pouvoir s'intégrer dans le groupe. C. Mille parle ainsi de « normopathie » (terme emprunté à Joyce Mc Dougall) au sens d'un désir presque excessif d'être normal, « comme les autres ». Si donc la personne vient au CRA avec une demande diagnostique, ce n'est certainement pas par revendication d'une originalité qui mériterait une attention particulière et un statut particulier, mais bien pour pouvoir au mieux se connaître afin de se fondre dans la masse. On voit ici la différence qu'il peut y avoir entre ce type de rapport à la norme, et la revendication d'une originalité et d'un statut à part qu'ont eues les trois personnes décrites au cours de cet exposé.

Au cours du bilan, cela se traduit, pour les personnes ayant réellement un Syndrome d'Asperger, par une absence d'alimentation du récit par des éléments toujours renouvelés, une absence de volonté de démontrer quoi que ce soit, une moins grande référence au récit d'une autre personne ayant un Syndrome d'Asperger ou ayant écrit sur le sujet (bien que ces personnes puissent venir également dans les suites d'un accès à des informations de cette nature sur le syndrome). Le type de relation qui se noue avec l'équipe se traduit sur le plan affectif par une absence de quête de reconnaissance, et une absence de rejet par des commentaires critiques sur les résultats ou les méthodes.

2. approche sociologique

Si l'on veut tenter de comprendre la raison pour laquelle c'est précisément le Syndrome d'Asperger qui a été « choisi » préférentiellement par les trois personnes dont on a décrit la psychopathologie dans cet exposé, il faut aborder nécessairement la connaissance que ces personnes ont pu avoir de ce syndrome. Il faut donc étudier la manière dont ce syndrome est connu et appréhendé par le public aujourd'hui. D'une certaine manière, on doit répondre à la question suivante : qu'est-ce qui peut rendre ce syndrome « populaire » ?

2.1 Reconnaissance du Syndrome d'Asperger par la science

2.1.1 Questions épidémiologiques soulevées par le progrès des connaissances

Dans son introduction à son ouvrage principal sur le Syndrome d'Asperger, après avoir évoqué les progrès accomplis dans la connaissance de ce syndrome, mais aussi le manque de moyens actuels pour organiser son dépistage et son diagnostic sur la planète, T. Attwood [**10**] a cette réflexion qui pourrait avoir valeur de prémonition : « Il y aura bientôt une déferlante d'adultes en quête d'un diagnostic. Ils forment la génération qui a manqué l'occasion d'être reconnue et comprise ».

On a vu dans la première partie que la prévalence du Syndrome d'Asperger est l'objet de débats. Notamment puisque le syndrome lui-même est contesté comme entité séparée des Troubles du Spectre Autistique sans déficit intellectuel. Néanmoins on peut effectivement suivre T. Attwood dans son raisonnement général : si l'on connaît et décrit un syndrome, mais

qu'on n'organise pas son diagnostic sur le territoire, il est logique d'imaginer que nombre d'individus concernés échappent à la connaissance de leur état.

Est-ce à déplorer ? Faut-il à tout prix dépister et diagnostiquer un syndrome qui passe inaperçu ? La réponse à cette question est faite par les personnes ayant elles-mêmes reçu un tel diagnostic, comme on le verra ci-après. Toujours est-il qu'il n'est pas surprenant de voir de plus en plus d'adultes en consultation diagnostique, du fait des avancées de la connaissance. Néanmoins, ceci n'est possible que parce que le public a lui-même une bien meilleure connaissance de l'existence de ce syndrome et de ses manifestations.

2.1.2 Succès public des ouvrages de vulgarisation par de grands spécialistes

De grands spécialistes de l'autisme se sont consacrés aux formes dites sans déficit intellectuel (dont le Syndrome d'Asperger). Ils y ont parfois consacré leur vie en tant que chercheurs, mais ont pour certains aussi eu à cœur de diffuser leurs découvertes au plus grand nombre, afin de faire connaître (et reconnaître) ce syndrome qui passe souvent inaperçu. Ils l'ont fait avec talent, en vulgarisant le plus possible les termes scientifiques, sans pour autant simplifier le propos. Ces ouvertures au grand public ont rencontré un succès de librairie immense. C'est le cas notamment des ouvrages de T. Attwood [**10**] et P. Vermeulen [**45**]. En y associant le témoignage de personnes ayant un Syndrome d'Asperger (voire la participation même à la rédaction, comme J. Schovanec pour la traduction française de l'ouvrage de T. Attwood), ils ont eu une approche sociologiquement intéressante : sans perdre leur légitimité de scientifiques, ils rendaient concret leur propos, touchant ainsi un public bien plus large que ce qu'un tel genre de publication spécialisée aurait pu espérer toucher. Il est certain que leurs ouvrages ont contribué à ce qu'un certain nombre de personnes adultes se posent la question du syndrome pour eux-mêmes.

2.1.3 Développement des CRA

La prise de conscience progressive, à différents endroits de la planète (Australie, Europe, Amérique du Nord), de l'ampleur du sous-diagnostic de l'autisme en général, et l'amélioration des outils standardisés pour ce diagnostic, ont permis la création de centres spécialisés d'évaluation et de conseil. En France, cela s'est concrétisé par la création des CRA sur l'ensemble du territoire, département par département. Leurs missions sont multiples [**15**] : diagnostic, conseil et accompagnement du public, mais aussi formation des professionnels, et

diffusion des connaissances (notamment à travers les centres de documentation spécialisée, gérés par des documentalistes compétents et très disponibles pour les professionnels comme pour le public). Ils contribuent eux-aussi à la diffusion des connaissances sur le Syndrome d'Asperger. Il est logique qu'aujourd'hui beaucoup d'adultes se tournent vers eux pour demander un bilan diagnostique.

2.2 Définition possible comme différence et non comme pathologie

2.2.1 Le concept scientifique d'intelligences multiples

Les recherches contemporaines sur les particularités de fonctionnement cognitif chez les individus ayant un Trouble du Spectre Autistique sans déficit intellectuel ou un Syndrome d'Asperger viennent bousculer progressivement les théories les unes après les autres. Elles autorisent certains chercheurs comme L. Mottron [**9**] et M. Dawson [**46**] (chercheuse ayant elle-même le Syndrome d'Asperger), à développer une conception de l'autisme, non comme un déficit dans un ou des domaines particuliers du fonctionnement cérébral, mais comme un type particulier de fonctionnement (voire d'hyperfonctionnement) de certaines fonctions perceptives ou cognitives, et donc comme un type particulier d'intelligence. Ceci a contribué à diffuser l'idée que l'autisme n'est ni une maladie, ni un déficit, mais une différence.

Dans ce cadre référentiel, ce n'est que parce que les personnes avec autisme sont minoritaires, qu'ils rencontrent des difficultés d'adaptation sociale. Puisque le monde n'est organisé que pour et par des personnes non autistes. Or, à partir du moment où l'autisme n'est plus vu comme une maladie, mais comme une différence, il est peut-être plus facile pour un individu qui souffre de difficultés multiples sur le plan socio-affectif, de s'identifier à cette « différence », que de se confronter aux sources le plus souvent inconscientes de ses souffrances.

2.2.2. Diffusion des témoignages

Les trois personnes dont on a retracé le bilan au CRA se sont reconnues dans les lectures d'autobiographies de personnes ayant un Syndrome d'Asperger, comme celles de Temple Grandin [**47**]. Ces écrits existent depuis les années 1980, et ont rencontré au fur et à mesure de plus en plus de succès, notamment sous des versions « de poche » accessibles dans toutes les librairies. Outre Temple Grandin, on peut citer notamment les autobiographies de Liane

Holliday Willey [**48**], Gunilla Gerland [**49**], Daniel Tammet [**50**], ou Josef Schovanec [**51**]). Elles ont permis au grand public d'entrer dans l'univers mental des personnes ayant un Syndrome d'Asperger. Ces auteurs ont été sollicités par les équipes de recherche et par les associations, et sont devenus parfois de véritables spécialistes du sujet lui-même, avec des compétences universitaires en Philosophie ou en Sciences de l'Education par exemple, et publiant des essais sur le syndrome comportant leur point de vue à la fois scientifique, social et culturel (T. Grandin [**52**], J. Schovanec [**53**]) et des sortes de « guides de survie » pédagogiques (T. Grandin [**54**], Rudy Simone [**55**]).

Depuis la « révolution Internet », le phénomène a pris une toute autre ampleur grâce aux blogs, dans lesquels on trouve un peu de tout. A côté des sites web des associations officielles, on trouve un nombre considérable de blogs de témoignage personnel (comportant parfois des vidéos de guidance au quotidien), et de forums de discussion sur le sujet, où chacun peut donner son avis. On ne citera pas d'exemple ici compte tenu de la profusion de ces sites, mais il suffit d'entrer « Asperger » comme mot-clé dans n'importe lequel des moteurs de recherche du web, pour se rendre compte de ce phénomène. Certains de ces sites web transmettent des grilles d'auto-questionnaires rapides, comme l'Aspi Quizz, et qui sont ainsi diffusés à grande échelle. Parmi ces sites web, seuls ceux des associations reconnues d'utilité publique comme Autisme France [**56**] diffusent des descriptions cliniques complètes du syndrome et expliquent les recommandations officielles de l'HAS pour le diagnostic.

Or, sans rappel de précautions autour du diagnostic, on est en droit de penser (et les cas cliniques que nous avons rapportés le montrent), qu'un « effet barnum » est probable pour beaucoup de lecteurs de ces contenus web, voire même pour des lecteurs des récits autobiographiques authentiques cités plus haut. « L'effet barnum » ou « effet de validation subjective » a été décrit en 1940 par le psychologue B. Forer [**57**], qui a soumis ses étudiants à un test de personnalité consistant dans la présentation de la même description, construite à partir d'un recueil d'horoscopes. Il a identifié par ce moyen un biais subjectif induisant toute personne à accepter une vague description de la personnalité comme s'appliquant spécifiquement à elle-même. Le terme « effet barnum » serait emprunté au psychologue P. Meehl en référence aux talents de manipulateur de l'homme de cirque Phineas Taylor Barnum. C'est cet effet d'auto-validation subjective qui est à la base des pseudo-sciences comme l'astrologie, la voyance, etc.

On peut noter ici que l'un des éléments qui a conforté Mme B. dans sa demande au CRA a été le fait de remplir l'Aspi Quizz sur internet et d'obtenir un résultat positif.

2.2.3. Représentation dans les films et les médias

Mme C. rapporte à un moment du bilan l'intérêt qu'elle a porté au film « Le goût des merveilles ». Ce film récent met en scène, au sein d'une romance, un personnage masculin ayant le Syndrome d'Asperger et qui possède des capacités intellectuelles exceptionnelles dans le calcul mental. Les représentations de personnes ayant un Syndrome d'Asperger dans les œuvres de fiction correspondent le plus souvent au cas pourtant rare des fameux « savants autistes ». Tout le monde connaît « Rain Man », le film américain de 1988, dans lequel Dustin Hoffman interprète un tel personnage.

Récemment, B. Chamak [**58**] a publié une étude sur les représentations de l'autisme à l'écran, qu'il s'agisse de films de cinéma ou de productions télévisuelles. Elle conclut à une augmentation progressive du nombre de productions mettant en scène des personnages ayant un Syndrome d'Asperger, et possédant des qualités originales valorisantes au sein de difficultés sociales néanmoins toujours montrées. Elle fait l'hypothèse d'une certaine fascination contemporaine pour des personnes qui présentent des difficultés d'interaction sociale, mais qui possèdent certaines compétences étonnantes. Ceci rejoint les conclusions de F. Pourre et al. [**59**], qui décrivent par ailleurs les fonctions retenues pour les personnages avec Syndrome d'Asperger dans les œuvres de fiction actuelles : intriguer, fasciner, susciter l'empathie, provoquer parfois le rire par comique de situation, interroger notre vision du monde. Ces auteurs font l'hypothèse d'un déplacement des « figures de héros » vers le milieu de la communauté « geek », et de questionnements actuels sur une société individualiste en mal d'empathie.

S. Kato [**60**] va encore plus loin et propose d'appeler « aspergirisation de la société contemporaine » un excès de la valeur logique sur la valeur empathie. Il pose la question de savoir si cette évolution des contraintes sociales environnementales pourrait éventuellement pousser les individus à « s'aspérigiser » de manière artificielle, c'est-à-dire plaquée et non véritablement syndromique. Selon lui, cette possibilité trouverait éventuellement écho dans l'augmentation du nombre de cas actuels de diagnostic positifs du syndrome.

Il n'est pas impossible que les personnalités décrites dans cet exposé aient aussi été soumises à ce phénomène identificatoire sociétal.

2.3 Création d'un sous-groupe social

2.3.1 Mouvements culturalistes

A partir des travaux des chercheurs en neurosciences comme ceux de L. Mottron sur les différentes formes d'intelligence, et à partir des autobiographies des personnes avec Syndrome d'Asperger et de leur combat pour faire reconnaître leur différence, s'est constitué progressivement tout un champ lexical et conceptuel nouveau. Des personnes avec autisme, constituées en associations, ont en effet développé un langage particulier pour s'auto-désigner socialement et se reconnaître autrement que par le terme d'autisme, connoté négativement. « Neuroatypique », « Aspi(e) » : ces nouveaux mots sont devenus presque « à la mode ». Chez les plus jeunes femmes, on a pu voir fleurir des désignations presque séduisantes comme « les Aspergirls », à la limite de la culture pop.

B. Chamak [**61**] reprend l'histoire du concept de « neurodiversité » : selon elle, ce concept aurait été forgé par Judy Singer, une australienne dont la mère et la fille ont reçu le diagnostic de Syndrome d'Asperger. Le concept de « neurodiversité » se traduirait dans la vie quotidienne surtout comme différence entre une « neurotypicité « (le fonctionnement majoritaire), et une « neuroatypicité » (le fonctionnement minoritaire). Cette distinction serait à l'origine d'un mouvement activiste de reconnaissance de l'originalité, avec un discours culturaliste. Elle s'associerait à une redéfinition de la notion du handicap, vécu de manière politique comme un combat des minorités contre les majorités normatives.

Dans cette conception co-existeraient sans contradiction la revendication d'une meilleure acceptation sociale, d'une « normalisation » du regard social, et la revendication de la reconnaissance d'un handicap au sens de la définition de l'HAS. Dans cette définition en effet l'environnement joue un rôle : c'est l'inadéquation entre ce qu'aménage la société et les particularités que présentent la personne, qui crée le handicap. Et c'est à la société de trouver des solutions d'aménagement pour réduire la situation de handicap.

On peut noter que les trois personnes dont nous avons retracé le bilan diagnostique ici avaient toutes dans leur demande également celle de la RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) du fait de leurs difficultés d'insertion professionnelle.

2.3.2 Groupes de rencontre

Dans le champ des mouvements associatifs nouvellement créés autour de l'autisme et du Syndrome d'Asperger, qu'ils soient activistes ou non, se trouvent de nombreux lieux de socialisation. Café Asperger, Clubs, Association Asperger-amitié, etc. Ici c'est la dimension de socialisation qui est recherchée. Au travers de moments de convivialité s'organisent des activités, des sorties, et de l'entraide. Ce sont des lieux de partage et de vie sociale, depuis la reconnaissance implicite d'une identification au Syndrome d'Asperger ou à l'autisme.

Mme A. par exemple y a rencontré son compagnon actuel, et y trouve un bienfait. On peut légitimement penser que cette offre de socialisation identitaire a été un facteur renforçateur dans sa demande de diagnostic au CRA.

2.3.3 Le cas particulier des mouvements féministes

Les nombreux récits autobiographiques des femmes adultes avec Syndrome d'Asperger font état d'un parcours de vie marqué par une forme « d'invisibilité » de leur souffrance. A partir de ces récits s'est développée l'idée que les femmes ayant un Syndrome d'Asperger auraient une plus grande capacité d'adaptation aux exigences du monde social. Ce qui serait à l'origine d'un sous-diagnostic. Cette thèse est défendue à la fois dans des mouvements associatifs regroupant spécifiquement des femmes ayant un Syndrome d'Asperger, et par certains auteurs comme T. Attwood [**10**]. Il n'existe pas à l'heure actuelle d'études scientifiques épidémiologiques ou comportementales, qui permettent de confirmer cette hypothèse. D'autant plus que les études épidémiologiques concernant l'autisme infantile typique ont toujours confirmé une large sur-représentation des garçons par rapport aux filles, de l'ordre de 4 pour 1 [**12**], ce qui n'a peut-être pas encouragé les chercheurs à des investigations spécifiques concernant le Syndrome d'Asperger chez la femme. Néanmoins cette hypothèse a sa valeur. Elle a pu faire l'objet d'interprétations explicatives diverses, notamment culturelles et politiques, parfois reprises par les mouvements féministes. La plus grande adaptation des femmes au handicap que constitue le Syndrome d'Asperger, a pu être reliée à des attentes culturelles plus conformistes vis-à-vis des femmes que vis-à-vis des hommes dans certaines sociétés. Rudy Simone [**55**] a rédigé un manuel pédagogique spécifiquement destiné aux femmes ayant le Syndrome d'Asperger, pour guider celles-ci dans leur auto-dépistage comme dans leur vie quotidienne. A ce titre, elle a rédigé un autoquestionnaire spécifique [**ANNEXE**] dont les critères sont très larges et qui pose lui aussi la question du risque « d'effet barnum ».

Conclusion

A l'issue de ce chapitre, on peut faire l'hypothèse que les cas cliniques rapportés relèvent très probablement de la rencontre entre une psychopathologie ancienne (hystérie, troubles du narcissisme) et un contexte scientifique et socio-culturel récent, qui favoriserait l'identification possible de certaines personnes plus « fragiles » dans leur identité, à des personnes ayant un Syndrome d'Asperger.

3. Réflexions et propositions

Au-delà des pièges psychopathologiques propres aux personnalités décrites dans cet exposé et du renforcement par un contexte socio-culturel favorisant, essayons maintenant d'identifier ce qui peut rendre méthodologiquement difficile le diagnostic différentiel du Syndrome d'Asperger chez l'adulte (en amont comme pendant le bilan) afin de faire quelques propositions.

3.1 Difficultés méthodologiques du diagnostic à l'âge adulte

3.1.1 Une clinique subtile

L'évolution naturelle de l'ensemble des Troubles du Spectre Autistique au cours de la vie se fait vers une relative atténuation des signes. Cette évolution a été constatée de tous temps, qu'il y ait prise en charge de soin ou pas. Elle passe par un certain nombre d'étapes qui correspondent aux âges de la vie. Si l'entrée en classe maternelle constitue le plus souvent un moment de chute adaptative où les signes semblent tout d'un coup apparaître, et si la crise pubertaire peut également compliquer les choses, on constate une amélioration qui peut être interprétée comme la mise en place naturelle et progressive de mécanismes de compensation du handicap par le sujet lui-même [**9**].

Dans le cas du Syndrome d'Asperger, cela est d'autant plus remarquable que l'accès au langage et à une intelligence performante constituent des outils précieux pour le développement de ces mécanismes de compensation. On a pu voir précédemment [**44**] que l'apparition progressive au cours de la vie d'un désir d'intégration sociale pouvait favoriser l'apprentissage de comportements sociaux adaptatifs par mimétisme. Aussi s'attend-on, au CRA ou ailleurs, à une présentation clinique plus subtile du syndrome chez l'adulte. On peut ainsi être enclin à accorder une attention plus importante à tel vécu rapporté par la personne qui consulte, ou bien à tel détail comportemental constaté lors de la rencontre avec lui.

La connaissance de la « compensation » féminine spécifique du handicap, est également particulièrement importante lors de l'accueil d'une demande faite par une femme adulte pour une suspicion de Syndrome d'Asperger. On est en droit de penser que cette connaissance a pu jouer un rôle important dans le fait de retenir les demandes des trois femmes prises comme cas d'étude pour ce travail.

1.1.2 Une adresse initiale problématique

Il est évident que la nature de l'adresse entre dans les paramètres qui vont déclencher le bilan ou non. Si la demande est spontanée, elle risque d'être soumise à discussion. Si la demande est soutenue par un psychologue ou un médecin psychiatre qui adresse un courrier étayant l'hypothèse, elle a *a priori* plus de chance de mener à la poursuite du bilan, comme le recommande l'HAS [**15**].

Si un professionnel a déjà fait passer des questionnaires de dépistage, cela contribue également à reconnaître plus de sérieux à la demande, même si les auto-questionnaires ont moins de valeur que l'ADI. Pour faire passer ce dernier, encore faut-il que le spécialiste ait toute l'expérience nécessaire pour savoir expliciter les questions, savoir recueillir les éléments appropriés ainsi que coter correctement les items. Il faut aussi que les conditions de passations puissent être respectées.

1.1.3 Une rigueur nécessaire pour tous les éléments du bilan : le cas de l'ADI

Dans le cas de Mme B., on a pu constater comment le refus de cette personne de convier ses parents à l'entretien rétrospectif a déclenché une surcote dans quasiment tous les items. A partir du moment où une personne pense qu'elle a un syndrome particulier, elle va avoir tendance à donner des réponses allant dans le sens des signes recherchés (qui sont décrits par

l'interviewer justement pour aider à leur repérage). De plus, il est évident que la personne adulte concernée par le diagnostic n'a pas le souvenir des toutes premières années, et que le souvenir des années charnières retenues pour le diagnostic (4-5 ans) est faible. Enfin, même si elle se souvient précisément de beaucoup de choses, cela reste son souvenir, donc son vécu subjectif, et non une observation par autrui (un parent), forcément plus objective même si elle comporte une dimension subjective inévitable.

De ce point de vue les recommandations des concepteurs de l'ADI ainsi que de l'HAS pour la passation de cet entretien structuré sont claires. Leur non-respect introduit un défaut dans la qualité globale du bilan diagnostic [**23**]. L'ADI est nécessaire pour corriger les critères possiblement sur-inclusifs (car trop vagues) du DSM. Mais il ne faudrait pas que cet outil précieux devienne contre-productif...

3.2. Pistes de recherches sur la demande diagnostique adulte

On a vu dans la première partie que L. Mottron pointait dès 2004 [**9**] une tendance à l'augmentation du nombre de personnes adultes se reconnaissant dans les biographies des personnes adultes, et la possibilité d'un trouble simulé ou d'une avidité histrionique à se reconnaître dans des syndromes médiatiques. Le cas des patientes retenues pour ce travail confirme cette possibilité. Est-ce à dire qu'il s'agit d'un phénomène endémique mondial dont il faudrait s'inquiéter ? Qu'en est-il des demandes initiales chez les praticiens de ville ?

3.2.1 Centres spécialisés

A l'échelle du CRA d'Amiens, on peut identifier une augmentation de ce type de demandes, mais sans valeur statistique significative du fait du petit nombre de cas. Qu'en est-il à l'échelle nationale ou internationale ?

Sur le territoire national, on pourrait mener une étude multicentrique impliquant l'ensemble des CRA territoriaux, et compiler les données suivantes afin de les analyser : toutes les adresses adultes pour suspicion de Syndrome d'Asperger, le nombre de bilans menés, les motifs de refus de bilan, les résultats de ces bilans, le ratio diagnostic confirmé/invalidé, et les diagnostics différentiels retenus si le Syndrome d'Asperger a été invalidé.

A l'échelle internationale (notamment dans les pays francophones), on pourrait mener le même type d'étude et tenter de repérer s'il existe une tendance, si elle est locale ou généralisée.

3.2.2 Autres professionnels

Il pourrait être intéressant également de faire une enquête auprès des divers professionnels qui peuvent recevoir les premières demandes diagnostiques ou interrogations sur le syndrome : psychiatres, psychologues, médecins généralistes libéraux. Centre médico-psychologiques pour adultes.

Une telle enquête aurait le mérite d'y voir plus clair sur le niveau de connaissance général des professionnels sur le syndrome. Et d'identifier la façon dont ils peuvent soit jouer le rôle positif de dépistage qu'on pourrait leur conférer, soit le rôle de « renforçateurs » de convictions erronées. La parole du professionnel a un poids symbolique non négligeable et un diagnostic trop vite évoqué comme probable peut embarquer rapidement une personnalité en quête identitaire dans une mauvaise direction.

3.3. Propositions pour le diagnostic

Dans l'objectif d'éviter certaines mauvaise adresses, ou tout simplement de mieux dépister le trouble à l'âge adulte, on peut évoquer les propositions suivantes à l'échelle nationale :

3.3.1 Formation des psychiatres et psychologues pour adultes

Une meilleure formation au diagnostic du Syndrome d'Asperger en général, et plus particulièrement à l'âge adulte, pourrait être dispensée dans les U.F.R de médecine et de psychologie. Peu d'internes en psychiatrie, peu d'étudiants psychologues, ont la chance de pouvoir faire un stage dans un CRA. Et les troubles du spectre autistique, qui font l'objet d'enseignement théoriques au cours du cursus, éludent peut-être le cas du Syndrome d'Asperger dans sa forme évoluée chez l'adulte.

Cet enseignement devrait intégrer également les formations continues des professionnels en exercice.

La responsabilité de cette formation pourrait être une des (nombreuses) missions des CRA lorsque, progressivement, ceux-ci se seront dégagés de la tâche immense actuelle de poser l'essentiel des diagnostics de Trouble du Spectre Autistique selon les recommandations. Ceci sera possible lorsque l'ensemble des plateformes à venir de diagnostic de l'autisme, au moins dans sa forme typique, sera développé.

3.3.2 Organisation des adresses au CRA

Compte tenu de la subtilité du diagnostic, son dépistage pourrait être réservé aux professionnels de santé mentale ayant reçu une formation comme proposée ci-dessus. Les médecins généralistes sollicités sur ce sujet pourraient renvoyer directement la personne vers de tels spécialistes. Puis, après un premier avis spécialisé de dépistage, une adresse pourrait être formulée vers un CRA pour le diagnostic lui-même, qui implique nécessairement une équipe pluridisciplinaire.

Des équipes spécialisées dans le diagnostic et l'accompagnement des troubles du spectre autistique à l'âge adulte pourraient être créées dans chaque CRA sur chaque territoire et non pas seulement dans les plus grandes métropoles comme c'est le cas pour l'instant. Un projet de ce type est actuellement en cours de dépôt au CRA de Picardie.

3.3.3 La difficile question des bilans à vocation de réorientation :

Malgré tout, reste la question de savoir comment répondre à une demande « pathologique ». Lorsqu'on a déjà beaucoup d'éléments en défaveur du diagnostic en amont du bilan (lors de l'adresse, ou à l'issue du premier entretien), mais que la personne qui consulte pour un diagnostic a placé un enjeu majeur dans le fait de pouvoir effectuer ce bilan, quelle attitude avoir ?

Pour deux des cas cliniques exposés dans ce travail, cette question s'est posée. L'équipe du CRA de Picardie a choisi d'accéder à la demande. Principalement avec l'idée que les personnes concernées pourraient peut-être ensuite être réorientées vers des psychothérapeutes pouvant mieux répondre à leur problématique. Il serait intéressant de savoir aujourd'hui si les patientes concernées ont pu « faire le deuil » de leur identification pathologique à ce syndrome.

CONCLUSION

A l'origine de ce travail se trouvaient deux interrogations : un diagnostic psychiatrique peut-il être désiré alors que l'on ne souffre pas du trouble en question ? Et si oui, pourquoi spécifiquement celui du Syndrome d'Asperger ?

On peut désormais répondre à ces deux questions. Un diagnostic psychiatrique peut être désiré, comme un diagnostic de maladie somatique, alors même que l'on n'en souffre pas. Ce désir viendrait paradoxalement répondre à certaines angoisses liées à la vie psychique. Il peut s'agir d'angoisse de castration hystérique, d'angoisse d'anéantissement limite, ou de la réalisation de certains fantasmes masochistes d'échec. Le Syndrome d'Asperger, quant à lui, vient tout trouvé pour cela. La difficulté d'authentifier ses signes (qui plus est chez l'adulte), sa définition possible comme une différence (et non comme un trouble), et enfin sa médiatisation actuelle (qui lui confère une valeur sociale), sont venus progressivement rencontrer certaines des angoisses multiformes de la psychopathologie humaine.

Les personnes ayant véritablement un Syndrome d'Asperger sont loin de désirer leur propre sort, et souffrent des conséquences sociales et affectives de ce syndrome. Il est ainsi paradoxal de découvrir que d'autres personnes peuvent s'identifier à ce destin difficile. Un tel croisement des formes humaines de souffrance psychique interroge le médecin et le psychologue, comme le sociologue. Il convient de tenter d'y répondre au mieux, au plus près de chaque individu et de son histoire.

Alors que de très nombreuses équipes tentent de percer les mystères du fonctionnement autistique, l'amélioration des possibilités d'objectivation des particularités sensorielles vécues permettrait notamment de contribuer à un meilleur diagnostic différentiel vis-à-vis de troubles psychiques comportant des dimensions somatoformes. Par ailleurs, une meilleure organisation de l'adresse vers la consultation diagnostique spécialisée des CRA serait souhaitable.

Liste des traits caractéristiques des femmes Asperger

(Tableau tiré du livre de Rudy Simone "L'Asperger au féminin"; traduction libre par E. Fleurot)

Apparence / Habitudes personnelles	Intellect / Dons / Education / Vocation	Emotionnel / Physique	Social / Relationnel
- Porte des vêtements pratiques et confortables. - Ne passe pas beaucoup de temps à se maquiller et se coiffer. La coiffure doit être du type "wash and wear" (rapide à laver/coiffer). Peut apprécier de ne pas se maquiller du tout de temps à autre. - Personnalité excentrique, qui peut se refléter dans l'apparence. - Fait plus jeune que son âge, dans son allure, ses vêtements, son comportement et ses goûts. - Généralement un peu plus expressive de visage et dans ses gestes que ses homologues masculins. - Peut présenter de nombreux traits androgynes, malgré une apparence féminine. Se voit elle-même mi-masculine/mi-féminine. (bon équilibre anima/animus) - Peut ne pas avoir un sentiment	- Peut avoir été diagnostiquée autiste ou Asperger dans l'enfance, ou peut avoir été qualifiée de surdouée, timide, hypersensible, etc. Peut aussi avoir eu des soucis d'apprentissage sévères. - Souvent musicienne, artiste. - Peut avoir une aptitude particulière, un ou plusieurs talents spécifiques. - Peut montrer un grand intérêt pour les ordinateurs, les jeux, la science, le graphisme, le design, tout ce qui touche au technologique ou au visuel. Les plus verbales peuvent s'intéresser à l'écriture, aux langues, à la sociologie, à la psychologie. - Peut avoir appris à lire seule, avoir été un enfant hyperlexique (capacité à déchiffrer n'importe quel mot avant 5 ans), et présenter une grande variété d'autres capacités acquises en autodidacte. - Peut avoir fait des études supérieures, mais avoir dû se battre avec les aspects sociaux de l'université. Peut avoir	- Immaturité et hypersensibilité émotionnelle. - L'anxiété et la peur sont les émotions prédominantes. - Plus encline à parler de sentiments et de soucis émotionnels que les hommes Asperger. - Hyperesthésie (hypersensibilité auditive, visuelle, olfactive, tactile), sens "surchargés". Moins enclines à avoir des problèmes avec le goût ou la texture des aliments que les hommes. - Humeur changeante et tendance à la dépression. Peut avoir été diagnostiquée bipolaire ou maniaco-dépressive (comorbidité fréquente avec l'autisme ou le SA) quand le diagnostic de SA n'a pas été posé. - A probablement reçu différents traitements pour ses symptômes. Peut être très sensible aux médicaments et à tout ce que son corps va absorber, peut donc ressentir facilement des effets secondaires indésirables.	- Mots et actes souvent mal compris par les autres. - Vue comme froide et égocentrique, inamicale. - Parfois très bavarde, peut s'enflammer quand elle parle de ses passions ou intérêts particuliers. - Peut être très timide ou mutique. - Comme ses homologues masculins, se tait dans les situations sociales une fois "submergée", mais se montre généralement plus sociable à petites doses. Peut donner l'impression de gérer, mais c'est un rôle qu'elle joue. - Sort peu. Préfère sortir seule avec son compagnon ou ses enfants si elle en a. - A peu d'amies et a peu d'activités "de fille" comme le shopping ou les sorties entre femmes. - A un(e) meilleur(e) ami(e) ou des ami(e)s à l'école, mais plus une fois

d'identité fort et peut être un caméléon, spécialement avant le diagnostic. - Aime se réfugier dans la lecture ou le cinéma, surtout la science-fiction, la fantasy, ou la littérature enfantine. - Le contrôle devient une technique de gestion du stress : règles, discipline, rigidité dans certaines habitudes, qui sont en contradiction avec son apparente excentricité. - Généralement plus heureuse à la maison ou dans un environnement "contrôlé".	validé partiellement un ou plusieurs diplômes. - Peut être très passionnée par un cursus ou un travail, puis changer d'orientation ou y devenir rapidement complètement indifférente. - A souvent des problèmes pour garder un emploi et trouve la recherche d'emploi ardue. - Très intelligente, mais peut parfois se montrer lente à comprendre à cause de son processus cognitif et sensoriel. - Ne s'en sort pas bien avec les instructions verbales : doit noter ou faire des schémas. - A des intérêts particuliers, mais moins inhabituels que ceux de ses homologues masculins (elle est moins disposée à être fan des trains, par exemple).	- 9 sur 10 ont de lourds soucis gastro-intestinaux (ulcères, remontées acides, syndrome du côlon irritable, etc). - Stéréotypies pour s'apaiser si elle est triste ou agitée: se balance, se frotte le visage, fredonne, fait claquer ses doigts, fait tressauter sa jambe, tape avec le doigt ou le pied, etc. - De même quand elle est heureuse : bat des mains, tape dans ses mains, chante, saute, court, danse, sautille. - Encline aux crises de colère ou de larmes, même en public, parfois pour des causes apparemment anodines (en raison de la surcharge sensitive ou émotionnelle). - Déteste l'injustice et déteste se sentir incomprise, ce qui peut entraîner colère ou rage. - Facilement mutique quand elle est stressée, contrariée ou bouleversée, surtout après une crise. Moins encline au bégaiement que les hommes, mais peut avoir une voix rauque, parfois monotone, quand elle est stressée ou triste.	adulte. - Peut désirer ou pas avoir une relation sentimentale. Si elle a une relation, elle la prend sans doute très au sérieux, mais elle peut choisir de rester seule ou célibataire. - En raison de ses soucis sensoriels, peut soit vraiment apprécier les relations sexuelles soit les détester. - Si elle apprécie un homme, elle peut être extrêmement maladroite dans ses tentatives pour le lui faire comprendre (par exemple le fixer du regard ou l'appeler sans cesse). Cela s'explique par une fixation et une mauvaise compréhension des rôles sociaux selon le genre. Cela change avec l'expérience. - Préfère souvent la compagnie des animaux, mais pas toujours, à cause des soucis d'hyperesthésie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Asperger H. *Die autistischen Psychopathen Im Kindesalter.* Archiv fur Psychiatric und Nervenkranheiten 1944 ; (177), 76-137

2. Kanner L. *Autistic disturbances of affective contact*. Nervous Child 1943, (2), 217-250

3. Wing L. *Asperger's Syndrome : a clinical account*. Psychological Medicine 1981, (11), 115-130

4. Gillberg C, Gillberg IC. *Asperger's Syndrome - some epidemiological considerations : a research note.* Journal of Chil Psychology ans Psychiatry 1989, (30), 631-638

5. Szatmari P, Bremner R, Nagy J. *Asperger's syndrome : a review of clinical features*. Canadian Journal of Psychiatry. 1989, (34), 554-560

6. Organisation Mondiale de la Santé. *Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes*. 10ème révision 1999., Genève.

7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Fourth edition* revised. 2000. American Psychiatric Publishing.

8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Fifth edition*. 2013. American Psychiatric Publishing.

9. Mottron L. *L'Autisme, une autre intelligence*. *Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelles.* 2004. Mardaga. Bruxelles.

10. T. Attwood. The complete guide to Asperger's Syndrome. 2006. Jessica Kingsley Publishers. London.

11. Szatmari P. *Differential diagnosis of Asperger disorder.* In *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism*. Schopler et al. Plenum Press. New York. 1998

12. Haute Autorité de Santé. *Autisme et autres troubles envahissants du développement. Etat des connaissances, hors mécanismes physiopathologique, psychopathologiques et recherche fondamentale.* 2010. (en ligne)

13. Haute Autorité de Santé. *Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Recommandations pour la pratique clinique. 2018. (en ligne)

14. Boschi A. Planche P. Vaivre-Douret L. *Syndrome d'Asperger et HPI : de la complexité du diagnostic à la question de l'étiologie.* Revue de santé scolaire et universitaire (novembre 2016), Vol. 7 n.42, p.21-23

15. Haute Autorité de Santé. *Autisme et autres troubles envahissants du développement. Diagnostic et évaluation chez l'adulte*. Recommandations pour la pratique clinique. 2011. (en ligne)

16. Lopez-Perez B. Ambrona T. Gummerum M. *Interpersonal emotion regulation in Asperger's syndrome and borderline personality discorder.* Br J Clin Psychol. Mars 2017. 56 (1) : 103-113

17. Dell'Osso L. Mirko Cremone I. Carpita B. Fagiolini A. Massimetti G. Bossini L. et al. *Correlates of autistic traits among patients with borderline personality discorder*. Comprehensive psychiatry. 2018. 83, 7-11

18. Lai M-C, Baron-Cohen S. *Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions.* Lancet Psychiatry 2015 ; 2 : 1013-27

19. Ozonoff S. Young G-S. Carter A. Messinger D. Yirmina N. Zwaigenbaum L. et al. *Recurrence risk for autism spectrum disorders : a Baby Siblig research Consortium study.* Pediatrics ; Septembre 2011 ; 128(3) : e488-95

20. Bailey A. Le Couteur A. Gottesman I. Bolton P. Simonoff E. Yuzda E. et al. *Autism as a strongly genetic discorder : evidence from a Brittish twin study.* Psychol Med. Janvier 1995 ; 25 (1) : 63-77

21. Lichtenstein P, Carlström E. Rastam M. Gillberg C. Anckarsäter H. *The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in chilhood.* Am J Psychiatry. Nov 2010 ; 167 (11) : 1357-63

22. Schultz R-T. Gauthier I. Fulbright R-K. Anderson A-W. Volkmar. F et al. *Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome.* Arch Gen Psychiatry. Avril 2000 ; 57(4) : 331-40

23. Lord, C, Rutter M, et Le Couteur A. *Autism Diagnostic Interview Revised : A revised version of a diagnotic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders.* Journal of Autism and Developmental Disorders. 1994. 24 (5), 659-685

24. Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook EH, Leventhal B.L, DiLavore PC, Pickles A, Rutter M. *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic : A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism.* Journal of Autism and Developmental Disorders. 2000. 30 (3), 205- 223.

25. *Wechsler Adult Intelligence Scale—Fourth Edition (WAIS–IV).* Pearson Inc. (Copyright). 2008. Traduction française 2011.

26. Bucaille A., Grandgeorge M., Degrez C., Mallégol C., Cam P., Botbol M., Planche P., *Cognitive profile in adults with Asperger syndrome using WAIS-IV : Comparison to typical adults.* Research in Autism Spectrum Disorders. Janvier 2016. Volume 21.

27. Rorschach H. *Psychodiagnostic : Texte imprimé : méthode et résultats d'une expérience diagnostique de perception : interprétation libre de formes fortuites,* Paris, Presses universitaires de France, 2000.

28. *Social Behaviour color cards.* Speechmark Publishing Ltd. (Copyright). 1999.

29. Horwitz E-H. Schoevers R-A. Ketelaars C-E-J. Kan C-C. Van Lammeren A-M-D-N. Wouters S. et al. *Clinical assessment of ASD in adults using self -and other- report : Psychometric properties and validity of the Adult Social Behavior Questionnaire (ASBQ).* Research in Autism Spectrum Disorders. Avril 2016. Volume 24, p 17-28.

30. Loureiro D. Pio-Abreu J-L. Machado A. Gonçalves R. Cerejeira J. *Instruments for the Assessment of Autism Spectrum Disorders in Adult Without Intellectual Disabilities : a Systematic Review.* European Psychiatry. Mars 2015. Volume 30, Supplement 1, 28-30.

31. Sizoo B. *Predictability of Self-report Questionnaires (RAADS-R-NL, AQ-28 and AQ-10) in the Assessment of Autism Spectrum Disorders in Adults.* European Psychiatry. Mars 2015. Volume 30, Supplement 1, 28-30.

32. Campbell J-M. *Diagnostic assessment of Asperger's disorder : a review of five third-party rating scales.* J Autism Dev Disorder. Fevrier 2005. 35 (1) : 25-35.

33. Harrus-Révidi G. *Qu'est-ce que l'hystérie ?* Petite bibliothèque Payot. 1997

34. Freud S. *Dora.* S. Fischer Verlag GmbH. Frankfurt am Main. 1935

35. Nasio J-D. *L'hystérie ou l'enfant magnifique de la psychanalyse.* Rivages. 1990

36. Stern A. *Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses*. Psychoanalytic Quarterly. 1938. vol. 7

37. Kernberg O. *Les Troubles limites de la personnalité.* Dunod. coll. : Psychismes. 1997

38. Berjeret J. *La dépression et les états limites*. Science de l'homme Payot. 1987

39. André J. Chabert C. Donnet J-L, Fédida P. Green A. Widlöcher D. *Les états limites*. Puf. 1999

40. Roussillon R. Chabert C. Ciccone A. Ferrant A. Georgieff N. Roman P. Talpin J-M. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale.* Elsevier Masson, 2014

41. Lacan J. *Le Séminaire, livre XI.* (Texte établi par Jacques-Alain Miller). Seuil. Coll Le champ freudien. 1973.

42. Israël L. *L'hystérique, le sexe et le médecin.* Masson. 1976

43. Perrier F. *Structure hystérique et dialogue analytique*, in La Chaussée d'Antin, Œuvre psychanalytique II, Paris, Albin Michel, p. 231.

44. Mille C. *Réflexions sur la possible émergence d'un désir mimétique chez les personnes Asperger. Le désir mimétique, entre psychopathologie et neurosciences.* Psychiatrie française, n.4. 2015

45. Vermeulen P. *Brein bedriegt. Als Autisme niet op autisme lijkt.* Epo. 2013

46. Dawson M., Soulières I., Gernbacher M-A., Mottron L. *The level and nature of autistic intelligence.* Psychol Sci. Août 2007 ; 18 (8) : 657-652

47. Grandin T. *Labeled Autistic.* Arena Press. 1986

48. Hollyday Willey L. *Pretending to be normal : living with Asperger's Syndrome.* Jessica Kinsley Publishers ltd, 1999

49. Gerland G. *En riktig människa.* Cura Bokförlag, 1996

50. Tammet D. Je suis né un jour bleu. Oder and Stroughton. 2006

51. Schovanec J. *Je suis à l'Est !* Plon. 2012

52. Grandin T. et Panek R. *The autistic Brain, thinking across the Spectrum,* Rider, 2013

53. Schovanec J. *Nos intelligences multiples.* L'Observatoire. 2018

54. Grandin T. *Temple Talks about Autism and Sensory Issues,* Sensory World, 2015

55. Simone R. *Aspergirls Empowering Females with Asperger Syndrome.* Jessica Kinsley Publishers ltd, 2010

56. www.autisme-france.fr

57. Forer B.R. *The fallacy of personal validation : A classroom demonstration of gullibility.* Journal of Abnormal and Social Psychology. Vol 44. 1949. 118-123

58. Chamak B. *L'autisme à l'écran*. HAL archives-ouvertes (2015)

59. Pourre F. Aubert E. Andanson J. Raynaud J-P. *Le syndrome d'Asperger dans les oeuvres de fiction actuelles*, l'Encéphale (2012), 38, 460-466

60. Kato S. *Psychopathology of Asperger's syndrome and « aspergerisation » of the contemporary society*. Neuropsychiatre Enfance Adolescence (2011)

61. Chamak B. *Le concept de neurodiversité ou l'éloge de la différence*. HAL archives-ouvertes (2015)

RESUME

Introduction : La définition du Syndrome d'Asperger est actuellement en débat. Forme particulière de Trouble du Spectre Autistique sans déficit intellectuel, son diagnostic chez l'adulte est complexe. Il implique une équipe pluridisciplinaire qui réalise un bilan long et multiforme. Certaines demandes diagnostiques adultes paraissent parfois initialement fondées, et déclenchent un bilan qui pourtant conclut à de tout autres troubles. Ce travail tente de comprendre ce phénomène. **Matériel et méthodes**: Une revue scientifique est présentée afin de définir la méthode diagnostique recommandée chez l'adulte. Trois bilans de personnes adultes ayant fait une demande au Centre Ressources Autisme de Picardie, qui concluent à une absence totale de Trouble du Spectre Autistique ou de Syndrome d'Asperger, ont été retenus et analysés selon les critères sus-décrits. **Résultats :** L'analyse des résultats des bilans permet de retenir un diagnostic différentiel de trouble de la personnalité chez ces trois personnes. Ce trouble de la personnalité étant soit un trouble histrionique, soit un trouble borderline, soit un trouble narcissique. Les outils de psychopathologie analysant le fonctionnement psychique ont permis d'offrir une compréhension psychodynamique intéressante pour expliquer les signes présentés. **Discussion :** Il semble que de telles demandes diagnostiques relèvent de la combinaison entre trois facteurs. Il s'agirait d'une rencontre entre un champ de la pathologie psychique humaine, une certaine mise en lumière médiatique et sociale récente du Syndrome d'Asperger, et une difficulté scientifique à définir le trouble. **Conclusion :** Cette étude de cas permet de formuler quelques recommandations pour la pratique diagnostique, afin d'éviter qu'un tel phénomène se généralise.

Mots clés *: Syndrome d'Asperger, diagnostic différentiel, adulte, trouble de la personnalité, identification, société*

ABSTRACT

Introduction: Asperger Syndrome is an Autistic Spectrum Disorder without intellectual disability, the definition of which is currently a topic for debate. Its diagnosis is complex, relies on long-term observation, and requires the involvement of a multidisciplinary team. In certain cases, requests for a diagnosis might appear legitimate, but lead to the diagnosis of other types of troubles. This thesis examines this phenomenon. **Materials and methodology**: This work presents a scientific review used to identify the recommended diagnostic methodology for adults. Using these criteria, there follows an analysis of the cases of three adults who came forward to the Centre Ressources Autisme de Picardie, and which conclude a total absence of both Autistic Spectrum Disorder and Asperger Syndrome. **Outcome**: The analysis of the cases results in the diagnosis of different personality disorders for each of the three subjects. These are, respectively, histrionic, borderline and narcissistic troubles. Using psychopathological tools to analyse psychic operating mechanisms yields an interesting psychodynamic insights to explain the present symptoms. **Discussion**: It appears that such requests for diagnosis emanating from the patient stem from three factors: A certain type of psychic pathology, recent media and social focus on Asperger Syndrome, and the scientific difficulty in defining the Syndrome. **Conclusion**: This case study puts forward a number of recommendations for differential diagnostic practices to avoid the generalisation of such phenomena.

Keywords : *Asperger Syndrome, differential diagnosis, adult, personality disorder, identification, society*