

Le TED et ses associés

jeu-questionnaire

*Laurent Mottron,
Chantal Caron et Nicole Nadeau*

Une famille dont vous êtes le médecin traitant a un enfant inattentif, hyperactif, concentré sur ses jeux vidéo, qui présente des tics moteurs et qui a du mal à suivre en classe. Selon vous, ce tableau évoque un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité, un trouble envahissant du développement (TED) ou un syndrome de Gilles de la Tourette ?

Et maintenant, mettez vos connaissances à l'épreuve.

	Vrai	Faux
1. Les mouvements répétitifs ne sont pas pathognomoniques des TED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les diagnostics de dysphasie et de TED peuvent être posés chez le même enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. On observe des intérêts particuliers chez les enfants surdoués comme chez ceux qui présentent un TED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'existence de capacités spéciales (Ex. : aptitudes pour les chiffres ou le dessin, habiletés musicales, précocité de lecture, excellente mémoire) est essentielle au diagnostic d'un TED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les comportements agressifs sont rares chez les personnes présentant un TED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. L'enfant autiste est coupé des stimulations du monde extérieur. Il est « dans sa bulle ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Les enfants ayant un TED peuvent entendre des voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Les obsessions sont présentes dans plusieurs entités cliniques, dont le TED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Les particularités perceptives (hypo- ou hypersensibilité aux stimulations perceptives, aussi appelée trouble de la modulation sensorielle ou TMS) sont propres au TED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Le déficit d'attention peut coexister avec le TED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le Dr Laurent Mottron, psychiatre, est chercheur clinicien en autisme à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, à Montréal. Il est également professeur titulaire au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal. La D^{re} Chantal Caron, psychiatre, exerce à la Clinique d'évaluation des troubles envahissants du développement de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. La D^{re} Nicole Nadeau, pédopsychiatre, exerce au service de consultation externe de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et est professeure adjointe de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Réponses

1 *Les mouvements répétitifs ne sont pas pathognomoniques des TED. VRAI.*

Divers types de mouvements répétitifs sont associés à une variété de troubles ou peuvent se manifester au cours du développement normal. Les deux principaux sont les mouvements stéréotypés, ou manières, et les tics. Les premiers apparaissent généralement entre 2 et 4 ans et sont plutôt liés aux émotions joyeuses et à l'examen d'un objet (Ex. : chose en mouvement) ou à l'audition d'un bruit agréable pour l'enfant. Ils ne sont pas associés à une longue période de rémission et, à la différence des tics, ils sont stables dans le temps. Les plus fréquents sont l'agitation des doigts en avant ou sur le côté des yeux, la pression des mains l'une contre l'autre sur la ligne médiane, les battements des mains le long des épaules et le balancement. Bien qu'aucun de ces mouvements ne soit pathognomonique des TED, certains (Ex. : mains devant les yeux) en sont très caractéristiques. D'autres, par contre, comme le battement des mains, peuvent s'observer dans le développement normal ou dans d'autres troubles neurodéveloppementaux.

Les tics sont des gestes brusques qui apparaissent plus tard, soit vers 6 ans. Ce sont le plus souvent des mouvements du visage (clignements des yeux, bruits de gorge, protraction de la langue) ou des épaules. Ils se manifestent par salves (ils sont regroupés dans une même période de la journée) et plutôt dans les moments de tension, mais n'ont pas de rythmicité (l'intervalle entre deux tics est variable). Ils sont périodiques, c'est-à-dire qu'ils apparaissent et disparaissent sur plusieurs mois. Ils sont aussi fluctuants dans leur expression. Par ailleurs, un tic en remplacera souvent un autre. Comme les troubles envahissants du développement et le syndrome de Gilles de la Tourette sont parfois présents chez un même individu¹, il n'est pas exceptionnel que les mouvements stéréotypés et les tics le soient aussi.

2 *Les diagnostics de dysphasie et de TED peuvent être posés chez le même enfant. VRAI.*

Les rapports entre les troubles du langage et les TED sont complexes. Les autistes ont généralement un retard de langage et parlent très peu avant 4 ans, alors que les enfants atteints du syndrome d'Asperger com-

mencent à parler plus tôt que la moyenne et ont un langage et surtout un vocabulaire sophistiqués. Le niveau de langage que les enfants autistes auront à l'âge adulte est toutefois impossible à prédire à partir de leur performance avant l'âge de 3 ans. Une petite proportion d'entre eux ne parleront pas (10 % des autistes²) tandis que d'autres vont avoir un niveau de langage très élevé. On estime que de 20 % à 40 % des enfants ayant un TED présentent un trouble du langage (dysphasie), en plus des caractéristiques de la communication propre au TED³. Il y a d'ailleurs des particularités cérébrales communes entre l'autisme et la dysphasie. En effet, l'activation cérébrale pendant l'audition du langage ainsi que les structures cérébrales en cause dans le traitement du langage, latéralisées à gauche chez la majorité des gens normaux, le sont souvent moins chez les autistes et les dysphasiques⁴.

3 *On observe des intérêts particuliers chez les enfants surdoués comme chez ceux qui présentent un TED. FAUX.*

Les intérêts particuliers sont considérés comme pathognomoniques des TED. La personne ayant un TED accumule de l'information sur des thèmes précis, qui orientent son comportement et monopolisent sa conversation et son attention. Ces intérêts sont caractérisés par leur exclusivité et la place dominante qu'ils occupent dans la vie de l'enfant. Certains thèmes rejoignent ceux de la population générale (Ex. : jeu vidéo donné) et d'autres non (Ex. : tuyaux, postes radio à ondes courtes d'une certaine région). Chez un enfant présentant un TED et ayant des intérêts particuliers, l'interaction sociale demeure atypique, même si certaines personnes peuvent partager l'intérêt particulier de l'enfant.

L'enfant surdoué ayant un quotient intellectuel très élevé, mais ne présentant pas de TED a une réciprocité sociale normale quand il échange avec des pairs ou des adultes qui ont les mêmes intérêts que lui. De plus, il peut élargir et modifier ses passions thématiques en fonction de l'intérêt d'autrui et des émotions en jeu. Le goût de partager ses intérêts avec autrui sera aussi normal^{5,6}. Par ailleurs, les enfants surdoués et ceux qui présentent un syndrome d'Asperger peuvent tous avoir un vocabulaire riche pour leur âge et savoir lire à un âge précoce, ce qui contribue à la com-

plexité du diagnostic différentiel entre douance et syndrome d'Asperger.

4 *L'existence de capacités spéciales (Ex. : aptitudes pour les chiffres ou le dessin, habiletés musicales, précocité de lecture, excellente mémoire) est essentielle au diagnostic d'un TED. FAUX.*

Selon les critères diagnostiques actuels, la notion de capacités spéciales, soit l'existence de performances très supérieures à la moyenne dans une tâche particulière par rapport au niveau général de l'enfant, n'est pas indispensable au diagnostic d'un TED alors que la notion d'intérêt particulier l'est. Toutefois, au moins un tiers des enfants et adultes ayant un TED possèdent des capacités spéciales lorsqu'on les évalue de façon précise. Comme beaucoup de ces capacités ne sont pas apparentes dans le comportement de l'enfant, la proportion augmente si on les recherche de manière spécifique.

5 *Les comportements agressifs sont rares chez les personnes présentant un TED. VRAI.*

La majorité des personnes présentant un TED, enfants comme adultes, sont dociles, calmes et plutôt soumises à leur entourage. Par contre, chez une petite proportion d'entre elles, des comportements agressifs se manifestent dès l'enfance et tendent à persister toute la vie.

En revanche, les enfants ayant un TED font souvent des crises de colère très violentes, surtout entre 2 et 5 ans. Bien que de telles crises soient normales et fréquentes chez les petits de cet âge, il est souvent difficile pour l'entourage d'en trouver la cause et d'utiliser des stratégies adaptées pour les calmer.

6 *L'enfant autiste est coupé des stimulations du monde extérieur. Il est « dans sa bulle ». FAUX.*

Dans les années 1960-1970, on pensait que l'enfant autiste se coupait du monde extérieur pour se protéger des craintes liées à une menace fantasmagorique d'être atteint dans son intégrité corporelle par les parents. Le lien de cause à effet entre l'autisme et

une mauvaise qualité de la relation parents-enfant a été abandonné. Toutefois, on utilise couramment l'expression « il est dans sa bulle » pour expliquer l'état d'un enfant qui, par exemple, ne dirige pas son attention vers ce qu'on lui montre ou ne réagit pas à l'appel de son nom. Cette expression décrit également l'attitude d'un enfant qui est concentré sur ce qu'il fait et dont l'attention ne peut être ramenée sur un objet commun à lui et à son interlocuteur. On sait maintenant que l'enfant atteint d'un TED est en réalité hypervigilant par rapport aux stimulations extérieures et que sa perception du monde, du moins des objets inanimés, est plus vive que la nôtre. Pour l'enfant présentant un TED, les émotions produites par les aspects physiques du monde peuvent être très intenses, d'où la recherche soutenue de certaines stimulations perceptives ou au contraire le besoin de s'en protéger. L'une des situations les plus fréquentes est la recherche de stimulus visuels en mouvement (fascination pour les objets lumineux, ceux en rotation, comme les roues et les ventilateurs, ou ceux qu'on agite devant les yeux). Quant à la crainte des stimulations, elle porte souvent sur des stimulus auditifs, qui sont perçus comme douloureux (Ex. : brouhaha d'un groupe ou d'une foule, bruits soudains, pleurs ou cris d'un autre enfant).

Enfin, même si l'enfant présentant un TED exprime très peu ses émotions dans ses relations avec son entourage, nous savons qu'il les ressent tout de même intérieurement.

7 *Les enfants ayant un TED peuvent entendre des voix. FAUX.*

Les hallucinations auditives sont très rares chez l'enfant. Elles sont caractéristiques de la schizophrénie ou de certains syndromes neurologiques ou démentiels et ont un contenu hostile envers le patient. Les enfants ayant un TED parlent souvent seuls ou se parlent à eux-mêmes en utilisant le pronom « tu » au lieu de « je » (inversion pronominale), ce qui peut être confondu avec les attitudes des patients schizophrènes qui écoutent leurs voix.

La majorité des personnes présentant un TED, enfants comme adultes, sont dociles, calmes et plutôt soumises à leur entourage.

Repère

8 *Les obsessions sont présentes dans plusieurs entités cliniques, dont le TED. VRAI.*

Les pensées obsessionnelles existent dans plusieurs états, pas seulement dans le TED. Ainsi, de nombreuses affections se caractérisent par une fixation sur une pensée ou un thème précis. Toutefois, il faut bien distinguer les intérêts particuliers propres au TED des obsessions, comme telles, présentes dans le trouble obsessionnel compulsif. Les intérêts particuliers apparaissent tôt (5-7 ans), constituent une source de plaisir et sont associés à des émotions positives contrairement aux obsessions qui s'accompagnent d'anxiété. Les obsessions sont des pensées répétitives généralement déplaisantes, comme la peur que quelque chose arrive à quelqu'un. Elles sont associées à de l'anxiété et s'accompagnent souvent de compulsions. Elles se manifestent plus tardivement dans le développement, soit dans la deuxième moitié de l'enfance. Elles sont souvent associées à des traits de personnalité obsessionnelle. Enfin, un patient ayant un TED peut présenter à la fois des intérêts particuliers et des obsessions, qu'il faut reconnaître comme des symptômes différents.

9 *Les particularités perceptives (hypo- ou hypersensibilité aux stimulations perceptives, aussi appelée trouble de la modulation sensorielle ou TMS) sont propres au TED. FAUX.*

L'hypo- ou l'hypersensibilité aux stimulations sensorielles, par exemple la réaction excessive au bruit ou à la lumière, constituent un trouble de la modulation sensorielle. Cette entité n'est pas décrite dans le DSM-IV et ne fait pas l'objet de publications scientifiques à titre de syndrome⁷. Toutefois, certains cliniciens en reconnaissent l'existence, soit sous une forme isolée, soit le plus souvent en association avec une autre entité clinique, en particulier le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et le syn-

drome de Gilles de la Tourette⁸. Il s'agit donc plutôt d'un trouble non spécifique⁹ qui occupe une place importante dans les signes du TED. En revanche, l'hypersensibilité au bruit et l'hypervigilance par rapport aux propriétés physiques de l'environnement, telles que le mouvement, font partie des critères diagnostiques de l'autisme^{9,10}.

10 *Le déficit d'attention peut coexister avec le TED. VRAI.*

Une proportion significative des enfants ayant un TED, surtout ceux de 6 ou 7 ans, répond aussi aux critères du TDAH¹¹. Chez les patients atteints du syndrome d'Asperger, il s'agit presque d'une règle^{11,12}, qui a des répercussions importantes sur la capacité à organiser ses tâches scolaires. L'essai des psychostimulants est donc justifié dans de tels cas. De plus, les personnes atteintes du syndrome d'Asperger sont généralement très verbomotrices. En fait, leur hyperactivité verbale peut constituer leur symptôme le plus problématique dans la vie sociale. Toutefois, les personnes ayant un TED peuvent être hyperattentives dans leur domaine d'intérêt, leur inattention apparente dans d'autres secteurs pouvant être le fruit d'un excès de concentration envers ce qui les passionne. Leurs marques d'attention apparentes (Ex. : fixer ou ne pas fixer l'interlocuteur) sont donc sans rapport avec la quantité d'information qu'elles retiennent effectivement. Les personnes présentant un TED ont également des difficultés d'attention auditive particulières. En effet, elles oublieront une information présentée verbalement, mais s'en rappelleront si elle l'est visuellement, par écrit ou à l'aide d'un schéma. ☞

Date de réception : le 15 août 2009

Date d'acceptation : le 5 octobre 2009

Les D^{rs} Laurent Mottron, Chantal Caron et Nicole Nadeau n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Les intérêts particuliers constituent une source de plaisir pour l'enfant présentant un TED, contrairement aux obsessions, qui s'accompagnent d'anxiété.

Une proportion significative des enfants ayant un TED, surtout ceux de 6 ou 7 ans, répond aussi aux critères du TDAH. Chez les patients atteints du syndrome d'Asperger, il s'agit presque d'une règle.

Repères

Summary

Autism Spectrum Disorder and its associates. Autism Spectrum Disorders (ASD) have a varied and complex series of comorbid entities. Even though clearly distinct from autism, they can be frequently (ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder) or seldom (Gilles de la Tourette syndrome) associated to this condition. Before concluding to a real comorbidity, the signs which can be interpreted differently according to the entity they belong to – for example, tics against stereotypical movements, obsessions against restricted interests – have to be clearly distinguished. Finally, some ASD signs, such as sensory hypersensitivity, can occur in a neighbouring form in multiple neurodevelopmental disorders.

Bibliographie

1. Canitano R, Vivanti G. Tics and Tourette syndrome in autism spectrum disorders. *Autism* 2007; 11 (1) : 19-28.
2. Lord C, Risi S, Pickles A. Trajectory of language development in autistic spectrum disorders. Dans : Rice ML, Warren SF, rédacteurs. *Developmental language disorders: From phenotypes to etiologies*. Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates; 2004. p. 7-29.
3. Leyfer OT, Tager-Flusberg H, Dowd M et coll. Overlap between autism and specific language impairment: comparison of autism diagnostic interview and autism diagnostic observation schedule scores. *Autism Res* 2008; 1 (5) : 284-96.
4. Kleinhans NM, Müller RA, Cohen DN et coll. Atypical functional lateralization of language in autism spectrum disorders. *Brain Res* 2008; 1221 : 115-25.
5. Amend ER. *Misdiagnosis of Asperger's Disorder in gifted youth: An addendum to "Mis-Diagnoses and dual diagnosis of gifted children" by James Webb, Ph.D.* Site Internet : www.sengifted.org/articles_counseling/Amend_MisdiagnosisOfAspergersDisorder.pdf (Date de consultation : le 15 août 2009).
6. Lovecky DV. Highly gifted children and peer relationships. National Association for Gifted Children (NAGC). *Counseling and Guidance Newsletter* 1995; 5 (3) : 2, 6, 7. Site Internet : www.davidsongifted.org/db/Articles_print_id_10129.aspx (Date de consultation : le 15 août 2009).
7. Heilbronner PL. *Why "sensory integration disorder" is a dubious diagnosis*. Site Internet : <http://quackwatch.org/01QuackeryRelatedTopics/sid.html> (Date de consultation : le 15 août 2009).
8. Leckman JF, Bloch MH, Scahill L et coll. Tourette syndrome: the self under siege. *J Child Neurol* 2006; 21 (8) : 642-9.
9. Simonoff E, Pickles A, Charman T et coll. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47 (8) : 921-9.
10. Mottron L, Mineau S, Martel G et coll. Lateral glances toward moving stimuli among young children with autism: Early regulation of locally oriented perception? *Dev Psychopathol* 2007; 19 (1) : 23-36.
11. Tani P, Lindberg N, Appelberg B et coll. Childhood inattention and hyperactivity symptoms self-reported by adults with Asperger syndrome. *Psychopathology* 2006; 39 (1) : 49-54.
12. Lee DO, Ousley OY. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006; 16 (6) : 737-46.