

Les critères diagnostiques de l'autisme et du syndrome d'Asperger : similitudes et différences

Diagnostic criteria of autism and Asperger's syndrome

Los criterios diagnosticos del autismo y del síndrome de Asperger : semejanzas y diferencias

Nathalie Poirier et Jacques Forget

Volume 23, numéro 1, printemps 1998

Autisme

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032441ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032441ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Poirier, N. & Forget, J. (1998). Les critères diagnostiques de l'autisme et du syndrome d'Asperger : similitudes et différences. *Santé mentale au Québec*, 23(1), 130-148. <https://doi.org/10.7202/032441ar>

Résumé de l'article

La plus récente version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'American Psychiatric Association (DSM-IV; APA, 1994) distingue à l'intérieur des troubles envahissants du développement, cinq sous-groupes : a) le trouble autistique ; b) le syndrome de Rett ; c) le trouble désintégré de l'enfance ; d) le syndrome d'Asperger et e) le trouble envahissant du développement non spécifié. Le diagnostic des différents sous-groupes demeure toutefois difficile à établir, particulièrement pour le trouble autistique et le syndrome d'Asperger car peu de caractéristiques distinguent ces deux syndromes. Le présent article expose les critères diagnostiques de l'autisme puis ceux du syndrome d'Asperger afin d'illustrer les similitudes et les différences entre les deux syndromes.



Les critères diagnostiques de l'autisme et du syndrome d'Asperger : similitudes et différences

Nathalie Poirier*

Jacques Forget**

La plus récente version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association (DSM-IV; APA, 1994) distingue à l'intérieur des troubles envahissants du développement, cinq sous-groupes : a) le trouble autistique ; b) le syndrome de Rett ; c) le trouble désintégratif de l'enfance ; d) le syndrome d'Asperger et e) le trouble envahissant du développement non spécifié. Le diagnostic des différents sous-groupes demeure toutefois difficile à établir, particulièrement pour le trouble autistique et le syndrome d'Asperger car peu de caractéristiques distinguent ces deux syndromes. Le présent article expose les critères diagnostiques de l'autisme puis ceux du syndrome d'Asperger afin d'illustrer les similitudes et les différences entre les deux syndromes.

Il y a absence d'unanimité sur le fait que le syndrome d'Asperger diffère ou non du trouble autistique (Ghaziuddin et al., 1992). Gillberg (1985), Levy (1988), Schopler (1985), Volkmar et al. (1985) et Wing (1981a) croient que le syndrome d'Asperger est une sous-catégorie de l'autisme. Frith (1991) mentionne que les Asperger seraient comparables aux autistes de haut niveau. Toutefois, selon Wolff et Barlow (1979) Szatmari et al. (1986) et Tantam (1988a), le syndrome d'Asperger est plutôt une entité différente de l'autisme même si les deux groupes présentent des similitudes. La *Classification internationale des maladies* (CIM-10; OMS, 1993) et le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV, 1994, American Psychiatric Association, APA) situent le syndrome autistique et le syndrome d'Asperger à l'intérieur des troubles envahissants du développement et les distinguent par leurs caractéristiques. Le présent article expose les critères diagnostiques de l'autisme puis ceux du syndrome d'Asperger afin d'illustrer les similitudes et les différences entre les deux syndromes. Cet article est le premier de langue française à effectuer une telle dis-

* N. Poirier est étudiante au Ph.D., en psychologie à l'Université du Québec à Montréal.

** J. Forget est professeur au département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal.

inction entre les deux troubles. Il vise à aider les professionnels à préciser le diagnostic afin que ces enfants soient orientés vers un traitement qui réponde adéquatement à leur besoin.

Kanner (1943) est le premier à décrire les caractéristiques de l'autisme soit : a) une attitude distante envers les autres ; b) une altération dans le développement du langage ; c) des routines répétitives compliquées ; d) une fascination pour les objets, plus particulièrement pour ceux qui produisent un mouvement ; e) un développement physique et un fonctionnement intellectuel normal et f) des parents non affectueux, ayant un potentiel intellectuel supérieur à la moyenne. Suite à la description des critères définis par Kanner, plusieurs recherches ont été réalisées afin de préciser davantage les critères diagnostiques de l'autisme. Par conséquent, la définition émise par Kanner en 1943 a été modifiée de façon significative au cours des années.

La première et la seconde version du *Manuel* (APA, DSM-I, 1955 ; DSM-II, 1968) ne mentionnent pas le terme d'autisme. Les enfants qui présentent les caractéristiques décrites par Kanner (1943) obtiennent un diagnostic de schizophrénie infantile. Avec l'apparition du DSM-III (APA, 1980), la catégorie des troubles globaux du développement inclut cinq sous-groupes : a) l'autisme infantile ; b) l'autisme infantile au stade résiduel ; c) le trouble global du développement débutant dans l'enfance ; d) le trouble global du développement débutant dans l'enfance au stade résiduel et e) le trouble global atypique du développement. Les caractéristiques principales de ces sous-groupes sont : a) un début du trouble avant l'âge de 30 mois ; b) une absence de réponse face aux autres ; c) une absence de langage ; d) des particularités de langage lorsque celui-ci est présent et e) des réponses bizarres à l'environnement. La déficience intellectuelle est associée à 70 % des enfants qui répondent au diagnostic. La différenciation des sous-groupes s'effectue avec l'âge d'apparition ainsi que la constance de certains critères diagnostiques.

Le DSM-III-R est publié en 1987 afin de rendre plus opérationnels les critères diagnostiques. Les troubles envahissants du développement comprennent deux sous-groupes au lieu de cinq soit a) le trouble autistique et b) le trouble envahissant du développement non spécifié. Lorsqu'il ne répond pas à tous les critères du trouble autistique, le deuxième diagnostic est posé. Toutefois, l'insuffisance du nombre de sous-groupes crée une difficulté lorsqu'un enfant ne présente pas tous les symptômes du trouble autistique mais en démontre tout de même plusieurs. De plus, les syndromes récents tels celui d'Asperger ou le trouble désintégré de l'enfance deviennent difficiles à différencier de l'autisme ou du trouble envahissant du développement non spécifié (Tsai, 1992).

Avec sa plus récente version, l'Association américaine (DSM-IV ; APA, 1994) précise à l'intérieur des troubles envahissants du développement cinq sous-groupes : a) le trouble autistique ; b) le syndrome de Rett ; c) le trouble désintégratif de l'enfance ; d) le syndrome d'Asperger et e) le trouble envahissant du développement non spécifié. En comparaison à l'Organisation mondiale de la santé, le CIM-10 (OMS, 1993) décrit trois autres syndromes : l'autisme atypique, l'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés et les autres troubles envahissants du développement.

Malgré les précisions apportées par le CIM-10 et le DSM-IV, le diagnostic des différents sous-groupes demeure difficile à établir. C'est particulièrement le cas pour le trouble autistique et le syndrome d'Asperger, car peu de caractéristiques distinguent ces deux syndromes. Par ailleurs, plusieurs autistes portent l'étiquette d'« autiste de haut niveau ». Selon Tsai (1992) ces enfants présentent tous les critères du trouble autistique. Toutefois, ils possèdent un fonctionnement intellectuel qui ne se situe pas dans la zone de déficience, soit supérieur à 70 selon une évaluation intellectuelle standardisée. Ils démontrent plusieurs habiletés similaires aux enfants normaux telles le langage, l'imagination, la motricité fine et globale tout en présentant des retards à d'autres niveaux, soit au plan des interactions sociales, des activités et intérêts particuliers.

Quelques études ont tenté de dissocier l'Asperger de l'autisme (Gillberg, 1989 ; Szatmari et al., 1989). Cependant, comme les données ne sont pas reproduites avec consistance, il est ardu d'identifier des similitudes ou des différences claires et précises (Szatmari, 1991), surtout si la dichotomie de l'autisme (autisme de bas niveau et autisme de haut niveau) est considérée.

Le trouble autistique

Le trouble autistique constitue un désordre de la psychopathologie caractérisé par une distorsion du développement de plusieurs fonctions psychologiques impliquées dans le développement global de l'enfant (APA, 1994). Il se manifeste au cours des trente premiers mois de la vie. Sa prévalence est de deux à cinq enfants sur 10 000 et il affecte quatre à cinq garçons pour une fille (APA, 1994).

Les critères diagnostiques

Actuellement, il existe quatre systèmes diagnostiques qui décrivent les critères de l'autisme, soit celui de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV ; APA, 1994), celui de l'Organisation mondiale de

la santé (CIM-10; OMS 1993), le système national des enfants autistes (NSAC, Ritvo et Freeman, 1977) et les critères de Rutter (1978). En tout, six critères sont identifiés par ces systèmes de classification (Donais, 1991). Toutefois, aucun système n'inclut les six critères. Les critères identifiés sont : a) l'apparition des symptômes avant l'âge de trente mois ; b) un retard de développement des interactions sociales ; c) des altérations qualitatives de la communication verbale et non verbale ainsi que de l'activité d'imagination ; d) un retard des habiletés cognitives ou des habiletés socio-adaptatives et du développement de la motricité ; e) une restriction marquée du champ des activités et des intérêts et f) des réactions non appropriées aux stimuli sensoriels.

L'âge d'apparition

La plupart des cliniciens et des chercheurs s'accordent sur le fait que les symptômes reliés au trouble autistique doivent apparaître avant l'âge de 30 mois (APA, 1994 ; Le Couteur et al., 1989 ; Ritvo et Freeman, 1977 ; Rutter, 1978).

Les atteintes sévères dans les interactions sociales

La caractéristique la plus fréquemment retrouvée chez les enfants autistes est leur grande difficulté à établir des relations sociales appropriées avec autrui. Le DSM-IV (APA, 1994) détaille ce critère en quatre catégories : a) une difficulté à utiliser des comportements non verbaux pour s'introduire lors d'interactions sociales ; b) une difficulté à développer des relations amicales appropriées selon leur niveau de développement ; c) un manque de spontanéité à rechercher ce qui les intéresse et d) une absence de réciprocité sociale ou émotionnelle.

Les altérations qualitatives de la communication et de l'activité d'imagination

La communication verbale – Le mutisme caractérise près de la moitié des autistes (Kratochwill et Morris, 1991). Parmi ceux qui acquièrent un langage, tous présentent des anomalies majeures du développement de la parole telles l'écholalie immédiate ou retardée (APA, 1994), l'inversion des pronoms personnels (Rutter, 1978, 1985), des difficultés à utiliser des termes abstraits et à utiliser un langage métaphorique.

La communication non verbale – Dès un âge précoce, l'enfant autiste démontre des problèmes majeurs de compréhension de la mimique, des gestes et de la parole (Coleman et Gillberg, 1986). Il présente des particularités au niveau de l'intensité et du ton de la voix (Coleman et Gillberg, 1986).

Les activités d'imagination – L'altération de l'activité d'imagination peut se manifester par une absence de jeux symboliques, d'histoires inventées avec des jouets ou des difficultés à imiter les gestes d'un adulte (APA, 1994). L'activité d'imagination peut aussi être restreinte par des activités répétitives et stéréotypées (APA, 1994).

Le retard des habiletés cognitives ou socio-adaptatives et du développement de la motricité

L'autisme inclut des enfants de tous les niveaux d'intelligence. Quelques-uns ont un niveau intellectuel normal, d'autres, un retard intellectuel particulièrement profond (Fredericks et al., 1983). La majorité, soit 67 % à 81 %, ont un fonctionnement intellectuel inférieur à la normale (Rutter, 1978; Schopler et al., 1980) et intègrent ainsi la catégorie des déficients moyens ou sévères (Rutter, 1989). Les autistes de haut niveau qui possèdent un potentiel qui ne se situe pas dans la zone de la déficience démontrent plusieurs habiletés similaires aux enfants normaux (langage, imagination, motricité) tout en présentant des retards à d'autres niveaux (interactions sociales, intérêts) (Tsai, 1992).

Plusieurs autistes démontrent une pauvre coordination motrice (Morin et Reid, 1985). Il est commun pour ces enfants de démontrer une difficulté à se mouvoir. Par exemple, ils ont souvent tendance à marcher sur la pointe des pieds (Oxman et al., 1980). Ils peuvent avoir de la difficulté à s'habiller, à se laver ou à utiliser un couteau. Toutefois, plusieurs s'adonnent à des activités où ils peuvent grimper ou se balancer (Wing, 1981b).

La restriction marquée du champ des activités et des intérêts

Le DSM-IV (APA, 1994) indique quatre catégories incluses dans la restriction des activités et des intérêts chez les autistes : a) des préoccupations anormales qui se manifestent parfois par une forte intensité ou une rigueur pour un ou plusieurs intérêts stéréotypés; b) une adhésion apparemment inflexible à des routines ou des rituels non fonctionnels; c) des comportements moteurs répétitifs et stéréotypés et d) des préoccupations persistantes face à une partie d'un objet.

Les réactions non appropriées aux stimuli sensoriels

Les enfants autistes démontrent des réponses non appropriées face aux stimuli environnementaux. Ils ne semblent pas entendre la voix des gens autour d'eux ou ne semblent pas voir la personne située devant eux. De plus, ils semblent avoir des difficultés à intégrer les stimuli pro-

venant des différentes modalités sensorielles. La majorité répondent à une portion limitée d'indices lorsqu'un stimulus complexe est présenté. Lovaas et al. (1971) indiquent que les enfants autistes répondent à une seule modalité sensorielle généralement auditive ou visuelle. Cette tendance est identifiée comme étant un problème de sur-sélectivité du stimulus (Lovaas et al., 1971).

La vignette 1 présente un enfant autiste selon les caractéristiques mentionnées.

Vignette 1

Sébastien est un autiste de 6 ans. Il fréquente une classe à ratio réduit à l'intérieur d'une école spéciale pour enfants ayant une déficience intellectuelle. Son fonctionnement cognitif se situe au niveau d'une déficience intellectuelle légère. Il exprime ses besoins par de simples mots tels « pipi », « jus », « auto » et répond à plus de dix consignes verbales. Son enseignante tente de lui apprendre à discriminer deux couleurs et à faire un puzzle à encastrement de vingt morceaux. Il apprend également à uriner à la toilette. Toutefois, il a une peur déraisonnée pour la chasse d'eau. Son activité préférée est de ramasser les poussières qui se trouvent sur le sol. Il n'a aucune interaction sociale avec ses pairs sauf pour sentir leur cheveux.

Le syndrome d'Asperger

Hans Asperger a publié en 1944 une étude décrivant un groupe d'enfants socialement isolés qu'il caractérise selon un diagnostic de psychopathie autistique (Szatmari, 1991). Toutefois, ces travaux demeurent peu connus (Frith, 1991) jusqu'à ce que Wing (1981a) expose les comportements d'un groupe d'enfants ayant des caractéristiques similaires aux enfants décrits par Asperger (Bishop, 1989). La prévalence de ce syndrome est de 1,8 enfants sur 10 000 (Wing, 1989). Le syndrome affecte davantage les garçons que les filles (APA, 1994), selon un ratio de quatre garçons pour une fille (Ehlers et Gillberg 1993).

Les critères diagnostiques du syndrome d'Asperger

Ce n'est qu'avec la parution du CIM-10 (OMS, 1993) et du DSM-IV (APA, 1994) que les critères du syndrome d'Asperger se clarifient. Le CIM-10 explique le trouble par une altération qualitative des interactions sociales réciproques associées à un répertoire restreint d'activités et d'intérêts, stéréotypés et répétitifs. Le DSM-IV mentionne que le syndrome se caractérise par une altération qualitative des interactions sociales et par des comportements répétitifs et stéréotypés. Aucune difficulté particulière n'est notée au plan des habiletés langagières et cognitives.

Bon nombre d'auteurs ont également défini des critères diagnostiques (Gillberg et Gillberg, 1989; Szatmari et al., 1989; Wing, 1981a). Ces critères correspondent à sept symptômes : a) l'âge d'apparition ; b) les atteintes sévères dans les interactions sociales ; c) les altérations qualitatives de la communication verbale et non verbale et de l'activité d'imagination ; d) les habiletés cognitives ou les habiletés socio-adaptatives normales ; e) le retard du développement de la motricité ; f) la restriction marquée du champ des activités et des intérêts et g) l'intérêt marqué pour des sujets particuliers. Ces critères similaires à ceux identifiés chez les sujets autistes permettent d'effectuer une comparaison entre les deux pathologies.

L'âge d'apparition

La plupart des chercheurs s'accordent sur le fait que les comportements inhabituels caractéristiques du syndrome d'Asperger ne se perçoivent pas avant l'âge de trois ans et sont moins sévères que ceux manifestés par l'enfant autiste (Bowman, 1988; Szatmari, 1991; Wing, 1981b).

Les atteintes sévères dans les interactions sociales

Les atteintes au niveau des interactions sociales se manifestent par a) une difficulté à utiliser des comportements non verbaux pour s'introduire lors d'interactions sociales ; b) une difficulté à développer des relations amicales appropriées selon leur niveau de développement ; c) un manque de spontanéité à rechercher ce qui les intéresse et d) une absence de réciprocité sociale ou émotionnelle (APA, 1994). Gillberg et Gillberg (1989) ajoutent des comportements démontrant une timidité extrême, des attitudes égocentriques ainsi que des gestes agressifs.

Les altérations qualitatives de la communication et de l'activité d'imagination

La communication verbale – La grande majorité des enfants qui présentent le syndrome d'Asperger manifestent des habiletés verbales adéquates (Kereshian et al., 1990). Le DSM-IV indique que les enfants ayant le syndrome d'Asperger n'ont aucune difficulté langagière significative. Ils utilisent les mots simples vers l'âge de deux ans et les phrases communicatives vers trois ans. Toutefois, plusieurs auteurs mentionnent que ces enfants ont de profondes difficultés à communiquer (Gillberg et Gillberg, 1989; Wing, 1981a). Ceci peut se manifester selon plusieurs modalités. La plus commune est la difficulté qu'ils ont à engager et à maintenir une conversation. Ils utilisent les pronoms incorrectement et

peuvent répéter à plusieurs reprises selon un mode stéréotypé des mots ou des phrases (Wing, 1981a). Généralement, le langage ne s'utilise pas dans un objectif social mais plutôt dans un but concret (Kerbershian et al., 1990; Szatmari, 1991).

Gillberg et Gillberg (1989) indiquent que les difficultés langagières des enfants ayant le syndrome d'Asperger se démontrent par a) un retard du développement du langage social comparativement à celui attendu pour un enfant du même âge, b) un langage expressif superficiel avec une tendance sévère à devenir formel et c) des atteintes dans la compréhension et dans l'interprétation du langage parlé.

La communication non verbale – Les aspects de la communication non verbale sont aussi affectés. Ces enfants ont peu d'expressions faciales, à moins d'être en colère. L'intonation de leur voix tend à être monotone ou exagérée (Kerbershian et al., 1990). Leurs gestes sont limités, maladroits ou non appropriés à l'expression de la communication (Gillberg et Gillberg, 1989; Tantam, 1988b). Les signes non verbaux d'autrui sont souvent incompris ou ignorés par ces enfants (Scott, 1985; Wing, 1981a)

Les activités d'imagination – Les enfants ayant le syndrome d'Asperger possèdent les habiletés nécessaires pour développer des jeux symboliques (Szatmari, 1991). Cependant, leurs jeux sont répétitifs, stéréotypés et peu créatifs. Le jeu du « faire semblant » peut être effectué sans modification jour après jour (Szatmari, 1991). De plus, le jeu s'utilise rarement pour promouvoir des interactions sociales (Szatmari, 1991).

Les habiletés cognitives ou des habiletés socio-adaptatives normales

Un fonctionnement normal des habiletés cognitives ne fait pas l'unanimité auprès des chercheurs travaillant avec des enfants qui ont le syndrome d'Asperger. Asperger (1944 voir Frith, 1991) note que tous ses patients ont une intelligence supérieure. Le DSM-IV et le CIM-10 excluent de leur classification les enfants qui ont un retard intellectuel. Cependant, Wing (1981a, 1989) indique qu'un certain nombre d'Asperger démontrent un retard intellectuel léger. Dans leur étude épidémiologique, Gillberg et Gillberg (1989) incluent des enfants qui manifestent un retard intellectuel léger et des enfants qui présentent un potentiel intellectuel normal. DeLong et Dwyer (1988) mentionnent que les Asperger peuvent avoir un potentiel intellectuel qui se situe sous l'intelligence normale. Toutefois, leur potentiel se situe rarement sous un quotient de 70. Quelques études précisent cependant que ces enfants

ont fréquemment des difficultés d'apprentissage (Szatmari, 1991). Souvent, ils ont d'excellentes habiletés pour la lecture globale mais montrent des difficultés à comprendre ou à composer un texte (Szatmari, 1991).

Le retard de développement de la motricité

Les enfants atteints du syndrome d'Asperger ont des mouvements moteurs maladroits. Leur posture et leur démarche semblent bizarres. Plusieurs ont des difficultés à effectuer des activités qui demandent des habiletés motrices comme l'écriture ou le dessin (Wing, 1981a). Des mouvements stéréotypés du corps et des membres sont aussi mentionnés par Asperger (1944, voir Wing 1981a).

La restriction marquée du champ des activités et des intérêts

Les comportements stéréotypés et répétitifs se manifestent par des routines ou par des intérêts particuliers qui sont présents dans toutes les sphères de leur vie (Gillberg et Gillberg, 1989). Le DSM-IV (APA, 1994) indique quatre catégories incluses dans la restriction des activités et des intérêts chez les Asperger : a) des préoccupations anormales par leur intensité ou leur rigueur pour un ou plusieurs intérêts stéréotypés ; b) une adhésion apparemment inflexible à des routines ou des rituels non fonctionnels ; c) des comportements moteurs répétitifs et stéréotypés et d) des préoccupations persistantes face à une partie d'un objet.

Les enfants qui présentent le syndrome d'Asperger possèdent une facilité à mémoriser. Ils sont souvent attirés par des sujets particuliers (Gillberg et Gillberg, 1989 ; Wing, 1981a) tels la musique, les arts, les capacités pseudoverbales, les mathématiques, la mécanique, l'orientation dans l'espace, la coordination motrice et la précision perceptive (Rimland, 1984 voir Mottron, 1993). Ces intérêts peuvent changer de contenu à travers les années mais le style fondamental demeure (Gillberg et Gillberg, 1989).

Les réactions non appropriées aux stimuli sensoriels

Très peu d'écrits rapportent des réactions inappropriées aux stimuli sensoriels chez les enfants ayant le syndrome d'Asperger. Asperger (1979) et Szatmari et al. (1989) précisent qu'ils peuvent démontrer des réponses bizarres aux stimuli sensoriels telles l'hypersensibilité aux bruits, le goût pour des aliments solides et une fascination pour le mouvement rotatif des objets.

La vignette 2 présente les comportements d'un enfant Asperger.

Vignette 2

Alexandre présente le syndrome d'Asperger. Il est âgé de 6 ans et fréquente une classe ordinaire. Son fonctionnement intellectuel se situe au niveau de la moyenne. Son niveau de langage réceptif et expressif est adéquat, tant en français qu'en anglais. Toutefois, il parle de façon saccadée tel un robot et cherche souvent le bon mot pour s'exprimer. Il ne comprend pas les blagues ni les sarcasmes. Il sait lire et écrire mais éprouve des difficultés pour composer de simples phrases. Ses intérêts portent sur les chiffres. Il recode les mots en chiffres. Le mot « c-h-i-e-n » devient donc « 3-8-9-5-14 ». Il est aussi fasciné par tout ce qui touche « Batman ». Il a des difficultés à lancer un ballon et ne peut jouer au ballon-chasseur avec les autres. Il n'a pas d'ami. Il joue donc seul dans la cour de récréation ramassant minutieusement de petites roches blanches.

Les similitudes entre le syndrome autistique et le syndrome d'Asperger

Wing (1991) mentionne dix similitudes entre le syndrome décrit par Kanner (1943) et celui décrit par Asperger (1944, voir Frith, 1991). Ainsi, Kanner et Asperger mentionnent : a) un nombre supérieur de garçons que de filles, atteints du syndrome ; b) un isolement social, de l'égoïsme et un manque d'intérêt pour les sentiments ou les idées d'autrui ; c) des difficultés langagières comme une résistance à communiquer avec les autres, l'utilisation inadéquate des pronoms personnels, une aptitude à inventer des mots et une tendance à poser des questions de façon répétitive ; d) des difficultés au niveau de la communication non verbale, telles un manque de contact visuel, une faiblesse au niveau des gestes expressifs et des intonations vocales particulières ; e) un manque de flexibilité dans les activités imaginaires ; f) des mouvements corporels stéréotypés, des activités répétitives pour garder son environnement identique, une attirance pour des jeux stéréotypés et pour la collection d'objets ; g) des réponses inhabituelles aux stimuli sensoriels telles l'hypersensibilité aux bruits, une préférence pour des aliments solides et une fascination pour le mouvement des objets ; h) une maladresse et de faibles performances motrices ; i) des problèmes de comportements tels le négativisme, l'agressivité envers les gens ainsi que des comportements destructeurs face aux objets et j) des compétences particulières spécialement pour les tâches qui demandent des habiletés mathématiques ou mnémoniques.

Les différences entre le syndrome autistique et le syndrome d'Asperger

Selon plusieurs chercheurs (Burgoine et Wing, 1983 ; Gillberg, 1985 ; Szatmari et al., 1986), les enfants qui présentent le syndrome d'Asperger diffèrent de la majorité des enfants autistes. Ces derniers ont

généralement un retard de développement dans les fonctions cognitives, des altérations langagières et un pauvre pronostic. Plusieurs données sur les enfants qui ont le syndrome d'Asperger ne mentionnent aucune de ces caractéristiques (Szatmari, 1991).

La problématique est de savoir comment les enfants atteints du syndrome d'Asperger diffèrent des autistes et plus précisément des autistes de haut niveau quant à leurs critères diagnostiques. Deux études ont comparé les caractéristiques des autistes et des Asperger (Gillberg, 1989; Szatmari et al., 1989). Szatmari et ses collaborateurs suggèrent que les Asperger diffèrent des enfants autistes selon quatre niveaux : a) les réponses sociales ; b) la communication ; c) les jeux imaginaires et d) les comportements stéréotypés.

Au plan des habiletés sociales, les Asperger démontrent plus d'interactions sociales avec leurs pairs que les enfants autistes. Toutefois, les Asperger qui interagissent avec leurs pairs normaux apparaissent distants, isolés et maladroits (Wing, 1991).

Au niveau de la communication, la plupart des enfants autistes sont muets (Wing, 1981b). S'ils développent un langage, des caractéristiques telles l'écholalie, l'inversion des pronoms, et les néologismes sont plus souvent observés chez ceux-ci que chez les enfants ayant le syndrome d'Asperger (Gillberg, 1989; Szatmari et al., 1989). Toutefois, ces derniers démontrent un langage répétitif ou persistant sur certains sujets (Szatmari, 1991; Wing, 1981a). Leur grammaire et leur vocabulaire sont aussi plus élaborés (Wing, 1981a). Cependant, ils ont des difficultés à engager et à maintenir une conversation (Szatmari, 1991).

Au plan des activités d'imagination, les enfants autistes développent rarement des jeux imaginaires. Ils s'intéressent davantage aux caractéristiques de leur jouet que par ce qu'il représente (Szatmari, 1991). Pour leur part, les enfants qui présentent le syndrome d'Asperger développent le jeu symbolique. Cependant, ce jeu apparaît plus tard que celui de l'enfant normal et est effectué de façon répétitive et stéréotypée (Szatmari, 1991).

Les autistes ont un potentiel intellectuel inférieur à la normale (Rutter, 1978; Schopler et al., 1980). Toutefois, pour être catégorisés dans le sous-groupe des autistes de haut niveau, ces enfants doivent démontrer un niveau intellectuel qui ne se situe pas dans la zone de la déficience, c'est-à-dire qu'ils doivent obtenir un potentiel équivalent ou supérieur à 70 lors de la passation d'un test d'intelligence standardisé (Tsaï, 1992). Pour leur part, les Asperger ont un potentiel intellectuel

normal (Asperger, 1944, voir Frith, 1991 ; Szatmari et al., 1989 ; Tantam et al., 1993) ou présentent une déficience légère (Gillberg et Gillberg, 1989 ; Wing, 1981a ; 1989).

Les enfants autistes sont habiles à grimper ou à se balancer (Wing, 1981a). Les Asperger possèdent au contraire une mauvaise coordination motrice qui se remarque particulièrement dans leur posture, leur démarche et leurs gestes.

Il existe aussi des différences en ce qui concerne les comportements inhabituels et les réponses à l'environnement. Par exemple, les préoccupations persistantes pour une partie d'un objet, la résistance à tout changement, les comportements stéréotypés et les réactions non appropriées aux stimuli sensoriels se rencontrent plus souvent chez les enfants autistes que chez les Asperger (Szatmari, 1991). Les Asperger s'intéressent davantage à des concepts intellectuels tels les abstractions mathématiques, la mémorisation de faits sur un sujet particulier (Wing, 1981a) comme l'histoire grecque, les codes du télé-horaire ou les indicatifs régionaux accompagnant les numéros de téléphone.

Pour plus de précision, le tableau 1 présente les critères diagnostiques des deux sous-groupes ainsi que les chercheurs qui les ont étudiés.

Tableau 1
Critères diagnostiques des deux syndromes

	Autisme	Asperger
Âge d'apparition	Avant 30 mois DSM-IV, 1994; Rutter, 1978	Après 36 mois Volkmar et al., 1985; Wing, 1981b
Atteintes des interactions sociales	Oui DSM-IV, 1994	Oui DSM-IV, 1994; Gillberg et Gillberg, 1989; Szatmari, 1991
Altérations du langage verbal	Oui DSM-IV, 1994; Rutter, 1978; Schopler et al., 1976	Oui Gillberg et Gillberg, 1989; Wing, 1981b Non DSM-IV, 1994
Altérations du langage non verbal	Oui DSM-IV, 1994; Coleman et Gillberg, 1986	Oui Gillberg et Gillberg, 1989; Wing, 1981b Non DSM-IV, 1994
Altérations des activités d'imagination	Oui DSM-IV, 1994	Oui Szatmari, 1991
Difficultés cognitives et socio-adaptatives	Oui DSM-IV, 1994; Frederiks et al., 1983; Rutter, 1978	Oui Gillberg et Gillberg, 1989; Wing, 1981b Non Asperger (1944) voir Frith, 1991; DSM-IV, 1994; Szatmari et al., 1989; Tantam et al., 1993
Restrictions des activités et intérêts	Oui DSM-IV, 1994	Oui DSM-IV, 1994; Gillberg et Gillberg, 1989; Wing, 1981b
Retard du développement moteur	Oui Morin et Reid, 1985	Oui Wing, 1981b
Réactions inadéquates aux stimuli sensoriels	Oui Lovaas et al., 1971	Oui Wing, 1991b

Conclusion

À l'intérieur des troubles envahissants du développement, il y a au moins deux sous-groupes qui sont difficiles à distinguer, soit le syndrome autistique et le syndrome d'Asperger. Les enfants présentant les syndromes possèdent des comportements similaires importants comme des difficultés d'interactions sociales et des comportements répétitifs et stéréotypés. Le point de comparaison des syndromes se situe au niveau des habiletés langagières et cognitives. Toutefois, il est nécessaire de

prendre en considération la sévérité du syndrome autistique qui se distingue en deux catégories (autiste de bas niveau et autiste de haut niveau) selon leur potentiel intellectuel (Tsaï, 1992). Un enfant autiste qui possède des capacités cognitives normales se différencie plus difficilement de l'enfant qui a le syndrome d'Asperger, car l'autiste de haut niveau démontre également un niveau de langage adéquat et un potentiel intellectuel équivalent à celui de ses pairs normaux. Le DSM-IV (APA, 1994) indique au syndrome autistique que quelques enfants peuvent démontrer un fonctionnement intellectuel normal. Toutefois, aucune description du répertoire de comportements n'apparaît tant au niveau des habiletés sociales et langagières que des activités restreintes et stéréotypées. Une telle description est nécessaire car plusieurs recherches scientifiques ne précisent pas le niveau de sévérité des autistes, ce qui rend les résultats des études difficiles à interpréter.

Par ailleurs, la description des critères diagnostiques étant qualitative pour tous les systèmes diagnostiques, alors les diagnostics émis sont davantage subjectifs. Quelques études tentent de quantifier les comportements des enfants autistes ou présentant un trouble envahissant du développement tant au niveau des habiletés sociales (Fein et al., 1990; Volkmar et al., 1985), ou langagières (Garfin et Lord, 1986; Bartak et al., 1975) que des activités restreintes et stéréotypées (Lovaas et al., 1987). Toutefois, aucune n'est réalisée pour les trois critères principaux du trouble envahissant du développement et aucune n'est élaborée pour effectuer un diagnostic différentiel entre le syndrome autistique et d'Asperger. Les études futures devront orienter leurs objectifs afin de quantifier les critères diagnostiques des sous-groupes du trouble envahissant du développement, les rendant ainsi plus précis et opérationnels.

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1955, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*, Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2^e éd., Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd., Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd. rév., Washington, DC
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd., Washington, DC.

- ASPERGER, H., 1979, Problems of infantile autism, *Communication*, 13, 45-52.
- BARTAK, L., RUTTER, M., COX, A., 1975, A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language disorder : I. The children, *British Journal of Psychiatry*, 126, 127-145.
- BISHOP, D. V. M., 1989, Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: Where are the boundaries?, *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 107-121.
- BOWMAN, E. P., 1988, Asperger's syndrome and autism : The case for a connection, *British Journal of Psychiatry*, 152, 377-382.
- BURGOINE, E., WING, L., 1983, Identical triplets with Asperger's syndrome, *British Journal of Psychiatry*, 143, 261-265.
- COLEMAN, M., GILLBERG, C., 1986, *Biologie des syndromes d'autisme*, Edisem, Saint-Hyacinthe (Québec).
- DELONG, G. R., DWYER, J. T., 1988, Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 18, 593-600.
- DONAIS, S., 1991, L'étude des instruments d'évaluation comportementale de l'autisme, *Science et Comportement*, 21, 103-125.
- EHLERS, S., GILLBERG, C., 1993, The epidemiology of Asperger syndrome : A total population study, *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 34, 1327-1350.
- FEIN, D., LUCCI, D., WATERHOUSE, L., O'CALLAGAN, C., 1990, *Variability in Autistic Children's Social Responsiveness*, Paper presented at the meeting of the International neuropsychological society, Orlando, Florida.
- FREDERICKS, H., BUCKLEY, J., BALDWIN, V., MOORE, W., STEMEL-CAMPBELL, K., 1983, The educational needs of the autistic adolescent, in Schopler, E., Mesibov, G., eds., *Autism in Adolescent and Adults*, Plenum Press, New York.
- FRITH, U., 1991, Asperger and his syndrome, in Frith, U., ed., *Autism and Asperger Syndrome*, Cambridge University Press, Cambridge.
- GARFIN, D. G., LORD, C., 1986, Communication as a social problem in autism, in Schopler, E., Mesibov, G. B., eds., *Social Behavior in Autism*, Plenum Press, New York, 133-149.
- GHAZIUDDIN, M., TSAI, L., GHAZIUDDIN, N., 1992, Brief report: A reappraisal of clumsiness as a diagnostic feature of Asperger syndrome, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 651-656.

- GILLBERG, C., 1985, Asperger's syndrome and recurrent psychosis: A case study, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 389-397.
- GILLBERG, C., 1989, Asperger syndrome in 23 Swedish children, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 520-531.
- GILLBERG, I. C., GILLBERG, C., 1989, Asperger syndrome, some epidemiological considerations: A research note, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 631-638.
- KANNER, L., 1943, Autistic disturbance of affective contact, *Nervous Child*, 2, 217-250.
- KERBESHIAN, J., BURD, L., FISHER, W., 1990, Asperger syndrome: To be or not to be ?, *British Journal of Psychiatry*, 156, 570-572.
- KRATOCHWILL, T. R., MORRIS, R. J., 1991, Childhood autism, in Kratochwill, T.R., Morris, R. J., eds., *The Practice of Child Therapy*, Pergamon Press, New York.
- LECOUTEUR, A., RUTTER, M., LORD, C., RIOS, P., ROBERTSON, S., HOLDGRAFER, M., MCLENNAN, J., 1989, Autism Diagnostic Interview: A standardized investigator based instrument, *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 19, 363-387.
- LEVY, S., 1988, *Identifying High-functioning Children with Autism*, Blomington, Indiana University, Indiana Resource Center for Autism, Institute for the Study of Developmental Disabilities.
- LOVAAS, O. I., NEWSOM, C., HICKMAN, C., 1987, Self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 45-68.
- LOVAAS, O. I., SCHREIBMAN, L., KOEGEL, R. L., REHM, R., 1971, Selective responding by autistic children to multiple sensory input, *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 211-222.
- MORIN, B., REID, G., 1985, A quantitative and qualitative assessment of autistic individuals on selected motor tasks, *Adapted Physical Activity Quarterly*, 2, 43-55.
- MOTTRON, L., 1993, Le syndrome de Rain Man existe-t-il vraiment ?, *Recherche*, mars-avril, 15-23.
- ORGANISATION Mondiale de la Santé, 1993, *CIM-10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportements*, Masson, Paris.
- OXMAN, J., WEBSTER, C. D., FRUCHTER, D., KONSTANTAREAS, M. M., 1980, Autism: A review of the literature with particular emphasis on current approaches to treatment, *Child and Youth Services*, 3, 3-14.

- RITVO, E. R., FREEMAN, B. J., 1977, National Society for Autistic Children: Definition of the syndrome of autism, *Journal of Pediatric Psychology*, 2, 146-148.
- RUTTER, M., 1978, Diagnostic and definition of childhood autism, *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 139-161.
- RUTTER, M., 1985, The treatment of autistic children, *Journal of Children Psychology and Psychiatry*, 26, 193-214.
- RUTTER, M., 1989, Approche psycho-éducative pour le traitement des autistes, in Lelord, G., Muh, J. P., Petit, M., Sauvage, D., éd., *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*, Expansion Scientifique Française, Paris.
- SCHOPLER, E., 1985, Editorial: Convergence of learning disability, high level autism and Asperger's syndrome, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 359-360.
- SCHOPLER, E., REICHLER, R. J., LANSING, M., 1980, *Individualized Assessment and Treatment for Autistic and Developmentally Disabled Children*, Vol 2., PRO-ED, Teaching strategies for parents and professionals, Austin, Texas.
- SCOTT, D. W., 1985, Asperger's syndrome and non-verbal communication: A pilot study, *Psychological Medicine*, 15, 683-687.
- SZATMARI, P., 1991, Asperger's syndrome: Diagnosis, treatment, and outcome, *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 81-93.
- SZATMARI, P., BARTOLUCCI, G., BREMNER, R., 1989, Asperger's syndrome and autism: Comparison of early history and outcome, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31, 709-720.
- SZATMARI, P., BARTOLUCCI, G., FINLAYSON, A., KRAMES, L., 1986, A vote for Asperger's syndrome (letter), *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, 515-517.
- TANTAM, D., 1988a, Annotation: Asperger syndrome, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 245-255.
- TANTAM, D., 1988b, Lifelong eccentricity and social isolation II: Asperger's syndrome or schizoid personality disorder?, *British Journal of Psychiatry*, 153, 783-791.
- TANTAM, D., HOLMES, D., CORDESS, C., 1993, Nonverbal expression in autism of Asperger type, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 111-133.

- TSAÏ, L. Y., 1992, Diagnosis issues in high-functioning autism, in Schopler, E., Mesibov, G. B., eds., *High-functioning Individuals with Autism*, Plenum Press, New York, 11-40.
- VOLKMAR, F. R., HODEN, E. L., COHEN, D. J., 1985, Compliance, negativism, and the effects of treatment structure in autism: A naturalistic, behavioral study, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26, 865-877.
- VOLKMAR, F. R., PAUL, R., COHEN, D. J., 1985, The use of Asperger syndrome, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 437-439.
- WING, L., 1981a, Asperger's syndrome: A clinical account, *Psychological Medicine*, 11, 115-130.
- WING, L., 1981b, Language, social, and cognitive impairments in autism and severe mental retardation, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, 31-44.
- WING, L., 1989, The diagnosis of autism in Gillberg, C., ed., *Diagnosis and Treatment of Autism*, Plenum Press, New York, 5-22.
- WING, L., 1991, The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism, in Frith, U., ed., *Autism and Asperger Syndrome*, Cambridge University Press, Cambridge, 93-121.
- WOLFF, S., BARLOW, A., 1979, Schizoid personality in childhood: A comparative study of schizoid, autistic and normal children, *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 20, 29-46.

ABSTRACT

Diagnostic criteria of autism and Asperger's syndrome

The American Psychiatric Association's last version of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; APA, 1994) identifies within pervasive developmental disorders five sub-groups: (a) autistic disorder; (b) Rett's disorder; (c) childhood disintegrative disorder; (d) Asperger's disorder and (e) pervasive developmental disorder not otherwise specified. However, the diagnosis of the different sub-groups is difficult to establish, particularly between autistic disorder and Asperger's disorder. This article exposes the diagnostic criteria of autism and Asperger's syndrome in order to illustrate the similarities and differences between the two disorders.

RESUMEN

Los criterios diagnósticos del autismo y del síndrome de Asperger : semejanzas y diferencias

La más reciente versión del *Manual diagnóstico y estadístico de los desórdenes mentales* de la Asociación americana de psiquiatría (DSM-IV; APA, 1994) distingue cinco sub-grupos al interior de los desordenes invasores del desarrollo : a) el desorden autístico ; b) el síndrome de Rett ; c) el desorden desintegrador de la infancia ; d) el síndrome de Asperger y e) el síndrome invasor no especificado del desarrollo. El diagnóstico de los diferentes sub-grupos queda sin embargo, difícil de establecer, particularmente el del desorden autístico y el del desorden de Asperger puesto que pocas características distinguen estos dos desordenes. Este artículo expone los criterios diagnósticos del autismo y los del síndrome de Asperger para ilustrar las semejanzas y las diferencias entre los dos desordenes.