



IMPACT DES ASPECTS SOMATIQUES SUR LE COMPORTEMENT D'ADOLESCENTS AVEC TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME : IMPORTANCE DU DIALOGUE ENTRE LE PÉDOPSYCHIATRE ET LE MÉDECIN SOMATICIEN

*IMPACT OF THE SOMATIC ASPECTS ON THE BEHAVIOR
OF TEENAGERS WITH AUTISM SPECTRUM DISEASES:
IMPORTANCE OF THE DIALOGUE BETWEEN THE CHILD
PSYCHIATRIST AND THE SOMATIC DOCTOR*

par Ph. CAM*

RÉSUMÉ

À l'aune des modifications staturales, hormonales et pulsionnelles liées classiquement à l'adolescence, la grille de lecture de la séméiologie de sujets atteints d'un Spectre de l'Autisme à cet âge charnière place le médecin devant une interprétation des symptômes somatique particulièrement complexe. Le déficit de la communication de ces sujets brouille son analyse clinique. Il a sans cesse à faire face, devant des troubles du comportement apparemment irrationnels, à une tentative de décryptage de la plainte de son patient et de son entourage éducatif ou familial. Penser qu'un trouble du comportement peut trouver son origine dans une situation d'inconfort, chez un sujet qui ne communique pas spontanément sur son mal-être, et qui, par définition est hypo sensible à la douleur,

hypersensible à certains stimuli sensoriels ne va pas de soi. L'autisme n'atteint pas que le système nerveux central et ses fonctions motrices, supérieures, cérébelleuses et attentionnelles, mais aussi le système nerveux végétatif, influencé par les émotions ; ainsi, comme chez tout être humain, l'expression de l'anxiété peut être somatisée. C'est alors que prend toute son importance le dialogue ouvert et indispensable entre les médecins psychiatres et somaticiens.

MOTS-CLÉS

Adolescence, spectre de l'autisme, puberté, douleurs, situations d'inconfort, comportements défaits, analyse appliquée du comportement.

* PH, Pédopsychiatre, Pôle Adultes du CRA de Bretagne,
Service Universitaire de Pédopsychiatrie du CHU de Brest.



SUMMARY

When become the growing, hormonal and instinctual modifications classically related to adolescence, the grid of reading of the semiology of subjects affected of an Autism Spectrum Disorder at this transitional age places the doctor in front of an interpretation of particularly complex somatic signs. The deficit of the communication of these subjects scrambles its clinical analysis. It has unceasingly to cope, in front apparently irrational behavioral problems, with an attempt at decoding of the complaint of its patient and his educational or family environment. To think that a behavioral problem can find its origin in a situation of discomfort, at a subject which does not communicate spontaneously on its discomfort, and which, by definition is hypo sensitive to the pain, hypersensitive to some sensory stimuli does not go from oneself. The autism does not affect only the central nervous system and its motor, intellectual, cerebellar and attention functions, but also the vegetative nervous system, influenced by the emotions; in this way, as in any human being, anxiety can be psychosomatically expressed. At this point in time all its importance the open and essential dialog between psychiatrists and somatic physicians takes.

KEYWORDS

Teenagers, autism spectrum, puberty, pains, situations of discomfort, behaviors challenges, Applied Behavior Analysis.

Qui d'entre nous, cliniciens, toutes spécialités confondues, n'a pas eu à faire face à des troubles du comportement d'apparition brutale ou progressive chez des adolescents autistes (ou présentant des troubles assimilés) ? Appel désespéré d'une collègue infirmière ou éducatrice, ou d'un parent, désarmés devant le comportement de son adolescent, admission aux urgences d'un sujet qui se calme spontanément devant les blouses blanches. L'adolescent est en proie à des crises clastiques, à une violence verbale, une instabilité, ou au contraire à une torpeur, voire une catatonie, venant rompre avec un comportement jusque là stabilisé. Parents et professionnels n'en comprennent pas la cause, et comme c'est écrit dans les livres, ils mettent en cause l'autisme lui-même, et le médecin répond par la sédation neuroleptique d'une angoisse supposée être à l'origine de ce comportement inadapté.

C'est effectivement souvent le cas, mais quand cela se répète périodiquement, il y a parfois une origine somatique à laquelle on n'a pas pensé.

Depuis plusieurs années, depuis que l'ABA (Applied Behavior Analysis / Analyse Appliquée du Comportement) des anglo-saxons commence à sensibiliser les équipes françaises, sont apparues les notions de comportements défis, et de situations d'inconfort qui souvent sont à mettre en lien.

Les comportements défis sont définis par des conduites auto ou hétéroagressives (automutilations souvent impressionnantes, griffer, cracher, hurler, donner des coups de pieds, briser des objets, tirer les cheveux, se frapper le visage, se cogner la tête contre des surfaces dures...). Ces conduites irrationnelles éprouvent les équipes ou les parents, par l'inquiétude et la culpabilité due à un sentiment d'incompétence professionnelle ou parentale qu'ils génèrent.

Les situations d'inconfort sont le fait principalement de douleurs (non exprimées en raison d'un déficit de la communication), ou non conscientes (du fait d'une insensibilité à la douleur), mais aussi de paresthésies (fourmis dans les jambes par exemple lorsqu'on s'est mal assis), ballonnement digestif avec sensations nauséuses, prurit allergique, hyperacousie, photophobie, sensations intéroceptives parfois de nature sexuelle (érection réflexe désagréable), sensations vestibulaires (mal des transports).

L'autisme entraîne une perception (intégration corticale) souvent erronée des afférences sensorielles, notamment intéroceptives et nociceptives, et une compréhension inadéquate de ce qui se passe dans le corps. Or, on le sait, le besoin d'immuabilité de la personne autiste ne laisse pas de place aux changements, certes des routines quotidiennes, mais aussi des sensations corporelles internes. Il nous appartient, devant un sujet présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) de se poser la question d'une douleur ou d'une situation d'inconfort devant un changement de comportement de la personne.

QU'EST-CE QUE L'AUTISME ?

Au CRA (Centre de Ressources pour l'Autisme), l'équipe est souvent surprise de certains retours d'évaluation : « on ne s'attendait pas à cela », ou bien : « non, je connais des autistes, et vous vous trompez ». Ces réactions, nous les comprenons. Chacun (parents, professionnels et parmi eux des médecins) a sa propre représentation de ce qu'est une personne autiste. Ils pensent à « Rainman » la plupart du temps, ou au très médiatique Josef SCHOVANEK.

Or, l'autisme est un syndrome, soit un ensemble de symptômes, à expression extrêmement composite. Mais chaque individu a son tempérament, inféré à son histoire, qui lui est propre et singulière, ce qui a pour effet de brouiller notre lecture des symptômes, au travers de notre propre grille, éminemment subjective, d'interprétation.

Ces symptômes sont classés en cinq sous-groupes :

- anomalies qualitatives de l'interaction sociale réciproque dans les cinq premières années de vie : regard, sourire réponse, expressivité mimique, intérêt pour les autres enfants, lien d'amitiés, partage du plaisir, offre de réconfort, qualité de la demande d'aide, adéquation des réponses aux personnes peu connues, rires inappropriés ;
- anomalies de la communication non verbale : difficulté à compenser un retard de langage par les gestes (pointer pour indiquer une direction, gestes conventionnels, faire oui ou non de la tête, imiter pour taquiner, jeu de faire semblant) ;
- anomalies de la communication verbale (incluant l'accès au sens implicite des messages) : réciprocité de la conversation, écholalie, commentaires inappropriés, demande exagérée d'explicitation, inversion pronominale, néologismes ;
- comportements répétitifs et stéréotypiques : intérêts spécifiques (passions envahissantes), peurs irraisonnées, rituels verbaux ou rituels (TOC), maniérismes des doigts, des mains ou de l'ensemble du corps, utilisation répétitive d'objets, intérêts pour des sensations inhabituelles (autostimulations olfactives, tactiles, vestibulaires, kinesthésiques...) ;
- anomalies développementales repérées avant 36 mois : marche après 18 mois, parole après 24 mois, langage construit après 36 mois, détournement du regard, difficultés d'ajustement tonico-postural.

Nous avons là l'ensemble des items répertoriés par les équipes spécialisées pour établir un diagnostic par l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised), un questionnaire semi-directif administré aux parents, qui scanne tous les symptômes de ce trouble composite que représente l'autisme et ses troubles apparentés. L'ADI-R est un standard international validé rétrospectivement (il revient sur les cinq premières années de l'enfant) et repose sur les critères diagnostiques de la CIM-10. Il est très probable que la 5^e version du DSM (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux), publiée par l'American Psychiatric Association (APA), le DSM-5, sera à l'origine d'une nouvelle version de la classification de l'OMS (CIM-11), qui verra d'ailleurs disparaître le syndrome d'Asperger.

ÉVOLUTION DE LA NOSOGRAPHIE

Actuellement, les équipes de pédopsychiatrie, devant des symptômes autistiques, ont à identifier précisément le trouble développemental du sujet qu'elles évaluent parmi trois catégories de Troubles Envahissants du Développement (TED) : autisme typique (*code CIM - 10 : F840*), autisme atypique ou TED non spécifié (*F848*), ou syndrome d'Asperger (*F845*). La communauté médicale a exclu du champ des TED (car il s'agit en fait d'une encéphalopathie), le syndrome de RETT auquel il faut penser chez les filles avant 36 mois car elles peuvent présenter à cet âge des troubles « autistic-like » ; mais très vite apparaissent des signes neurologiques associés à un retard global d'acquisition : ralentissement de la croissance du périmètre crânien, puis perte de l'usage des fonctions des membres supérieurs, épisodes d'hyperpnée, souvent des crises convulsives. Ce syndrome n'atteint que les filles, car il est porté par une mutation de l'X (MECP2). Chez le garçon, cette même mutation entraîne généralement un retard mental et des troubles du comportement (instabilité).

L'APA propose dans le DSM-5 de fusionner les trois catégories de TED sous le terme de « Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) » dans sa section « Troubles neuro-développementaux » et permet d'en préciser les caractéristiques suivantes :

- avec ou sans déficit intellectuel associé ;
- avec ou sans altération du langage associée ;
- associé ou non à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental identifié ;
- avec ou sans catatonie ;
- indice de sévérité allant de 1 (« nécessitant de l'aide »), à 3 (« nécessitant une aide très importante »).

Le DSM-5, même s'il a été critiqué, apporte une réelle ouverture, sur un plan clinique, de la description des TSA, où apparaissent notamment l'hyper ou l'hyporéactivité aux stimulations sensorielles, ou intérêts inhabituels pour les aspects sensoriels de l'environnement (par ex. : indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à certaines textures).

L'AUTISME INFANTILE, DE 1944 À NOS JOURS

Deux neurologues ont beaucoup compté dans l'identification de l'autisme de l'enfant dans les années 40. Ce terme a été mal choisi par ces auteurs : d'une part parce qu'il s'agit d'une contraction « d'autoérotisme »,



d'autre part parce qu'il rappelle trop l'autisme de Bleuler décrivant la schizophrénie au début du 20^e siècle. Léo KANNER, qui avait aux Etats-Unis une consultation internationale composée essentiellement d'enfants de parents médecins, décrira 11 cas d'enfants apparemment intelligents mais incompetents sur le plan social. Hans ASPERGER, dans le même temps, isole une série de cas qu'il dénommera « psychopathie » ce qui n'a rien avoir avec notre définition actuelle de ce terme. Ces deux praticiens décrivent un même tableau mais ne communiquent pas (c'est la fin de la dernière guerre mondiale).

Mais au début du 20^e siècle, Anna FREUD, influencée par son célèbre père, puis Mélanie KLEIN tentent de décrypter les troubles du comportement des enfants qu'elles soignent à travers la lorgnette freudienne : l'interprétation. WALLON et PIAGET défendront une hypothèse développementale. S'ensuivront les travaux de Donald WINNICOTT, d'Esther BICK, de Francès TUSTIN, et de Margaret MAHLER, d'un grand intérêt pour l'étude de la psychopathologie de l'enfant, et qui contribuera à l'avènement de la pédopsychiatrie française. Dans les années 50, des médecins repèrent dans les services de défectologie des enfants plus intelligents qu'ils n'en ont l'air : c'est alors l'heure des psychoses infantiles, des dysharmonies, et le début d'errances diagnostiques apparentes, pointées actuellement par les associations de parents, mais qui n'étaient certes pas sans intérêt clinique, à cette époque à laquelle les disciplines actuellement très pointues que sont la génétique médicale et la neuropédiatrie n'existaient pas. Nos maîtres d'alors (Roger MISES, Serge LEOVICCI, Michel SOULÉ) et bien d'autres, s'engouffrèrent dans le spectre de la psychose infantile, refusant de voir les aspects propres au développement à l'exception d'AJURIAGUERA. Les psychiatres d'enfants sont influencés alors par Jacques LACAN, puis Catherine DOLTO, Maud MANNO-NI, Pierra AULAGNIER...

Dans les années 70, au Royaume-Uni, Lorna WING et Simon BARON-COHEN induisent un doute aux certitudes des psychanalystes, remettent à jour les travaux de Hans ASPERGER et émettent l'idée que l'autisme est un trouble développemental.

Un autre chercheur clinicien, André BULLINGER a énormément contribué à la compréhension et l'évaluation des troubles développementaux et à leur dépistage ultra-précoce, en introduisant les notions de variation de flux sensoriels, remettant au goût du jour les théories de DE AJURIAGURRA sur l'axe corporel, et les travaux de Jane AYRES sur l'intégration sensorielle.

Quarante ans plus tard, il est désormais admis que le syndrome autistique ne se réduit pas à un trouble du

comportement, mais trouve bien ses racines dans un trouble du développement. Les troubles de l'interaction ne sont plus réduits au seul trouble de la relation mère-enfant. La qualité de vie des sujets qui en sont atteints en est altérée (2).

L'AUTISME EN 2015

On sait maintenant que l'autisme n'est pas la conséquence d'un trouble de la relation mère-enfant, mais une affection neuro-génétique avec forte héritabilité touchant désormais un bébé sur 100, et dont les symptômes apparaissent au cours des cinq premières années de vie. Un quart des patients présentent des anomalies génétiques significatives, mais très hétérogènes (ce qu'on appelle les autismes syndromiques (1)).

L'autisme n'est donc plus considéré comme un syndrome psychiatrique, mais comme une affection développementale, présente dès les premiers mois de la vie. Cette affection atteint le Système Nerveux Central (SNC), mais aussi le Système Nerveux Végétatif (sympathique et parasympathique), donc hors de contrôle de la conscience (au sens Piagétien du terme), ce qui lui vaut aussi la dénomination de « Système Nerveux Autonome ».

Il existe donc des autismes « syndromiques », concernant essentiellement les personnes avec déficience intellectuelle et pour lesquels sont retrouvés dans 15 % des cas une étiologie génétique connue (Xqfra – mutations FRAXA et FRAXE –, Sclérose Tubéreuse de Bourneville, neurofibromatoses (NF1et NF2), syndrome d'Angelman ou Willi-Prader (mutation du chromosome 15 avec empreinte parentale), Catch 22 (22q11), Smith-Magenis, Sotos, maladie métaboliques progressives comme la maladie de Hunter, etc.) et des autismes « fonctionnels », pour lesquels nous n'avons pas encore identifié d'anomalies chromosomiques car les outils des généticiens (la CGH Array pour le moment) ne sont pas encore suffisamment discriminants.

Le plus souvent, on ne retrouve pas de mutation de l'ADN. C'est le cas pour 98 % des TSA sans déficience intellectuelle associée.

Les troubles du comportement des personnes avec TSA (agitation anxieuse, hyperkinésie, impulsivité avec hétéro agressivité défensive) ont désormais pour réponse une structuration de l'espace et du temps (TEACCH), des techniques augmentatives de la communication (PECS, PODD) par l'intermédiaire de supports visuels (pictogrammes plastifiés, ou tablettes sur lesquelles sont installées des banques de pictogrammes classés par champs sémantiques, et



des logiciels de synthèse vocale – « Let me talk » par exemple –, qui permettent progressivement au sujet d'accéder aux aspects syntaxiques du langage. Lors des épisodes critiques sont mis en œuvre les techniques d'extinction (retrait d'attention) et le renforcement positif. Il est parfois nécessaire de recourir à l'hypostimulation : time-out de 10 minutes dans une pièce sécurisée ou les stimuli sensoriels sont réduits au maximum. Dans les situations les plus tendues, les équipes peuvent également avoir recours à un protocole sédatif sous réserve d'un consentement éclairé des parents (Cyamémazine, Loxapine), mais cela ne devrait relever que de cas d'exception.

Il existe, entre autres, une ÉCHELLE POUR L'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS – PROBLÈMES d'ADULTES AVEC AUTISME (EPOCAA), complémentaire de la grille d'évaluation des comportements défis d'É. WILLAYE qui proposent aux équipes des protocoles d'évaluation concrets et leur permettent d'élaborer un projet de réponses éducatives et thérapeutiques.

France, qui dispose d'un plateau technique somatique. Ils en reviennent apaisés, avec un traitement antibiotique (amoxicilline) et un antiacide (oméprazole) : ils souffraient en fait d'un ulcère duodénal dû à une infection par hélico-bacter pylori.

Des cas de ce type se comptent par dizaines. Ils révèlent que le déficit de communication des sujets qu'ils concernent sont empêchés d'exprimer leur mal-être corporel, et que l'expression de leur malaise physique ou de leurs douleurs s'expriment par un trouble du comportement jusque-là inhabituel.

Parfois, c'est l'interprétation des symptômes par les professionnels qui est à l'origine d'errances diagnostiques : l'exemple le plus frappant est l'interprétation d'un refus de s'alimenter chez un adolescent non verbal : l'anorexie dépressive revient le plus souvent ; à y regarder de plus près on trouve dans un nombre non négligeable de cas, une dysphagie causée par une herpangine par exemple, une dyschésie, ou encore plus simplement une hypersensibilité à la couleur, la texture ou au goût des aliments.

VIGNETTES CLINIQUES

- Matthieu et Cédric : 16 ans. Ils arrivent aux urgences pour douleurs abdominales fébriles, asthénie, pâleur, hypotension. Ils ont tous deux reçu un syndrome d'Asperger avec Haut Potentiel Intellectuel verbal. Les médecins diagnostiquent une péritonite. A posteriori, ils confirment avoir eu une vague douleur dans les quinze derniers jours dans la fosse iliaque droite, des nausées, une constipation, mais n'ont pas pensé à prendre leur température ;
- Fatima, 15 ans, autiste à expression déficitaire (retard mental moyen) lié à une cytopathie mitochondriale, placée chez une assistante maternelle car ses parents sont schizophrènes, est scolarisée dans un IME, et bénéficie d'hospitalisations régulières programmées dans notre service ; à l'IME se produit une crise clastique, avec hétéro agressivité extrême, qui conduit l'équipe à appeler le 15 : à l'arrivée aux urgences, Fatima se calme. Le médecin diagnostique une rétention urinaire devant un globe vésical ;
- Les parents de Joachim, 4 ans, autiste avec déficience intellectuelle modérée, sans antécédents médicaux, s'inquiètent devant une torpeur soudaine : tachycardie jonctionnelle, type Bouveret ;
- Simone et François, 20 ans, se frappent la tête avec une violence extrême, insoutenable pour l'équipe qui les accueille, malgré une médication neuroleptique à forte composante sédatrice. Ils sont envoyés dans un centre expert dans le Centre de la

UNE POPULATION DE PATIENTS SPÉCIFIQUES

En fait, nos sujets autistes seraient très sociables et agréables à vivre, même avec une déficience intellectuelle, s'ils n'étaient pas atteints de cette hypersensibilité sensorielle (comparable aux migraineux pendant leurs crises), leur hypo sensibilité à la douleur (ou leur incapacité à la communiquer et à en indiquer l'origine sur un schéma corporel), et cette réactivité extrême à tout changement de l'environnement (on aura compris qu'il s'agit de l'environnement spatial, mais aussi de l'intéroception).

Une personne autiste a besoin d'un environnement pauvre en stimulations (externes et internes), visible, prévisible et prédictible, et surtout très lent dans son tempo, ce que n'offre vraiment pas notre civilisation.

SPÉCIFICITÉS LIÉES A L'ADOLESCENCE

Comme tout enfant, un sujet autiste n'échappe pas aux remaniements qu'induisent dans son corps et son psychisme les modifications hormonales imposées par la puberté. Or, on sait que les sujets autistes ont les changements en horreur. Certains garçons essaient de la contrôler, notamment la mue de la voix, à l'origine du très habituel trouble de la prosodie de patients adultes avec TSA.

La puberté commence avec l'apparition des caractères sexuels secondaires (on a parlé de la voix chez le



garçon) mais l'essentiel réside dans la pousse des poils (à l'origine d'ailleurs du terme : puberté). Si les pilosités axillaire et pubienne ne semblent pas déranger, la barbe est souvent à l'origine d'auto stimulations faciales. La poussée de croissance à cet âge fait perdre aux adolescents autistes, plus qu'à un adolescent typique, leurs repères spatiaux.

Évidemment, ils n'échappent pas non plus aux aspects pulsionnels génitaux dont ils ne savent que faire : l'attraction des garçons pour les rondeurs des filles, et celle des filles pour les angles des garçons. La maturation génitale constitue une difficulté, plus qu'à tout adolescent : les ménarches peuvent être catastrophiques chez certaines filles qu'il faut parfois placer sous oestro-progestatifs en continu car cet échappement au contrôle sphinctérien est intolérable pour elles ; les éjaculations nocturnes chez les garçons, qui ont des difficultés à se les expliquer ; les érections réflexes durables peuvent être à l'origine de comportements agressifs. Les sujets autistes sont également concernés par l'homosexualité, le transsexualisme.

DEVANT UN TROUBLE DU COMPORTEMENT

Les crises clastiques de nos patients adolescents autistes sont la plupart du temps associées à une incompréhension des situations sociales et à une saturation des capacités d'intégration des flux sensoriels (inefficacité du système pare-excitation).

Avant de saisir l'ordonnancier pour administrer un quelconque neuroleptique, poussé par une équipe inquiète, il convient de faire une évaluation fonctionnelle.

La plupart des crises de tantrum (colères) surviennent dans des situations de transition (pause, interclasse). Comme les sujets avec TSA doivent toujours savoir ce qu'ils ont à faire, ces moments « libres », comme les décrivent nos collègues enseignants, infirmiers ou éducateurs leurs sont insupportables. Et puis il y a le contexte dans lequel survient la crise (fatigue, faim, douleur, situation d'inconfort).

Un schéma très simple extrait de l'ABA peut être utile, c'est le schème ABC (« A » pour « antécédent », « B » pour « Behaviour », « C » pour « Conséquence ») : Il est inféré à une relation de contingence : « SI »... « ALORS »

Dans un contexte (situation d'inconfort, douleur, faim, excès de stimuli sensoriels), le patient réagit à un stimulus discriminatif (visuel, acoustique) qui s'est déjà présenté (A). Cette réaction s'exprime par un comportement (B) qui par effet domino à une conséquence (C). C'est le contexte et la conséquence du comportement

qu'il faut analyser et sur lesquels on pourra agir (retrait d'attention dans certains cas, renforcement dans d'autres cas). Il ne s'agit pas d'agir sur les réflexes conditionnels pavloviens, mais bien de réfléchir au conditionnement positif de SKINNER, et donc de proposer un cadre structuré d'apprentissage dans une ambiance de structuration de l'espace et du temps.

ATTITUDES DIAGNOSTIQUES DU CRA DEVANT UN TROUBLE DU COMPORTEMENT : ÉVALUATION DE LA NATURE DES SITUATIONS D'INCONFORT

On peut les classer en quatre catégories mais leur description ne saurait être exhaustive :

- **Situations intrinsèques** inférées au trouble du développement en lui-même, en raison des troubles tonico-posturaux, d'une hyper laxité tendineuse, d'une dysrégulation du système nerveux autonome, de troubles de l'oralité avec déficit de la mastication et des troubles du sommeil: il s'agit pour l'essentiel :
 - de troubles du transit avec parfois une stase stercorale visible sur l'ASP, nécessitant un lavement, puis des laxatifs osmotiques (pas d'augmentation des fibres alimentaires) ;
 - de symptômes liés à la dysautonomie : froid et cyanose des extrémités, fourmillements (dysesthésies périphériques), dermographisme rouge ;
 - certaines formes d'épilepsie résistantes sont d'ailleurs traitées par électrostimulation du nerf vague grâce à un pacemaker réglé par un neurologue spécialiste ;
 - accès de crises de tachycardie (Bouveret) ;
 - fatigabilité et/ou hypersensibilité sensorielle pouvant entraîner une excitabilité ;
 - troubles orthopédiques : scolioses (souvent traitées par corsets), rétraction du tendon d'Achille consécutif à la classique marche sur la pointe des pieds ;
 - insomnie d'endormissement : un adolescent qui ne dort pas bien sera excitable dans la journée.
- **Situations cliniques liées à la cause même de l'autisme :**
 - crises d'épilepsie morphéiques ou diurnes avec récupération lente de la conscience, absences, crises temporales (rares) avec hallucinations ou trouble du comportement, syndrome de Lennox-Gastaut ;
 - troubles orthopédiques typiques de maladies identifiées : instabilité dans le Duchenne,



troubles orthopédique de la NF1, de la maladie de Bourneville, hyperkinésie dans le syndrome de l'X fragile du garçon, mais aussi l'ataxie mal interprétée par les équipes du rare syndrome CHARGE (*Coloboma, Heart defect, Atresia choanae, Retarded growth and development, Genital hypoplasia, Ear anomalies/deafness*).

- **Troubles liés aux traitements neuroleptiques** sans correcteurs : akathisie par exemple ;
- **Maladies somatiques habituelles** chez n'importe quel sujet, dont les symptômes chez les sujets TSA sont mal exprimés : fièvre, syndrome grippal, otite, céphalée, migraine, rhumatisme articulaire, odontalgie, cystite, dysménorrhée, etc.

CONCLUSION

L'autisme est une affection du système nerveux central, mais il atteint également le système nerveux autonome. Si l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte « ordinaire », lorsqu'il est malade, a la capacité d'attirer l'attention du médecin sur ses symptômes nociceptifs et de localiser, dans son schéma corporel, l'origine de son inconfort, ce n'est pas toujours le cas d'un sujet porteur d'un TSA, qui peut exprimer son malaise différemment, par un trouble du comportement qui peut conduire à prescrire un traitement sédatif inutile et éventuellement nocif.

L'analyse fonctionnelle permet d'éviter nombres d'erreurs et de limiter ainsi de nombreuses complications, de même que le dialogue que doit instaurer le psychiatre avec ses confrères généralistes et spécialistes.

Les répercussions des troubles du comportement dans la famille et la fratrie ne doit pas être négligée. L'implication des professionnels auprès des associations de parents est à encourager.

BIBLIOGRAPHIE

- Ducloy M., Tabet MC., Bouvard M., Bourgeron T., Delorme R. : "Autisme : une maladie génétique hétérogène", la revue du praticien, tome 65, n°9; nov 2015 ; pp. 1179-1802.
- Barthélemy C., Bonnet-Brilhaut F. : « L'autisme, de l'enfance à l'âge adulte », Lavoisier, Paris, 2012.
- Willaye E., Magerotte G. : « Évaluation et intervention auprès des comportements défis », De Boeck Ed., Bruxelles, 2008.
- Constant J. : « Voyager en pays autiste », Dunod, Paris, 2013.
- APA : « DSM-5 », Elsevier-Masson, Paris, 2015, p. 56.
- ICD-10 : « Classification Internationale des Troubles Mentaux et du Comportement » : WHO, Masson, Paris, 1992.
- Attwood T. : « Le syndrome d'Asperger », traduction de Josef Schovanec, 3^e édition, De Boeck, Bruxelles, 2010 ; pp. 344 : 346.
- André-Thomas, De Ajuriaguerra J. : « L'axe corporel, musculature et innervation » ; Masson, Paris, 1948.
- Maurice C. : « Intervention Behaviorale auprès des jeunes enfants autistes », Le Chenelière Ed, Quebec, 2006.
- Tustin F. : « Les États autistiques chez l'enfant », Routledge & Kegan Paul Ltd, Londres, 1981.
- Rivière V. « Analyse du comportement appliquée à l'enfant et à l'adolescent », Presses Universitaires du Septentrion, Villeneuve d'Ascq, 2006.
- Assouline M. : « Troubles du comportement dans l'autisme à l'adolescence, comorbidité psychiatrique et somatique (diagnostic différentiel) » *European Psychiatry*, 29:8, Supplément, November 2014. p. 590.
- Chabrol B., Mancini J., Dulac O., Ponsot G., Arthuis M. : « Neurologie pédiatrique », Flammarion, Paris, 2010, p 356.
- Recordon-Gaboriaud S., Granier-Deferre C. : « Echelle pour l'observation des comportements-problèmes d'adultes avec autisme, EPOCAA », ECPA, 2012.
- Le Couteur A., Lord C., Rutter M. : « Autism Diagnostic Interview – Revised », WPS ed. ; Rogé B., Fombonne E., Fremolle-Kruck J., Arti E. pour l'adaptation française, Hogrefe ed., 2011.
- Bullinger A. « Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars », Eres, 2010.
- Vasseur R., Délon P. : « Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans », Eres, 2015.

POUR ALLER PLUS LOIN

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé :

Troisième Plan Autisme (2013-2017)

Fiche action « Gestion et réponse coordonnée aux troubles du comportement sévères » p.79-81

Fiche action « Accès aux soins somatiques » p.82-83

Fiche action « Soins somatiques - Cas particulier des soins bucco-dentaires » p.84-85

Fédération française de psychiatrie. *Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique*. Fédération française de psychiatrie, 2015.

<http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/>

Périsse D. ; Amiet C. ; Consoli A. ; Thorel M.V. ; Gourfinkel-An I. ; Bodeau N. ; Guichat V. ; Barthélemy C. ; Cohen D. : "Risk Factors of Acute Behavioral Regression in



Psychiatrically Hospitalized Adolescents with Autism”,
J Can Acad Child Adolesc Psychiatry, 19:2, May 2010.
pp.100-108.

Fombonne E. : “Epidemiological surveys of autism and
other pervasive developmental disorders: an update”
J. Autism Dev Disord ; 2003;33(4):365-82.

Baghdadli A., Assouline B., Sonié S., Pernon E., Darrou
C., Picot M.C., Aussiloux C., Pry R. : “ Develop-
mental Trajectories of Adaptive Behaviors from Early

Childhood to Adolescence in a Cohort of 152 Child-
ren with Autism Spectrum Disorders”, Journal of
Autism and Developmental Disorders, 2012, 42(7),
1314-1325.

Remerciements : Merci à Madame Lila VINCOT-
ABIVEN, documentaliste au CRA pour la bibliographie. ■

PH. CAM

