

Résumé

L'autisme constitue un trouble mental qui touche essentiellement les enfants de moins de trois ans dans trois sphères principales : le langage et la communication, le contact social, et les activités restreintes et les stéréotypes.

Nous voudrions suivre et montrer dans cet article les cheminements nosographiques de l'autisme à travers le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) depuis la première édition en 1952 jusqu'à l'avant-projet de l'édition mai 2013 pour en connaître les caractéristiques principales de ce cheminement et ses effets cliniques.

Mots clés :

Autisme, DSM, système de classification.

ملخص

يعتبر التوحد من الاضطرابات النفسية التي تصيب الأطفال دون ثلاثة سنوات في ثلاثة مجالات رئيسية : اللغة والاتصال، التفاعل الاجتماعي والنشاطات المحدودة والنمطية.

سنحاول من خلال هذا المقال تتبع وإظهار مسار تصنيف التوحد من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية انطلاقاً من الطبعة الأولى سنة 1952 إلى غاية المشروع المقترح الذي صدر (مايو 2013)، وهذا بهدف معرفة الخصائص الرئيسية لهذا المسار وتأثيراته الإكلينيكية.

الكلمات المفتاحية.

التوحد، الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، نظام التصنيف

Introduction :

L'autisme infantile est un trouble mental qui touche les enfants durant les premières années de la vie. Il se caractérise par un triple déficit dans les relations sociales, la communication et les restrictions des activités et intérêts.

Depuis sa découverte en 1943 par Kanner, l'autisme n'a cessé de susciter moult interrogations concernant sa définition, ses caractéristiques, son rapport avec les autres troubles, de la part des chercheurs et des praticiens. Ainsi qu'un grand intérêt de la part des institutions internationales, en l'occurrence les Nations unies, qui ont proclamé la date du 2 avril « Journée mondiale de la sensibilisation à l'autisme » (depuis 2008), suivies par différents pays comme la France, qui proclama l'autisme « grande cause » de l'année 2012.

Nous allons tenter dans cet article de retracer le cheminement de ce trouble mental à travers le système de classification qu'est le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), parce qu'il est d'une part l'un des systèmes les plus utilisés dans le monde et, d'autre part, parce qu'il fut le premier système de classification à reconnaître l'autisme en tant qu'entité clinique autonome en 1980.

Notre questionnement est double : Quel a été le cheminement de l'autisme dans les différentes éditions du DSM ? Et quelles sont les caractéristiques de ce cheminement ?

Nous répondrons à ces interrogations en analysant toutes les éditions du DSM et en nous référant également à la littérature internationale.

1- Définition clinique et étiologie de l'autisme :

1-1 Définition :

L'autisme infantile est un trouble mental qui a été décrit pour la première fois en 1943 par Leo Kanner dans sa présentation de 11 cas d'enfants (3 filles, et 8 garçons) présentant les symptômes de ce trouble. Les caractéristiques les plus importantes sont :

- des troubles des interactions sociales : l'enfant est dans l'incapacité d'établir des relations avec autrui, cette incapacité se manifestant par « le manque de réactions à la présence, aux émotions (positive sou négatives), aux besoins des autres » (Dumas 2007, p. 113) ; l'enfant est dans un repli total, ne manifeste aucun intérêt ni pour les personnes ni pour les objets, il ne répond pas a leurs sollicitations.

Lenoir et *al.* (2004, p. 11) expriment bien la situation : « l'enfant autiste établit rarement le contact, paraissant même l'éviter, le refuser. Au mieux il est indifférent ». Dans le même ordre d'idées, l'enfant est incapable de faire usage des comportements non verbaux comme les gestes et les mouvements, le sourire, pour entrer en relations avec autrui.

- des troubles du langage et de la communication : les enfants autistes présentent un déficit dans la communication verbale et non verbale ainsi que l'utilisation pragmatique de la communication.

Le développement du langage est ponctué chez certains enfants par un retard considérable et chez d'autres par l'incapacité d'atteindre le niveau de l'expression verbale, Dumas (2007, p. 115) le décrivant comme suit : « leur langage est mal synchronisé et manque de spontanéité, de rythme, d'intention et de réciprocité ».

Au plan non-verbal ces enfants sont dans l'incapacité de recourir aux gestes et à la mimique pour communiquer ainsi ; ils ne désignent pas du doigt, ne regardent pas en face ou ne fixent pas les personnes, ne font pas au revoir, n'esquissent pas de mouvement de joie, de surprise ou de peur.

Certaines anomalies sont caractéristiques du langage des enfants autistes comme par exemple l'écholalie. Ce trouble du langage est concomitant du développement de l'enfant et fait son apparition à partir de la première année.

- Des comportements restrictifs et répétitifs :

Les enfants autistes présentent des comportements très restrictifs et très limités, leurs activités se limitent à certains objets qu'ils choisissent préférentiellement ainsi que leurs corps. L'enfant tient un objet, le manipule d'une seule façon, sans but ni objectif, il fait des mouvements. Comme le souligne Roge (2003, p25) « on peut observer des balancements, des postures anormales, ou des mouvements des mains et des pieds ».

Ils présentent également des rituels et se rebellent contre tout changement de leur environnement, c'est l'*immuabilité* dont parle Kanner.

D'autres signes accompagnent cette triade autistique comme les troubles sensorimoteurs, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, troubles de la propreté, mais aussi et surtout le retard

mental. Celui-ci est associé à l'autisme de manière très variable ; Lenoir, Malvy et Bodier-Rethor estiment que 75% des enfants autistes présentent un retard mental (2004, p. 15) « .. c'est à dire un quotient de développement inférieur à 70... ».

1-2 Etiologie :

Les causes de l'autisme sont multiples, mais les études actuelles se penchent beaucoup plus sur une origine génétique de l'autisme sans qu'un gène responsable ait été jusqu'à maintenant découvert.

2- Les systèmes de classification :

L'intérêt pour la classification en santé mentale remonte au 19^e siècle, avec un ensemble de psychiatres qui ont tenté de classer les maladies mentales à l'instar de Pinel, Esquirol, Magnan, Kraepelin.

Les systèmes de classification constituent un corpus de connaissances et de savoir sur chaque trouble ou maladie. On vise à le décrire de manière opérationnelle et pertinente, et à le différencier des autres troubles.

Ainsi tout système de classification doit être construit de manière logique, pertinente, et homogène.

Tout système de classification quel qu'il soit se base sur la pratique clinique d'une part et la recherche scientifique d'autre part. Ainsi, sur un plan clinique, le système de classification doit guider le clinicien à poser un diagnostic pertinent et par là même à choisir le traitement adéquat et surtout l'organisation du système de soins, et sur le plan de la recherche un système de classification permet de valider toutes les conclusions et les résultats des différentes recherches scientifiques, les faire connaître et par conséquent permettre la communication entre les différents chercheurs de par le monde.

Il est important de rappeler que le diagnostic est la finalité de tout système de classification, il permet d'un côté comme par exemple aux Etats Unis d'Amérique où les institutions publiques et privées comme les compagnies d'assurances de procéder aux remboursements des soins et d'un autre côté aux malades pour bénéficier d'une prise en charge appropriée, sans omettre le rôle important du diagnostic dans les essais psychopharmacologiques.

2-1 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)

Le DSM est un manuel de classification des maladies et troubles mentaux publié par American Psychiatric Association (APA) et comprend les critères de diagnostic des troubles mentaux.

Il est l'un des systèmes de classification les plus importants au monde. Six éditions ont déjà vu le jour et la septième fera son apparition prochainement (mai 2013 selon les responsables de l'APA).

Le premier manuel que les auteurs considèrent comme le prédécesseur du DSM actuel remonte selon S. Kawa et J. Giordano (2012) à 1918. Dans un souci de mettre en place un système de classification, les efforts de quelques organismes, en l'occurrence le bureau du recensement (*the Bureau of the census*), le comité national de l'hygiène mentale (*A national committee of mental hygiene*), the American medico-psychological association (actuellement American psychiatric association) ont abouti à la publication d'un premier manuel désigné par *Statistical Manuel for the use of institutions for the Insane* (le manuel statistique à l'usage des institutions pour aliénés). Ce manuel comprenait 22 diagnostics, la plupart sont des psychoses dont l'étiologie est somatique.

Le premier DSM fut édité en 1952 après une année de travail du comité chargé de son élaboration. Il contenait 102 troubles, dont quelques-uns concernent seulement les enfants. Ce nombre très limité de catégories de diagnostic n'offre pas au praticien suffisamment de choix de diagnostic, ce qui explique que 70% d'enfants examinés en psychiatrie sont soit diagnostiqués réaction d'adaptation, soit ne reçoivent aucun diagnostic (Cerreto et Tuma, 1977).

Le deuxième fait son apparition 16 ans après, en 1968. Il comprenait 182 troubles dont 12 catégories furent consacrés aux enfants. Le DSM comprend quelques changements par rapport au DSM I. Outre le nombre de troubles intégrés, il abandonne la notion de réaction.

Ces deux premières éditions présentent un certains nombres de caractéristiques communes que Gilbert expose comme suit (2011, p20) :

- Une prédominance de l'approche psycho-dynamique et adoption de la classification de Kraepelin.
- Des symptômes non décrits et opérationnalisés de manière détaillée et claire pour chaque trouble mental. Les symptômes des

troubles mentaux sont présentés sous forme de paragraphes ; disposés en « Vrac », l'un à côté de l'autre, sans aucune information pouvant orienter le praticien. Pour S.Kirk et H.Kutchins (1998, p. 94), « aucune direction n'était donné pour en guider le choix, aucune indication claire pour en déterminer si tous ou certains seulement de ces critères équivoques devaient être remplis pour établir le diagnostic ».

- Ces troubles étaient considérés comme résultant d'un conflit sous-jacent ou comme une réaction aux difficultés et problèmes de la vie. En outre, ces deux premières éditions du DSM sont d'essence explicative et étiologique.

Cette situation a eu des répercussions cliniques et méthodologiques importantes (fiabilité et validité) au point où deux cliniciens diagnostiquaient différents troubles mentaux pour le même patient. Les mêmes effets concernant les études de prévalence laissaient apparaître des proportions parfois importantes et différentes dans le même pays.

Ces défections et ces critiques ont poussé les différents responsables de l'APA, en 1974, à prendre la décision d'apporter des modifications à ce système de classification en visant à :

- promouvoir l'uniformité et la validité des critères de diagnostics, à travers la focalisation sur la fidélité inter-juges, celle-ci s'est traduite par l'opérationnalisation des critères de diagnostic ;
- uniformiser le diagnostic psychiatrique suite à la différence de la pratique clinique observée en Europe et aux États-Unis d'Amérique ;
- les critères de diagnostic devraient tendre vers la description des troubles au détriment de la recherche de l'étiologie, et de ce fait promouvoir un manuel « théorique ».
- l'abandon de l'approche psycho-dynamique ainsi que les aspects physiologiques des troubles.

La première ébauche du DSM III apparaît en 1975 ; le manuel officiel apparaît en 1980, comprenant une liste de 265 catégories dont 45 catégories sont destinées à l'enfance.

Les remaniements introduits dans le DSMIII concernent essentiellement les points suivants :

- le recours aux critères de diagnostic, les troubles sont décrits à partir des catégories dans lesquelles s'insèrent les symptômes avec une indication sur les symptômes nécessaires pour établir un diagnostic.

Il est important de rappeler que l'approche de classification majeure dans le DSM est une approche catégorielle qui consiste à ordonner le savoir psychiatrique, selon l'expression de Demazeux (2007), dans des catégories bien distinctes.

- de nouvelles catégories ont vu le jour, comme par l'exemple le *Post-traumatic stress disorders* et l'autisme. En revanche, d'autres ont disparu, à l'instar de l'homosexualité, ce qui constitue un événement important. D'autres catégories sont divisées en différents sous-types, ainsi par exemple la schizophrénie comprend 18 sous-types ou catégories alors qu'elle en avait 14 dans le précédent DSM ; ou encore la névrose phobique, devenue « troubles phobiques » et comprenant cinq classes.

- l'introduction du système multiaxial. Ce système multiaxial est composé de 5 axes.

Il permet de disposer d'importantes informations à propos du malade, d'affiner le diagnostic et décelant les troubles ou maladies associés. Il comprend les axes suivants :

Axe I Syndromes cliniques.

Axe II Les troubles de la personnalité et troubles spécifiques du développement.

Axe III Troubles et Affections physiques.

Axe IV Sévérité des facteurs de stress psychosociaux.

Axe V Niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé de l'année écoulée.

Contrairement aux premières éditions, le DSM III a procédé à une définition du trouble mental. Celui-ci n'est (sous-tendu par des relents biologiques) considéré comme tel, que s'il provoque une détresse ou un handicap, selon les termes de R. Spitz. Ainsi, cette définition, selon R. Cooper (2005) permettait à l'Association américaine de psychiatrie de clamer d'une part l'appartenance de la psychiatrie à la médecine et d'autre part de justifier l'élimination de l'homosexualité en tant que trouble mental.

Il est à noter également que le DSM III présente une multitude d'informations concernant les troubles, non seulement d'un point de vue clinique, à savoir les caractéristiques associées : âge de survenue,

évolution, handicap, complications, facteurs prédisposant, prévalence, répartition selon le sexe, aspects familiaux et diagnostic différentiel.

En 1987 le DSM III –R (révision) a été édité. Suite à l'introduction de certains changements dans les catégories, certaines ont été réorganisées et renommées.

Le DSM III-R contenait 292 catégories. Selon JD Jewell, SDA Hupp, AM Pomerantz (2009), le DSM III-R ne constituait pas un remaniement profond du DSM III au sens propre du terme, il gardait la même structure, le même format et le même volume. Cet avis n'est pas partagé par S. Kirk et H. Kutchins (1998, p. 333) qui pensent que les modifications apportées au DSM III concernaient « ..Quatre des cinq axes qui constituaient la base du système diagnostique du DSM III furent remodelés. Plus du tiers des 200 catégories diagnostiques fut modifié, souvent radicalement... plus de trente nouvelles catégories furent ajoutées ». Selon ces auteurs le DSM III-R n'est pas une simple révision mais implique d'importants changements.

A peine publié, les responsables de l'APA ont décidé de mettre tous les moyens afin de procéder à la révision du DSM III-R. Le comité qui s'en chargera a été mis en place en 1988 en dépit de l'opposition de certains psychiatres, dont Zimmerman, qui considéraient que ces révisions aussi rapides que fréquentes ne permettaient pas de procéder aux vérifications nécessaires du manuel en vigueur.

En 1994 paraît la quatrième édition (DSM IV). Elle contient désormais 300 troubles, avec une reformulation de certains axes du système multiaxial et une réorganisation de certaines catégories (troubles envahissants du développement). Ces réaménagements s'expriment comme suit :

Axe I : troubles cliniques.

Axe II : troubles de la personnalité/Retard mental.

Axe III : Affections médicales générales.

Axe IV : problèmes psychosociaux et environnementaux.

Axe V : évaluation globale du fonctionnement.

Cette édition s'est rapprochée de plus en plus de la classification internationale des maladies.

Il est à rappeler que le DSM IV est l'unique manuel qui renferme une annexe consacrée à la composante culturelle : les variations culturelles et ethniques sont prises en considération dans l'application de ce manuel.

En 2000, un DSM IV- TR (*text revision*) a fait son apparition, ce « text revision » renvoie au fait que le changement vise le texte expliquant le diagnostic et non pas les critères de diagnostic qui demeurent identiques au DSM IV. C'est ce qui traduit dans l'insertion des informations pour chaque nouvelle catégorie, et l'introduction des codes en totale concordance avec ceux de la Classification Internationale des Maladies.

Le DSM IV et le DSM IV TR n'ont pas échappé à la critique, certains des cliniciens ayant relevé essentiellement l'absence de frontières entre certains troubles et l'introduction de NOS non spécifié.

Le prochain DSM paraîtra avant 2013 : certains troubles disparaîtront tandis que d'autres feront leur introduction

3-L'autisme dans le DSM :

L'autisme a connu un parcours différent d'une édition à une autre, comme nous allons le montrer :

3-1 DSM I (1952) et DSM II (1968) :

Dans la première édition du DSM (1952), l'autisme était associé la schizophrénie sous la dénomination : « schizophrenic reaction, childhood type » c'est-à-dire (réaction schizophrénique, type enfance). Dans la deuxième édition, bien que certaines catégories cliniques ont été consacrées aux enfants et aux adolescents (1968), l'autisme était maintenu dans la schizophrénie, après l'abandon de terme de réaction, sous la dénomination « schizophrenia, childhood type » ou (Schizophrénie, type enfance).

Cette classification était liée à la réflexion de certains cliniciens, qui pensaient que l'autisme constituait une forme primaire de la schizophrénie.

Selon Gilbert cette situation incombe aux orientations théoriques sous-tendant ces premières éditions, en l'occurrence la psychanalyse et la classification de Kraepelin. Il considère que les symptômes présentés dans ces éditions exprimaient soit l'existence d'un conflit intérieur soit une mal adaptation aux conditions de vie.

3-2 DSM III (1980)

Le DSM III a rompu catégoriquement avec les deux premières éditions du DSM, en introduisant une nouvelle conception épistémologique théorique. En abandonnant d'une part les concepts s'inspirant de la psychanalyse, comme les névroses et en adoptant d'autre part une nouvelle approche opérationnelle selon laquelle

« chaque entité pathologique décrite a été définie par un ensemble de critères exprimés en termes de comportement » (Burjstein et *al.* 2003,p. 2).

En ce qui concerne l'autisme, le DSM III a institué une nouvelle catégorie autonome la désignant par les troubles globaux du développement où figurent les troubles autistiques. Cette désignation par le DSM III signe une reconnaissance officielle de l'autisme en tant qu'entité autonome, comme l'expriment Burjstein, Raynaud & Mises (2011) : « l'autisme, jusque-là considéré comme un syndrome rare à côté d'autres formes de psychoses précoces, devenait la forme centrale, générique, en quelque sorte le prototype des troubles graves et précoces du développement de l'enfant ».

Les troubles globaux du développement constituent une perturbation et une déviation d'un ensemble de fonctions psychologiques qui jouent un rôle primordial dans l'apprentissage du langage et des compétences sociales.

Cette nouvelle catégorie clinique, en l'occurrence « Pervasive Developmental Disorders » traduite initialement par « troubles globaux du développement » est classée dans l'axe II (troubles de la personnalité et troubles spécifiques du développement), elle comprend les catégories suivantes : autisme infantile, autisme infantile résiduel, troubles globaux du développement débutant dans l'enfance (COPDD), troubles globaux du développement débutant dans l'enfance résiduel et enfin les troubles globaux du développement atypiques.

De son côté Volkmar et *al.* (2005) considèrent que le concept de « troubles envahissants du développement » présente un avantage, étant donné qu'il n'est pas porteur de références théoriques, ce qui lui permet d'éviter les controverses, en particulier celles liées à son étiologie.

Les troubles globaux du développement contiennent les catégories suivantes :

1- L'autisme infantile

Elle comprend six critères de diagnostic ; une importance absolue (selon l'expression de Wing) a été accordée à l'âge du début (avant 30 mois) placé comme premier critère. Perturbation de la relation à autrui, déficit important du langage, et même une description des

perturbations du langage au cas où il existerait comme l'écholalie, l'inversion des pronoms, et le langage métaphorique.

Le critère suivant concerne les réactions bizarres à l'environnement en insistant sur la résistance au changement et la qualité d'attachement aux objets. Le dernier critère instaure une différence catégorique entre l'autisme et la schizophrénie à travers la négation des symptômes schizophréniques.

Ces critères sont peu nombreux, décrits de manière dispersée en occultant les changements qui pourraient survenir. Ils n'embrassent pas tous les signes de l'autisme. Cette situation a fait dire à Volkmar et *al.* (2005, p. 15) que la définition de l'autisme est « sparse and tended » ; de plus, ils sont spécifiques aux plus jeunes enfants, c'est-à-dire que l'enfant doit présenter les symptômes de l'autisme durant l'enfance, faute de quoi il se retrouvera dans une autre catégorie de diagnostic. Il est à rappeler que les critères de diagnostic de l'autisme infantile dans cette édition s'inspirent grandement des travaux M. Rutter (1978) et de ses quatre critères de diagnostic.

2- L'autisme résiduel :

Cette catégorie touche les enfants qui auparavant répondent positivement aux critères de l'autisme mais qui ne le sont plus.

3- Les Troubles globaux du développement débutant dans l'enfance :

Cette catégorie concerne les enfants qui présenteraient des symptômes autistiques au-delà de l'âge de 30 mois et avant l'âge de 12 ans. Elle existe en deux types :

- complet quand elle renferme tous les signes autistiques au delà de l'âge de 30 mois ;

- résiduel : quand les signes ne répondent pas aux critères et la persistance de certains signes comme par exemple les bizarreries de la communication ou une gêne en société.

4- Pour les Troubles globaux du développement atypiques :

C'est une catégorie « fourre-tout », qui devrait renfermer tous les cas dont le diagnostic ne correspondait pas aux critères des autres catégories.

3-3 DSM III –R (1987) :

Dans cette version du DSM III paru en 1987, la catégorie « *pervasive developmental disorders* » est toujours classée dans l'axe II, celui des « troubles du développement/ troubles de la personnalité ».

Il est à rappeler aussi que la traduction française de « *Pervasive Developmental Disorders* » a évolué vers une nouvelle dénomination, celle de « troubles envahissants du développement », au lieu de « troubles globaux du développement ».

Les changements opérés dans cette nouvelle édition concernent les points suivants :

En premier lieu, le terme « autisme infantile » a été remplacé par « troubles autistiques » (code 299.00) ; la catégorie « autisme résiduel » a été abandonné, le comité ayant considéré que l'individu autiste demeure autiste même si les symptômes évoluent.

En deuxième lieu, l'abandon des Troubles globaux du développement débutant dans l'enfance (syndrome complet ou résiduel), selon Waterhouse et al. (1992), en raison de son inutilité clinique du moment qu'elle est contredite par la pratique clinique.

En troisième lieu, la catégorie Troubles globaux du développement atypiques a été remplacée par nouvelle catégorie désignée par les troubles envahissant du développement non spécifié, en raison, selon Wing, du qualificatif « atypique » qui pourrait être assimilé à d'autres sens. Cette catégorie contient tous les cas qui présentent un trouble dans l'interaction sociale et la communication verbale et non-verbale, sans qu'ils correspondent aux critères de l'autisme.

En matière d'autisme proprement dit, un changement a été opéré. Ainsi, les *troubles autistiques* ont remplacé le terme d' « autisme infantile », qui devient l'unique catégorie en décrivant, en affinant et en enrichissant les critères du diagnostic ; ceux là ont gagné en clarté et précision, et sont accompagnés d'exemples. Pour la première fois, les difficultés affectant les trois sphères principales de l'autisme (la triade de Wing), en l'occurrence l'interaction sociale, la communication verbale et non-verbale et la restriction des activités et de l'intérêt, sont accompagnés d'exemples.

Il est important de signaler que l'ordre de classement dans le DSM III-R a suivi, selon Wing, un ordre développemental. Le nombre de critères servant à diagnostiquer l'autisme est de l'ordre de 16.

Dans la catégorie A, cinq critères ont été insérés pour traduire la perturbation des interactions sociales a savoir le manque d'empathie, l'incapacité de solliciter un réconfort, incapacité d'imitation, difficulté de participer aux jeux et enfin incapacité a faire des amis.

Dans la catégorie B six critères sont retenus pour exprimer les perturbations dans la communication verbale et non verbale, à savoir, absence de tout élément de communication allant du babillage jusqu'au langage parlé, absence de la communication non-verbale comme les geste, la mimique..etc, difficulté dans les activités d'imagination comme l'absence de faire semblant et le manque d'intérêt pour les histoires drôles, des troubles dans la modulation de la voix touchant le rythme, la fréquence..etc, les anomalies touchant le produit du langage comme l'écholalie, l'inversion des pronoms et le langage idiosyncrasique, avec des difficultés dans l'incitation et la poursuite de la conversation.

Dans la catégorie C celle des activités restreintes, 5 critères sont choisis, nous mentionnons les stéréotypies corporelles, l'attachement aux objets ou a certains paries d'objets, l'attachement aux changements, les rituels et les intérêts limites.

En ce qui concerne l'âge d'apparition, le DSM III- R a abandonné le critère décisif de 30 mois, présent dans le précédent DSM en faveur de la mention « la petite enfance et l'enfance proprement dite » ; ce qui englobe une partie importante d'enfants, cette perspective traduit la prise en considération des changements de l'autisme a travers l'âge et le niveau du développement de l'enfant.

Il est à noter aussi que selon Wing(1992), dans le DSM III-R la mesure du quotient intellectuel n'est pas un préalable pour poser le diagnostic mais il doit être inclus.

Ces modifications ont entraîné l'élargissement des critères de l'autisme à un nombre élevé d'enfants, en l'absence de troubles réels. Le diagnostic de l'autisme dans cette édition est plus large par rapport a celui du DSM III, ce qui constitue une des critiques apportées à la classification de l'autisme.

3-4 DSM IV (1994) :

Dans cette quatrième édition du DSM, les troubles envahissants du développement ont été reclassés dans l'Axe I contrairement aux éditions précédentes, c'est-à-dire que les troubles envahissants du développement et l'autisme sont réinsérés dans les troubles cliniques.

La nouvelle version du DSM IV apparue en 1994 a défini 5 catégories des troubles envahissant du développement, à savoir :

Troubles autistiques :

Cette catégorie comprend désormais 12 critères repartis sur les trois sphères de la triade autistique de Wing. Quelques items sont reformulés, on note la quasi-absence des exemples contenus dans le DSM III-R.

En comparant les items des deux éditions en l'occurrence, DSM III-R et DSMIV, nous observons par exemple que, dans la catégorie altération de l'interaction sociale, deux items seulement se rejoignent à savoir le manque de réciprocité émotionnelle et l'incapacité d'établir des relations avec les pairs.

Dans la catégorie altération de la communication, 2 items correspondent de manière franche, à savoir l'incapacité de soutenir une conversation, et le langage répétitif et idiosyncrasique, alors que deux items se rejoignent partiellement, savoir l'absence du développement du langage parlé est intégré dans le DSM III-R dans le premier item avec d'autres éléments de la communication ; la même chose pour l'absence du jeu « faire semblant », celui-ci étant inséré dans un item général « absences d'activités d'imagination.. » de la précédente édition.

Dans la troisième catégorie celle caractère restreint, et répétition des comportements 4 items correspondent à l'exception de l'item « souffrance marquée à l'occasion des modifications mineures de l'environnement ».

Il est à noter qu'un item a changé de catégorie : ainsi « l'absence de comportements non-verbaux » accède à la catégorie de l'altération de l'interaction sociale, alors qu'il faisait jusque-là partie de la catégorie de l'altération de la communication.

Ainsi, nous retrouvons les items dans les catégories dans le DSM IV comme suit :

L'altération des interactions sociales contient 4 critères, le premier en rapport avec le non-usage des comportements non-verbaux dans les contacts sociaux, le deuxième concernant l'incapacité à faire des relations, le troisième exprimant le non partage avec autrui de ses plaisirs et intérêts, *etc.*, le dernier signe étant l'absence de réciprocité sociale et affective.

Dans l'altération de communication, 4 items sont choisis, à savoir le retard ou l'absence du langage ; quand il est présent, c'est l'incapacité d'entrer en conversation et de la poursuivre, le langage se distinguant

par les stéréotypies et l'idiosyncrasie, et enfin l'absence du jeu « faire semblant » ou du jeu social.

Dans la sphère des intérêts et activités restreintes, 4 items y sont retenus. Nous relevons l'intérêt limité pour des activités stéréotypées, l'attachement de l'enfant aux rituels puis les stéréotypies manuelles et corporelles et enfin l'intérêt pour certaines parties des objets.

Le diagnostic est établi si au moins six critères sont retenus dans les trois sphères. Au moins deux à partir de l'altération des interactions sociales, un de l'altération de la communication et un de l'intérêt restreint.

L'âge du début a été réintroduit dans cette quatrième édition et a été arrêté en-dessous de 3 ans.

Syndrome de Rett

Ce trouble se caractérise par un développement normal durant les premiers mois avant la survenue d'une régression touchant le développement psychomoteur, la socialisation, la marche, les mouvements et le langage. Ce trouble vise préférentiellement les filles et a une origine génétique.

Trouble désintégratif de l'enfance :

Ce trouble se caractérise également un développement normal durant les premières années de la vie, puis une perte régressive des acquisitions dans les domaines de la communication, de l'interaction sociale, l'autonomie sphinctérienne, le jeu, etc, ce qui les fait ressembler à l'autisme infantile.

Le syndrome d'Asperger :

Ce trouble partage avec les troubles autistique des perturbations dans les interactions sociales et dans les activités et intérêts restreints - ces deux catégories et leur critères respectifs étant d'ailleurs reproduits fidèlement dans l'Asperger. Il s'en différencie par l'absence de retard du langage et par la préservation des capacités cognitives.

Troubles envahissants du développement non spécifiés :

Cette catégorie a été maintenue du DSM III-R et concerne tous les troubles qui présentent des perturbations dans l'interaction sociale, la communication et la restriction des intérêts sans pour autant rencontrer tous les symptômes des troubles envahissants du développement.

3-5 DSM IV – TR (2000) :

Le DSM IV- Text Révision, paru en 2000, n'a apporté aucune modification majeure ni dans les catégories des troubles envahissants du développement, ni dans les critères de diagnostic du trouble autistique. Par contre, il a introduit une nuance dans la formulation du dernier critère du diagnostic des troubles envahissants du développement non-spécifiques où il comprend dorénavant : « ... altération de l'interaction sociale associé à une altération de communication verbale ou non-verbale ou a la présence de comportements... » (alors qu'il était exclusif dans la précédente édition « ... soit une altération sévère et envahissante du développement de l'interaction sociale ou des capacités de communication verbale et non verbale, soit de comportements. »).

Le DSM IV et le DSM IV –TR ont été la cible de critiques de certains auteurs, dont l'équipe italienne composée de M. Chiappedi, G. Rossi, M. Rossi, M. Bejor, et U. Ballotin, qui a résumé ces critiques comme suit :

- L'interrogation concernant l'inclusion du syndrome de Rett, alors que son origine génétique est établie ;
- L'autisme atypique est bien décrit mais son utilisation clinique est difficile.
- Les troubles envahissants du développement non spécifiés ne sont pas bien définis en termes d'exclusion à partir de sa définition, et ce manque de définition pourrait conduire à ce que la description de ces troubles envahissants du développement non spécifiés soit déconnectée de l'autisme infantile.
- La distinction en termes de fonctionnement entre les troubles envahissants du développement et les troubles envahissants du développement non spécifiés n'est pas claire.

3-6 DSM V (2013) :

Un avant projet du DSM V a été mis à la disposition des chercheurs et des praticiens, afin qu'ils puissent s'en informer et par la même proposer les rectificatifs nécessaires avant la publication officielle du DSM V en Mai 2013 selon les responsables de l'APA.

Ce qui est frappant dans ce projet est la fusion de l'ensemble des catégories composant les troubles envahissants du développement du DSM IV au profit d'une nouvelle et unique dimension appelée « trouble du spectre de l'autisme », selon le degré de gravité des symptômes présentés, et la disparition du syndrome de Rett.

On note l'introduction d'une nouvelle catégorie appelée « trouble de la communication sociale » qui comprend trois déficits de la communication sociale sans la présence des stéréotypes ou rites.

La triade autistique a été réduite à deux, ainsi les déficits de la communication et les déficits de l'interaction sociale sont fusionnés dans une même catégorie-symptôme, en plus de modèles de comportements, activités ou intérêts restreints et répétitifs.

Exemple : déficits persistants dans la communication et l'interaction sociale sans égard au contexte, non justifiés par des retards de développements généraux...

Les critères descriptifs de cette catégorie-symptôme sont au nombre de trois : deux sont centrés sur les déficiences de la réciprocité sociale et l'incapacité d'établir des relations avec les pairs ; le dernier critère concerne la déficience de la communication verbale et non-verbale avec autrui.

Selon les responsables chargés de l'élaboration du DSM V, le retard dans l'acquisition du langage n'est plus pris en compte comme élément de diagnostic mais comme un facteur qui influencerait les symptômes cliniques du trouble du Spectrum de l'autisme.

La catégorie des troubles de restriction des intérêts et des comportements a été maintenue et comprend les critères suivants :

Dans le premier critère se mélange et dans la même phrase des éléments du langage, comme par exemple l'écholalie ou le langage idiosyncrasique, avec les stéréotypes moteurs ou même les intérêts portés aux objets.

Le deuxième critère met l'accent sur les rituels verbaux ou non-verbaux et les difficultés de changement.

Le troisième critère traduit la restriction des intérêts comme l'attachement excessif aux objets.

Le quatrième critère met en avant les troubles de la réactivité de l'autiste aux stimuli de l'environnement, comme par exemple l'indifférence émotionnelle, les réactions aux stimuli sensoriels surtout olfactifs, tactiles ou sonores.

Gilbert a résumé (2011, p. 23) tous ces changements en comparant les critères de l'autisme au DSM IV et ceux du DSM V :

Critères DSM IV	Critères correspondants DSMV
-1a	-1a
-1b	-1c
-1c	-----
-1d	- 1b
-2a	-----
-2b	-1a
-2c	-2a
-2d	-----
- 3a	- 2c
- 3b	- 2b
-3c	- 2a
- 3d	-----

Comme nous voyons dans le tableau comparatif de Gilbert, le DSM V a opéré un élagage

Dans cette comparaison entre les critères du DSM IV et DSM V présentée par Gilbert (2011) nous relevons les points suivants :

Dans la catégorie A, altération dans l'interaction sociale du DSM IV, trois critères sur quatre seulement trouvent leur correspondants dans le DSM V ;

Dans la catégorie « altération de la communication », deux critères retrouvent des correspondances dans le DSM V, et nous observons qu'à deux critères du DSM IV, en l'occurrence « manque du comportement non-verbal » (catégorie altération de l'interaction sociale) et « incapacité à soutenir une conversation » (altération de la communication), correspond un seul critère du DSM V celui de « Marked deficits in nonverbal and verbal communication used for social interaction » ; ou « déficit marqué de la communication non-verbale et verbale utilisée dans les interactions sociales ».

Dans la catégorie « restriction des activités et des intérêts » nous relevons que 3 critères sur 4 de DSM IV ont leurs correspondants dans le DSM V.

La fusion des deux catégories (altération de la communication et altération de l'interaction sociale) s'est répercutée dans la constitution et la formulation des critères de diagnostics, alors que dans les éditions précédentes les catégories ont été classées et ordonnées et les critères ne reflètent que la catégorie dans laquelle ils s'inscrivent.

La précision de l'âge d'apparition du troubles autistiques avant 3 ans a été enlevée au profit de la petite enfance du fait que la reconnaissance et le diagnostic de l'autisme dépasse les 3 ans.

L'avant-projet du DSM V a défini la gravité des troubles du Spectrum de l'autisme réparti sur trois niveaux en fonction du degré d'altération des deux symptômes, en l'occurrence la communication sociale et l'intérêt restreint et comportements répétitifs, et la nature du soutien nécessaire à chaque niveau.

L'avant-projet du DSM V à peine mis en ligne, les études ont déjà commencé à expérimenter cette nouvelle classification. Citons à titre d'exemple l'étude menée par S.D. Mayes, A. Black, C.D. Thierney (2012) qui, soumettant un ensemble d'enfants à un diagnostic d'autisme selon les nouvelles catégories du DSM V, concluent que celui-ci identifie moins de sujets autistes que le DSM IV, en l'occurrence 80.6%, et seulement une minorité de troubles envahissant du développement non spécifiques c'est à dire 16.7 correspond aux critères du diagnostic du DSMV.

Quelles sont les conséquences de cette nouvelle classification dans le DSMV ?

Elles concernent essentiellement l'exclusion des enfants dont le diagnostic ne correspondrait plus aux critères du diagnostic du DSM V. D'où les questions suivantes : quel serait le statut de ces enfants ? Vont-ils bénéficier d'un traitement? Et qui prendra en charge ce traitement ?

Une autre conséquence de l'application des critères du DSM V est une diminution des taux d'incidence et de prévalence de l'autisme, observée par J. A. Worley & J L. Matson (2012) dans leur étude, ainsi qu'une diminution de la prévalence de l'autisme de 32.3%.

Ritvo (2012) a adressé un ensemble de critiques où il considère que les changements contenus dans le DSMV ne sont pas justifiés par de nouvelles découvertes provenant des recherches sur le terrain ; il dénonce l'abandon d'un nombre important d'enfants qui ne correspondent plus aux nouveaux critères de diagnostic qu'il estime entre 20 et 40% par rapport au DSM IV-R et par conséquent la perte de leur prise en charge, sans négliger le temps perdus dans les démarches administratives pour re-diagnostiquer les enfants autistes.

A propos de la catégorie « trouble de la communication sociale », il ajoute que c'est une catégorie dont les critères sont d'abord vagues, puis n'a jamais été testée, notant enfin l'absence d'études comparatives avec le spectre de l'autisme.

« L'édit » de Ritvo, signé par un ensemble de praticiens et chercheurs dans le domaine de l'autisme de par le monde lance un appel afin de reporter ces changements, estimant que si changements il y a, ils doivent être les conséquences de nouvelles découvertes scientifiques.

Conclusion

Tout au long de ce cheminement de l'autisme dans les dédales du DSM, nous avons relevé que le système de classification américain n'a reconnu l'autisme officiellement que 37 ans après sa découverte, c'est-à-dire en 1980.

Nous avons remarqué que depuis sa circonscription en tant qu'entité clinique, l'autisme n'a cessé de subir différents changements d'une édition à une autre, ainsi dans le DSM III en l'inscrivant d'abord au sein des troubles envahissants du développement, puis en créant l'autisme infantile version complet/résiduel, avec des critères dispersés et manquant de précision, à une description plus claire, plus précise, et accompagnée d'exemples dans le DSM III-R (avec l'abandon de la version résiduelle).

Le DSM IV a repris la description du DSM III-R avec une réorganisation et reformulations des critères de diagnostic, sans oublier l'introduction de nouvelles catégories à l'instar de l'asperger et le syndrome de Rett.

Le DSM IV-TR, n'a procédé à aucun changement dans l'autisme et les autres catégories, à l'exception de la catégorie « troubles envahissants de développement non spécifiés », où son diagnostic implique dorénavant l'existence conjointe d'altérations des interactions sociales et de la communication.

Les changements introduits depuis 1980 jusqu'à 1994 insistent beaucoup plus sur la réorganisation et la reformulation et des critères de diagnostic et des catégories des troubles envahissants du développement, elle-même en fonction de la pratique clinique d'une part et de la recherche d'autre part, en vue d'améliorer les critères du diagnostic et d'affermir sa fiabilité et sa validité.

Par contre, dans l'avant projet du DSM V mis en ligne par l'American Psychiatric Association, un changement important a été opéré, avec l'intégration des différentes catégories en une seule dimension, la création d'une nouvelle catégorie appelée « trouble de la communication sociale », et l'exclusion du syndrome de Rett. La triade autistique a été réduite à deux après la fusion des catégories

« troubles de la communication » et « troubles de l'interaction sociale ».

Nous pouvons dire qu'avec le DSM V, nous passons d'un système catégoriel à un système dimensionnel.

Nous considérons que les changements incessants dans les catégories des troubles envahissants du développement et l'autisme en particulier traduisent la difficulté des concepteurs du DSM à cerner la pathologie autistique, qui ne possède d'ailleurs ni marqueurs biologiques ni marqueurs psychologiques selon les termes de Wing.

Toutes les éditions du DSM mettent en exergue les variations des systèmes de classification, lesquelles ont des conséquences et sur le diagnostic (il existe toujours soit des exclus soit des inclus en fonction des éditions) et sur le taux de prévalence qui diffère d'une édition à une autre.

Références bibliographiques :

- American psychiatric association: *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, DSM III, Paris, Masson, 1983.
- American psychiatric association : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, DSM-III-R, Paris, Masson, 1989.
- American psychiatric association : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, DSM-IV, Paris, Masson, 1996 [éd. américaine : Washington, 1994].
- American psychiatric association : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, DSM-IV-TR, Paris, Masson, 2003 [éd. américaine : Washington, 2000].
- Cooper R. (2005): *Classifying Madness*, Springer.

- Dumas J. E. (2007): *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : de Boeck.
- Gilbert C.L. (2011): Diagnostic systems. In J.L. Matson, P. Sturmey (eds.), *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, Springer Science + Business Media.
- Lenoir P, Malvy J, Bodier-Retho C (2004) : *l'autisme et les troubles du développement psychologique*, ed Masson paris
- Kirk S, Kutchins H (1998) : *aimez vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*.

Les empêcheurs de penser en rond, Paris, France

- Rogé B (2003) : *Autisme comprendre et agir*. Éditions Dunod Paris

Articles:

- Bursztejn C., Raynaud J.-P., Misse R. (2011) : *Autisme, psychose précoce, troubles envahissants du développement*, Ann Me sycho(Paris)(2011),doi:10.1016/j.amp.2011.03.011.
- Cerreto M.C., Tuma J.M. (1977): *Distribution of DSM II in child psychiatric setting*, in : *Journal of abnormal child psychology*, vol 5, n°2, 1977.
- Chiappedi et al.: *Autism and classification systems: a study of 84 children*, *Italian Journal of Pediatrics* 36:10, 2010.
- Jewell J.D., Hupp S.D.A., Pomerantz A.M. (2009) : *Diagnostic classification systems*
- J.L. Matson et al. (eds.), *Assessing Childhood Psychopathology 31 and Developmental Disabilities*, DOI: 10.1007/978-0-387-09528-8, Springer Science + Business Media, LLC 2009.
- Kawa and Giordano: *A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice*. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* 2012 7:2.

- Mazet P, Houzel D, Bursztejn C (2000) : *Autisme infantile et psychoses précoces de l'enfant*. Encycl. Med Chi, Paris: Elsevier.
- Ritvo E. R. (2012): Postponing the Proposed Changes in DSM 5 for Autistic Spectrum Disorder Until New Scientific Evidence Adequately Supports, *J. Autism Dev. Disord.* (2012) 42: 2021–2022
- Waterhouse L., Wing L., Spitzer R., Siegel B. (1992): Pervasive developmental disorders: From DSM III to DSM III-R, *Journal of autism and developmental disorders*, vol 22, n°4.
- Worley J.A., Matson J.L. (2012), Comparing symptoms of autism spectrum disorders using the current DSM-IV-TR diagnostic criteria and the proposed DSM-V diagnostic criteria, *Research in Autism Spectrum Disorders* 6 (2012) 965–970.

Sites Web:

Autism Spectrum Disorder in DSM V: www.psych.org (site de American psychiatric association)