



Redéfinir l'autisme pour le DSM 5

(pour inclure le syndrome d'Aspie) ^{1, 2}

24 octobre 2021

Par Normand Giroux (Ph.D. en psychologie (section: éducation, profil : recherche), UQÀM (1996)).

Curriculum vitae de Normand Giroux Mis à jour : Normand Giroux mène concurremment une carrière d'enseignant et de chercheur universitaire, de formateur et de professionnel en pratique privée. Ses intérêts de recherche ont trait à l'analyse comportementale appliquée aux troubles du spectre autistique et à l'enseignement de précision clinique.

¹ En remplacement du texte actuel sur les TSA dans le manuel DSM-5 (p. 50 à 59).

² Pour accéder à la justification de cette proposition, veuillez consulter le texte intégral de deux exposés de position sur cette question précédemment soumis à l'APA (en novembre 2019 et juillet 2020). Ils sont disponibles sur demande auprès de Jacques Lafortune à jlafortune63@hotmail.com.

En bref : un rappel des éléments clés de notre analyse

Dans nos deux précédents exposés de position soumis à l'APA, pour le retour du syndrome d'Asperger dans le DSM, nous avons essentiellement:

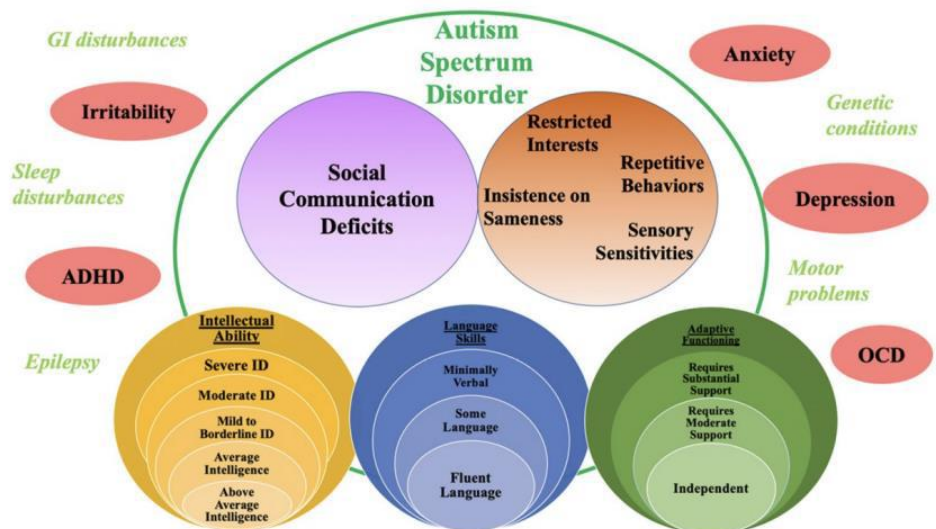
- Démonstré les fondements neuro-anatomiques, cliniques et sociologiques du syndrome d'Asperger;
- Effectué un examen approfondi de la littérature scientifique qui soutient la différenciation de « l'autisme de haut niveau » et du « syndrome d'Asperger », même si les conditions sont similaires;
- Affirmé que la nouvelle construction du trouble du spectre autistique (TSA) introduite par le DSM-5 n'a pas l'homogénéité requise pour une désignation sans ambiguïté;
- Déclaré que la notion de spectre de l'autisme est au mieux analogue, au pire trompeuse;
- Affirmé que la définition de 39 mots de l'autisme qui en résulte dans le DSM-5 est déroutant ; en l'allongeant, la définition devient plus hermétique que claire;
- Évoqué un fait évident: la condition connue sous le nom de Kanner avec ID (déficience intellectuelle), en d'autres termes, l'autisme classique est non pas spectral mais monolithique;
- Rappel que l'autisme léger et atypique, précédemment appelé syndrome d'Asperger³, tombe dans l'oubli depuis 2013 et se loge dans l'angle mort de la médecine; dans le même temps, les diagnostics différentiels ont commencé à proliférer, sans vision intégrative des symptômes;
- Soulevé un oubli majeur: le principe selon lequel les hypothèses les plus simples devraient prévaloir dans l'explication des conditions psychologiques (principe du rasoir d'Ockham) n'est pas présent. Cela ne permet pas un diagnostic clair et sans ambiguïté;
- Affirmé qu'il existe un fort facteur de différenciation entre les profils de l'autisme spectral : ce facteur est le degré d'anosognosie et donc de perspicacité. Cette vision et ses effets émergent « sur le plan du développement ». Cette condition est donc évolutive : précoce dans le syndrome d'Asperger, tardive et partielle dans l'autisme de haut niveau. L'acquisition de la perspicacité est un long processus. Chez l'enfant Asperger, il n'y a pas de perspicacité car cet élément émerge vers l'âge de 12 ans dans filles et 16-18 chez les garçons;
- Rappelé que la personne atteinte du syndrome d'Asperger est une sorte de personne neurotypique altérée et une personne autiste ratée (« une condition d'autisme inachevée » (Attwood));
- Convenu que le profil Asperger est le stade terminal du spectre de l'autisme, une forme atypique de l'autisme;
- Dit que nous devons entendre la souffrance des adultes Asperger qui cherchent un peu de lumière et d'oxygène concernant la présence possible en eux d'une telle forme atténuée d'autisme;

³ La maladie aurait dû être nommée syndrome de Soukhareva car elle a été décrite et identifiée par ce psychiatre russe en 1926. article.

- Affirmé que la quête d'identité, chez la personne atteinte du syndrome d'Asperger, souvent poursuivie pendant des années, marquée par le tourment, aboutit à un avatar commode et précaire dans un monde où il est impérieux de s'adapter;
- Conclu à un autre fait évident: l'autisme d'Asperger est la forme la plus répandue et la plus diversifiée de la maladie L'autisme de haut niveau (HFA) est plus rare, et l'autisme classique, encore plus rare que celui-ci ;
- A déclaré que les symptômes d'Asperger (la configuration des comorbidités) sont à la carte; l'interaction sociale est la principale source de handicap;
- Évoqué la roue des dimensions contributives comme dans la figure 1ci-dessous, sans former de catégories, en raison du fait que les algorithmes susceptibles de délimiter ces catégories ne sont pas connus. Une tentative de psychométrisation de tels algorithmes est proposée par ADOS-2; il sera nécessaire de poursuivre le processus, en différenciant les regroupements pour chaque profil; et
- Reconnu que la notion de spectre de l'autisme a été introduite dans le DSM-5 sans les validations nécessaires pour une gamme de conditions autistiques multiples, pour tous les âges et pour les deux sexes.

Fig 1 Dimensions contributives de l'autisme, sans catégories (reproduites à partir de l'article de Rosen, Lord, & Volkmar, 2021⁴)

Fig. 1 Overlap between categories and dimensions for core ASD symptoms and non-ASD symptom specifiers



⁴ Rosen, N, Lord, C, Volkmar, F. (2021). *Le diagnostic de l'autisme: de Kanner au DSM-III en passant par le DSM-5 et au-delà*. Springer. En ligne.

NOUVELLE DÉFINITION DE L'AUTISME

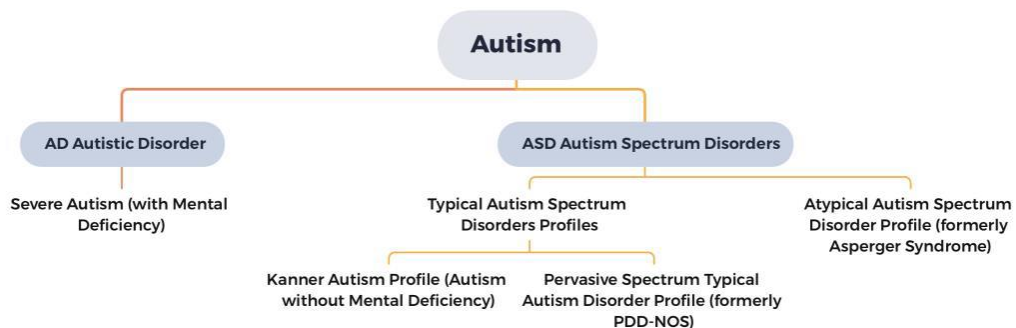
Une nouvelle définition de l'autisme, comprenant les deux dimensions connues (voir figure 1) et les catégories (les définitions des algorithmes, qui émanent pas encore étant un travail en cours), sont nécessaires. Fondamentalement, cette nouvelle définition devrait stipuler que :

L'autisme se manifeste sous deux formes : *le trouble autistique (MA) et les troubles du spectre autistique (TSA)*;

Le TSA lui-même se manifeste sous deux formes ⁵: *Disorders typique du spectre de l'autisme et disorder du spectre de l'autisme atypique (syndrome d'Aspie)*.

Le diagramme suivant illustre les nouveaux concepts
(Geraldine Westerkamp (westerdine@gmail.com), 2021).

Fig 2 Autism Profiles, Without Contributing Dimensions



⁵ Cette nomenclature dichotomique est cohérente avec les préoccupations de Baron-Cohen exprimées dans son article de 2018 (*American Scientific*): « Est-il temps d'abandonner une étiquette diagnostique unique pour l'autisme ? » <https://blogs.scientificamerican.com/observations/is-it-time-to-give-up-on-a-single-diagnostic-etiquette-pour-l-autisme/>

Justification du changement

Conséquence inattendue des choix d'étiquetage du DSM-5 : le rétrécissement du spectre

En 1994, le syndrome d'Asperger (SA) a été introduit dans le DSM-IV en tant que condition distincte de l'autisme et en 2013, il a été supprimé en tant que tel. Raison : le concept a été considéré comme imprécis, la condition difficile à diagnostiquer. Un nom générique appelé « Trouble du spectre autistique (TSA) » a réuni et remplacé les sous-catégories traditionnelles de l'autisme. Après huit ans d'expérience, quels ont été les effets de cette fusion et les conséquences du retrait de la désignation Asperger?

En apparence, le concept de « spectre » apporterait une flexibilité utile et pratique au travail des cliniciens. En particulier, il s'agissait de permettre le déplacement des individus au sein de la méga-catégorie homogène nouvellement créée, en cas de changements symptomatiques, comme l'a discuté Baron-Cohen,⁶.

Cependant, cet avantage s'est rapidement avéré faux. Le flou du nom générique TSA qui a été créé a conduit à un rétrécissement du spectre dans l'esprit des cliniciens. À une extrémité, l'autisme intégral avec déficience intellectuelle est ignoré parce que trop différent. À l'autre extrémité, l'autisme léger, latent, avec peu ou peu d'identificateurs spécifiques, relégué à des diagnostics différentiels. Au milieu de ces extrémités, le spectre de l'autisme, le mirage de la neurodiversité.

La désignation de TSA risque maintenant de ne servir personne touchée par la maladie (Alison Singer, discours liminaire, INSAR 2017; cité par Baron -Cohen. En effet, la condition la plus touchée (avec déficience intellectuelle) et la moins touchée (Asperger) ont toutes deux subi ce rétrécissement du choix fait par les cliniciens vers le milieu du spectre, une sorte de double régression.

L'impact insidieux du changement apporté par le DSM-5 doit en effet être pleinement compris. L'absence de délimitations claires de ce spectre, de sa portée, de ses formes finies ou moins définies, a eu un effet inattendu : réduire la portée du spectre. Les diagnostics sont donc faits vers des formes explicites d'autisme plutôt que des formes implicites et voilées, en particulier le syndrome d'Asperger. Les cliniciens ne s'aventurent plus jusqu'au bout du spectre, dans la zone ambiguë de la maladie d'Asperger.

En l'absence d'une telle catégorie nosologique multiple, leur réflexe est soit de s'affirmer à un autisme sans équivoque, visible et évident, soit de retomber, dans de manière conservatrice, sur des diagnostics différentiels tels que le TDAH (chez les enfants), le TPL (chez les femmes) et les troubles de l'humeur (chez les . Ou sur d'autres diagnostics tels que le trouble anxieux,

⁶Baron-Cohen, S.(2018). Est-il temps d'abandonner une étiquette diagnostique unique pour l'autisme? Dans *American Scientific*. <https://blogs.scientificamerican.com/observations/is-it-time-to-give-up-on-a-étiquettediagnostique-unique-pour-l'autisme/>

trouble de l'adaptation, trouble du TOC, etc., toutes les sources de myopie diagnostique et de mystification clinique. Le nombre de diagnostics différentiels a soudainement augmenté: en fait, il prolifère en raison de l'ajout continu de nouvelles étiquettes pour couvrir les symptômes qui ne cessent de croître.

C'est le contraire du principe de parcimonie ⁷. Ainsi, les particularités spécifiques de la personne atteinte d'autisme atypique, c'est-à-dire d'autisme léger et insidieux, comme l'autisme d'Asperger, ne sont plus placés dans la bonne perspective. En effet, les symptômes révélant Asperger avec leur multiplicité relative, leur disparité et leur gravité limitée - en bref, l'éventail clinique - continuent d'avoir une valeur intégrative, sous cette étiquette, plus grande que la simple accumulation de diagnostics différentiels réducteurs.

Autre conséquence : l'impact sociologique

Qu'en est-il de l'impact du retrait de la SA (du DSM-5) sur la communauté Asperger, sur les nombreuses communautés et groupes de soutien nationaux et locaux d'Asperger? C'est une perte douloureuse et incomprise. Leur souffrance est encore accrue par la communauté professionnelle qui leur tourne maintenant le dos. Et qu'en est-il des enfants Asperger qui sont facilement placés dans des classes d'enfants déficients ou rebelles, ne reconnaissant pas la « spécificité » de leur état, comme nous l'a rapporté Temple Grandin. Cependant, il n'y a pas de mesure commune entre un enfant atteint d'Asperger et un enfant autiste, même d'intelligence normale présumée (Attwood). Ce n'est qu'après des années d'apprentissage, d'acculturation et de développement qu'ils se réuniront, relativement.

Mettons de l'ordre dans la nosologie de l'autisme. Donnons une légitimité aux formes extrêmes de l'autisme, notamment une reconnaissance à la fois du trouble autistique sans équivoque et de la condition d'Aspie.

Trouble autistique (MA)

Cette condition est caractérisée par un mélange de déficience intellectuelle et d'autisme. L'interaction entre les deux conditions est la caractéristique dominante, entraînant un trouble complexe du développement idiosyncratique. Il n'y a pas de continuum de la condition, pas de handicap spectral. La déficience intellectuelle est essentiellement révélée par un QI inférieur à 70, souvent non mesurable, et d'autres caractéristiques liées à la capacité d'apprentissage et d'adaptation. L'autisme sévère omniprésent est la cause formelle du trouble. Il apparaît comme une altération radicale des capacités de communication sociale et d'interaction sociale, entraînant un manque extrême d'autonomie et de capacité d'intégration sociale. La perspicacité n'existe pas ou est très limitée. L'acquisition du langage est souvent un problème. Les systèmes de communication alternatifs sont introduits tôt dans la vie. Paradoxalement, le syndrome savant peut parfois être présent.

⁷ Appelé Ockham's Razor Principle: Principe de simplicité, parcimonie, rationalité: les multiples ne doivent pas être utilisés sans nécessité, les hypothèses les plus simples doivent être privilégiées.

Critères de diagnostic de base

La formulation de critères diagnostiques pour cette condition dominée par l'autisme sévère et la déficience intellectuelle est un défi distinct qui n'est pas entrepris dans la présente proposition comme étant axé sur à la condition d'Aspie. La définition de celui-ci serait avantageusement inspirée des chapitres consacrés à cette condition dans la nouvelle encyclopédie de l'American Psychological Association, telle que décrite dans la 32e publication de la série APA Handbooks in Psychology ⁸.

Niveaux de gravité :2(« nécessitant un soutien substantiel ») ou3(« nécessitant un soutien très important »). Voir DSM-5, p.52).

⁸ American Psychological Association (2020). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. 2 volumes, APA Publishers, Washington DC.

Autism Spectrum Disorders (ASD)

L'ASD est au mieux grossièrement spectrale, plus par analogie que graduée comme dans un vrai spectre (de couleurs, par exemple). En effet, il varie en degrés. C'est une gamme grossière avec des gradients approximatifs. La gamme est divisée en trois profils liés à un ensemble de comorbidités. Le trait commun : l'intelligence est normale. Les profils sont :

- autisme classique typique, quasi-intégral
- autisme partiel envahissant typique (y compris la condition anciennement appelée PDD-NOS)
- autisme atypique - Syndrome d'Asperger (Aspie)

Le spectre de l'autisme s'étale sur un continuum irrégulier, avec des degrés divers et des formes globales multiples induites par les comorbidités spécifiques de chaque individu et par le « degré » global de l'autisme.

La transition entre les trois profils se produit tout au long de la vie. Étonnamment, toute condition de spectre est une condition évolutive ; l'insight se développe, lentement, comme un travail en cours. La maturation et l'apprentissage combinés affaiblissent progressivement la présence spectrale de l'autisme. En conséquence, le passage d'un profil à l'autre est attendu lorsque l'accompagnement et la formation continue sont assurés. L'évolution se dirige vers la fin du spectre qui lui-même frise la normalité.

Deux types d'individus atteints de TSA sont identifiés. Premièrement, l'autisme classique quasi-intégral typique, et deuxièmement, ceux qui sont porteurs d'une condition atypique.

Cette deuxième condition est nouvellement appelée **syndrome d'Aspie**⁹. Dans les deux cas, l'intelligence est normale, moyenne ou supérieure. Les individus du premier et du deuxième groupe sont finalement différenciés sur la base de leurs degrés d'autisme associés à différents niveaux d'intuition acquise. L'autisme est prédominant dans la première condition jusqu'à l'âge adulte, révélant un degré limité de normalité. Dans le syndrome d'Aspie, la personnalité est principalement neurotypique, avec un peu d'autisme résiduel ; la perspicacité naît à l'adolescence.

Diagnostic global et fonctionnalités associées permettant le diagnostic des TSA

Une description des caractéristiques communes des TSA, à la fois typiques et atypiques, doit être mise à jour à partir du texte réel dans le DSM-5 pp. 53-55 et de la littérature actuelle, depuis 2012. Les critères de diagnostic de base suivent pour chaque condition.

⁹Ou "Profile Aspie", pour la communauté.

Premier sous-groupe des ASD

(enfants, adolescents et adultes)

Troubles typiques du spectre autistique

Critères de diagnostic de base ¹⁰ :

- A. Déficits persistants et omniprésents dans la communication sociale et l'interaction sociale dans de multiples contextes.
- B. Modèles de comportement, d'intérêts ou d'activités restrictifs et répétitifs.
- C. Les symptômes doivent être présents au début de la période de développement.
- D. Les symptômes entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou autre.
- E. Ces troubles ne s'expliquent pas par une déficience intellectuelle.
- F. L'enfant/adolescent/adulte peut avoir des compétences dissidentes (ou exceptionnellement, le syndrome du savant).
- G. La compréhension de la maladie est limitée et n'émerge pas, sauf avec un soutien extérieur, avant la fin de l'adolescence ou la vie adulte. Un aperçu limité est lié à un degré marqué de cécité mentale, à une faible cohérence centrale et à un dysfonctionnement exécutif ; une interaction significative entre ces trois facteurs clés MB/WCC/ED est attendue ¹¹.

Niveaux de gravité : 1 (nécessitant un accompagnement) ou **2** (nécessitant un accompagnement substantiel ¹²)

10 A, B, C, D, E: Comme indiqué dans le texte du DSM-5, p.50. Cependant, une réorganisation et une mise à jour de ces déclarations qui datent de 2012 sont souhaitables à la lumière du manuel APA de l'American Psychological Association (2020) sur les déficiences intellectuelles et développementales, vol. 1, pp. 207-212, formulations.

11 Voir une analyse de ce phénomène pour les étudiants en médecine dans Giroux, M., & Pélissier-Simard, L. (2021). Faire la lumière sur les traits autistiques des apprenants en difficulté : un angle mort dans l'enseignement médical. Perspective sur l'éducation médicale. Lien Springer. . <https://link.springer.com/article/10.1007/s40037-021-00654-z>

12 Comme indiqué dans le tableau 2 du texte officiel du DSM-5, page 53

Deuxième sous-groupe des ASD

(enfants, adolescents et adultes)

Trouble atypique du spectre autistique (syndrome d'Aspie)

Critères de diagnostic de base¹³ :

1. Déficits persistants dans la communication sociale et l'interaction sociale dans de multiples contextes.
2. Modèles de comportement, d'intérêts ou d'activités restrictifs et répétitifs.
3. Les symptômes doivent être présents au début de la période de développement.
4. Les symptômes entraînent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou autre.
5. Ces troubles ne s'expliquent pas par une déficience intellectuelle.
6. L'enfant/adolescent/adulte peut avoir des compétences en la matière.
7. La neurotypie est une caractéristique dominante bien que non exclusive, car mélangée à des singularités autistes ; La compréhension de la maladie évolue à partir de l'adolescence jusqu'à la vie adulte.
8. La perception de la condition est clairement apparue dans la vie adulte. La perception est appréciée par des degrés modérés de cécité mentale et/ou une cohérence centrale faible et/ou un dysfonctionnement exécutif ; et une interaction légère ou partielle entre ces trois facteurs fondamentaux MB/WCC/ED.

Niveau de gravité : 1 (nécessitant une assistance) ¹⁴.

Critères de diagnostics supplémentaires pour le syndrome d'Aspie

1. Dans le contexte d'une neurotypie prévalente, l'enfant, l'adolescent ou l'adulte présente des atypies et des comorbidités multiples, disparates et liées à l'âge telles que le TDAH, la sélectivité alimentaire, les troubles du sommeil, les troubles du contact visuel, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur (y compris la colère et les crises de colère), troubles (affect plat ou exalté), etc.
2. D'autres comorbidités ont également été observées chez les enfants : altération de l'efficacité exécutive, perte d'autonomie, troubles oppositionnels, ruminations, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de la horde, troubles bipolaires, dysphorie de genre, tics, pica, maniérismes, stéréotypies et comportements répétitifs dont trichotillomanie, phobies, misophonie, rigidités, autostimulation, automutilation, troubles de la communication orale (absence ou limitation du langage, mutisme sélectif) dont écholalie, troubles du langage expressif et réceptif, défenses sensorielles (hyperesthésie) et inversement hyposensibilité, troubles relationnels et de socialisation, motricité fine et globale troubles de l'écriture, troubles de l'écriture (et autres troubles d'apprentissage), troubles réactifs de l'attachement, troubles de la prosopagnosie (reconnaissance des visages), épisodes de dépersonnalisation, déréalisation, hallucinations, délires, etc.

¹³ A,B,C,D,E: Comme établi dans l'actuel DSM-5text, p.50.Cependant, la commande et la mise à jour de ces déclarations qui datent de 2012 sont souhaitables dans le contexte du manuel APA de l'American Psychological Association (2020) sur les déficiences intellectuelles et développementales, vol. 1, pp. 207-212 formulations.

¹⁴ Comme indiqué dans le tableau 2 du texte officiel du DSM-5, page 53.

3. Développer l'asité est le but de la vie des personnes atteintes du syndrome d'Aspie : en un mot, être libre, être heureux. Ces personnes, plongées qu'elles sont dans le monde neurotypique, cherchent désespérément à maintenir leur intégrité, toujours sous tension, leur adaptation et leur efficacité, également remises en question. Ils cherchent à se comprendre et à s'assumer. Ils cherchent à optimiser leur asité et à conquérir leur équilibre. L'autisme partiel, avec lequel ils vivent, catalyse leur normalité fondamentale, la féconde, générant une force de progression fragile qu'il s'agit d'exploiter. Un Asperger existe pour chaque personne affectée; il s'agit d'atteindre un équilibre relatif entre les exigences à la fois de la condition autistique elle-même et de l'environnement. Cette intégrité est atteinte lorsque l'autisme spectral et ses comorbidités sont suffisamment fragilisés, partiellement neutralisés, par maturation et apprentissage chez ceux qui resteront néanmoins des « géants aux pieds d'argile ».
4. L'adulte atteint du syndrome d'Aspie (homme ou femme), lorsqu'il recherche un diagnostic, peut composer sans aide un récit écrit ou verbal explicite et élaboré des difficultés vécues et de sa quête d'identité et d'une meilleure santé mentale ¹⁵. Une évocation de son enfance atypique s'impose. Un rétrécissement durable de l'écart relationnel aura entravé l'acquisition de relations sociales. Une démonstration anecdotique de sa compréhension de la maladie confirme la diminution continue de l'anosognosie autistique, un tel phénomène étant apparent chez les femmes à partir de l'adolescence, mais plus tard chez les garçons.
5. La femme Aspie adulte peut avoir des traits androgynes et sembler excentrique. Elle est considérée comme froide et égocentrique. Elle a peu d'intérêt pour le maquillage, la coiffure ou le shopping. Elle n'aime pas être touchée. Elle peut avoir un intérêt pour les sciences, la conception informatique, l'écriture, les langues, la psychologie. Elle a souvent reçu un diagnostic de TPL (trouble de la personnalité limite). Elle ne cultive qu'une ou deux amitiés. Elle se donne des rôles neurotypiques épuisants ; elle est douée pour se déguiser en personne neurotypique (syndrome du camouflage¹⁶) ; elle ne sort de sa cachette que lorsqu'elle donne naissance à un enfant du spectre.
6. Les différences entre le syndrome d'Aspie et les troubles autistiques typiques de haut niveau sont plutôt quantitatives (même spectre, à des degrés différents) plutôt que qualitatif (syndromes différents) après des années de croissance. Ils sont nettement plus prononcés aux âges plus jeunes. À la fin de l'adolescence, les différences ne sont plus évidentes, sauf pour la capacité de perspicacité et la configuration variable de MB/WCC/ED. En effet, cette différence continue d'exister, mais elle est plus subtile et est liée au niveau de compréhension et d'intuition de l'auto-différence, tel qu'acquis par l'individu. Il semble que :
 1. Les sujets Aspie ont un développement du langage plus précoce.
 2. Les enfants Aspie affichent également des jeux sociaux plus imitatifs et des interactions sociales réciproques.

15 Des exemples de tels récits personnels figurent dans l'excellent livre de T. Powell : *Recognition Autism and Asperger's Syndrome*, 2e éd., Routledge (2021). L'histoire de Kate : Le diagnostic a stabilisé ma santé mentale ; L'histoire de Joanna : Rédaction d'une carte pour tracer mon parcours ; L'histoire de David : tout est différent mais rien n'a changé ; L'histoire de Rachel : Le diagnostic a été un cadeau ; L'histoire de Floyd : Mes modèles sont James Bond et Bertie Wooster ; L'histoire de Melanie : Cela m'a validé : je suis plus militante autiste maintenant ; L'histoire de Gerry : je me sens toujours en colère... je ne me rattraperai jamais ; L'histoire de Max : J'étais un ermite... maintenant j'essaie de vivre dans le monde réel ; L'histoire de Julia : « Si j'avais su plus tôt, j'aurais peut-être sauvé mon travail ».

16 Tel que mesuré par exemple par le CAT-Q (Camouflage Autistic Traits Questionnaire).

<https://embrace-autism.com/cat-q/>

3. À l'adolescence, les sujets Aspie montrent encore un vocabulaire plus sophistiqué et un plus grand désir d'amitié.
4. Sur le plan cognitif, en tant que groupe, les sujets Aspie présentent généralement des performances verbales supérieures et des déficits visuo-spatiaux, perceptifs et moteurs, tandis que le profil opposé caractérise l'autisme typique.
5. Les études qui se penchent sur la théorie de la performance de l'esprit ont trouvé principalement des différences quantitatives typiques des sujets autistes et Aspie.
6. Les sujets Aspie montrent des préoccupations plus intenses et des intérêts circonscrits tandis que les personnes autistes typiques ont un jeu imaginaire plus pauvre et des comportements plus stéréotypés.
7. En termes de fonctionnement global, les sujets AS s'en sortent nettement mieux sur le plan scolaire, mais pas en termes d'emploi ou de vie indépendante.
8. Des changements se produisent au fil des ans et un enfant qui a reçu un diagnostic approprié d'autisme de Kanner peut devenir un adolescent qui correspond aux descriptions d'Asperger. Comme mentionné précédemment, une chose les différencie clairement tout au long de leur parcours de vie : c'est la perspicacité. Lorsque l'insight se produit, une migration a lieu sur le simili-spectre de l'autisme quasi-intégral marqué à l'autisme résiduel, au syndrome d'Asperger, et l'adaptation devient meilleure. Si les comorbidités sont maîtrisées, par le jeu stratégique des mesures d'accommodation, l'aséité d'Aspie devient optimale, proche – mais n'atteignant pas – l'aséité neurotypique.

Conséquences fonctionnelles des TSA, procédures d'enregistrement, spécificateurs, prévalence, développement et évolution, facteurs de risque et pronostiques, problèmes de diagnostic liés à la culture, problèmes de diagnostic liés au sexe, diagnostic différentiel.

Ces aspects doivent être reformulés et adaptés à partir du texte actuel du DSM-5, p. 55-59. De plus, étant donné que le texte du DSM-5 sur les sujets susmentionnés a été publié il y a 9 ans, il nécessite une mise à jour formelle. Nous recommandons l'utilisation des chapitres 9 (Volume 1) et 6 (Volume 2) du Manuel APA sur les déficiences intellectuelles et développementales (2020)¹⁷ dans la formulation de la mise à jour du DSM-5.

¹⁷ À titre d'exemple de la nécessité d'une mise à jour de cette suite de caractéristiques, nous citons ici le chapitre « Prévalence ». D'autre part, au chapitre 9 de l'Encyclopédie de l'American Psychological Association (2020, p.219), il est indiqué que « le CDC estime actuellement qu'un enfant sur 59 aux États-Unis a un TSA ».