



Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 66 (2018) 103–108

***neuropsychiatrie
de l'enfance
et de l'adolescence***

Revue de littérature

Le syndrome d'évitements pathologiques des demandes : psychopathie autistique ? Syndrome d'Asperger ? Autisme atypique ? Ou trouble envahissant du développement (TED) spécifique ?

Pathological demand avoidance syndrome: Autistic psychopathy? Asperger syndrome? Atypical autism? Or specific pervasive developmental disorder (PDD)?

A. Philippe^{a,*}, Y. Contejean^c

^a UMR1163, institut imagine, hôpital Necker Enfants Malades, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, 149, rue de Sèvres, 75743 Paris cedex 15, France

^b Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

^c Centre ressources autisme Île-de-France, 6, cour Saint-Éloi, 75012 Paris, France

Résumé

L'évitement pathologique des demandes (*pathological demand avoidance* [PDA]) désigne un syndrome conceptualisé par E. Newson en 1980 surtout connu au Royaume-Uni et dans les pays d'Europe du Nord. La résistance obsessionnelle aux exigences quotidiennes faisant appel à des stratégies manipulatrices, une sociabilité superficielle marquée par une position égocentrique, une labilité de l'humeur liée à un besoin de contrôle de la relation et un intérêt prononcé pour le monde imaginaire en sont les signes cardinaux. Les difficultés de communication et d'interactions sociales de ces enfants amènent à se poser la question d'une appartenance ou d'une parenté avec les troubles envahissant du développement (TED). Le débat sur ce sujet reste ouvert dans la mesure où certaines descriptions de TED (« psychopathie autistique », syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement non spécifié, autisme atypique...) englobent parfois ce phénotype comportemental. Cet article vise à réactualiser la description clinique, à présenter un outil à visée diagnostique en cours d'élaboration et à discuter les principaux diagnostics différentiels de ce syndrome. Versant sémiologique ou entité clinique, cette pathologie contient en soi suffisamment d'éléments de spécificité pour poursuivre les études afin de préciser sa place dans la nosographie actuelle et dégager des axes pédagogiques et éducatifs qui lui sont propres.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Autisme ; Syndrome d'Asperger ; PDA ; TSA ; TED ; Évitement ; Sociabilité ; Opposition ; Imaginaire ; Égocentrisme

Abstract

The aim of this paper is to inform French clinicians about “pathological demand avoidance” syndrome, also referred to as PDA, described by Elizabeth Newson (1929–2014), professor of developmental psychology at the University of Nottingham in the 1980s. E. Newson discerned a particular behavioral pattern in a subgroup of children who were referred to her for suspicion of autism or Asperger's syndrome without confirmed diagnostic assessment. These children have an inability to tolerate demands imposed upon them and try to resist with strategies of avoidance; being essentially socially manipulative is not compatible with the shared representation of autism. They give an impression of sociability, but they often lack a sense of social identity (e.g. believing themselves to be on a par with or superior to adults), pride or shame. They have mood swings led by need to control their relationship. They appear comfortable in role playing and pretending – often adopting borrowed roles when interacting with others (e.g. relating to peers in the manner of a teacher). In recent years, PDA has attracted increasing clinical attention mainly in the United Kingdom and Northern Europe, but little is known in France. Its validity as well as its place in the nosography are still being debated. E. Newson considered PDA to be a specific pervasive developmental disorder while other clinicians classified it in autism spectrum disorders (ASD). It remains true that PDA is a real clinical problem that imposes a therapeutic challenge: the need for these subjects to control the relationship makes it very difficult to treat. In this article, we illustrate the cardinal signs of this syndrome with a clinical case to facilitate its recognition. We discuss two differential diagnoses: oppositional defiant disorder and ASD. We found that the autistic psychopathy described by Hans Asperger resembles PDA.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : anne.philippe@inserm.fr (A. Philippe).

The interest of E. Newson's work is to highlight the affective and emotional presentation of the symptoms not described in DSM-5 which only emphasizes the deficits of social cognition (deficits in socio-emotional reciprocity, non-verbal communication, restricted interests etc.). Educational approaches effective for PDA differ from "typical" ASD and include novelty, humor and flexibility.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Autism; Asperger syndrome; PDA; TSA; PPD; Avoidance; Sociability; Opposition; Imagination; Egocentrism

1. Introduction

Elizabeth Newson (1929–2014), professeure de psychologie du développement à l'Université de Nottingham, décrit à partir des années 1980 le « syndrome d'évitement pathologique des demandes » (« pathological demand avoidance syndrome » [PDA]) [1].

Elle discerne un pattern comportemental particulier dans un sous-groupe d'enfants parmi ceux qui lui sont adressés pour suspicion d'autisme ou de syndrome d'Asperger mais non confirmé par l'évaluation diagnostique. Ces enfants semblent ressentir une pression intolérable face à des exigences du quotidien et cherchent à les éviter par des stratégies de communication parfois habiles, peu compatibles avec la représentation communément partagée de l'autisme. Leur difficulté à concevoir leur place d'enfant par rapport à l'adulte, fait douter les parents de leurs capacités éducatives devant un enfant souvent perçu comme « désobéissant », et peut entraver les apprentissages malgré un fonctionnement intellectuel satisfaisant voire supérieur.

Le PDA a eu un large écho auprès des cliniciens principalement au Royaume-Uni et en Europe du Nord car il correspond à une réalité clinique difficile à prendre en charge. Cependant, sa validité est discutée ainsi que sa place dans la nosographie. S'agit-il d'un syndrome à part entière ? Y a-t-il une zone de chevauchement avec les troubles des conduites ? Fait-il partie du spectre autistique ? Ou encore, coïncide-t-il à l'extrême du spectre, au diagnostic japonais de hikikomori comme le propose Christopher Gillberg [2] ?

Peu connu en France, l'objectif de cet article est d'inciter le lecteur à lire la conception du PDA élaborée par Newson dans « Pathological demand avoidance syndrome: a necessary distinction within the pervasive developmental disorders » publié en 2003 [1]. Ce concept ouvre un champ de réflexion sur les difficultés diagnostiques et thérapeutiques d'enfants qui reçoivent souvent divers diagnostics en fonction de leur âge, du motif de consultation, de l'approche diagnostique ou encore de la subjectivité des spécialistes qu'ils ont rencontrés : trouble caractériel, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement non spécifié, haut potentiel intellectuel, trouble sémantico-pragmatique, dyspraxie, dysharmonie etc. Ces différents diagnostics ne signifiant pas forcément une divergence diagnostique, chacun pouvant répondre à une représentation relative de la réalité clinique.

2. Caractéristiques cliniques du PDA

Le PDA peut se manifester dès l'âge de 2 ans. L'évitement des demandes, la sociabilité superficielle, la versatilité et l'intérêt

prononcé pour le monde imaginaire sont les signes cardinaux qui définissent le phénotype comportemental.

Le diagnostic peut être ambigu chez le très jeune enfant devant des difficultés comportementales peu spécifiques (crises de colère, opposition, agressivité). Ces difficultés peuvent être considérées comme secondaires à des interactions précoces dysfonctionnelles. Cependant, elles sont le résultat de caractéristiques de l'enfant qui induisent souvent des attitudes désadaptées de parents en plein désarroi. La complexité de l'analyse sémiologique à cet âge entraîne un retard diagnostique dommageable pour l'enfant et son entourage. Les symptômes deviennent plus caractéristiques à l'âge scolaire.

2.1. L'évitement des demandes

Ces enfants ont une sensation de pression intolérable face aux demandes du quotidien les plus communes et cherchent à les éviter en utilisant des stratégies jugées « manipulatrices ».

Ces stratégies varient selon le tempérament de l'enfant, son âge, l'interlocuteur et le contexte. Ainsi, ces enfants peuvent s'excuser (« Désolé, mais je n'ai pas d'inspiration aujourd'hui » enfant de 7 ans à qui on propose de dessiner), chercher à faire diversion (« J'adore ton collier ! »), faire appel à leur monde imaginaire (« Mon nounours n'aime pas ce jeu »), négocier sans fin, répondre de façon laconique (« c'est trop dur », « je ne sais pas », « je le ferai demain »), prétexter une maladie (ne peut participer aux cours d'éducation physique à cause d'une pathologie asthmatique mais fait de la musculation en salle de sports), couper court à la conversation en faisant des bruits de bouche ou en dernier recours, hurler, donner des coups de pieds ou avoir des comportements choquant par leur manque de limites.

Cet évitement des demandes peut ne se manifester que dans certains environnements, en famille ou en collectivité (crèche, école) de façon exclusive ou non. Il ne concerne pas uniquement les sollicitations désagréables et peut apparaître pour toutes demandes, même celles qui paraissent anodines comme prendre part à des activités ludiques. Ces enfants doivent décider de leur activité.

2.2. Une sociabilité superficielle marquée par une préoccupation égocentrique

Ces enfants paraissent ne pas être conscients de leur statut d'enfant ce qui peut se traduire par des échanges directs, familiers voire déplacés. Ils ont tendance à diriger les jeux, à indiquer aux autres comment ils doivent se comporter sans se rendre compte que ces règles s'appliquent à eux-mêmes.

Leur compréhension intellectuelle plus qu'émotionnelle des échanges sociaux leur permet de percevoir les failles chez l'autre et d'en user si nécessaire. Ils peuvent exprimer de l'empathie mais de façon non intuitive. Cependant, leur égocentrisme les empêche, dans certaines situations, de modérer leur comportement pour tenir compte de l'autre (ils peuvent se battre avec un tout jeune enfant), d'être sensibles aux éloges, aux récompenses ou aux réprimandes et peut leur faire oublier leurs responsabilités ou le sentiment de honte lors de réactions démesurées voire théâtralisées.

2.3. Une versatilité liée à un besoin de contrôler la relation

Ces enfants peuvent changer d'avis instantanément s'ils soupçonnent l'autre d'exercer le contrôle dans la relation comme le témoigne un changement d'humeur soudain et incompréhensible. Ils sont hypersensibles au regard d'autrui, se sentent vite enfermés dans le discours de l'autre et passent des caresses aux coups sans raison évidente, ou font les deux en même temps (« Je te hais » pendant un câlin, ou pincent en donnant la main).

2.4. Un intérêt prononcé pour le monde imaginaire, les jeux de rôle et de faire-semblant

Certains ont un copain imaginaire et ne répondent aux demandes que si elles sont adressées à leur personnage ce qui laisse l'entourage perplexe. Ils miment des combats irréels de leurs héros ce qui peut paraître étrange à partir d'un certain âge. Ils consacrent beaucoup de temps à ces univers fantasmatisques (jeux vidéo de stratégies, littérature *fantasy*, etc.). Ils ont souvent des dons de comédien et semblent si à l'aise avec leur rôle qu'ils donnent l'impression de n'être plus eux-mêmes et de perdre le contact avec la réalité. À l'âge adulte, cette faculté peut s'avérer être une stratégie d'adaptation (« j'endosse mon costume social »).

3. Outil de dépistage diagnostique : DISCO-11

En 2016, O'Nions et al. ont élaboré un entretien semi-structuré en sélectionnant 11 items à partir du Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO) construit par Wing et Gould pour le diagnostic des troubles autistiques [3] (Tableau 1). Cependant, cet outil, le DISCO-11 nécessite d'être amélioré car par exemple, aucun des items retenus ne prend en compte leurs engouements pour l'imaginaire.

4. Diagnostics différentiels

4.1. Trouble oppositionnel avec provocation (TOP)

L'évitement des demandes peut se manifester par des conduites d'opposition et faire évoquer le TOP. Cependant, l'opposition dans le PDA est toujours liée à une situation de demande alors que dans le TOP, elle se manifeste dans des circonstances variées. En effet, l'enfant avec TOP peut insulter délibérément, se mettre en danger pour tester les limites,

chercher à provoquer ou être à l'initiative de bagarres en embêtant les autres. De plus, dans le TOP, la désobéissance semble s'accompagner presque systématiquement de défi où l'affirmation de soi est plus importante que l'objet du refus ou de la transgression, alors que dans le PDA c'est le besoin de contrôler la relation qui engendre des conduites d'évitement. Il arrive que l'enfant avec PDA semble transgresser les interdits mais l'observation montre que la « désobéissance » est à mettre en relation avec ses intérêts propres (par exemple, ne respecte pas l'heure du coucher car lit de la littérature *fantasy*).

La prise en compte de la dimension contextuelle et de la position du sujet dans la relation permettent de faire la distinction entre ces 2 troubles.

4.2. Trouble du spectre autistique (TSA)

À partir d'une analyse factorielle discriminante portant sur 90 sujets (50 PDA, 20 autistes, 20 Asperger), Newson montre que le PDA est une entité distincte du trouble autistique et du syndrome d'Asperger et considère qu'il s'agit d'un trouble envahissant du développement (TED) spécifique [1]. Elle remarque que par rapport aux enfants autistes, les enfants ayant un PDA sont plus souvent des filles, marchent moins sur la pointe des pieds, ont un meilleur contact oculaire, des difficultés pragmatiques du langage moins marquées, une tendance moins compulsive aux routines et affectionnent davantage les jeux symboliques ce qui est en définitive peu éloigné d'une approche diagnostique dimensionnelle du spectre autistique.

Newson n'a pas fait passer l'ADI-R [4] auprès des parents pour vérifier qu'aucun des enfants PDA ne remplissait également les critères de trouble autistique. De plus, les caractéristiques des 3 groupes étudiés comme l'âge, le sexe, le QI ou niveau verbal ne sont pas décrites ce qui est délicat pour les comparer et interpréter les résultats. En effet, même si les enfants PDA peuvent refuser de se soumettre à des tests standardisés, le niveau verbal des sujets est important à préciser car celui-ci peut être fortement corrélé aux items évaluant la « manipulation sociale ».

Pour certains auteurs, ces caractéristiques comportementales (évitement des demandes, labilité émotionnelle, etc.) peuvent être observées chez les individus souffrant d'un trouble autistique et ils considèrent que le PDA fait partie du spectre autistique [3]. Une différence dans l'approche diagnostique peut expliquer une différence de perception de ces mêmes enfants. En effet, Newson décrit davantage la présentation affective et émotionnelle des troubles avec des symptômes « positifs » comme les conduites d'évitement, le besoin de contrôler la relation, la labilité de l'humeur ou l'intérêt pour le monde imaginaire alors que les critères du TSA dans le DSM-5 sont plutôt des symptômes « négatifs » soulignant les déficits de la cognition sociale (déficits dans la réciprocité socio-émotionnelle, la communication non verbale, la compréhension sociale, intérêts restreints etc.).

Il est curieux que Newson n'ait pas mis en parallèle son syndrome avec celui des psychopathes autistiques décrits par Asperger tant il semble y avoir une convergence [5].

En effet, Fritz « pose de graves problèmes d'éducation dès sa petite enfance : il n'obéit à aucun ordre, il fait ce qu'il veut ou le

Tableau 1

Disco 11 [3] (traduction personnelle).

| | 0 S'applique tout à fait | 1 S'applique un peu | 2 Ne s'applique pas |
|--|-----------------------------|------------------------|------------------------|
| Résiste obsessionnellement et évite les exigences ordinaires et les demandes | | | |
| A besoin de diriger | | | |
| Imite le maniérisme et le style des adultes (par exemple, utilise des expressions de l'enseignant/parent pour rabrouer les autres enfants) | | | |
| Montre peu de honte ou de gêne (par exemple, pourrait faire une crise en public et ne pas être embarrassé) | | | |
| Habille pour obtenir des gens ce qu'il/elle veut | | | |
| Sembler ignorer l'écart entre lui/elle-même et les figures d'autorité (par exemple, les parents, les enseignants, la police) | | | |
| Sait ce qu'il faut faire ou dire pour affecter une personne en particulier | | | |
| Blâme ou vise une personne en particulier | | | |
| Nie le comportement qu'il ou elle a adopté, même lorsqu'il ou elle est pris en flagrant délit | | | |
| Utilise un comportement scandaleux ou choquant pour éviter de faire quelque chose | | | |
| A des réactions émotionnelles extrêmes en réponse à des événements mineurs (par exemple pleurer, rire, devenir furieux) | | | |

Chaque item est coté 0, 1 ou 2 selon qu'il s'applique « tout à fait », « un peu » ou « pas du tout » à l'enfant. Un score total inférieur à 9 permet de suspecter le PDA.

contraire de ce qu'on demande. Il embrasse des personnes sans motif mais ce n'est pas un geste agréable, c'est plutôt soudain comme une attaque. Il se moque de l'autorité des adultes, il tutoie tout le monde. Le plus souvent, il ne répond pas aux questions ou avec réticence, "je ne veux pas dire cela" ou répond en souriant méchamment. Quand on lui demande quelque chose, il éprouve comme une intrusion non désirée dans sa personnalité fermée. Comme on peut s'y attendre, ces désordres se manifestent dès qu'on lui demande quelque chose. ». « Il est en effet très caractéristique de Fritz, comme tous ces enfants, de ne pas réagir aux ordres ou aux interdits émotionnels, à la contrariété et à la colère mais aussi aux louanges, en obéissant et en se soumettant. Au contraire, ils y répondent par la méchanceté et l'agression. » [5].

Les mêmes difficultés de discipline se posent pour « Harro qui refuse de coopérer et ce, avec des remarques très grossières. Il ne fait jamais ce qu'on lui demande et répond si méchamment que la maîtresse ne lui demande plus rien. Il dit souvent des mensonges. Ce n'est pas pour trouver une excuse à ce qu'il fait, cela ne l'intéresse pas. Il dit toujours la vérité sans gêne. Il raconte de longues histoires fantastiques ; une fois commencées, il s'y enfonce de plus en plus ; ses contes de fées deviennent confus et incohérents. C'est une véritable lutte de lui apprendre un comportement social. » [5].

Quand à Ernst, « il se rend la vie difficile avec ses complications, dès que quelque chose est un peu différent de ce qu'il imagine. Il a de longs discours et pour l'éducateur, il peut être très difficile de l'arrêter. Il attaque les autres, tête baissée et leur lance des injures. Il n'obéit ni à sa mère indulgente, ni à son père autoritaire. Il aime raconter des aventures fantastiques dont il est le grand héros. » [5].

Longtemps méconnu car paru en allemand, l'article « Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter » (1944) [6] n'a

été traduit dans son intégralité en anglais qu'en 1991 [7] ce qui pourrait expliquer que Newson n'en ait pas pris connaissance. C'est Lorna Wing (1928–2014), psychiatre anglaise qui a fait connaître Hans Asperger à la communauté scientifique en publiant en 1981 un article intitulé le Syndrome d'Asperger qu'elle redéfinit à partir de la description princeps mais en y apportant des modifications à partir de son expérience. En effet, Wing est en désaccord avec Asperger en relativisant le bon niveau de langage de ces enfants, en contestant la créativité et l'originalité qu'ils peuvent manifester et en insistant sur leur absence d'imagination sociale [8]. Cette divergence peut être le reflet d'un biais d'échantillonnage, les sujets de Wing ayant des compétences intellectuelles inférieures à ceux d'Asperger. Sur le plan symptomatique, le PDA paraît avoir in fine une proximité importante avec la psychopathie autistique d'Asperger ce qu'il faudrait vérifier par des études comparatives.

5. Approches pédagogique et thérapeutique

La reconnaissance du PDA permet aux parents concernés, de se sentir mieux compris car ce syndrome donne une représentation plus proche de ce qu'ils vivent au quotidien alors qu'ils sont tiraillés entre une attitude fusionnelle ou ambivalente, et souvent culpabilisés par l'entourage leur renvoyant un problème d'autorité. Cependant, le besoin de ces enfants de contrôler la relation rend extrêmement délicate la prise en charge. Des attitudes thérapeutiques sensiblement différentes de ce qui est habituellement proposé pour l'autisme peuvent aider les parents ou les enseignants à changer de posture [9].

Le contrôle de ses propres émotions par rapport à ce que le comportement de ces enfants peut susciter, est indispensable pour ne pas être entraîné mutuellement dans une spirale négative.

Adopter une attitude moins directive et plus intuitive diminue les confrontations. De même, reconnaître le choix de l'enfant et lui donner un sentiment d'autonomie avec des formulations du type : « Je me demande comment nous pourrions... ». Faire des demandes comme une loi objective qui s'impose à l'enfant comme à celui qui énonce la demande, de manière neutre et impersonnelle mais toujours avec bientraitance (« Je suis désolé, mais il y a une exigence de santé et de sécurité ») est souvent mieux accepté. Enfin, le recours à l'imprévisibilité et la nouveauté peut être utile car cela peut les intriguer et leur paraître plus négociateurs comme l'utilisation d'un langage complexe par exemple.

6. Conclusion

De conception récente, le PDA a fait jusqu'ici l'objet de très peu de publications (9 au total [1–3,9–14]). La plupart ont pour objectif la construction d'échelles diagnostiques répertoriant les symptômes-cibles, complexe à établir en raison de l'expression très polymorphe de ce trouble (trouble des conduites, dysrégulation émotionnelle en milieu familial uniquement, mutisme électif, « phobie » ou exclusion scolaire, etc.).

Mis en perspective avec les travaux de Kanner et d'Asperger, l'éclairage d'E. Newson nous amène à nous demander si l'évitement pathologique des demandes ne pourrait pas correspondre à une forme atténuée de l'évitement du contact décrit par Kanner (*l'aloneness*).

Ce syndrome pose le problème de sa place et de son sens nosographique. Fait-il ou non partie des TED reste une question ouverte. Quoiqu'il en soit, le PDA représente incontestablement un phénotype comportemental singulier ou transversal ayant des répercussions sévères au niveau familial et scolaire, et nécessitant des méthodes éducatives spécifiques, différentes de celles utilisées dans l'autisme.

La reconnaissance de ce trouble devrait inciter d'autres études précisant sa légitimité clinique, sa prévalence et les recommandations de bonne pratique d'accompagnement s'inscrivant ainsi dans le mouvement largement amorcé au Royaume-Uni.

7. Cas clinique

Nous présentons brièvement le cas de Paul, 8 ans illustrant les difficultés diagnostiques et thérapeutiques. Sur le plan diagnostique, Paul remplit les critères du PDA (DISCO-11 : score = 1 « seuil score (9) ». C'est un élève performant évoquant un haut potentiel intellectuel mais avec un profil psychométrique hétérogène (WISC IV : ICV 152, similitudes : 19, vocabulaire : 19, compréhension : 16, information 17 ; IRP : 128 : cubes 14, identification de concepts : 18, matrices : 10, IMT : Mémoire des chiffres 13, Séquences lettres-chiffres : 12, arithmétique : 10, IVT : 96 code : 7, symboles : 12). Il obtient un score très déficitaire (-4,27 DS) à la Children's Communication Checklist de Bishop [15] évaluant les troubles sémantiques et pragmatiques du langage et a des scores dans les normes aux tests de cognition sociale (Faux-Pas [16], « Eyes Test » [17]). À l'ADI-R [4], il a un score au-dessus du seuil pour le diagnostic d'autisme pour les interactions sociales (13 pour un seuil à 10) mais en dessous du

seuil pour la communication (3 pour un seuil à 7) et les intérêts restreints et stéréotypés (2 pour un seuil à 3).

Paul est adressé pour des colères récurrentes à l'école, des propos insolents ou blessants dès lors qu'il n'est pas en adéquation avec ce qu'on lui propose (écrire lui fait mal à la main, refuse de se mettre en rang [« t'as pas vu ma fiche ? »] (Allusion au projet personnalisé de scolarisation)) pouvant aller jusqu'à des violences verbales (renverse les chaises en criant « je vais vous tuer, je vais me tuer ») s'il juge la situation injuste de son point de vue. En entretien, il peine à s'engager dans la relation, évite le regard, a l'air préoccupé mais se détend et devient prolixes dès lors qu'on lui parle de son livre sur les Pokémons.

Dès 2 ans et demi, les difficultés comportementales sont notées en crèche où Paul, fasciné, semble-t-il, par le dessin animé « Cars », se « prenait pour une voiture » et connaît les autres enfants.

En maternelle, il refusait de dire « bonjour » ce qui était mal vécu par l'enseignante. Il était rejeté et perçu comme bizarre. Un changement d'école suite à un déménagement a complètement modifié son rapport aux autres : de « persécuté », il est devenu influent.

En effet, ses attitudes d'opposition lui donnent un certain charisme et les autres se réfèrent à lui car il a beaucoup de connaissances notamment dans le domaine des jeux vidéo. Il est difficile de juger la réciprocité dans ses relations avec les autres. En effet, lorsque l'un d'eux lui demande de jouer en récréation, il peut lui répondre « Non connard » sans explication.

À la maison, les parents appréhendent ses réactions. Ainsi lors d'une promenade avec son père et sa sœur, les taquineries de celle-ci ont déclenché une colère incontrôlable et ont conduit Paul à la pousser sur la route au moment où des voitures arrivaient. Son père a eu très peur, a rattrapé sa fille et a puni Paul très sévèrement. Celui-ci a protesté et s'est montré furieux, n'exprimant aucune culpabilité. Puis, il a manifesté une gentillesse exagérée le reste de la journée pour pouvoir retrouver tout ce dont il avait été privé.

Paul offre rarement de réconfort aux autres et a même tendance à minimiser leur plainte en leur disant qu'ils exagèrent. Il se montre plus empathique avec les objets, s'apitoiant par exemple sur une poussette qu'on met au débarras.

Il ne supporte que les vêtements confortables et c'est une pression intolérable lorsque l'école demande de mettre des chaussures et non des baskets pour une manifestation officielle. Il faut batailler pour le brossage des dents. À table, il mange toujours à la même place, avec la même assiette, et uniquement des sandwichs. Il monopolise la discussion sur ses sujets de prédilection mais peut aussi échanger de façon très pertinente sur d'autres sujets comme l'actualité.

Paul fait bien sentir combien les prises en charge l'ennuient. Tout est prétexte au refus. Il ne supporte pas de prendre le métro pour s'y rendre car « c'est trop bruyant » et a une phobie « des fils électriques », met son chronomètre pour ne pas dépasser la durée de la séance... puis l'oublie. Une fois, par exemple, il est arrivé contrarié car il y avait de la tomate dans son sandwich. Il s'est roulé par terre en se tenant la gorge, se plaignant d'avoir mal partout à cause des tomates et dit à sa thérapeute qu'il n'était pas d'humeur à faire de la relaxation. Celle-ci ne lui a pas laissé

le choix et lui a proposé de lire ensemble des livres. Il trouvait tous ses livres nuls. Elle lui a proposé de les lire pour les classer du plus nul ou moins nul. Paul s'est saisi de cette proposition qui lui a permis de passer d'un fonctionnement en tout ou rien... à un plus ou moins.

Remerciements

Les auteurs remercient la famille pour leur participation et Mesdames Aurélie Boschi, Stéphanie Plommet et Anne-Sita Forest-Le Bongo pour leur contribution.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Newson E, Le Maréchal K, David C. Pathological demand avoidance syndrome: a necessary distinction within the pervasive developmental disorders. *Arch Dis Child* 2003;88:595–600.
- [2] Gillberg C. Commentary: PDA – public display of affection or pathological demand avoidance? – reflections on O’Nions et al. *J Child Psychol Psychiatr* 2014;55(7):769–70.
- [3] O’Nions E, Gould J, Christie P, Gillberg C, Viding E, Happé F. Identifying features of “pathological demand avoidance” using the diagnostic interview for social and communication disorders (DISCO). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25(4):401–7.
- [4] Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism diagnostic interview-revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 1994;24(5):659–85.
- [5] Asperger H. Les psychopathies autistiques pendant l’enfance (1944). Paris: Synthélabo; 1998. p. 1–148.
- [6] Asperger H. Die autistischen Psychopathen im Kindesalter. *Arch Psychiat Nervenkrankheiten* 1944;117:76–136.
- [7] Frith U. Translation of Asperger’s paper “Autistic psychopathy” in children. In: Frith U, editor. *Autism and asperger syndrome*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
- [8] Wing L. Asperger’s syndrome: a clinical account. *Psychol Med* 1981;11(1):115–29.
- [9] Christie P. The distinctive clinical and educational needs of children with pathological demand avoidance syndrome: guidelines for good practice. *Good Autism Pract* 2012;8(1):3–11 [Consultable sur : <http://www.aetraininghubs.org.uk/wp-content/uploads/2012/05/5.2-strategies-for-teaching-pupils-with-PDA.pdf>].
- [10] O’Nions E, Viding E, Greven CU, Ronald A, Happé F. Pathological demand avoidance: exploring the behavioural profile. *Autism* 2014;18(5):538–44.
- [11] O’Nions E, Christie P, Gould J, Viding E, Happé F. Development of the “Extreme Demand Avoidance Questionnaire” (EDA-Q) preliminary observations on a trait measure for pathological demand avoidance. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55(7):758–68.
- [12] Reilly C, Atkinson P, Menlove L, Gillberg C, O’Nions E, Happé F, et al. Pathological demand avoidance in a population-based cohort of children with epilepsy: four case studies. *Res Dev Disabil* 2014;35(12):3236–44.
- [13] Gillberg C, Gillberg IC, Thompson L, Biskupstø R, Billstedt E. Extreme (“pathological”) demand avoidance in autism: a general population study in the Faroe Islands. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(8):979–84.
- [14] Eaton J, Banting R. Adult diagnosis of pathological demand avoidance – subsequent care planning. *J Learn Disabil Offending Behav* 2012;3:150–7.
- [15] Bishop DV. Development of the children’s communication checklist (CCC): a method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children. *J Child Psychol Psychiatr* 1998;39(6):879–91.
- [16] Dorris L, Espie CA, Knott F, Salt J. Mind-reading difficulties in the siblings of people with Asperger’s syndrome: evidence for a genetic influence in the abnormal development of a specific cognitive domain. *J Child Psychol Psychiatr* 2004;45(2):412–8.
- [17] Baron-Cohen S, O’Riordan M, Jones R, Stone VE, Plaisted K. A new test of social sensitivity: detection of faux pas in normal children and children with Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 1999;29:407–41.