

Autisme de haut niveau : une

Les adultes porteurs d'un autisme de haut niveau sont souvent confrontés à une errance diagnostique et une absence de prise en charge. Un dispositif isérois innovant articule diagnostic et accompagnement de type réhabilitation psychosociale.

L'autisme est un syndrome neurodéveloppemental à début précoce dont la prévalence est estimée actuellement à 20 pour 10 000 (1). Les Troubles du spectre autistique (TSA) touchent préférentiellement le sexe masculin avec un sex-ratio garçon/fille de 4,2 pour 1. Pendant de nombreuses années, l'âge de dépistage des TSA a été extrêmement tardif. En France, le diagnostic se fait dans la moitié des cas vers l'âge de 5-6 ans (2). La diminution de l'âge diagnostique fait partie des objectifs du troisième plan autisme (3). Cependant, il existe actuellement de nombreux adultes porteurs d'un TSA qui l'ignorent encore. Même si le repérage précoce des troubles représente un enjeu de taille, l'annonce diagnostique et l'accompagnement à l'âge adulte peuvent ouvrir de nombreuses perspectives dans un contexte d'isolement ou de désinsertion socioprofessionnelle difficiles à vivre et à comprendre pour l'adulte concerné (4).

Gentiane CAMBIER*,
Diletta VIEZZOLI**,
Julien DUBREUCQ***,
Élisabeth GIRAUD-BARO****

*Psychiatre, Service Chambéry Sud,
CHS de la Savoie, Bassens,
Psychologue, *Praticien Hospitalier,
****Praticien Hospitalier,
Centre référent de réhabilitation et de remédiation
cognitive, Centre expert Asperger, Grenoble.

CLINIQUE DES TSA

Les TSA recouvrent des situations cliniques hétérogènes, parfois sources de handicap sur le plan cognitif, social et émotionnel. Des témoignages d'adultes porteurs d'un TSA nous permettent d'appréhender le fonctionnement d'un esprit qui semble très différent des personnes dites « *neurotypiques* » (5), tant par la nature de ses perceptions, que par la spécificité de ses aptitudes.

Au sein des TSA, l'autisme de haut niveau et le syndrome d'Asperger se caractérisent par la classique triade autistique décrite dans les classifications nosographiques (6) :

- altération qualitative des interactions sociales : retrait social, faiblesse du contact oculaire, troubles de l'expression émotionnelle...
- altération qualitative dans le domaine de la communication verbale et non verbale : rituels verbaux, déficit dans les habiletés conversationnelles, utilisation particulière des mimiques et des gestes...
- présence d'intérêts spécifiques (passions successives) et de comportements répétitifs (routines) ;

S'y ajoute l'absence de retard de langage (pour le syndrome d'Asperger) et de déficit intellectuel (7-9).

Nous parlerons ici plutôt d'autisme de haut niveau (c'est-à-dire sans déficit intellectuel) puisque les dernières classifications nosographiques (DSM-5 [10]) n'emploient plus le terme de syndrome d'Asperger, même s'il est vrai que nous l'utilisons encore dans la pratique clinique,



© Stocklib.

pratique de réhabilitation



à l'instar de nombreuses personnes touchées par ce trouble.

À cette triade diagnostique s'ajoute un mode de pensée et de perception du monde extérieur tout à fait singulier, comme en témoignent T. Grandin, W. Lawson, D. Tamm, D. Williams ou encore J. Schovanec (11) porteurs d'un autisme sans déficience intellectuelle.

Ces particularités ont donné lieu à de nombreux modèles explicatifs de l'autisme.

– **Faiblesse de la cohérence centrale au profit du traitement local** : cette notion décrit la tendance des personnes avec autisme à privilégier un niveau local de traitement, c'est-à-dire à se focaliser sur les détails avant d'appréhender le contexte global (12). Selon Happé (13) et Attwood (14), ces individus seraient en difficulté pour rassembler les éléments permettant d'élaborer rapidement un tableau d'ensemble cohérent. En d'autres termes, Vermeulen (15) explique ces difficultés par une compréhension plutôt analytique du monde : chaque situation est la somme de détails mais tous les détails ont la même importance. Si un détail change ou disparaît soudainement, la situation n'est plus la même. Cette particularité cognitive expliquerait en partie la résistance aux changements (immutabilité).

– **Sensorialité perturbée dans ses différentes modalités** : les personnes avec TSA présentent une réactivité atypique aux stimulations sensorielles, c'est-à-dire des réactions atténuées voire absentes ou au contraire exagérées à une stimulation. Ces réponses d'hyper et/ou d'hypo-réactivité peuvent alterner chez une même personne et s'accompagner de conduites d'évitement ou d'autostimulation (16). Par ailleurs, il existe un surfonctionnement du traitement perceptif (17). Le traitement de l'information perceptive se fait parfois de manière mono sensorielle, c'est-à-dire par l'investissement d'un seul canal sensoriel à la fois (fonctionnement mono tropique).

– **Déficit en théorie de l'esprit** : la disposition cognitive servant à appréhender l'idée d'altérité, qui s'acquiert entre un et cinq ans, est à la base de la théorie de l'esprit. Les personnes avec TSA ont des difficultés à attribuer un état mental à autrui et à eux-mêmes, autrement dit à prendre en compte ce qu'une autre personne espère, sait, ignore, croit. Cette difficulté les empêche de prédire et d'anticiper ce que les autres vont faire (18-20). Là où les neurotypiques déchiffrent l'expression verbale,

le langage corporel, le contexte..., les personnes avec TSA utilisent d'autres compétences (21); selon Grossman et al. (22), elles recourent à des stratégies compensatoires telles que la médiation verbale dans le syndrome d'Asperger, mais lorsque le langage n'est pas suffisamment explicite, envisager la vie depuis un autre point de vue devient complexe.

– **La pensée littérale** qualifie la tendance des personnes avec TSA à percevoir le langage de manière littérale, c'est-à-dire à le comprendre et à l'interpréter au premier degré. Cette notion est associée à une application « à la lettre » des règles édictées. Elle est à l'origine d'erreurs d'interprétation dans les interactions sociales (difficultés de compréhension des sous-entendus) (15).

– **Particularités mnésiques** : la mémoire à court terme est le plus souvent intacte ; en ce qui concerne la mémoire à long terme, la mémorisation de l'information contextuelle est fréquemment déficitaire dans les aspects sociaux (visages, émotions). En revanche, les capacités de mémoire visuelle sont souvent très bonnes (23).

– **Altération de la perception du temps et de l'espace** (24) : les personnes avec TSA sont en difficulté pour placer les événements vécus ou à vivre sur une ligne chronologique cohérente. Elles peuvent retrouver des repères en ayant recours à des stratégies de contrôle telles que l'organisation en routines, les rituels et les comportements répétitifs.

– **Troubles comportementaux réactionnels** : des réactions d'anxiété, de colère, parfois d'agressivité peuvent survenir en lien avec des difficultés de compréhension de l'environnement, des problèmes d'adaptation aux changements imprévus, une frustration engendrée par l'impossibilité de poursuivre un rituel, ou encore suite une surcharge sensorielle nécessitant la réduction des stimuli environnementaux.

• « Bizarre »

Mathilde, 25 ans, se sait différente depuis toujours mais elle énonce n'avoir jamais pu expliquer son décalage perpétuel. Depuis toute petite, elle se trouve « bizarre » notamment à travers la réaction des autres à son contact. À l'école, elle organisait des jeux où ses camarades étaient les personnages d'histoires qu'elle inventait, elle-même jouant le metteur en scène. Au début, cela se passait bien, puis on lui a dit qu'elle était autoritaire et elle a progressivement été

exclue des groupes de pairs au cours de sa scolarité. Lors de son premier emploi dans une petite manufacture, elle a eu du mal à s'adapter aux bruits des machines, elle se montrait très perfectionniste dans son travail, ne participant pas aux pauses-café dont elle ne comprenait pas l'utilité. Il y a peu, elle a vu un reportage télévisé sur l'autisme et s'est reconnue dans de nombreux témoignages. Elle a mis du temps à faire le pas mais elle demande maintenant à ce que le diagnostic puisse être posé, ce qui éclairerait sa vie sous un autre angle de compréhension.

UN CENTRE DE DIAGNOSTIC POUR ADULTES

La démarche diagnostique comprend plusieurs étapes (25) : un repérage individuel des signes cliniques, une confirmation diagnostique avec identification d'éventuels facteurs étiologiques et pathologiques associés, et enfin une évaluation du fonctionnement de la personne afin d'adapter un projet personnalisé d'intervention. Cette démarche pluridisciplinaire est réalisée par des professionnels spécifiquement formés.

En Isère, ce dispositif destiné aux adultes s'insère dans le cadre des Centres Experts récemment étendus au syndrome d'Asperger, financés par la fondation FontaMental et formant un réseau national coordonné par le CHU de Créteil (26).

Les personnes sont adressées par les psychiatres de secteurs, les psychiatres libéraux ou leur médecin généraliste. Le diagnostic s'établit cliniquement (27) et comporte :

- un premier entretien médical dit de *screening* (28) permettant l'inclusion dans la filière diagnostique et la passation d'échelles : l'*Adult Asperger Assessment* notamment (29). Plusieurs auto-questionnaires prédéfinis par le dispositif Centre Expert sont utilisés à ce stade.
- un deuxième entretien médical, qui vise à dépister les comorbidités somatiques et/ou psychiques (troubles de l'humeur, troubles obsessionnels compulsifs...).
- un entretien anamnestique, par un infirmier ou un ergothérapeute, qui reprend l'histoire de la personne depuis l'enfance jusqu'à la gestion du quotidien actuel (évaluation de l'impact du TSA sur la qualité de vie).
- un examen neuropsychologique, afin de déterminer le profil intellectuel notamment (WAIS IV [30]).

– un entretien avec les parents afin de reconstituer l'histoire développementale précoce (utilisation d'entretiens semi-structurés : l'ADI-R (31) ou l'ASDI avec un proche (32).

– une observation clinique standardisée : l'ADOS-G (33).

À l'issue de ce bilan, une synthèse pluriprofessionnelle permet de croiser les regards et d'établir le diagnostic. Puis une consultation permet l'annonce du diagnostic et la proposition de pistes d'accompagnement.

• « Tant de choses qui s'expliquent... »

Michel a rendez-vous en consultation d'annonce diagnostique. Dans la salle d'attente, le bruit de la porte vitrée le fait bondir sur sa chaise à chaque passage. Le médecin a du retard, ces quinze minutes imprévues provoquent une anxiété importante. Lorsqu'on annonce à Michel le diagnostic d'autisme, il ressent diverses perceptions physiques qu'il a du mal à rattacher à des émotions : le cœur qui bat, l'envie de s'isoler... D'une part, c'est un soulagement : pouvoir enfin expliquer cette différence qui le poursuit depuis l'enfance, comprendre son isolement social, ses échecs au travail, son inaccessibilité à certaines formes d'humour... mais d'autre

part, il ne peut plus envisager une guérison comme on guérit d'une fracture. Et puis ce sont tant d'années perdues ! S'il avait su plus tôt, peut-être aurait-il fait des choix plus respectueux de sa personne, plutôt que de lutter sans cesse pour faire mieux, se surpasser, être « comme tout le monde ». Aujourd'hui, il a besoin d'en savoir plus pour prendre d'autres chemins, éclairé par une meilleure connaissance de son autisme.

ASPERGER ET RÉHABILITATION

En Isère, ce bilan peut donner lieu à des propositions d'accompagnement de type réhabilitation psychosociale. En effet, le Centre expert Asperger est porté par des professionnels travaillant simultanément dans le Centre référent de réhabilitation et de remédiation cognitive (C3R) lui-même coordonné avec le ReHPsy (Réseau handicap psychique de l'Isère) qui dispose d'un partenariat étendu avec le secteur social et médico-social (voir figure 1).

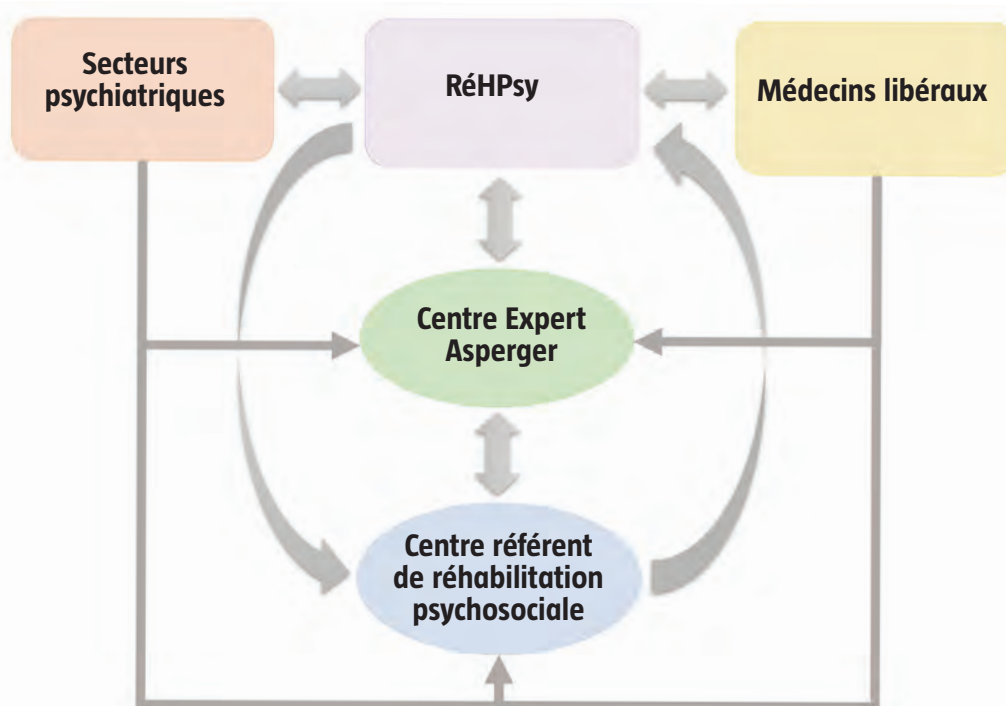
L'intérêt de cette articulation est majeur puisque la réhabilitation psychosociale représente une modalité de soins tout à fait adaptée à l'accompagnement des personnes porteuses d'un autisme de haut niveau. En effet, elle « vise à accompagner les personnes souffrant de troubles chroniques vers une insertion sociale ou

professionnelle. Elle prend en compte leurs désirs, certains facteurs subjectifs, certains facteurs environnementaux, d'éventuels troubles cognitifs, ainsi que leurs compétences préservées, dans le cadre de la construction d'un projet de réinsertion pertinent » (34). Ce concept suppose une attitude volontariste de redirection des soins vers ce que la personne désire, les buts qu'elle s'est choisis (35).

La réhabilitation agit sur les facteurs qui contribuent au handicap psychique : troubles cognitifs, compétences sociales... Elle participe ainsi au rétablissement, à différencier de la guérison, car si guérir implique une récupération totale des facultés, se rétablir suppose la création de nouveaux aménagements psychiques, d'un nouvel équilibre (34).

Dans notre activité, la réhabilitation doit prendre en compte les particularités du fonctionnement cognitif et sensoriel des personnes avec TSA. Ainsi, certaines stratégies paraissent incontournables. Citons notamment la clarification, c'est-à-dire l'attention portée à la cohérence des informations et des consignes données, la prévisibilité, qui se traduit par la structuration des activités, et l'adaptation des outils thérapeutiques au style d'apprentissage propre à chaque personne (visuel bien souvent, auditif ou cénesthésique).

Figure 1 : Organisation des soins de réhabilitation en Isère



Au C3R, le parcours de réhabilitation débute par une phase d'évaluation pluridisciplinaire. Étant donné l'étendue du bilan diagnostique réalisé en amont, cette phase comporte moins d'étapes qu'une évaluation de réhabilitation classique, à savoir :

- un bilan d'autonomie évaluant les compétences, les difficultés et les attentes de la personne (infirmier) ;
- une évaluation sociale (assistante sociale) ;
- et un bilan plus spécifique des cognitions sociales (neuropsychologue).

Le croisement des différents niveaux de lecture entre demande subjective de la personne et regard extérieur des professionnels permet de mieux déterminer les limites du sujet ainsi que ses ressources (compétences sociales, performances cognitives, facteurs motivationnels, capacités d'adaptation). Suite à cette évaluation un Projet de soins individualisé (PSI) est défini. À l'issue de ces premières étapes, des actions de réhabilitation et de remédiation cognitive sont organisées, en individuel et/ou en collectif.

• Réhabilitation en individuel

L'accompagnement individuel proposé associe de manière quasi systématique un suivi médical classique du parcours de réhabilitation et un suivi infirmier ou ergothérapeute axé sur la gestion et la structuration du quotidien. Les entretiens sont caractérisés par l'utilisation de supports visuels, leur organisation (récence du

déroulement d'un entretien à un autre) et leur prévisibilité (régularité des séances d'une semaine sur l'autre). À ce suivi peut être associée une prise en charge psychologique en thérapie cognitivo-comportementale. Seront travaillés par exemple la reconnaissance et la gestion des états émotionnels, leurs liens avec les cognitions et les sensations physiologiques corporelles (36). Un dispositif de coaching professionnel peut également être proposé, sous la forme d'un accompagnement personnalisé par une coach spécialisée dans le syndrome d'Asperger (37). Enfin, une remédiation cognitive classique peut être mise en place (38).

• Réhabilitation en collectif : atelier psychoéducatif

Il s'agit d'un atelier psychoéducatif autour des TSA et de l'autisme de haut niveau, basé sur les modules de Peter Vermeulen et collaborateurs : « *Je suis spécial* » et « *Le monde en fragment* » (39). Pour reprendre la définition de Petitjean, l'objectif de la psychoéducation est de replacer le sujet atteint d'un trouble psychique chronique « *en position d'acteur de sa maladie, afin qu'il ne vive plus les atteintes symptomatiques de manière passive et qu'il soit en capacité de surmonter le sentiment d'impuissance face à des phénomènes qu'il ne contrôle, ne connaît et ne comprend pas* » (40). Comme tout module psychoéducatif, il est précédé d'un bilan éducatif partagé.

Il s'agit d'un travail en partenariat avec l'équipe soignante, la personne concernée et ses proches dont le but est d'une part d'évaluer avec la personne quels sont ses attentes et ses besoins, d'autre part de rechercher ce qui pourrait l'aider à mieux prendre soin d'elle. Ce bilan permet ensuite d'adapter l'animation du groupe psychoéducatif à chaque participant. Notre atelier se déroule en deux étapes : la première permet d'échanger sur les symptômes caractéristiques des TSA et la deuxième s'apparente plus à des séances de résolution de problème. Les échanges entre participants permettent de souligner à la fois les caractéristiques communes aux TSA mais aussi les singularités de chacun.

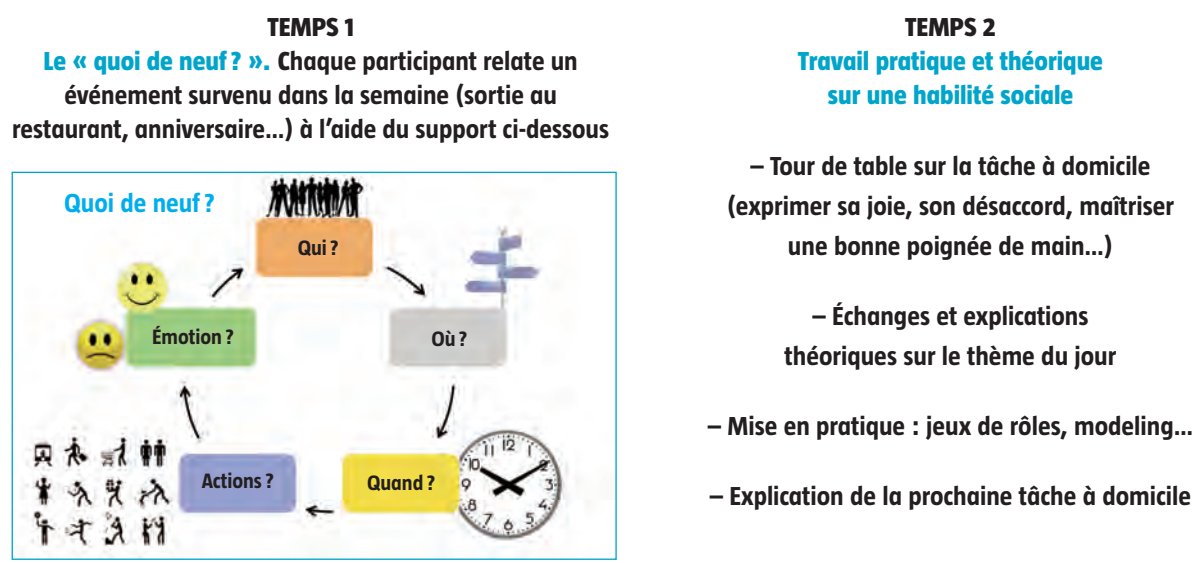
• Réhabilitation en collectif : atelier d'entraînement aux habiletés sociales

Construit à partir du travail de Baghdadli et Brisot-Dubois (41), cet atelier cible essentiellement l'ajustement social par la prise en compte de son propre état émotionnel et de celui d'autrui ainsi que par l'apprentissage ou l'approfondissement des règles sociales en conversation. Là encore, le déroulement de chaque séance est prévisible et structuré (voir figure 2).

CONCLUSION

Si ces modules fonctionnent déjà de manière efficiente, de nombreux projets d'ateliers de réhabilitation spécifiques des TSA sont en cours d'élaboration au C3R de l'Isère :

Figure 2. Déroulement type d'une séance d'entraînement aux habiletés sociales



– Atelier de gestion du stress : identifier les inconforts liés au stress de nature physiologique, cognitive ou émotionnelle.

– Atelier « estime de soi » : développer le sentiment d'identité pour une vision de soi réaliste, apprendre à repérer les pensées négatives et explorer leurs conséquences.

– Atelier « perception du travail » : module de psychoéducation centré sur le travail. Ces trois ateliers existent déjà pour des personnes souffrant de schizophrénie et sont en cours d'adaptation.

– Atelier « EHS travail » : centré sur les compétences en contexte professionnel (savoir gérer la pause-café, pouvoir demander de l'aide à un collègue...).

– Enfin, un atelier d'information sur les TSA dédié aux familles a été construit à leur demande est en cours de mise en place. Ce jeune dispositif isérois articulant diagnostic et accompagnement des adultes porteurs d'un autisme de haut niveau est en cours d'évolution et vient répondre à une forte demande de soins comme le prouve la liste d'attente importante. Le retour des personnes porteuses d'un TSA est très positif, des évaluations restent cependant à réaliser pour valider l'efficacité de cette approche.

1– Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res* 2009; 65 (6) : 591-598

2– Matson J.L, Wilkins J, Gonzalez M. Early identification and diagnosis in autism spectrum disorders in young children and infants : how early is too early? *Research in Autism Spectrum Disorders* 2008; 75-84.

3– Carlotti M.L. Troisième plan autisme (2013-2017). *Ministre chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion*, 2 mai 2013.

4– Attwood, T. Le syndrome d'Asperger. De Boeck, 2010, 489 p. Collection Questions de personne.

5– Neurotypique : nom créé par les personnes autistes pour désigner une personne qui ne présente pas de trouble autistique.

6– DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson, 2004.

7– Aussilloux C, Baghdadli A. Évolution du concept et actualité clinique du syndrome d'Asperger. *Rev Neurol (Paris)* 2008; 164 : 406-13.

8– Mottron L. L'autisme, une autre intelligence : diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle. Mardaga Editions, 2004.

9– Sonié S, et al. Version française des questionnaires de dépistage de l'autisme de haut niveau ou du syndrome d'Asperger chez l'adolescent : quotient du spectre. *Presse Med* 2011. doi : 10.1016/j.lpm.2010.07.016.

10– American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013.

11– D'origines diverses, ces personnes, porteuses de TSA, ont en commun d'avoir témoigné et écrit, parfois des best-sellers, pour lutter contre les préjugés. En français, signalons notamment *Je suis à l'est*, de J. Schovanec (Plon, 2012).

12– Happé F, Frith U. The weak coherence of account : detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2006; 36 (1) : 5-25.

13– Happé F. Central coherence presentation. Pacific Grove, CA : Autism Association of New South Wales, 1999.

14– Attwood T. Asperger Syndrome Paper presented to seminar group. Mt.Waverely Community Centre, Victoria : Asperger Syndrome Parents Support Group, 1999.

15– Vermeulen P. Comment pense une personne autiste? *Dunod*, 2005, 192p. Collection action sociale.

16– Rogé B. Autisme, comprendre et agir (2^e édition). *Dunod*, 2008, 227 p. Collection psychothérapies

17– Mottron L. Surfonctionnements et déficits perceptifs dans l'autisme : un même profil de performance pour l'information sociale et non sociale. In : Berthoz A, Andres C, Barthélémy C, Massion J, Rogé B. ed. *L'autisme : De la recherche à la pratique*. Paris : Odile Jacob 2005; p. 165-89.

18– Baron-Cohen S. The autistic child's theory of mind : a case of specific developmental delay. *J Child Psychol Psychiatr* 1989; 30 : 285-97.

19– Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M. Another advanced test for theory of mind : Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger's Syndrome. *J Child Psychol Psychiatr* 1997; 38 : 813-22.

20– Baron-Cohen S, Leslie A.M, Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition* 1985; 21 (1) : 37-46.

21– Lawson W. Comprendre et accompagner la personne autiste. Paris : Dunod, 2011.

22– Grossman JB, Klin A, Carter AS, Volkmar FR. Verbal bias in recognition of facial emotions in children with Asperger Syndrome. *J Child Psychol* 2000; 41 : 369-79.

23– Gras-Vincendon A, Bursztejn C, Danion J.M. Fonctionnement de la mémoire chez les sujets avec autisme. *Encéphale*. 2008; 34 (3): 285-299.

24– Gepner, B. Constellation autistique, mouvement, temps et pensée. *Devenir*, 2006; 18(4), 333-379.

25– Haute Autorité de Santé. Autisme et autres troubles envahissants du développement. Hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale. 2010.

26– Fondation FondaMental. Site disponible sur : <http://www.fondation-fondamental.org/>

27– Fédération française de psychiatrie, Haute autorité de Santé, Baghdadli A. *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme*, 2005.

28– Entretien de screening : premier entretien de dépistage (visant à éliminer les erreurs d'adressage et les diagnostics différentiels les plus évidents).

29– Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Robinson, J., & Woodbury-Smith, M. The adult Asperger assessment (AAA): a diagnostic method. *Journal of autism and developmental disorders*, 2005; 35(6), 807-819.

30– Wechsler, D. *Wechsler adult intelligence scale-Fourth Edition (WAIS-IV)*. San Antonio, TX: NCS Pearson, 2008.

31– Rutter M, Le Couteur A. & Lord C. *ADIR : Autism Diagnostic Interview-Revised*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 2003.

32– Gillberg, C., Gillberg, C., Råstam, M., & Wentz, E. The Asperger Syndrome (and high-functioning autism) Diagnostic Interview (ASDI): a preliminary study of a new structured clinical interview. *Autism*, 2001; 5(1), 57-66.

33– Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook E.H, Leventhal B.L, DiLavore P.C, Pickles A. & Rutter M. The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generc : A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2000; 30, 205-223.

34– Goyet, V., Duboc, C., Voisinnet, G., Dubrulle, A., Boudebibah, D., Augier, F., & Franck, N. *Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. L'Évolution Psychiatrique*, 2013.

35– Giraud-Baro, E., Roussel, C. Place de la remédiation cognitive dans le dispositif sanitaire et liens avec le secteur médicosocial. In Franck, N. *Remédiation cognitive*. Elsevier Masson, 2012.

36– Viezzoli, D., Nicollet, S., & Giraud-Baro, É. *Réhabilitation psychosociale et syndrome d'Asperger : réflexions à propos des intervenants et des outils*. *L'information psychiatrique*, 2013; 89(5): 385-391.

37– Sitruk, J. *Le coaching individuel, source de réussite*. Editions Livrior, 2011, 64p.

38– Franck, N. *Remédiation cognitive*. Elsevier Masson, 2012, 328 p. Collection pratiques en psychothérapie.

39– Vermeulen, P. *Je suis spécial : manuel psycho-éducatif pour autistes*. De Boeck, 2010, 336p. Collection Questions de personne.

40– Petitjean, F. Les effets de la psychoéducation. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2011; Vol. 169, No. 3 : pp. 184-187.

41– Baghdadli, A., & Brisot-Dubois, J. *Entraînement aux habilités sociales appliqué à l'autisme : Guide pour les intervenants*. Elsevier Masson, 2011, 136p. Collection médecine et psychothérapie.

Résumé : En articulation au dispositif régional isérois de réhabilitation, le Centre expert Asperger de Grenoble propose une consultation diagnostique et l'orientation vers un parcours de soins individualisé visant une réhabilitation psychosociale.

Mots-clés : Accompagnement – Annonce du diagnostic – Autisme de haut niveau – Clinique – Diagnostic – Entraînement aux habilités sociales – Réhabilitation psychosociale – Remédiation cognitive – Soins individualisés.