

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DU NORD-OUEST DU QUÉBEC

PÉNURIE, INSCRIPTION ET CAPITATION

Le 7 septembre, à Val-d'Or, le président de la Fédération, le D^r Louis Godin a commencé sa tournée des associations affiliées en participant à l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins omnipraticiens du nord-ouest du Québec.

Emmanuèle Garnier

Photo: Emmanuèle Garnier



D^r Louis Godin

Le président de la FMOQ, le **D^r Louis Godin** est préoccupé par les problèmes d'effectifs médicaux au Québec. En particulier dans les territoires comme l'Abitibi-Témiscamingue. « On sent un essoufflement sur le terrain. Dans les régions éloignées, c'est très difficile pour les médecins », a-t-il reconnu au cours de l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins omnipraticiens du nord-ouest du Québec.

Les médecins se retrouvent écartelés entre plusieurs impératifs. « D'un côté, on a à vivre avec cette pénurie et le poids important que représente le travail en établissement pour les médecins de famille et, de l'autre, le gouvernement nous demande d'inscrire, et d'inscrire encore, des patients », a indiqué le D^r Godin aux 44 omnipraticiens présents.

Le président a discuté du problème avec des représentants clés de l'État. Ce qu'on exige des omnipraticiens, leur a-t-il expliqué, est presque irréalisable dans certains territoires. « On peut demander aux médecins des régions éloignées de faire un effort pour inscrire plus de patients, mais à un moment donné on aura peut-être à choisir entre l'urgence et les patients du guichet d'accès à un médecin de famille. »

Le D^r Godin a par ailleurs rappelé aux élus que les omnipraticiens n'ont pas reçu l'aide qui leur avait été promise. « On nous avait dit que les médecins de famille auraient moins à travailler à l'hôpital parce que des spécialistes prendraient la relève. Mais cela ne s'est pas concrétisé. Le fait que l'on nous demande de donner priorité à la prise en charge de nouveaux patients complique beaucoup la situation. »

NOUVELLES MESURES

La question de l'inscription des patients reste préoccupante. Les médecins de famille ont continué à prendre en charge de nouveaux patients au cours de l'année, mais la cible d'inscription de 85 % de la population n'est toujours pas atteinte. « La loi 20 est seulement suspendue. Elle n'est pas abrogée », a rappelé le D^r Godin qui a encouragé les cliniciens présents à poursuivre leurs efforts.

Pour faciliter l'inscription de patients, la Fédération tente de nouvelles mesures. « On va essayer d'assouplir la lettre d'entente n° 304 qui porte sur le transfert des patients d'un médecin qui prend sa retraite. Certaines de ses clauses, comme l'exigence de prendre en charge toute la clientèle du médecin, rendent son application difficile pour certains groupes. Si ces derniers inscrivaient 80 % des patients, cela donnerait quand même un bon coup de main. C'est la même chose pour la lettre d'entente n° 321 qui exige que les nouveaux facturants qui y adhèrent prennent en charge 800 patients. »

Les établissements de soins pourraient aussi être mis à contribution. « Le guichet comporte beaucoup de patients ayant des problèmes de santé mentale. Si un établissement fournissait des ressources, comme une infirmière en santé mentale, il serait plus facile pour les médecins de prendre ces personnes en charge. »

Par ailleurs, certaines mesures du plan d'action de la FMOQ destinées à accroître le nombre d'inscriptions devraient faire effet. Ainsi, de manière temporaire, un important supplément est accordé aux médecins dont le nombre de patients actifs atteint 750 et 1000.

Au début de septembre, tous les omnipraticiens ont reçu la liste de leurs patients. « Beaucoup se demandaient pourquoi on leur indiquait le nombre de patients actifs et inactifs. C'est que l'entente qui permet d'accorder les suppléments comporte la notion d'actifs et d'inactifs », a expliqué le D^r Godin.

Mais ce qui a ébranlé les médecins, c'est l'inexactitude du portrait dressé. « Il y a à peu près six mois de votre activité qui n'y apparaît pas, a précisé le président. Il est possible que vous ayez inscrit des patients il y a un certain temps et que la liste n'ait pas reculé jusque-là ou que vous ayez des patients que vous avez rencontrés ou que vous allez rencontrer et qui vont devenir actifs. Il faut savoir que, dans une clientèle, de 6 % à 10 % des patients sont inactifs. »

CAPITATION

L'avenir ? Sur le plan de la rémunération, cela pourrait être la capitation. La FMOQ et le gouvernement négocient actuellement à ce sujet. « Le but est de moderniser la pratique médicale, a expliqué le D^r Godin. La capitation permettrait de ne plus lier nécessairement la rémunération à un contact avec un patient. »

La Fédération estime que l'adoption de ce nouveau mode de rémunération doit se faire sur une base volontaire. Le forfait de capitation pourrait représenter 60 % de la rémunération de prise en charge. Il rétribuerait les activités cliniques portant sur les soins directs au patient. « Les actes et les mesures qui existent déjà seraient intégrés au forfait. Ce dernier rémunérerait cependant également les différents modes de consultation – que ce soit par téléphone ou par téléconsultation –, les échanges avec les autres professionnels et le travail interdisciplinaire. »

Et qu'advient-il de la rémunération à l'acte ? La nomenclature actuelle serait maintenue intégralement. « Les actes concernant les patients inscrits seraient payés à 40 % et ceux touchant les patients non inscrits à 100 %. » La FMOQ veut cependant exclure certaines activités du forfait de capitation.

« Nous sommes en train de nous entendre sur les grands principes avec le gouvernement, a mentionné le président. Notre objectif est de conclure une entente le plus rapidement possible. Sur le plan de la rémunération, l'instauration de la capitation serait probablement le plus grand changement depuis le début du régime de l'assurance maladie. » //



Assemblée générale annuelle de l'AMONQO

Photo : Emmanuèle Garnier

ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

DES SOLUTIONS POUR L'AVENIR

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Jean-Yves Boutet

Le D^r **Jean-Yves Boutet**, président de l'Association des médecins omnipraticiens du nord-ouest du Québec, sait que de nombreux médecins de sa région prendront leur retraite en 2019, en 2020 et en 2021.

Mais pire encore, les jeunes médecins arrivent maintenant au compte-gouttes. En 2019, seulement sept des 19 postes accordés dans le cadre du plan régional d'effectifs médicaux ont été pourvus. « Le recrutement a été à peine plus de la moitié de celui de l'année dernière », a expliqué le président aux médecins qui assistaient à l'assemblée générale annuelle de l'association.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, cependant, insiste non seulement pour que les omnipraticiens continuent à inscrire des patients dans toutes les régions du Québec, mais aussi pour y déployer des projets comme Rendez-vous Santé Québec. « Pour donner à un patient un rendez-vous avec un médecin, il faut qu'il y ait des médecins ! Surtout en Abitibi-Témiscamingue et sur la Côte-Nord ! », a indiqué le D^r Boutet.

Le président déplore le manque de sensibilité du ministère à l'égard des territoires en difficulté. « La réalité des régions éloignées est différente de celle des zones urbaines. En Abitibi-Témiscamingue, les médecins de famille effectuent 40 % de leur travail en milieu hospitalier, le recrutement est très difficile et le recours au dépannage, de plus en plus ardu. »

Comme la relève est difficile à attirer, pourquoi ne pas tenter de retenir les médecins plus âgés ? « On pourrait créer une rémunération dite "sénior" pour garder nos "têtes grises", a proposé le D^r Boutet. Après 40 ans de pratique, ces cliniciens

pourraient avoir droit à une majoration de 40 %, plus 1 % par année additionnelle. Les omnipraticiens âgés veulent ralentir, mais pas nécessairement arrêter. Les frais de cabinet cependant continuent à courir. »

Sur le plan financier, il y a un autre dossier important, selon le président : l'indexation du budget des GMF. « Depuis la création de ces groupes, en 2004, il n'y a jamais eu de hausse. Les dépenses, elles, ont continué d'augmenter : les fournitures médicales, l'électricité, le loyer, etc. Si on évalue le coût de la vie à 2 % pendant 15 ans, cela représente une somme énorme. C'est 30 %, et on nous demande de faire des miracles. Arrive un moment où l'on se demande si cela vaut encore la peine d'être un GMF. » Heureusement, affirme le D^r Boutet, le cadre financier des GMF est maintenant un plus souple. « On a une enveloppe globale plutôt qu'un budget par poste. »

LA CAPITATION : UN CHANGEMENT INCONTOURNABLE

La capitation ? Le président de l'AMONOQ trouve cette avenue intéressante. Ce nouveau type de rémunération pourrait remplacer à moyen terme une grande partie de la rétribution à l'acte. « C'est une approche qui permet un suivi beaucoup plus moderne et sensé du patient. Elle supprime l'obligation de voir celui-ci pour être payé. Beaucoup de problèmes peuvent être réglés soit par téléphone, soit avec une infirmière ou d'autres professionnels de la santé. La capitation offre une certaine souplesse. Un médecin a tant de patients et reçoit telle somme. Je pense que cela va être un progrès. »

La capitation a aussi l'avantage de rétribuer des actes qui ne le sont actuellement pas. « Quand on écrit à un spécialiste pour avoir une consultation électronique, lui, il est payé, mais pas nous. La capitation permet donc d'être rémunéré quand on se sert de ce type d'outils. Elle permettra aussi d'utiliser les téléconsultations ou les médias électroniques pour communiquer avec nos patients. »

La capitation donnerait également la possibilité au système de mieux s'adapter aux transformations du corps médical. « La plupart des jeunes médecins veulent l'interdisciplinarité. Ils nous disent souvent : "Pourquoi dois-je voir le patient ? Il peut être vu par l'infirmière pour son diabète. S'il y a un problème, je le verrai". Je pense que dans le contexte de la féminisation des effectifs médicaux et du changement générationnel de la façon de travailler, la capitation est incontournable. » //

CES MÉDECINS DÉPANNEURS

QUI SONT-ILS ? QUELLES SONT LEURS MOTIVATIONS ?

Nathalie Vallerand



D^r Jean-Simon Cantin

Le **D^r Jean-Simon Cantin** n'a que 29 ans, mais il a travaillé aux urgences d'une dizaine d'hôpitaux de plusieurs régions : Gaspésie, Abitibi, Bas-Saint-Laurent, Charlevoix, etc. Il fait du dépannage depuis le début de sa pratique, en 2017, et il a l'intention de continuer quelques années. « C'est une occasion de visiter le Québec, de voir différents milieux de pratique et de connaître la réalité de la médecine en région », dit-il.

Qui sont ces médecins qui font exclusivement du dépannage ? Qu'est-ce qui les motive ? Pour mieux cerner leur profil, la direction des Affaires professionnelles de la FMOQ a effectué deux sondages maison cet été. Le premier, dont le taux de réponse a été de 50 %, a été mené auprès des 46 médecins ayant fait uniquement du dépannage au cours de la dernière année.

Premier constat : les médecins considérés comme des dépanneurs exclusifs sont en général jeunes. « Soixante-cinq pour cent exercent depuis cinq ans et moins », explique la **D^{re} Danielle Daoust**, conceptrice des sondages et directrice adjointe des Affaires professionnelles à la FMOQ. Pourquoi ont-ils choisi ce type de pratique ? Selon 52 % des répondants, c'est pour la polyvalence. Le dépannage offre une expérience différente.

« En région, il faut parfois travailler avec peu de ressources », explique la **D^{re} Marie-Claire Lévesque**. La jeune clinicienne a fait du dépannage dans les urgences et les soins de courte durée pendant un an et demi. « J'ai trouvé cela très stimulant. Cela m'a permis de développer ma débrouillardise et d'être à l'aise avec différents plateaux techniques. »

Même son de cloche du côté du D^r Cantin. « Pour un même problème de santé, la prise en charge des patients est différente. Dans un grand centre urbain, plusieurs patients seront hospitalisés en spécialité. En région, où il y a souvent très peu de spécialistes, le médecin d'urgence doit fréquemment s'occuper des suivis. Le dépannage peut donc être très formateur. »

UN HORAIRE FLEXIBLE

Le dépannage a par ailleurs l'avantage d'offrir un horaire flexible. C'est l'un des attraits qui est ressorti du second sondage que la D^{re} Daoust a envoyé aux 24 nouveaux dépanneurs exclusifs qui ont commencé en 2019.

Cette souplesse est nécessaire pour un athlète comme le D^r Cantin, qui a participé au Championnat du monde du triathlon en août dernier, en Suisse. « Je peux créer mon horaire en fonction des compétitions. Je multiplie les quarts de travail certaines semaines, puis je prends congé pour m'entraîner et préparer ma prochaine compétition. »

Une grande proportion des dépanneurs exclusifs ont une situation personnelle particulière, explique la D^{re} Daoust. « Ils peuvent faire du travail humanitaire, des évacuations médicales à temps partiel ou vouloir maintenir leur permis de pratique au Québec, effectuer du dépannage en attendant la fin des études de leur conjoint, etc. »

La possibilité de compresser l'horaire permet par ailleurs à des médecins de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick de venir donner un coup de main au Québec. « Ces cliniciens, qui constituent le quart des dépanneurs considérés comme exclusifs, vont généralement dans le Grand Nord », indique la directrice adjointe.

ET LA MOBILITÉ INTERRÉGIONALE ?

Les nouveaux facturants feraient-ils du dépannage pour obtenir le statut de médecin en mobilité interrégionale et pouvoir ensuite pratiquer dans la région de leur choix ? Parmi les répondants des deux sondages, un seul a indiqué que c'était le cas.

« Certains pensaient que l'objectif des jeunes dépanneurs était de décrocher un poste à Montréal ou à Québec. Mais ce n'est pas ce qui se passe. Le tiers des médecins dépanneurs qui ont pris un avis de conformité en 2018 ont opté

pour une région éloignée », indique la D^{re} Daoust. Quand on regarde la proportion de ceux qui se sont installés par rapport aux effectifs en place, la région sociosanitaire la plus populaire a été Terres-Cries-de-la-Baie-James, suivie de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ainsi que de Mauricie et Centre-du-Québec. Montréal arrive à l'avant-dernier rang tandis que la Montérégie est bonne dernière.

Selon la D^{re} Daoust, le dépannage exclusif attire des médecins qui ont le profil pour travailler en région. « On ne choisit pas cette pratique quand on est du type urbain. On va être malheureux pendant deux ans ! »

TRAVAILLER DANS AU MOINS QUATRE RÉGIONS

Plus de la moitié des médecins (57 %) qui ont commencé le dépannage avant 2019 travaillent dans quatre régions ou plus. Pourquoi ? Plusieurs explications sont possibles, mais il se peut que le dépannage exclusif attire des médecins allergiques à la routine.

Que font-ils ? Plus de la moitié des répondants (57 %) exercent dans les urgences, mais beaucoup pratiquent aussi dans les unités de soin de courte durée (48 %) et un certain nombre (22 %), en obstétrique.

Peu de médecins s'adonnent au dépannage dans une seule région (9 %), mais ceux qui le font vont en grande majorité au Nunavik ou dans la région Terres-Cries-de-la-Baie-James, selon la D^{re} Danielle Daoust. « C'est une médecine de dispensaire. Les médecins font de la prévention, du dépistage de tuberculose. Ils sont de garde pour les urgences jour et nuit pendant cinq ou sept jours. Certains recherchent ce type de pratique. »

ASPECTS PLUS DIFFICILES

Le dépannage n'est pas une pratique sans défis. « Ça demande une bonne capacité d'adaptation, car chaque établissement a ses particularités, indique le D^r Cantin. Et à moins de retourner souvent aux mêmes endroits, ce n'est pas évident de développer un sentiment d'appartenance et de nouer des amitiés avec les collègues. »

Les déplacements de plusieurs jours constituent également un obstacle pour les jeunes parents, estime pour sa part la D^{re} Lévesque, qui vient de donner naissance à son premier enfant. Pour cette raison, elle ne compte pas continuer le dépannage après son congé de maternité.

Le suivi des résultats d'examen peut par ailleurs présenter des difficultés. « Les milieux n'ont pas tous mis en place un système pour suivre les résultats des examens prescrits par les médecins dépanneurs, dit la D^{re} Lévesque. Mais qu'il y en ait un ou non, je demeure l'ultime responsable des examens



D^{re} Marie-Claire Lévesque

à mon nom. Pour dormir tranquille, je fais donc un suivi systématique des résultats. Et lorsqu'un résultat est anormal, je gère à distance la prise en charge du patient. »

Certaines caractéristiques de la pratique en région éloignée présentent aussi des inconvénients. Ainsi, les cas critiques ou complexes y sont moins fréquents en raison de la plus faible densité de population. « Il y a moins d'occasions de poser certains gestes techniques, comme des intubations », note le D^r Cantin.

UNE SOLUTION INTÉRESSANTE POUR DES MÉDECINS PLUS ÂGÉS

Le dépannage n'attire toutefois pas que des jeunes médecins. Ainsi, 30 % des répondants du premier sondage ont plus de dix ans de pratique. Dans la banque de dépanneurs exclusifs, plusieurs ont d'ailleurs un certain âge. Ce type de pratique serait donc un choix de début ou de fin de carrière, explique la D^{re} Daoust.

« Certains médecins d'expérience veulent ralentir la cadence, en particulier ceux qui travaillent en obstétrique. Comme leur pratique est exigeante et peut devenir lourde avec le temps, le dépannage leur permet de continuer à faire ce qu'ils aiment. »

Le dépannage est donc un maillon essentiel du système de santé. Il évite des ruptures de service critiques dans les établissements de soins en manque d'effectifs. Le problème, c'est qu'il y a actuellement pénurie de cliniciens dépanneurs.

Un médecin qui désire donner un coup de main à ses collègues et aider la population peut, outre le dépannage exclusif, faire du dépannage occasionnel en plus de ses tâches habituelles. « Certains en font une seule semaine par année, dit la D^{re} Danielle Daoust. Ils profitent de leurs vacances en Gaspésie ou ailleurs pour donner un coup de main à un établissement en difficulté. On a vraiment besoin de tous les bras ! » //

Usage clinique :

Efficacité quant au soulagement des symptômes du TDM démontrée dans le cadre d'essais cliniques d'au plus 8 semaines; efficacité quant au maintien de la réponse antidépressive démontrée pendant une période pouvant atteindre 24 semaines.

Le médecin qui opte pour un traitement prolongé par Trintellix doit périodiquement réévaluer l'utilité de ce traitement chez son patient. Non indiqué chez les patients de moins de 18 ans.

Contre-indication :

- Utilisation concomitante d'un inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO)

Mises en garde et précautions les plus importantes :

- **Risque de changements comportementaux et émotifs, voire d'automutilation :** effets indésirables sévères de type agitation signalés. Il est conseillé de suivre rigoureusement l'état clinique du patient, peu importe son âge, afin de déceler les idées suicidaires ou tout autre indice d'un risque de comportement suicidaire. Cette surveillance inclut les changements comportementaux et émotifs de type agitation.
- **Symptômes de retrait :** Il est recommandé de diminuer la dose graduellement plutôt que de soudainement arrêter le traitement.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Risque de fracture osseuse
- Saignements anormaux
- Prudence en cas d'insuffisance hépatique modérée; utilisation non recommandée en cas d'insuffisance hépatique sévère
- Prudence chez les patients ayant des antécédents de crises convulsives ou souffrant d'épilepsie instable
- Syndrome sérotoninergique/ syndrome malin des neuroleptiques
- Perturbations cognitives et motrices
- Risque de mydriase; prudence en cas d'élévation de la pression intraoculaire ou de glaucome à angle fermé
- Prudence chez les patients ayant des antécédents d'accès maniaques ou hypomaniaques, et interruption du traitement chez tout patient qui entre en phase maniaque
- Prudence en cas d'usage concomitant de la thérapie électroconvulsive (TEC)
- Dépendance/tolérance
- Hyponatrémie
- Prudence en cas d'insuffisance rénale sévère
- Utilisation non recommandée durant l'allaitement
- Ajustement posologique chez les patients âgés

Pour de plus amples renseignements :

Consultez la monographie du produit au www.trintellixmonographie.ca. Vous y trouverez des renseignements importants sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'utilisation clinique dont il n'est pas question dans le présent document.

On peut aussi se procurer la monographie du produit en appelant au 1-800-586-2325.

DSST (Digit Symbol Substitution Test) = test de substitution des codes; EDM = épisode dépressif majeur; MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) = échelle de la dépression de Montgomery-Åsberg; SDS (Sheehan Disability Scale) = échelle d'incapacité de Sheehan; TDM = trouble dépressif majeur

* Étude menée à double insu avec placebo visant à évaluer une dose fixe chez 608 patients âgés de 18 à 75 ans dont le diagnostic principal était un TDM récurrent selon les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV, Texte révisé (DSM-IV-TR), dont l'épisode dépressif majeur en cours remontait à plus de 3 mois et dont le score MADRS total était ≥ 26 . Les patients ont été randomisés de façon à recevoir Trintellix à raison de 15 ou 20 mg (10 mg/jour la 1^{re} semaine et 15 ou 20 mg/jour de la 2^e à la 8^e semaine) ou un placebo pendant 8 semaines. Au départ, le score MADRS total moyen s'élevait à 31,5, à 31,8 et à 31,2 dans les groupes placebo, Trintellix à 15 mg et Trintellix à 20 mg; le score SDS total moyen s'élevait à 19,8 sous placebo, à 20,6 sous Trintellix à 15 mg et à 20,7 sous Trintellix à 20 mg et le sous-score SDS Travail moyen à 6,3 sous placebo, à 6,8 sous Trintellix à 15 mg et à 6,9 sous Trintellix à 20 mg. Toujours au départ, le sous-score SDS Vie sociale moyen se chiffrait à 6,8 sous placebo, à 6,9 sous Trintellix à 15 mg et à 6,8 sous Trintellix à 20 mg et le score SDS Vie familiale moyen à 6,7 sous Trintellix à 15 mg et à 7,0 sous Trintellix à 20 mg^{1,2}.

† Étude menée à double insu avec placebo, groupes parallèles et agent actif de référence chez 602 patients âgés de 18 à 65 ans qui avaient reçu un diagnostic de TDM selon les critères du DSM-IV-TR, dont l'épisode dépressif majeur en cours durait depuis ≥ 3 mois, dont le score MADRS total était ≥ 26 et qui, en outre, présentaient un dysfonctionnement cognitif subjectif comme en témoignait leur score initial < 70 au test de substitution des codes (DSST : Digit Symbol Substitution Test). Les patients ont été randomisés de façon à recevoir 10 ou 20 mg de Trintellix 1 fois/jour (n = 198) ou un placebo (n = 194) pendant 8 semaines. Le protocole prévoyait l'inclusion de la duloxétine à 60 mg 1 fois/jour (n = 207) à titre d'agent actif de référence afin de démontrer la sensibilité du test selon les critères traditionnels d'un traitement antidépresseur. Le score DSST initial moyen s'établissait à 43,5 pour le placebo, à 42,3 pour Trintellix à 10 ou 20 mg et à 43,4 pour la duloxétine à 60 mg³.

Références : 1. Boulenger JP, et al. Efficacy and safety of vortioxetine (Lu AA21004), 15 and 20 mg/day; a randomized, double-blind, placebo-controlled, duloxetine-referenced study in the acute treatment of adult patients with major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2014;29(3):138-49. 2. Monographie de Trintellix. Lundbeck Canada Inc., 15 avril 2019. 3. Mahabeshwarkar AR, et al. A randomized, placebo-controlled, active-reference, double-blind, flexible-dose study of the efficacy of vortioxetine on cognitive function in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2015;40(8):2025-37.

Trintellix^{MD} est une marque déposée de H. Lundbeck S.A., employée sous licence par Lundbeck Canada Inc.



VRT-B-100006-F

DÉCÈS DU D^R WILLIAM BARAKETT

UN MÉDECIN DYNAMIQUE ET DÉVOUÉ



Photo : Judith Gauthier, photographe

D^r William Barakett

Ancien vice-président de la FMOQ et président de l'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska durant 18 ans, le **D^r William Barakett** est décédé à la fin d'août. Médecin généreux et chaleureux, il s'est montré efficace, dynamique et dévoué non seulement pour ses patients, mais aussi pour ses collègues.

Le D^r Barakett s'est ainsi investi dans de nom-

breuses facettes de la pratique médicale que ce soit sur le plan professionnel, organisationnel, syndical ou humain. Il a par exemple été président de la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec.

Le D^r Barakett, qui a pratiqué dans les Cantons-de-l'Est pendant 47 ans, a été chef du service médical de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins. En parallèle, il a participé activement à de nombreuses campagnes de financement de l'établissement.

Le médecin, qui a fondé avec des collègues une clinique à Knowlton, suivait par ailleurs une importante clientèle. Il venait notamment en aide aux patients souvent délaissés : ceux aux prises avec des problèmes de toxicomanie, de santé mentale, de douleurs chroniques ainsi que les détenus.

« L'attention qu'il porte à ses patients demeure pour lui l'aspect le plus important de la profession, celui qui lui procure encore le plus de satisfaction », indique le texte de l'hommage que lui a rendu la FMOQ, en 2005, quand il a été nommé membre émérite. Il a reçu cette distinction « pour son dévouement à ses patients et à sa collectivité, pour son immense contribution à la profession et à la formation médicale, ainsi qu'à l'organisation de la médecine dans son établissement, dans sa région et au Québec. »

Au cours de sa carrière exceptionnelle, le D^r Barakett a reçu plusieurs distinctions, dont l'Ordre du Canada et la Médaille d'honneur de l'Assemblée nationale du Québec. //

DES NOUVELLES DES ASSOCIATIONS...

PROCHAINES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ANNUELLES DES ASSOCIATIONS AFFILIÉES À LA FMOQ

BOIS-FRANCS

Jeudi
10 octobre
16 h 30

Parc Marie-Victorin
385, boulevard Marie-Victorin
Kingsey Falls (Québec) JOA 1B0

LAVAL

Vendredi
13 septembre
15 h 30

Le Château royal
3500, boulevard du Souvenir
Laval (Québec) H7V 1X2

OUEST-DU-QUÉBEC

Vendredi
18 octobre
13 h 30

Hôtel Hilton Lac-Leamy
3, boulevard du Casino
Salles Julien, Gagnon, Walker
et S-Côté
Gatineau (Québec) J8Y 6X4
819-790-6444

SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

Mercredi
23 octobre
16 h 30

Hôtel Delta
2675, boulevard du Royaume
Jonquière (Québec) G7S 5B8
418-548-3124

CÔTE-DU-SUD

Jeudi
24 octobre
15 h 30

Centre des congrès de Lévis
5750, rue J.-B.-Michaud
Lévis (Québec) G6V 0B1
418-838-3811

QUÉBEC

Vendredi
25 octobre
12 h 40

Hôtel Double Tree by Hilton
Québec Resort
7900, rue du Marigot
Québec (Québec) G1G 6T8
418-627-8008

TOURNOI GOLF

DES FÉDÉRATIONS MÉDICALES DU QUÉBEC

MERCI À TOUS NOS COMMANDITAIRES

Catégorie platine



Catégorie or



Catégorie argent



Catégorie bronze

Association canadienne de protection médicale • Corporation Fiera Capital
Davies • Facturation médicale Fonds FMOQ • Fiducie Desjardins
Gestion privée Fonds FMOQ • Jarislowsky Fraser, Gestion mondiale de placements
La Personnelle • Le cabinet de relations publiques NATIONAL
Optimum Actuariat conseil • Placements Franklin Templeton • SSQ Assurance

MERCI AUX PARTENAIRES, DONATEURS ET PARTICIPANTS QUI ONT SOUSCRIT À L'ÉVÈNEMENT !



Un événement au profit de la **Fondation**
du Programme d'aide aux médecins du Québec

TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

QUAND LES PATIENTS SEMBLENT NEUROTYPQUES

Emmanuèle Garnier

Photo : CHU Sainte-Justine



D^r Baudouin Forgeot d'Arc

Au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, le **D^r Baudouin Forgeot d'Arc**, psychiatre, évalue de nombreux enfants et adolescents potentiellement autistes. Un long processus. « Parfois, la première heure, on ne comprend pas pourquoi on nous a adressé le jeune. On ne décèle vraiment rien d'autistique. Cela arrive en particulier dans le cas de certaines jeunes filles. »

Le médecin se souvient, par exemple, de cette adolescente qu'il a évaluée il y a quelques années. Une jeune fille au style gothique. Maquillage noir. Coiffure originale. Vêtements excentriques. « Elle accordait de l'importance à son apparence physique », avait noté le D^r Forgeot d'Arc, également directeur du Centre intégré des réseaux en neurodéveloppement de l'enfant du CHU Sainte-Justine.

En entrevue, l'adolescente était très expressive. Elle regardait le médecin dans les yeux. Elle avait de nombreuses mimiques et faisait beaucoup de gestes. Elle communiquait largement sur le plan non verbal.

Puis, tout à coup, le D^r Forgeot d'Arc a compris. « À un moment, on voit apparaître dans le type de communication quelque chose de stéréotypé. On se rend compte que la patiente a peu de modulation émotionnelle. Ce sont toujours les mêmes expressions, les mêmes gestes qui reviennent, et ils ne sont pas forcément ajustés à l'échange ou à la situation. »

La jeune fille utilisait des stratégies de compensation. Des tactiques destinées à avoir l'air neurotypique. Certains autistes parviennent ainsi à masquer tout à fait leurs particularités.

DIFFÉRENTS TYPES DE STRATÉGIES

En Angleterre, **M^{me} Lucy Anne Livingston**, du King's College London, et ses collaborateurs, se sont intéressés aux techniques de compensation des personnes autistes¹. Par l'intermédiaire des médias sociaux et de la UK National Autistic Society, ils ont diffusé une annonce (encadré) dans le monde entier pour inviter les adultes autistes ou ayant des difficultés sociales, à participer à une étude. Les sujets devaient répondre à un questionnaire en ligne sur leur utilisation des stratégies de compensation et remplir un questionnaire en dix points pour déterminer leur quotient du spectre autistique.

Provenant de différents pays, mais surtout du Royaume-Uni, 136 personnes ont répondu : 58 affirmaient avoir eu un diagnostic clinique d'autisme, 19 s'estimaient autistes, mais n'avaient pas eu de diagnostic et 59 indiquaient avoir des difficultés sociales.

Les sujets des trois groupes se ressemblaient. Ils avaient à peu près le même âge, soit le milieu ou la fin de la trentaine. Le même pourcentage vivait de manière autonome. Et ils recouraient aux mêmes tactiques. Des stratégies que les chercheurs ont analysées, décortiquées et classées en catégories : la compensation superficielle, la compensation profonde et le camouflage.

LA COMPENSATION SUPERFICIELLE

La compensation permet aux personnes ayant des problèmes neurocomportementaux de réguler leur conduite pour répondre aux normes sociales. En utilisant des processus cognitifs, elles parviennent à recourir à toute une gamme de stratégies.

Il y a, pour commencer, les tactiques de compensation superficielle. Certains répondants du sondage expliquent que, pour sembler neurotypiques, ils s'efforcent par exemple de regarder leurs interlocuteurs dans les yeux, même si cela ne leur est pas agréable. Plusieurs utilisent des trucs : fixer la base du nez ou se placer en angle par rapport à l'autre personne.

Certains ont appris à rire d'une plaisanterie. « Je suis maintenant capable de reconnaître une farce par l'intonation et le langage corporel (sans nécessairement savoir que c'est amusant) », écrit par exemple une femme dans la trentaine qui a reçu un diagnostic d'autisme.

Plusieurs sujets copient des comportements. Ils reproduisent

des phrases, des expressions faciales ou le ton de voix d'autres personnes ou de personnages de la télévision. Certains, pour donner l'impression d'être un bon auditeur, reprennent ou reformulent ce que leur interlocuteur vient de dire. Quand ils prévoient avoir une conversation, plusieurs répètent ou planifient ce qu'ils vont dire.

Naturellement, ces tactiques ne sont pas parfaites. « Il y a des défauts évidents si l'on est observateur. Je me répète ou j'utilise des phrases de film ou prises à la télé et parfois je dis des choses hors de propos », reconnaît une femme qui a eu un diagnostic d'autisme.

Le sondage montre que même les personnes sans diagnostic d'autisme recourent à ces stratégies de compensation superficielle. « Cela m'est venu comme un flash : si j'agissais comme la "personne là-bas", personne ne saurait que je lutte intérieurement. Je me suis fait des listes mentales de choses que je devais dire ou faire », explique une répondante ayant des difficultés sociales.

LA COMPENSATION PROFONDE

La compensation profonde, elle, est faite de stratégies plus poussées. Plus efficace que la compensation superficielle, elle repose sur une analyse détaillée du contexte social afin de mieux comprendre le point de vue des autres.

Ainsi, certains gestes, joints à des expressions faciales et à un contexte précis peuvent permettre de déduire l'état mental d'une autre personne. Par exemple, si quelqu'un regarde par terre, c'est peut-être qu'il s'ennuie. S'il parle de funérailles sur un certain ton, il est probablement triste.

Certains participants utilisent la détection de patrons et des modélisations de données internes pour mieux saisir ce que pensent les autres. « Pour moi, c'est facile de trouver les *patterns* dans les systèmes ou les programmes. J'applique la même expertise... aux gens et aux situations sociales », indique une jeune femme ayant des difficultés sociales.

Bien des répondants ont ainsi appris à décoder les signes verbaux et non verbaux. Ils se sont aussi entraînés à évaluer le comportement des gens pour mieux interagir avec eux. Ils peuvent parfois remplacer les valeurs ou les intérêts de leur interlocuteur par les leurs ou ceux d'un personnage de film pour déduire ce qu'il pense ou ressent.

« Ces stratégies, bien que difficiles à mettre en place au début, peuvent devenir une "seconde nature" avec le temps », indiquent M^{me} Livingston et ses collaborateurs. La compensation profonde a, par ailleurs, le grand avantage d'améliorer la cognition sociale de ceux qui la pratiquent.

LE CAMOUFLAGE

Parallèlement aux tactiques de compensation, il existe le camouflage. Un mécanisme qui permet de modifier le comportement existant. Par exemple, diminuer les habitudes jugées indésirables, comme trop parler, ou augmenter les attitudes considérées comme souhaitables, telles que sourire. « Les stratégies de camouflage sont simples, souvent automatiques et permettent de se fondre dans l'arrière-plan. Cependant, elles sont moins efficaces pour favoriser les interactions sociales », précisent les auteurs.

Des trucs de camouflage ? Éviter les situations où l'on peut se faire remarquer. Garder pour soi ses véritables opinions. Supprimer les comportements atypiques, comme de battre des mains ou de trop remuer. Cacher ses intérêts ou ses passe-temps inhabituels. Aller à des événements sociaux pour donner l'impression d'être sociable. S'habiller et parler comme le groupe auquel on essaie de s'intégrer.

Les personnes autistes ne sont cependant pas les seules à recourir à ce genre de moyens. « Faire semblant d'être intéressé ou enthousiasmé par un événement social n'a rien d'étrange pour la personne typique. Par exemple, se mettre un sourire sur le visage quand notre belle-mère vient dîner », souligne un répondant dans la trentaine faisant partie du groupe ayant des difficultés sociales.

UN ÉCHANTILLON ATYPIQUE

Dans chaque groupe, pratiquement tous les sujets recourent aux stratégies de compensations superficielle et profonde ainsi qu'au camouflage. « Pour moi, la découverte la plus intéressante de cette étude, c'est la grande similarité dans l'emploi de ces tactiques par les gens ayant un diagnostic d'autisme, les gens non diagnostiqués et ceux qui ont des difficultés sociales. On se représente souvent les autistes comme des personnes très différentes », fait remarquer le D^r Forgeot d'Arc, qui pratique également à l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

L'étude touche d'ailleurs à une nouvelle préoccupation en psychiatrie, indique le clinicien. « À quel point doit-on poser un diagnostic sur la base de ce qu'on observe ou de ce que les gens disent ressentir ? On se rend compte que ce que l'on voit n'est pas toujours ce que les patients affirment vivre. »

ENCADRÉ ANNONCE DU RECRUTEMENT

« Cette étude porte sur les stratégies de compensation auxquelles ont recours certaines personnes pour s'intégrer dans un groupe lorsqu'elles se sentent socialement différentes des autres. Nous nous intéressons aux stratégies, aux approches et aux techniques qu'adoptent les gens quand leur intégration ne se fait pas naturellement. Nous souhaitons donc entendre toute personne qui en utilise ou en a déjà utilisées, ce qui peut inclure les personnes du spectre de l'autisme. »

Les participants du groupe présentant des difficultés sociales peuvent en être un exemple. Il est possible qu'ils répondent aux critères du spectre de l'autisme, font remarquer les chercheurs. Ils sont peut-être simplement plus doués pour la compensation que ceux qui ont reçu un diagnostic. Néanmoins, leur score au quotient du spectre autistique (une auto-évaluation des particularités autistiques) était moins élevé que celui des deux autres groupes.

Les participants de l'étude ne correspondaient par ailleurs pas à la population autiste habituelle. Ceux qui avaient reçu un diagnostic l'avaient eu en moyenne à 30 ans alors qu'il est habituellement établi pendant l'enfance. Et dans les trois groupes, les femmes étaient majoritaires. « La proportion de femmes autistes est habituellement d'environ une pour quatre hommes, indique le **D^r Alexis Beauchamp-Châtel**, psychiatre et chef de service du programme de psychiatrie neurodéveloppementale adulte de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Tout un pan de la recherche s'intéresse actuellement au profil féminin. Beaucoup de femmes ne sont diagnostiquées qu'à l'âge adulte. Est-ce que leur profil est différent de celui des hommes ? Est-ce biologique ou est-ce simplement que leurs symptômes sont plus subtils ? Les difficultés ressenties sont-elles toujours réellement des manifestations d'autisme ? »

D'autres caractéristiques rendent également les autistes de l'étude atypiques. « On a clairement affaire à des personnes sans déficience intellectuelle, capables de s'exprimer couramment par écrit, note pour sa part le D^r Forgeot d'Arc. Elles ont un certain niveau intellectuel, verbal et d'introspection. C'est une minorité de gens, même chez les non-autistes, qui sont capables de se connecter à ce qu'ils ressentent, de donner un sens à leurs expériences et de les rapporter. »

Certains aspects de la méthode de la recherche peuvent toutefois faire sourciller. « Ce sont les sujets qui indiquent leur diagnostic. Ce dernier n'a pas été posé par les chercheurs », souligne entre autres le D^r Beauchamp-Châtel.

LES AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE LA COMPENSATION

Pourquoi vouloir à toute force sembler neurotypique quand on est autiste ou qu'on en a les caractéristiques ? « Bien des participants ont indiqué qu'une motivation sociale les pousse à recourir à la compensation pour développer des relations significatives », indiquent les auteurs. « J'en avais simplement assez d'avoir peu d'amis, de ne pas être aimée, d'être ostracisée par mes pairs et d'être persécutée. J'ai finalement cédé autour de 16 ans », raconte une femme dans la vingtaine qui se considère comme autiste.

L'étude dissipe ainsi un mythe : le désir généralisé d'isolement des autistes. Il est vrai que durant la petite enfance, ils s'intéressent souvent peu aux gens. Mais arrive un moment où



D^r Alexis Beauchamp-Châtel

certains changent. « Certains des ados autistes que je vois montrent peu d'intérêt à socialiser, mais d'autres en ont vraiment envie et utilisent toutes sortes de stratégies, efficaces ou non. Certains y arrivent bien », affirme le D^r Forgeot d'Arc.

Les participants sont également motivés par des facteurs externes, comme le jugement des autres. À leurs yeux, la compensation est nécessaire pour éviter le rejet, mais aussi pour réussir. « Ils considéraient comme vital d'avoir un style d'interaction correspondant à celui des gens neurotypiques (par exemple, établir un contact visuel et converser) pour atteindre des buts dans la vie (comme l'indépendance et l'emploi) », indiquent les chercheurs.

Les stratégies de compensation ont cependant un coût. Le stress. La fatigue. « La personne peut donner le change et sembler avoir une assez bonne socialisation, mais le faire au prix d'une grande souffrance », explique le D^r Beauchamp-Châtel. Une participante autiste dans la quarantaine, par exemple, désire souvent répondre aux gens surpris d'apprendre son diagnostic : « Vous rendez-vous compte à quel point c'est un fichu travail que d'avoir l'air aussi normal ? »

Certains participants expliquent recourir aux stratégies de compensation après en avoir évalué les coûts par rapport aux avantages. Elles en valent la peine avec quelqu'un qui pourrait devenir un ami, mais pas avec des étrangers sans importance.

Plusieurs sujets associent la compensation à l'anxiété, à la dépression et aux idées suicidaires. Cette stratégie peut entraîner un isolement, une faible estime de soi et de la rumination quand les tactiques échouent. Certains participants lient la compensation à une mauvaise santé physique. À un plus grand besoin de sommeil. À des nausées.

Un facteur est cependant déterminant dans la réussite ou l'échec des techniques de compensation : l'environnement. Dans les pièces bruyantes ou trop éclairées, par exemple, les tactiques d'adaptation deviennent particulièrement difficiles à utiliser. « L'environnement sensoriel peut anéantir toute

mon “énergie d’adaptation” en un moment », mentionne une femme autiste dans la cinquantaine. De même, dans les situations non structurées, comme une fête, ou dans des groupes, où les signaux sociaux sont multiples, le recours à la compensation peut être difficile. Bien des participants qui parviennent à passer pour neurotypiques dans un environnement calme peuvent ainsi perdre leurs moyens dans un milieu exigeant.

UNE INFLUENCE IMPORTANTE

La compensation a pu jouer un rôle important dans la trajectoire de vie de bien des participants. Ainsi, elle a pu être responsable du diagnostic tardif de la majorité de ceux qui en ont reçu un. « Même si ces gens se sont toujours sentis différents, les stratégies de compensation leur permettaient de réussir au début de leur vie (sur le plan scolaire, par exemple). Par conséquent, les caractéristiques autistiques ont été négligées par les parents et les professeurs », expliquent M^{me} Livingston et ses collègues.

À l’âge adulte, toutefois, la situation a changé. Les exigences de la vie ont augmenté et les stratégies de compensation de la plupart des participants ayant eu ou non un diagnostic sont devenues insuffisantes. Chez certains, les caractéristiques autistiques se sont mises à perturber leur fonctionnement quotidien.

Sur le plan professionnel, les stratégies de compensation constituaient souvent d’utiles outils. Certains répondants soulignent qu’elles leur ont permis d’obtenir un emploi. Mais elles n’étaient pas toujours suffisantes pour qu’ils parviennent à le garder. Parfois, toutefois, ces tactiques fonctionnaient trop bien. Les employeurs et les collègues tenaient le participant pour neurotypique, ce qui pouvait donner lieu à une certaine incompréhension. Il arrivait même que le sujet ne soit pas cru quand il dévoilait son diagnostic ou ses caractéristiques. « Ce manque de soutien signifie qu’une importante fatigue et l’épuisement professionnel étaient fréquents », indiquent les chercheurs.

Sur le plan personnel, la compensation a permis aux répondants du sondage d’augmenter leur confiance en soi, de se sentir plus connectés aux autres. Mais elle n’était pas toujours assez efficace pour transformer des connaissances en amis ou cacher totalement leurs différences. Et, en plus, la compensation rendait la relation un peu fausse. « Je me sens comme si je jouais un rôle la plupart du temps. Et quand les gens disent que j’ai telle caractéristique, je me sens comme si j’avais fraudé, parce que j’ai fait apparaître cette caractéristique », confie une femme dans la quarantaine qui se perçoit comme autiste.

DES TRAJECTOIRES VARIABLES

Quel bilan les participants font-ils de l’utilisation de la compensation au cours de leur vie ? Plusieurs trajectoires se dessinent. Il y a celle des compensations réussies. Certains participants ont perfectionné leurs tactiques pendant le pas-

sage de l’enfance à l’âge adulte. Leur situation sociale est maintenant plus facile. Ils ont affiné leurs méthodes, cherché des environnements où elles pouvaient réussir, accru leur cognition sociale avec l’âge. Pour eux, la compensation constitue un processus fructueux.

« Grâce à la compensation, j’ai un emploi où les gens respectent mon travail et me demandent mon aide et mon opinion. Mes collègues et amis m’aiment. Je n’ai pas été sur la corde raide, perdue et seule comme cela aurait pu être le cas. J’ai vraiment vraiment eu de la chance », estime une femme dans la trentaine qui se perçoit comme autiste.

La deuxième trajectoire, bien que moins éclatante, est également satisfaisante. Certains participants estiment ainsi que la compensation a ses avantages, mais que des périodes de répit sont nécessaires. Le secret est dans l’équilibre. « Maintenant, je suis plus honnête avec moi et avec les autres et je limite mes interactions pour me garder mentalement et, par conséquent, physiquement en forme », indique un homme autiste dans la vingtaine.

Ce type de participant est moins préoccupé par son image atypique. Il cherche des environnements professionnels qui s’accommodent de ses caractéristiques. Il présente souvent ses différences comme des forces. « Je donne des opinions bien renseignées au sujet de questions d’intérêt à mon interlocuteur à la place de papoter », affirme par exemple un homme dans la trentaine ayant eu un diagnostic d’autisme. Ce genre de trajectoire, caractérisée par une tendance à moins recourir à la compensation avec l’âge, est liée à une meilleure santé mentale et physique.

La troisième courbe est celle des compensations difficiles. Certains répondants voient souvent leurs stratégies échouer. « Mon incapacité à recourir au camouflage ou à la compensation au-delà des stades initiaux de la relation a signifié que je n’ai jamais développé le capital social dont tous les gens ont besoin pour réussir », déplore une femme dans la quarantaine qui se considère comme autiste. Certains se sentent impuissants. « Je n’ai toujours aucune idée de ce que je pourrais faire pour améliorer la situation. Je suis plus seul que jamais », reconnaît un homme dans la quarantaine qui se perçoit comme autiste.

La recherche est ainsi au début de l’exploration de la socialisation des personnes autistes. « Contrairement à ce que beaucoup croient, ces gens ne sont pas des personnes qui veulent être seules et qui sont bien toutes seules, explique le Dr Forgeot d’Arc. Ce sont des gens qui socialisent différemment, et beaucoup veulent avoir des interactions sociales. »//

BIBLIOGRAPHIE

1. Livingston L, Shah P et Happé F. Compensatory strategies below the behavioural surface in autism: a qualitative study. *Lancet Psychiatry* 2019 ; 6 (9) : 766-77

AUTISME

LE DIFFICILE DIAGNOSTIC CHEZ L'ADULTE

Emmanuèle Garnier

Bien des adultes se rendent à la clinique de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) consulter le psychiatre **Alexis Beauchamp-Châtel**. Ils veulent en avoir le cœur net : sont-ils autistes ?

« Ce qui amène une souffrance suffisante pour pousser quelqu'un à consulter peut être l'isolement social ou des échecs répétés dans les relations personnelles, au travail ou dans les études. Certaines personnes ne réussiront pas à l'école malgré une intelligence élevée. Parfois, ce sont des gens qui font des dépressions ou qui sont suicidaires », explique le chef du programme de psychiatrie neurodéveloppementale adulte de l'IUSMM.

Certains nouveaux patients, toutefois, n'éprouvent pas de détresse. « Plusieurs veulent simplement s'identifier à une collectivité quelconque. Ils se trouvent différents des autres depuis qu'ils sont tout petits. »

Dans certains cas, ce sont des professionnels de la santé qui adressent le patient au Dr Beauchamp-Châtel. Plusieurs éléments peuvent faire soupçonner la présence d'autisme chez un adulte. Par exemple, des difficultés persistantes dans les interactions ou les communications sociales ou encore un comportement stéréotypé, de la résistance au changement ou des intérêts réduits. Mais un élément supplémentaire doit s'ajouter. Il faut qu'en plus, la personne ait, par exemple, des problèmes à obtenir ou à garder un emploi, à maintenir des relations sociales ou bien qu'elle ait eu recours à des services en santé mentale, ait des antécédents de problèmes neurodéveloppementaux, etc.¹

DES CARACTÉRISTIQUES QUI DISPARAISSENT

Chez l'adulte, poser un diagnostic d'autisme est complexe. Parce que les signes caractéristiques de l'affection, très visibles chez les jeunes enfants, s'atténuent avec le temps. « Chez les adultes qui n'ont pas de déficience intellectuelle, les stéréotypies comme les battements de mains, les torsions des doigts près des yeux, les mouvements répétitifs disparaissent le plus souvent. Les adultes ne présentent généralement pas non plus d'anomalies du langage évidentes ou d'écholalie », précise le Dr Beauchamp-Châtel.

En outre, l'adulte peut recourir à des stratégies de compensation pour dissimuler son autisme. Regarder dans les yeux, sembler s'intéresser aux autres, etc. « Dans l'étude de **M^{me} Lucy Anne Livingston**, la compensation permettait à

certains participants de se comporter comme une personne neurotypique². Ces données mettent ainsi en garde contre le fait de poser ou d'exclure des diagnostics sans évaluation approfondie. »

REMONTER LE TEMPS POUR POSER UN DIAGNOSTIC

Comment alors établir le diagnostic ? Cela nécessite un travail d'enquête. Le psychiatre doit remonter dans le temps avec le patient. Il va l'interroger sur son enfance. Avait-il des amis ? Que faisait-il avec eux ? A-t-il souffert d'intimidation ?

« Il faut trouver dans la trajectoire développementale suffisamment d'indices liés à l'autisme. On va chercher des éléments précis sur la socialisation. Parce que l'autisme ne peut pas apparaître à 25 ans. Il faut qu'il y ait des traces dans le passé, indique le Dr Beauchamp-Châtel. On va aller chercher tout le rapport au monde. On va regarder si la personne avait des comportements répétitifs, des jeux d'alignement, des intérêts importants ou bizarres. Le patient les a-t-il toujours ? Quelle est sa réaction aux changements mineurs, aux modifications de la routine ? Etc. »

L'idéal pour le clinicien est de rencontrer les parents. « On va les interroger sur le développement du patient en bas âge et sur les jalons développementaux comme l'âge de la marche, l'apparition du langage. De quoi le patient avait-il l'air au cours de la petite enfance ? Avait-il des problèmes de comportement ? Comment était-il à la garderie ? On fait une évaluation longitudinale », explique le psychiatre.

Le plus difficile reste cependant le diagnostic différentiel. Parce que divers troubles peuvent avoir des conséquences semblables à celles de l'autisme. La phobie sociale, l'anxiété, les troubles de la personnalité, le trouble obsessionnel compulsif, etc. « Il faut faire des déductions sur la nature de la difficulté qui amène les problèmes de socialisation. Est-ce que le patient a toujours eu des difficultés fondamentales à comprendre les interactions sociales ou a-t-il eu plutôt des problèmes affectifs importants à cause d'un vécu difficile ? »//

BIBLIOGRAPHIE

1. National Institute for health and Care Excellence. Autism spectrum disorder in adults: diagnosis and management - Clinical guideline. Site Internet: <https://bit.ly/2kgmpxo>
2. Livingston L, Shah P, Happé F. Compensatory strategies below the behavioural surface in autism: a qualitative study. *Lancet Psychiatry* 2019 ; 6 (9) : 766-77.