

## L'enfant autiste : description d'un trouble complexe et composite Iounes lallem, Pr.Mohamed Nadjib Nini

Université de Constantine 2 , Algérie.

### Résumé :

L'autisme et autres troubles envahissants du développement sont une famille de troubles psycho-pathologiques qui sont reconnus et spécifiés en tant que tels, seulement depuis une quarantaine d'années et ils restent encore trop souvent méconnus ou tardivement diagnostiqués.

Cependant les avancées des neurosciences et, spécifiquement, la neuro-imagerie ne permettent, toutefois, pas, à ce jour, d'isoler une version unifiée de l'autisme infantile. Ceci invite à se méfier de tout réductionnisme, ce que nous verrons d'ailleurs par le biais d'une illustration Clinique dans le présent article.

### الملخص:

يعتبر التوحد و اضطرابات النمو الشامل كمجموعة من المتلازمات النفس-مرضية المعترف بها منذ أربعين سنة فقط، رغم ذلك تبقى مبهمة أو مشخصة بصفة متأخرة. حتى وإن كان مؤخراً قد تم تسجيل قفزة نوعية حققتها العلوم العصبية، و على وجه الخصوص التصوير(الأشعة) العصبي لم يتمكن العلم من تحديد صورة واضحة و شاملة عن التوحد، هذا ما يجعلنا نتفادى حصر منشأ الاضطراب في حيز ضيق قصد الإيضاح أو التفسير، هذا ما سنتطرق إليه في هذا المقال انطلاقاً من حالة عيادية.

## **Introduction:**

Le présente article amorce ma pensée sur une pathologie dite complexe et composite à laquelle se trouve le petit de l'homme confronté, afin de décrire la façon d'être au monde avec une forme d'autisme infantile, je vous invite à réfléchir avec moi la teneur du travail psychique sollicité par la nature de cette pathologie, au regard d'un bilan psychologique dans un centre spécialisé prenant en charge la personne autiste. Ceci dit, dans la plupart des CPPEHM, est sans doute liée à la pluridisciplinarité de l'approche du bilan et à l'association du pédagogique.

En effet, le bilan psychologique doit être considéré comme un maillon d'une chaîne qui comprend la possibilité d'un entretien social, d'un bilan psychomoteur, d'un bilan psychiatrique, d'un bilan orthophonique et même d'un bilan pédagogique.

C'est pourquoi nous verrons par le biais d'une illustration clinique l'émergence possible d'une vision relativement contraire du registre des TSA, dans l'élaboration de ce qu'on appelle actuellement le bilan pluridisciplinaire loin de toute interprétation totalitaire voire réductionniste.

## **Quelques éléments théoriques:**

### **L'autisme: origine et définition**

L'autisme et autres troubles envahissants du développement sont une famille de troubles psychopathologiques qui sont reconnus et

spécifiés en tant que tels seulement depuis une quarantaine d'années et restent encore trop souvent méconnus ou tardivement diagnostiqués.

Le terme d'autisme a vu le jour en 1911. Un psychiatre suisse, Eugène Bleuler a ainsi nommé le symptôme de retrait social qu'il attribuait comme une des principales caractéristiques de la schizophrénie.

C'est en 1943 qu'un pédopsychiatre américain, Leo Kanner, reprendra le terme afin de définir, dans le cadre d'un article, un trouble qu'il avait observé auprès de 11 enfants et qui se caractérisait par la présence de 7 éléments : la solitude, des obsessions pour des routines, une mémoire extraordinaire, l'écholalie, la sensibilité aux stimuli, une gamme d'intérêts limités, une intelligence normale <sup>(1)</sup>.

Parallèlement et indépendamment des travaux de Kanner, en 1944, un médecin autrichien, Hans Asperger publiera une description d'un groupe de 4 enfants présentant ce qu'il appelle « une psychopathologie autistique ». Un certain nombre d'éléments du fonctionnement de ces enfants peut s'apparenter à ceux du groupe de Kanner (le retrait social, les stéréotypies au niveau du langage et du mouvement, une résistance aux changements et un intérêt particulier pour certains objets ou sujets <sup>(2)</sup>).

L'autisme sera, jusque dans les années 70, un trouble expliqué par le courant psychanalytique, notamment par Bruno Bettelheim (1972), comme le symptôme d'une relation mère-enfant où la mère serait froide et dénuée d'amour amenant l'enfant à développer un autisme afin de se protéger de cet environnement menaçant <sup>(3)</sup>.

Cependant, avec le développement du champ de recherche en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent ainsi qu'avec l'influence des théories cognitivo-comportementales venues d'Amérique, les théories psychanalytiques vont être remises en cause (4).

Dans les années 80 vont se mettre en place des protocoles de recherches et de diagnostics spécifiques à l'autisme (5).et il est enfin internationalement reconnu que l'autisme n'est pas une pathologie réactionnelle mais un désordre neurobiologique dont les causes, bien que encore non totalement définies, seraient d'origine génétiques et métaboliques (6).

Les questions soulevées par l'hétérogénéité de la population des personnes atteintes d'autisme et par la diversité des formes cliniques ont abouti à une nouvelle terminologie qui ne limite plus le repérage des troubles au niveau du tableau typique de l'autisme, mais l'inscrit dans ce qu'on appelle désormais le spectre des désordres autistiques (7).

### **L'autisme infantile : état des lieux en Algérie**

**Le sujet de l'autisme est extrêmement vaste et a considérablement évolué.**

C'est en fait un problème de santé public dans lequel sont englobés un grand nombre de cas, pourtant très différents les uns des autres. Si bien qu'enAlgérie, l'autisme est un handicap sous-estimée

mais qui s'étend de manière alarmante, loin des préoccupations des pouvoirs publics.

Le manque de structures médicales adaptées et de personnel qualifié complique sérieusement la tâche. Ils sont des centaines de parents à la recherche d'une prise en charge, mais en vain, un drame familial que l'on peut pourtant soulager si le diagnostic est posé précocement. C'est justement le combat du professeur Ould Taleb, pédopsychiatre à l'EHS de psychiatrie Drid Hocine à Alger, qui fait de l'autisme sa lutte quotidienne.

Dernièrement si le service de Drid Hocine à Alger accueille 60 nouveaux cas par mois d'enfants autistes et a pris en charge 1040 cas en deux années, 300 000 enfants et adolescents autistes algériens sont sans soins, déplore le professeur Ould Taleb.

### **Description de notre démarche d'investigation**

La rencontre avec l'enfant autiste nous amène à mettre en revue l'ensemble de ces éléments clinique :

#### ***1. Diagnostic de l'autisme***

- Entretiens avec les parents.
- Observation de l'enfant.
- Interaction avec l'enfant.
- Jugement clinique.
- Échelles de diagnostic.

## 2. *Évaluation de l'autisme*

- Langage expressif et réceptif.
- Évaluation cognitive.
- Évaluation des comportements adaptatifs.
- Évaluation sensori-motrice.
- Évaluation neuro-psychologique.

## 3. *Tests biologiques*

- Tests métaboliques.
- Tests génétiques.
- EEG.
- Imagerie cérébrale.

### **Illustration clinique**

L'enfant Diaàeddine âgé de 6 ans et 7 mois, avait été reçu à ma consultation le 09/12/2013 pour trouble autistique. Accompagné par ses parents, inquiets et soucieux de l'état de leur enfant, sollicitant un bilan psychologique afin de porter un nom sur le cas du petit Diaàeddine.

La maman est âgée de 36 ans, infirmière de profession, le papa âgé de 42 ans, professeur de sport au collège.

Diaàeddine est l'aîné d'une fratrie de trois enfants, ses frères sont âgés respectivement de 3 ans et 11 mois. La famille fut heureuse

quant à la naissance du petit Diaàeddine après un an de mariage, retenons qu'il est issu d'un mariage non consanguin ; les parents étaient ravie face à l'attente d'un bébé de sexe masculin.

Notons ici que la grossesse s'est bien déroulée, malgré la présentation de coliques néphrétiques à cinq mois de gestation.

Le nouveau-né arrive au monde à terme avec un poids de 2940g, par voie basse, sans souffrance néonatale, ayant pour score d'Apgar un 9/10.

Les premiers mois de son développement ne sont pas connotés par un trouble oro-alimentaire ni du sommeil. L'alimentation fut naturelle pendant 9mois, puis au biberon jusqu'à deux ans, étant bébé, Diaàeddine aurait un regard présent dans ses interactions. Age du 1<sup>er</sup> sourire, de la tenue de la tête ne sont pas précisés par les parents, particulièrement par la maman.

Il aurait fait sa 1ere dent a 6 mois, se serait assis à 9 mois, quant à la marche, il fera ses 1<sup>er</sup> pas a 12 mois.

Ses 1<sup>er</sup> mots ont été prononcés vers 18mois ( mama, papa ...), cependant très vite on relève une régression corrélée par la perte de ses prérequis en les remplaçant par la main de l'autre pour exprimer un éventuel besoin, sans s'appuyer sur l'indexation.

Ce n'est qu'à cinq ans, qu'il prononcera sa première phrase, il ne parlera qu'en cas de besoin en utilisant des mots-phrases, retenons qu'à son âge la parole et/ou le langage font défaut.

La fonction sphinctérienne de même la notion du danger sont acquis.

Elément révélateur au cours de notre anamnèse ; l'angoisse du 8ème mois, le sourire du 3ème mois, l'acquisition du pronom « Je » et de la négation « Non », n'ont pas été observés durant son processus de maturation.

Selon les parents un important changement avait été relevé chez Diaàeddine à partir de 2 ans, les parents constatent que leur enfant pleure sans raison, n'est rassuré que lorsqu'il est entre leurs bras. Une importante sensibilité aux bruits mécaniques surtout, s'installe en isolation, il n'est captivé que par l'écran de la TV (intérêt excessif pour Touyour el djana (8) et les publicités), manipule le ballon de manière répétitive.

Plus loin, jouer avec les enfants de son âge ou bien faire semblant tout simplement ne semble pas être une priorité pour lui. Aussi, indifférent à l'absence de la maman, il présentait des insomnies avec agitation ainsi que des stéréotypies gestuelles au moment des repas, explorant le monde que par l'oralité (manipule toutes choses/objets par un passage dans sa bouche).

Un bilan neuropédiatrique ne montre pas de troubles chromosomiques, de signes malformatifs, de problèmes métaboliques ni de latéralisation neurologique.

Son niveau de développement mental se situe entre 2 et 2 ans et demi, sa motricité équivaut à celle d'un enfant de 3 ans et demi. Quant au

diagnostic d'autisme fut posé par un pédopsychiatre de l'EHS Drid Hocine Alger dès 3 ans et demi.

Diaàeddine suit des classes spéciales. Il bénéficie d'orthophonie, de psychomotricité et d'un suivi psychopédagogique. Sa mère, infirmière de profession, consulte nombre de guérisseurs et fait appel à des *médecines parallèles* (9).

Cependant plusieurs électroencéphalogrammes mettent en évidence des décharges généralisées de pointes-ondes. Diaàeddine répond très bien au valproate ; cette probable épilepsie atonique s'améliore nettement avec médication selon ses médecins traitant neurologue et pédopsychiatre, en revanche les tests métaboliques et les tests génétiques ne renvoient à aucune comorbidité associée à son autisme après une exploration approfondie.

### **Description du cadre de la rencontre**

Au cours de notre rencontre, Diaàeddine nous apparaît comme un petit garçon de bonne corpulence en rapport avec son âge, habile sur le plan psychomoteur, présent tout au long de la séance à travers son regard insistant et son air paniqué (10) pénible.

Intolérant aux frustrations et aux interdits Diaàeddine est très vite envahi par une angoisse qui l'empêche de s'adapter de cohabiter certaines situations de la vie quotidienne et qui prend forme, exprimée brutalement sous forme d'accès de colère violente, d'agitation et de pleurs incessants. Les facteurs déclenchant sont variés : face à un

refus, une séparation, un changement inhabituel, sentiment d'insécurité.

Une situation qui le met généralement en difficulté dans sa relation avec ses parents et avec l'équipe institutionnelle du CPPEHM. Et qui rend encore plus complexes ses apprentissages.

En fait, pour un enfant de 6 ans et sept mois, nous soulevons une difficulté importante à représenter et dénommer les objets, il n'est guère en capacité d'évoquer mentalement l'objet en sa présence et en son absence, aussi la fonction symbolique n'est pas au RDV (langage : compréhension et expression orale/ compréhension et expression écrite, dessin et tracé, jeu ... un ensemble très réduit) faisant défaut avec toute imitation ludique. D'autre part, un retard dans les acquisitions tels que : couleurs, formes, lettres, chiffres contrastent ses problèmes de limite.

### **Synthèse**

Lors de notre rencontre respective d'une heure trente minute, et grâce aux observations et aux informations recueillis auprès du petit Diaàeddine, et de ses parents l'hypothèse diagnostique soutenue se contraste avec celle d'un trouble envahissant du développement (autisme infantile selon la CIM 10

Sa présentation se contrastait avec son langage peu élaboré et ses qualités de communication et de compréhension non adaptés à son âge.

***Je fus interpellé par le comportement bruyant de l'enfant :***

Très instable et agité, il n'a pas cessé de pleurer tout au long de notre rencontre, inconsolable par les parents, l'entretien a été laborieux. Face à un cadre non familial pour le petit Diaàeddine, il est amené alors à faire appel à des défenses archaïques. Instable et agité, il se lance dans tous les sens, aucun objets/jouets se trouvant dans mon bureau à sa portée ne l'intéresse. Comme pour nous provoquer ou nous dissuader.

Il s'oppose à toutes nos propositions d'entrer en contact, son impulsivité et sa transgression à ce moment-là de la rencontre ont été difficile à contenir. Difficultés régulièrement vécues par ses parents, étant parmi les raisons qui rendent son adaptation en CPPEHM (11).

en voici d'ailleurs les critères retenus :

- Une altération des capacités de communication ;
- Une altération des interactions sociales ;
- Un aspect restreint répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts, des activités.

Évident à partir de 30–36 mois, les premiers symptômes apparaissent parfois après un intervalle libre de 12–18 mois mais le plus souvent des signes précurseurs peuvent attirer l'attention dès les 12 premiers mois.

En plus des critères cités plus haut, on a relevé des signes clinique chez Diaàeddine corrélatif durent les deux premières années comme suit :

Durant le 1<sup>er</sup> semestre:

- Le sourire du 3eme mois n'a pas été observé.

Durant le 2eme semestre:

- Peu d'émissions vocales
- Absence d'imitation
- Indifférent lors de la séparation avec la personne s'occupant de lui, habituellement la maman ou son tenant lieu.

Durant la deuxième année:

- Absence de pointage/indexation.
- Apparition tardive du 1er mot
- Inutilisation du pronom JE.
- Stéréotypie gestuelle
- Instabilité motrice
- Insomnie avec agitation
- Absence de la négation NON
- Intolérance aux frustrations
- Contact oculaire évasif
- Interactions vocalises, mimiques restreintes
- Absence de jeux symbolique
- épilepsie atonique

L'ensemble de cette symptomatologie est ancré par un important isolement du petit Diaàeddine durant son quotidien.

Cependant l'utilisation de le C.H.A.T, de façon spontanée durant cet entretien nous amène à réfléchir une forme d'autisme infantile diagnostiqué déjà dès 2ans et demi, un autisme important avec une apparition précoce corrélée par une évolution critique, du moment que le pointage protodeclaratif ainsi que le jeu de faire semblant font défaut, de même pour l'attention conjointe (trois comportements qui renvoyant aux précurseurs de la théorie de l'esprit à notre sens).

### **Conclusion :**

Faire le diagnostic phénoménologique d'autisme, en l'occurrence, décrire le comportement, le langage, les capacités cognitives, l'affect, etc. sont bien entendu essentiels.

Même si la pathologie autistique, de l'avis de tous, psychopathologues comme neuroscientifiques, apparaît aujourd'hui comme fondamentalement complexe et composite. Cela n'est toutefois, à notre sens, pas justifié, car l'insertion de Diaàeddine en milieu institutionnel spécialisé, lui a permis d'exprimer ses angoisses et ses pulsions par le biais d'un espace transitionnel contenant , dans le cadre d'une prise en charge psycho-éducative à long terme en partenariat avec un établissement prenant en charge la personne autiste.

Les enseignements de cette illustration clinique apparaissent d'un grand intérêt pour l'établissement et/ou la confirmation des principes universels du psychisme et de son étude au cas par cas. Elle indique bien, comment la symptomatologie et la dynamique psychique individuelle peuvent infléchir sensiblement l'évolution du petit de l'homme et son étude dans le cas de l'autisme infantile.

### Références:

- (1) Rapin I., & Tuchman R. F., (2008). *What is new in autism?* Current Opinion in Neurology, 21(2), pp143-149.
- (2) Soulé. M, Lebovici. S : *Les causes de l'autisme et leur traitement, groupe de recherches sur l'autisme le polyhandicap (GRAP)*. Paris, l'Harmattan, 2000, p96.
- (3) Bettelheim, B: *The empty fortress: Infantile autism and the birth of the self*. New York, Free Press, 1972, p77.
- (4) Volkmar. F R, Paul. R, Klin. A, & Cohen. D: *Handbook of autism and pervasivedevelopmental disorders. Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior*. New Jersey, John Wiley & Sons, 2005b, p 111.

- (5) Berthoz, A., Andres, C., Barthélémy, C., Massion, J., & Rogé, B : *L'autisme: de la recherche à la pratique*. Paris, Odile Jacob, 2005, p44.
- (6) Rogé, B., Barthélémy, C. & Magerotte, G : *Améliorer la qualité de vie des personnes autistes*. Paris, Dunod, 2008, p82.
- (7) Volkmar, F R, Paul. R, Klin. A, & Cohen. D: *Handbook of autism and pervasivedevelopmental disorders. Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior*. New Jersey, John Wiley & Sons, 2005b, p 111.
- (8) Zerdoumi. N : *Enfant d'hier l'éducation de l'enfant dans le milieu traditionnelle Algérien*, Paris, Maspéro, 1970, p 188.

(9) طيور الجنة.

- (10) De diverses représentations entourent la maladie en milieu social algérien, des concepts spécifiques et des interprétations magiques sont attribués à des maladies. Le savoir populaire semble utile dans la prise en charge du malade. Dans ce sens Zerdoumi (1970) a bien mentionné que, dans le Maghreb, il existe deux médecines juxtaposées, l'une est scientifique, l'autre est traditionnelle (p188).
- (11) En référence au Centre psychopédagogique pour enfants handicapés mentaux ou est scolarisé Diaàeddine.

- (12) Le taux de prévalence oscille entre 0,7/10 000 et 13,9/10 000 avec une moyenne à 5/10 000. Cette variation dépend à l'évidence des critères diagnostiques. La sex-ratio moyenne de trois garçons pour une fille tend à s'égaliser en cas de déficience mentale associée. Seul un quart environ des autistes a un quotient intellectuel dans la zone de la normale ( $QI \geq 70$ ), les deux tiers d'entre eux se situant dans les zones de débilité modérée ou sévère ( $QI < 50$ ). Si le modèle de l'autiste « intelligent » n'est pas faux, il ne représente cependant pas la majorité des situations cliniques.