

**L'autisme chez l'enfant**  
**poids des maux et retour sur la clinique des autismes**

LALLEM Lounés  
Université de Constantine 2

**1. Quelques éléments théoriques**

Depuis la proposition de définition de l'autisme infantile par Kanner en 1943, un nouveau champ d'étude est né suscitant de féroces débats entre psychanalystes et cognitivistes dès les années 70, les premiers situant d'abord les troubles en termes relationnels, les seconds en termes organiques. Progressivement, avec l'apport de nouvelles disciplines telles que les neurosciences ou la génétique, ont émergé des essais d'articulations entre les différentes théories dans l'idée d'aboutir à des modèles transdisciplinaires (Golse, Haag, Bullinger, 2000).

Nombre d'auteurs s'accordent actuellement pour penser l'étiologie de la pathologie autistique sur la base d'un modèle polyfactoriel, lequel implique alors une prise en charge multidimensionnelle intégrée, de celle-ci. Dans cette perspective, le fonctionnement autistique correspondrait à une sorte de « voie finale commune » de toute une série de configurations étiopathogéniques au sein desquelles les facteurs endogènes et les facteurs exogènes seraient présents en proportion variable selon chaque enfant (Golse, Delion, 2005). Il existerait d'une part des facteurs primaires, multiples, qui seraient des facteurs de vulnérabilité, de nature tout aussi bien endogène (prédispositions génétiques, entraves neurologiques, etc.), qu'exogène (carences éducatives massives, hasard des compétences innées à la relation, etc.) ; et d'autre part des facteurs secondaires qui auraient une fonction de maintien : ils pourraient figer la pathologie, considérée dans un premier temps comme réversible ou plus malléable (Ribas, 1997). Face à cette multiplicité de facteurs intervenant dans l'étiologie de l'autisme, certains soulignent l'intérêt d'utiliser le concept de « syndrome » qui paraît plus approprié pour le caractériser (Tordjman, 1995).

L'analyse des transformations des représentations de l'autisme (Chamak et Cohen, 2007) révèlent que, depuis les années 90, l'autisme - maladie rare, incurable, associée souvent à un retard mental - est devenu un syndrome aux contours flous classé dans la catégorie des troubles envahissants du développement (TED), qui inclut aussi bien des enfants sévèrement handicapés sans langage que des personnes présentant de bonnes capacités langagières mais des difficultés d'interactions sociales. Les modifications des critères diagnostiques et l'augmentation de la prévalence qui en découle ont fait du syndrome

autistique un problème de santé publique largement médiatisé, dans lequel les associations de parents ont pris une place considérable pour agir sur les politiques de prise en charge.

Il convient toutefois de noter une convergence dans l'évolution des principales classifications, française (CFTMEA-R<sup>1</sup>), nord-américaine (DSM IV<sup>2</sup>) et internationale (CIM 10<sup>3</sup>), ce qui répond à un objectif de communication entre professionnels et entre chercheurs, même s'ils persistent des différences et des insatisfactions tant sur le plan clinique que sur le plan de la recherche. Aussi, il paraît important de considérer un continuum entre les différentes formes de l'autisme, ce que l'on désigne sous le nom de « spectre de l'autisme » (Aussilloux, Barthélémy, 2005) : l'autisme infantile ne serait que l'expression la plus intense et la plus complète de toute une série de troubles plus ou moins partiels et dont la conjonction, heureusement rare (même si la prévalence de l'autisme varie encore beaucoup d'une étude à l'autre en fonction des critères diagnostiques retenus), donne lieu au tableau autistique typique.

Il est actuellement recommandé par la Haute Autorité de la Santé que le diagnostic d'autisme suive les directives de la Classification internationale des maladies (CIM-10). Cette classification dite « critériologique » dénombre 8 catégories de TED et distingue l'autisme sur la base d'une triade de symptômes spécifiques. Le rapport de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Novembre 1994) en donne la définition suivante, qui est communément acceptée et retenue comme référence dans la circulaire du 27 avril 1995 relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteint d'un syndrome autistique :

« Le syndrome d'autisme infantile est un trouble global et précoce du développement apparaissant avant l'âge de trois ans, caractérisé par un fonctionnement déviant et/ou retardé dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales, communication verbale et non verbale, comportement. Les interactions sociales sont perturbées en quantité et en qualité. Il existe un retrait social (retrait autistique) caractéristique du syndrome - indifférence au monde (...). La communication verbale et non verbale est perturbée en quantité et en qualité (...). Les comportements sont restreints, répétitifs, ritualisés, stéréotypés (...). De plus, les autistes présentent souvent des peurs, troubles du sommeil ou de l'alimentation, des crises de colère et des comportements agressifs ».

---

<sup>1</sup> Misès, R. (2002). Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent – R - 2000. CTNERHI.

<sup>2</sup> American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson, 2003 pour la traduction française.

<sup>3</sup> Organisation mondiale de la santé (1994). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement 10ème révision. Paris, Masson, 1993 pour la version française.

Il est à noter que ces caractéristiques cliniques évoluent fréquemment avec l'âge, notamment au cours de l'adolescence et du passage à l'âge adulte. L'évolution est contrastée à l'adolescence, avec des progressions dans les acquisitions ou des régressions assez fréquentes. Des épisodes dépressifs peuvent survenir selon l'impact des modifications somatiques et les possibilités d'intégration par le fonctionnement psychique (Lazartigues, Lemonnier, 2005).

La population adulte présente alors les caractères suivants, plus ou moins amendés selon l'effet des prises en charge précoces : variété des troubles de la personnalité, développements dysharmoniques, modes de relation particuliers avec l'environnement. Les déficiences, incapacités et désavantages peuvent selon les cas s'estomper, se modifier, se stabiliser ou s'aggraver. Ainsi, il apparaît que l'autisme infantile ne touche pas une fonction délimitée, mais envahit au contraire l'ensemble des secteurs de la vie psychique (émotionnel, cognitif, social), et qu'il nécessite une intervention en amont des difficultés complètement installées et réclame une approche multidimensionnelle (rééducative, pédagogique, thérapeutique). C'est pourquoi Golse et Delion (2005) préconisent l'utilisation du terme de maladie qui couvre mieux ces différents aspects, tandis que la dimension de handicap fonctionnel nécessite selon eux d'être prise en compte dans une perspective globale et non focalisée.

## **2. L'autisme : 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'en Algérie, l'autisme est un handicap sous-estimé 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.

## **3. Contexte institutionnel de pratique**

Dans la plupart des CPPEHM, toute nouvelle consultation d'enfant, d'adolescent ou d'adulte fait l'objet d'un bilan psychologique, mais la particularité d'un bilan en

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, et ce, afin de déterminer notre intervention.

C'est pourquoi nous verrons par le biais d'un rapport de recherche, l'émergence possible d'une vision relativement contraire de cette pathologie si complexe, dans la compréhension surtout à partir de notre pratique clinique, loin de toute interprétation totalitaire voire réductionniste.

#### **4. Rapport de recherche**

L'enfant porteur d'autisme est souvent considéré comme un enfant qui ne communique pas. Or, nos observations au quotidien font émettre l'hypothèse que les enfants autistes seraient plutôt des enfants qui perçoivent et comprennent l'environnement de manière différente et communiquent de manière insolite, voire entravée en milieu institutionnel.

Cependant le langage était un embrouillamini qu'il lui fallait démêler, afin d'en tirer un schéma de pensée. Il donnait l'impression d'inventer lui-même le langage plutôt que d'apprendre à reproduire ce qu'il entendait depuis des années. Il s'agit donc pour nous, d'envisager que le comportement des enfants autistes, de même que leur langage correspond à leur logique de vie propre, issue de leur singulière façon d'appréhender le monde.

La communication non verbale regroupe les gestes, la mimique, les expressions faciales ou corporelles, les postures, la distance interpersonnelle, le regard et tous les aspects supralinguistiques comme la prosodie, le volume, le rythme. Elle est universelle et permet un échange immédiat et spontané. Or, les enfants porteurs d'autisme, rencontrés dans notre pratique, présentent des déficits dans les capacités de réception et d'expression de la communication non verbale. On remarque :

- Un déficit du contact oculaire ; celui-ci est souvent rare, fugitif, périphérique
- Non utilisation des gestes, des mimiques, des expressions faciales ou corporelles pour transmettre une information
- Une mauvaise compréhension de l'information véhiculée par les gestes, les mimiques ou expressions faciales ou corporelles
- Une réaction inhabituelle aux sons
- Une réaction inhabituelle aux stimulations visuelles
- Une réaction inhabituelle au toucher par les autres

- Des réactions paradoxales à certaines sensations...

Depuis quelques années, le constat porté sur le développement du petit de l'homme et sur la genèse du langage montrent l'importance des interactions avec l'entourage sur le développement de la communication<sup>4</sup>. C'est dans l'échange avec ses parents ou tout autre adulte, dans une atmosphère de jeu et de plaisir que l'enfant acquiert la capacité à communiquer, puis le langage.

L'enfant porteur d'autisme, plus encore qu'un autre, a besoin d'être stimulé : c'est au clinicien d'accompagner les parents et son entourage dans cette tâche. Ayant permis à ceux-ci de prendre conscience des problèmes concrets présentés par l'enfant, on s'attache donc à aider les parents, tout au long de la prise en charge, à adapter leur action éducative.

Concernant le trouble de la communication verbale, et sur une population de 20 enfants autistes, rencontrés durant notre pratique clinique en CPPEHM, près de 50% des enfants porteurs d'autisme utilisent le langage : ils présentent alors une dissociation entre la phonologie et la syntaxe, qui sont relativement épargnées et la sémantique et la pragmatique, qui sont particulièrement affectées.

Quel que soit leur niveau de compétence langagière, elles présentent un trouble majeur de la pragmatique. Prenant en compte les dysfonctionnements cognitifs spécifiques de l'autisme, on cherche tout de même à donner à l'enfant porteur d'autisme les moyens de se développer, de s'adapter et de communiquer le mieux possible avec son entourage. Au final, obtenir une communication la plus efficace possible avec l'entourage, amorce une combinaison d'entre-aide. Pour cela, il faudra dans certains cas, passer par des moyens tels que les pictogrammes ou un code gestuel. Retenons aussi que dès le diagnostic posé, il est important d'aborder l'éducation voire la rééducation. Les personnes atteintes d'autisme peuvent progresser<sup>5</sup> mais n'apprennent pas comme les autres.

Cette éducation nécessite des techniques particulières, avec un enseignement systématique « au compte-goutte » des compétences. Elles ne sont malheureusement pas acquises par observation ni par imitation. Pour ces tout petits pas à effectuer, dans tous les domaines dont le langage, l'agentivité et la sociabilité, il est nécessaire de faire appel à un personnel pédagogique très spécialisé, formé aux sciences de l'éducation et à la prise en charge des problèmes particuliers que présente l'autisme. Ce ne sont pas des savoir-faire médicaux. Ils ont été particulièrement développés par des psychopédagogues spécialisés souvent

---

4 Zellal. N & coll, (2010). Langage, langue et neurosciences cognitives. Éditions Universitaires européennes.

<sup>5</sup> Près de 10 enfants sur 20 ont présenté une progression importante dans des domaines sensibles tels que la socialisation, l'interaction visuelle, l'indexation des choses.

psychologues et non pas des médecins psychiatres. Ceci dit, tout environnement répond par des modifications qui sont codées, en termes d'avantages ou d'inconvénients par le sujet. En fonction de cela, la probabilité de la fréquence d'apparition de cet acte change, en augmentant, dans le premier cas, et en diminuant, dans le deuxième. Il s'agit d'une psychologie scientifique car les résultats sont mesurables dans la durée, la fréquence ou l'intensité.

Sur le plan neurophysiologique, on sait aujourd'hui par les études d'IRM fonctionnelles que dans le schéma perception/action, il est exact que l'acte précède la pensée. En ce qui concerne la valence émotionnelle attribuée, c'est au niveau de l'hypothalamus, de l'Accumbens et du cortex pré frontal, qu'il y a un travail constant de mesure des avantages et des inconvénients des actions du sujet. Les neurosciences suscitent actuellement un regain d'intérêt pour les techniques issues de la théorie de l'apprentissage de Skinner, tel était notre cadre référentiel de réflexion/action dans la prise en charge des enfants autiste.

### **Conclusion**

Certes, ces résultats sont très satisfaisants, mais probablement excessifs, car la population n'était peut-être pas choisie au hasard et l'échantillon ne comptait que 20 enfants. Avec certains enfants, l'accès au langage verbal reste impossible. Il reste alors la possibilité d'utiliser la langue des signes simplifiée selon la technique du Makaton, qui associe les gestes pour communiquer, ou celle du PECS, qui s'appuie sur l'usage de pictogrammes. Retenons aussi que chez l'adulte, quand les comportements sont installés depuis longtemps, l'évolution est plus lente et moins payante. Plus l'aide est précoce, plus l'apprentissage est aisé et moins le personnel et les parents sont épuisés.

### **Bibliographie**

1. Golse, B. et Delion, P. (2005). *Autisme : État des lieux et horizons*. Ramonville Saint- Agne, Éd. Erès.
2. Golse, B., Haag, G. et Bullinger, A. (2000). Autisme, psychanalyse et cognition : trois exemples de convergence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 48, 427-431.
3. Ribas, D. (1997), Repérages métapsychologiques dans l'autisme infantile, R. Perron, et D. Ribas, (éd.), *Autismes de l'enfance*, Paris, PUF, 129-148.
4. Tordjman, S. (1995). L'autisme : au carrefour de la biologie et de la clinique. *Les cahiers du CTNERHI*, 67-68, 31-46.
5. Chamak, B. et Cohen, D. (2007). Transformations des représentations de l'autisme et de sa prise en charge. *Perspectives Psy*, 46, 3, 218-227.

6. American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris, Masson, 2003 pour la traduction française.
7. Organisation Mondiale de la Santé (1992). Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. 10ème révision. Paris, Masson, 1993 pour la version française.
8. Aussilloux C. et Barthelemy L. (2005). Évolution des classifications de l'autisme. Leur intérêt et leurs limites actuelles, in B. Golse, et P. Delion, (éd.), *Autisme : État des lieux et horizons*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 17-38.
9. Lazartigues A. et Lemonier E. (2005). Les troubles autistiques : du repérage précoce à la prise en charge. Paris, Ellipses.
10. Zellal. N & coll, (2010). Langage, langue et neurosciences cognitives. Editions Universitaires européennes.