

Autisme infantile et psychoses chez l'enfant

Dany CARMELO
Assistant spécialisé
Service de Psychiatrie – Pr. JEHEL
Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique

Développement normal de l'enfant

Jusqu' à 9 mois

- motricité
 - fort tonus des membres/ faible tonus axial, réflexes primaires
 - 4 mois : renforcement du tonus axial + contrôle puis tenue de la tête verticale
 - 6-7 mois : station assise
 - à/p 7-8 mois : mvts alternatifs flexion-extension des MI en appui
 - 9 mois : station debout avec appui

- Préhension
 - disparition du grasping à 3 mois
 - Vers 6 mois : empaument médian
 - Vers 8 mois : pince radiopalmaire, développement relation à l'objet
- Audition
 - Sursauts dès la naissance
 - 1 mois : orientation au bruit
 - Vers 5 mois orientation de la tête vers l'objet sonore
- Vision :
 - Vers 1 mois : fixation du regard
 - 3 mois : poursuite oculaire sur 180°
 - 9 mois : regarde dans toutes les directions

- Langage

- 2 mois : gazouillis, babillages en réponse à l'entourage
- 4 mois : lallations
- 6 mois : 1ères syllabes
- 8-9 mois : syllabes redoublées

- Relations sociales et au corps

- 4-6 semaines : sourire réponse
- 3 mois : découverte de la main
- 5 mois : découverte du pied
- 6 mois : visage dans le miroir
- 8 mois : peur de l'étranger



De 9 à 24 mois

- Motricité

- Marche autonome à 12-18 mois
- 24 mois : grimpe, court, tape dans un ballon

- Préhension

- 1 an : pince supérieur avec opposition pouce-index
- 18-24 mois : objet fin, feuilleter un livre, gribouillage
- à/p 24 mois : indépendance manuelle

- Vision

- Elargissement champ visuel et amélioration capacité d'accommodation

- Langage
 - 9-10 mois : réaction à plusieurs mots familiers
 - 10-12 mois : 1^{ers} mots prononcés
 - 18-22 mois : 1^{ères} phrases juxtaposées

- Relations sociales
 - de + en + actives avec acquisition de la marche
 - Commence à s'opposer
 - Vers 2 ans : début de maîtrise sphinctérienne (propreté diurne)



De 2 à 6 ans

- **Motricité**
 - 4 ans : latéralisation main-pied

- **Langage**
 - Enrichissement du vocabulaire
 - 3 ans : construction parfaite de phrases

- **Relations sociales**
 - Ouverture au monde,
 - prise de conscience de son sexe,
 - rivalité familiales
 - Propreté nocturnes vers 2-3 ans

Les principales conduites évocatrices d'une psychose

Polymorphes, Aucune symptomatologie pathognomonique

Isolement - *autisme*

Troubles du langage

Conduites motrices

Troubles des fonctions intellectuelles

Troubles affectifs

Troubles conduites instinctuelles

Histoire

- Période dite « préhistorique »
 - Démence précocissime, démence infantile, schizophrénie de l'enfant
 - 2 obstacles : rareté du délire & notion de démence inutilisable chez l'enfant
- Période historique
 - Description de l'autisme infantile par Kanner 1943
 - « noyau psychotique » ou fonctionnement psychique « archaïque »
- Période de déconstruction
 - Émergence des classifications internationales avec apparition de nouvelle entité
 - Notion de désintégration réapparaît
 - Regroupement sous l'appellation « Trouble Envahissant du Développement » - TED

Regroupement selon l'âge d'apparition

Les psychoses précoces = < 5-6 ans

- Autisme de Kanner
- Les psychoses précoces
- Les formes frontières

Les psychoses de la seconde enfance = 6 à 12 ans

Autisme infantile ou Autisme de Kanner

Consensus sur le syndrome clinique, mais affrontements théoriques, organiques, psychodynamiques, systémiques sur l'étiologie

- Triade :
 - Altération des capacités de communication
 - Altération des interactions sociales
 - Aspect restreint répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts, des activités
- Avant l'âge de 3 ans



- Moyenne de 5/10 000
- Sex-ratio moyen de 3 garçons pour 1 fille
- Seul $\frac{1}{4}$ ont un QI >70
- $\frac{2}{3}$ se situent ds les zones de débilité modéré à sévère (QI <70 , QI <50)
- Sd se constitue progressivement au cours de la 2nd année, patent vers 2-3 ans
- Bonne santé
- Tous les milieux socio culturels

Trouble du contact

Incapacité de l'enfant à établir un système adéquat de communication avec son entourage

- *Première année:*

Bébés calmes, indifférents à la présence adulte et de la mère, absence attitude anticipatrice, de recherche de l'autre, de peur de l'étranger, absence de sourire, absence de dialogue tonique, insomnie silencieuse

- *2^{ème} et 3^{ème} année:*

pas de contact avec entourage (mère), regard vide absent ou au contraire vigilance extrême, refus du contact physique, pas d'angoisse d'abandon, absence de relations avec autres enfants et jeux habituels

Les tentatives de contact humain entraînent recrudescence de l'autisme et des conduites bizarres avec réaction de colère hétéro ou auto agressive

Troubles de la communication et du langage

- N' apparaît pas à l' âge habituel
- Aucune tentative de communication gestuelle ou mimique, pas de jeu « faire semblant » / imitation sociale
- **Soit totalement absent** : enfant silencieux, n' émet que des bruits bizarres, stéréotypés, grincements de dent, cri aigus
- **Soit très retardé** > 4ans, survient de façon anarchique, écholalie immédiate ou retardée, stéréotypies verbales, prosodie monotone saccadée, inversion pronominale, néologismes, syntaxe & expression des émotions svlt pauvre
Comprend surtout les ordres simples, mots concrets ; échanges complexes → au mieux perplexité, au pire refus
- **Soit surinvesti**: extrême maîtrise verbale, apprend des pages dictionnaire, langues mortes, création nouvelle grammaire
- **Dans tous les cas**: pas de véritable fonction de communication partageable , indifférence , compréhension discordante

Réactions bizarres et restriction des intérêts

- Réactions d'angoisse, agressivité, colère **lors de changement d'environnement** (modification de la pièce, changement de trajet, absence d'1 jouet, nouvelle coiffure,..), de frustration, interdiction ou tentative insistante d'entrer en contact
- **Habitudes et rituels dénués de signification symbolique**
- **Centres d'intérêt restreints et stéréotypés** : maniérisme moteur (battement des mains, balancement, mvt de toupie) utilisation d'objet particulier (caillou, fil de fer, fragment de jouet) ou détourné de leur usage, aspect limité des objets (odeur, sensation de surface, attirance pour le bruit/vibration)
- Pas ou peu de jeu symbolique/imitation/impliquant situations sociales habituelles

Modulation sensorielle et motricité

- **Hypo ou hyper réactivité aux stimuli sensoriel** (recherche des stimuli : tourner un objet, se balancer, bruit de bouche, sucer sa langue)
- **Fréquente indifférence** au monde sonore en particulier bruits sociaux ; intérêt aux bruits particuliers (aspirateur, chasse d'eau, froissement de papier..) ; réactions de panique/colère surtt si soudain
- Même étrangeté dans les autres domaines : gustatif, visuel, odeur
- Motricité peut être limité (enfant figé, inerte) ou au contraire agité, sans cesse en mouvement avec posture inhabituelle/ bizarre

Troubles des fonctions intellectuelles

- **Déficit intellectuel = quasi constant**, mais évolutif, anarchique et hétérogène avec des réussites étonnantes dans certains secteurs (calcul, calendrier...)
- Difficulté d'intégration schéma corporel, apprentissages, compréhension, assimilation
- Décalage très fréquent en faveur des épreuves non verbales

Troubles affectifs et Angoisses

- **Instabilité humeur**

Alternance discordante de pleurs, tristesse, inhibition, prostration et/ou d' exubérance, rires, agitation

- **Crises d' angoisse aiguë** = massive , d' anéantissement, morcellement, panique, terreur

Spontanées ou réactionnelles aux frustrations, au changement de l' environnement, aux tentatives de l' adulte de forcer son isolement d' imposer le contact

- Crises de rires, de colères, d' automutilations discordantes

Troubles conduites instinctuelles

- **Troubles du sommeil** :
 - Insomnie calme (yeux grands ouverts dans le noir, sans manifestations psychomotrices [Kanner++])
 - Insomnie agitée : hurlements des heures, des mois, des années....
- **Troubles alimentaires** : défaut de succion, anorexie, régurgitations, vomissements
- **Troubles sphinctériens** : énurésie, encoprésie, primaires ou secondaires, permanents ou intermittents. Propreté retardée

Délire et hallucinations

- *Délire* : **Exceptionnel** avant 10 / 11ans

Pose le problème de la perception de la réalité, de la croyance, de la place de la rêverie

Thématique centrée sur le corps, la préhistoire, parfois thèmes de persécution

- *Hallucinations* (perception sensorielle sans objet à percevoir), **difficile à affirmer** et différencier de la rêverie autistique

Signes précoces d'autisme

De 0 à 6 mois

- Bébé sage ne pleurant jamais, ne réclamant pas
- Trouble tonique sans tonus ou geste anticipatoire ou hypertonique avec gesticulation incessante
- Décrochage du regard, strabisme ++
- Trouble du sommeil (insomnie calme), trouble de l'alimentation (absence de succion, anorexie)
- Absence de sourire volontaire

De 6 à 12 mois

- Confirmation des signes précédents → altération interaction mère-bébé
- Absence de bras tendu / de mimique (air sérieux), indifférence à l'étranger, aux séparations/retrouvailles
- Enfant hypotonique (« poupée de son ») ou hypertonique semblant refuser le contact (« bout de bois »)
- Apparition de stéréotypies s'accroissant à l'approche de l'adulte
- Evitement du regard pouvant être actif
- Absence de babillage et de vocalise

De 12 à 24-30 mois

- Absence de langage (précurseur du langage ++)
- Absence de pointage
- Stéréotypie, maniérisme gestuel, intérêt exclusif pr objets bizarres++

- Du côté des parents
- Plainte fréquente : « enfant n' est pas normal.. Pas comme les autres »
- Pas reconnus → gêne, malaise

Diagnostics différentiels

- **Surdité** :
 - Appétence à la communication non verbale (geste, regard)
 - Association surdité-autisme pas rare
- **Dysphasie grave** (perturbation majeure du langage)
 - Bonnes compétences relationnelles en dehors du langage, capacités d'expression émotionnelle
- **Carence affective et dépression du nourrisson**
 - Bébé trop sage, passif, inerte, pas de mimique MAIS insistance à entrer en contact → réduction des comportements d'isolement et de retrait
 - Contexte environnemental = élément clé

Examens Complémentaires

- Aucun examen permettant de poser avec certitude le diagnostic
- Pour nous aider :
 - Echelles et questionnaires (ECA, ECA-N)
 - Bilans orthophonique, psychomoteur, neurologique
 - Autres : Potentiel Auditif Evoqué, bilan génétique (caryotype), imagerie cérébrale

Les psychoses précoces, entre 3 et 6 ans

après période de développement \pm normal, + fréquentes
que Kanner qui ne représente que 10%

Variabilité sémiologique +++ associant :

- Crises d'angoisse
- Perturbations motrices, instabilité/inhibition
- Rituels défensifs
- Troubles langage et de la voix
- Troubles psychosomatiques
- Troubles affectifs
- Hypo investissement cognitif

Syndrome de Rett

- Encéphalopathie évolutive, non congénitale
- Etiologie inconnue (atteinte métabolique, trouble d'un neuro transmetteur, virus lent,..?)
- Fille +++
- Développement psycho-neurologique normal jusqu' à 7 ou 18 mois, puis stagnation, et détérioration jusqu' à état de démence avec autisme en moins de 18 mois
+ Anomalies neurologiques, syndrome pyramidal, épilepsie, troubles vaso-moteurs

Perte de manipulation volontaire → stéréotypie des mains,
ataxie du tronc et de la marche

- Pas de stéréotypies dans le jeu, pas de refus du contact, pas d'hyperactivité motrice, pas d'attachement excessif aux objets
- Pas de traitement spécifique

Syndrome d'Asperger

- Syndrome autistique
Mais absence de troubles du langage et des investissements cognitifs
= autisme de haut niveau
- Maladroit et handicapé au plan social et interactif
- Evolution non vers un déficit cognitif mais persistance des troubles +/- épisode psychotique



Evolution des psychoses infantiles

- Evolutions déficitaire
- Evolution centré sur l' autisme
- Amélioration partielle
- Évolution favorables
- Facteurs de pronostic défavorable
- Facteurs de pronostic favorable

Évolutions défavorables

- Évolution vers débilité profonde ou sévère
- Persistance ou aggravation du non-investissement cognitif initial
- Évolution vers encéphalopathies infantiles

Évolution centrée sur l'autisme

Maintien état « a-relationnel »

langage si acquis : asyntaxique, inversion pronominale ++,
investissement cognitif parfois partiel

Age adulte: psychose déficitaire

Dépendance institutionnelle quasi complète

- 1/4 des cas (Manzano et Coll.)

Amélioration partielles

- Soit conduites mentalisées phobiques ou obsessionnelles = enkystement et contrôle interne de la menace d' éclatement
- Soit troubles majeurs du comportement dyssocial= projection sur l' extérieur des mêmes pulsions destructrices
- Cap de l' adolescence = réélaboration pulsionnelle, problème de l' adaptation et de la tolérance du milieu externe, agressivité directe sur la mère, conduites sexuelles débridées, bouffées délirantes aiguës
- Relatif dégagement des processus psychotiques, état cicatriciel autorisant vie sociale au prix d' une discrète « bizarrerie »
- Age adulte = troubles de la personnalité , déficit cognitif, insertion socio-professionnelle précaire, dépendance institutionnelle
- 1/4 des patients

Évolutions favorables

Parfois on observe

- Régression relative de l'autisme, acquisition du langage
→ scolarisation possible puis activité professionnelle
- Manzano : 50% → adultes capables insertion socioprofessionnelle = trouble de la personnalité sans déficit intellectuel

Facteurs de pronostic défavorable

- Existence de facteurs organiques associés : neurologiques, comorbidité générale (prématurité, accouchement difficile) ou déshydratation....
- Absence de langage > 5 ans
- Profondeur du retard intellectuel
- Précocité d' apparition des troubles, autisme < 2 ans
- Qualité de la famille : troubles psychiatriques parentaux, institutions inadéquates

Facteurs de pronostic favorable

- Apparition retardée
- Lébovici : phobies et obsessionalisation évitant l' évolution déficitaire
- Qualité du traitement, de l' environnement familial et thérapeutique avec même thérapeute pendant des années

Psychoses de le seconde enfance

6 → 12 ans

- **Plus rares** que les psychoses précoces
- **Enfance en apparence normale** avec banalisation-déni de troubles antérieurs par les parents.
- Personnalité mieux structurée, au langage élaboré avec des investissements cognitifs permettant une distinction réel/imaginaire
 - Réactions de retrait
 - Troubles des conduites motrices
 - Troubles du langage
 - Défaillance investissement cognitif
 - Troubles d'allure névrotique
 - Manifestations thymiques
 - Manifestations de rupture avec la réalité

Réactions de retrait

- Traduction de l'autisme secondaire : peu à peu, l'enfant perd tout intérêt, rompt les relations, s'isole, refuse de sortir, interrompt ses activités
- Isolement affectif, indifférence, froideur
- Adaptation de surface mais troubles comportement , refus scolaire, fugues non motivé avec errance, crise de colère/ agressivité, apragmatisme, auto-séquestration
- Hyper-investissement en secteur, modification du comportement alimentaire
- Trouble du contact, fuyant, discordant

Conduites motrices

2 pôles :

- **Inhibition et retrait**

Retrait autistique aspect figé, mimique pauvre

- **Instabilité et agitation psychomotrice**

Fond d'instabilité ancien avec crises paroxystiques de colère auto/hétéro-agressives avec souvent troubles conduites impulsives :

violences verbales pouvant aller aux conduites dangereuses (agressions, pyromanie, délinquance), passages à l'acte dyssociaux imprévisibles avec rationalisation froide ou indifférence

Troubles du langage

- Soit dans la continuité de troubles précoces
- Soit **Mutisme secondaire** : Aggravation du retrait autistique : cesse de parler, svt à l'extérieur du cercle familial puis total, avec parfois maintien communication infra-verbale gestuelle avec écriture, dessin,
- Soit **Régression formelle du langage** : déstructuration linguistique, syntaxique, inversion pronominale, néologismes, ..
- Soit **Hyperinvestissement** + : langage adultomorphe, préciosité, obsessionnalisation
Dans tous les cas → obstacle à la communication

Défaillances de l'investissement cognitif

- Brusque défaillances / effondrement des capacités intellectuelles



- Peut apparaître comme une défense contre un vécu psychotique de morcellement ou de déréalisation

Troubles d'allure névrotiques

- **Phobies** d'aspect archaïques, envahissantes, changeantes ou au contraire très fixées et rationalisées

- **Manifestations obsessionnelles**

Rituels anciens qui s'enrichissent (rangement, nettoyage, vérification, lavage, rite conjuratoire ou d'évitement)

Idées sous jacentes pseudo délirantes (de contagiosité, de persécution, de conjuration)

Investissement obsessionnel → intérêt exclusif en secteur

Manifestations thymiques

- Fréquemment associés
- Périodes d'instabilité majeure avec agitation, hyperactivité motrice ++
- Effondrement des affects, dépression, pensée sur la mort/suicide, sentiment d'être rejeté/devenir nul, de perdre le contact avec la réalité

Manifestations de rupture avec la réalité

- La distinction entre la rêverie, le fantasme et la réalité s'élabore progressivement . Avant 6 ans, la distinction est trop fragile
- A partir de 6 ans possibilité, rare, d'envahissement de la pensée par des manifestations délirantes idéatives ou sensorialisées dans crises d'angoisses aiguës
- Bouffées d'angoisses hypochondriaques traduisant la fragilité du vécu corporel, sentiment de transformation, de morcellement
- Idées délirantes polymorphes, proches d'une fantasmatisation débordante, floue, labile, peu construite, de persécution ++
- Hallucinations : discutables avec rêverie imaginative

Les hypothèses

- **Génétiques** : études parents, fratrie et jumeaux homo ou hétérozygotes : « l'origine génétique est une hypothèse probable, mais non unique »
- **Organiques** : association d'autisme et d'anomalies génétiques, d'anomalies anatomiques, (atrophies des lobules du cervelet), d'anomalies EEG, d'anomalies biochimiques : neuro transmetteurs (sérotonine, catécholamines), enzymes, (dopamine), métabolisme (calcium)



Hypothèses organiques avancées

Perturbations sensorielles

- Évitement des récepteurs à distance (vue et ouïe), pour privilégier les récepteurs proximaux (toucher, odorat, goût), peut-être par lésion dans le système réticulé
- Ou, sensibilité exacerbée aux stimuli externes, auditifs et visuels → retrait défensif

Anomalies des processus cognitifs

Agénésie du support de la pensée abstraite (difficulté dans épreuve d'imitation), « défaut cognitif » à la base de l'impossibilité discriminatoire des affects et affiner la connaissance d'autrui
→ Théorie de l'esprit : incapacité à attribuer à autrui une « fausse croyance »

Traitement

- Enjeu dogmatique
- Approche thérapeutique plurifocale
- Objectifs :
 - Émerger l'individu comme personne
 - Donner moyens d'une communication véritale tant avec elle-même qu'avec autrui
 - Psychothérapies
 - Traitement éducatifs et rééducatifs
 - Thérapies comportementales
 - Apport pédagogique
 - Traitement médicamenteux
 - Actions auprès des parents
 - Traitements institutionnels

- Psychothérapies
 - Pas tjr réalisable
 - Psychothérapie mère-enfant
 - **Approches à médiations corporelles** (thérapie psychomotrice +/- avec objet médiateur, thérapie type « pack »)
- Ttt éducatifs ou rééducatifs
 - Relation enfant-soignant déterminant, phase préparatoire nécessaire
 - Rééducation orthophonique
 - Rééducation psychomotricienne
 - Ttt éducatifs pour gain d'autonomie (repas, habillage, toilette, propreté sphinctérienne)
- TCC
 - Renforcement des comportements positifs et extinction des conduites négatives

- Apport pédagogique ++
 - Maintien d'une scolarité souhaitable si bénéfices cognitifs et relationnels mais potentiellement illusoire voire pathogène en scolarité habituelle (dénis des parents, rejet & dévalorisation chez l'enfant)
 - Classes aménagées (CLISS) avec enseignants spécialisés
 - Zones de compétence nécessite d'être stimulées → précurseurs pr nouvelles acquisitions
- Ttt médicamenteux
 - Neuroleptique et/ou sédatifs parfois utile
 - Décevante au long cours (phénomène « d'échappement ») → ttt symptomatique
- Actions auprès des parents ++
 - Guidance parentale, soutien psychologique voire thérapie familiale, participation à un gpe de parents
 - Respecter disponibilité psychique

- Ttt institutionnels
 - Hôpitaux de jour +++
 - Maintien de l'enfant dans sa famille
 - Placement à tps plein doit rester exceptionnel
 - Rôle positif des parents et du maintien dans la famille
 - Accueil familial thérapeutique > hospitalisation à tps plein
 - Utilisation de séjour de rupture +++



CIM-10

Classification Internationale des Maladies

Groupe de troubles associant des altérations qualitatives des :

- Interactions sociales réciproques
- Modalités de communication
- Répertoire d'intérêts et activités restreint, stéréotypé et répétitif

Envahissant le fonctionnement du sujet en toutes situation

Les T.E.D

- Autisme infantile
- Autisme atypique
- Syndrome de Rett
- Syndrome d'Asperger
- Hyperactivité avec retard mental et mouvements stéréotypés
- Autres troubles désintégratifs de l'enfance
- Autres troubles envahissants du développement



Centre de Ressource Autisme Martinique

- Centre de Ressources Autisme Martinique
81 rue du Professeur Raymond Garcin
Tél : 0596 56 07 02
Fax :0596 70 64 05
Courriel : cra-martinique@ch-colson.fr

Illustrations ludiques

