

L'autisme infantile

1-introduction :

L. Kanner décrit pour la première fois en 1943, aux Etats-Unis, une forme de psychose propre à l'enfant : l'autisme précoce

L'autisme n'est pas une maladie mentale, l'Organisation Mondiale de la Santé, définit l'autisme comme un trouble neuro-développemental.

L'autisme ou trouble du spectre autistique est un trouble sévère et précoce du développement de l'enfant qui affecte les fonctions cérébrales, apparaissant avant l'âge de 3 ans.

L'autisme peut prendre plusieurs formes, ses manifestations varient considérablement d'un enfant à l'autre.

C'est la raison pour laquelle aujourd'hui, on parle davantage de TSA (Troubles du Spectre Autistique) que d'autisme.

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (D.S.M. V) l'autisme est caractérisé par la présence des deux critères suivants :

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés.

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités

2-Epidémiologie :

L'autisme touche environ 4 à 5 enfants pour 10000 et prédomine chez les garçons (3 à 4 garçons pour une fille). Cette pathologie est de début précoce (première année de vie) et sa prévalence est plus grande dans la fratrie d'autistes que dans la population générale. La complication associée la plus fréquente est l'épilepsie. ¼ des enfants ont un QI supérieur ou égale à 70 .

3-Etiologies :

L'étiologie de l'autisme est encore mal connue. L'évidence d'une prédisposition génétique a été prouvée. Les recherches se poursuivent actuellement pour

déterminer l'existence et les causes d'anomalies qui pourraient expliquer l'apparition d'un trouble du spectre de l'autisme. Il s'agit probablement d'une combinaison de différents facteurs encore mal définis.

Sous fond d'origine multifactorielle, il se dégage trois approches scientifiques associées au déclenchement de l'autisme:

-l'approche génétique selon laquelle la prédisposition génétique semble évidente.

-l'approche neurobiologique selon laquelle le trouble origine du système nerveux central.

-l'approche environnementale selon laquelle l'autisme découle d'une agression précoce provenant de facteurs environnementaux (pollution, agents infectieux,

métaux lourds, etc.)

4-Diagnostic :

Il est avant tout **clinique**, repérable dès le 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de vie et est évident dans la 2^{ème}, 3^{ème} année. Le début est précoce (avant 30 mois) et se manifeste dès la première année par des comportements bizarres.

Une enquête longitudinale a été menée aux états unis, et a permis de détecter les premiers signes d'alerte (drapeaux rouges) du TSA sont :

- Pas de pointing.
- Pas de coordination de la communication verbale et non verbale.
- Pas de partage des intérêts ou du plaisir.
- Manipulation répétitive des objets.
- Pas d'utilisation appropriée du regard.
- Pas de réponse à son nom.
- Manque de chaleur et d'expression de joie.
- Prosodie inhabituelle.
- Mouvements répétitifs ou postures particulières du corps.

- Le tableau clinique associe :

-isolement ou retrait autistique Il se caractérise, chez le bébé, par un enfant trop sage, qui ne pleure pas, et qui reste de longs moments, seul, dans son lit les yeux ouverts. Chez le nourrisson, on constate, l'absence de sourire au 3^{ème} mois de vie, l'absence d'angoisse de l'étranger au 8^{ème} mois et l'absence de mouvements anticipatoires. Il n'y a pas d'expression faciale ni de mimique .absence d'échange avec la mère et intérêt pour les personnes (glissement du regard).

Cet isolement est caractérisé par une absence de contact avec autrui, un désintérêt pour autrui, y compris les parents qui ne se sentent pas reconnus. Il se caractérise, chez le bébé, par un enfant trop sage, qui ne pleure pas, et qui reste de longs moments, seul, dans son lit les yeux ouverts. Chez le nourrisson, on constate, l'absence de sourire au 3^{ème} mois de vie, l'absence d'angoisse de l'étranger au 8^{ème} mois. Il n'y a pas d'expression faciale ni de mimique .absence d'échange avec la mère et intérêt pour les personnes (glissement du regard).

-Trouble de la communication : sont constants.

Il existe parfois quelques acquisitions mais elles sont inadaptées. Le langage perd sa valeur de communication. On retrouve fréquemment une inversion pronominale (l'utilisation du « tu » pour le « je ») ainsi que des **écholalies** (répétition automatique par un sujet des phrases prononcées devant lui). La compréhension du langage est meilleure que l'expression.

-les stéréotypies: -Ce sont des **mouvements répétitifs** touchant les mains, les bras (dits de « battements d'ailes »), le tronc avec un balancement de celui-ci, une marche sur la pointe des pieds ou encore un enfant qui tourne sur lui-même comme un « derviche tourneur ».

Elles sont fréquentes et ont une valeur d'autostimulation ou d'activités auto-érotiques.

Parfois des Stéréotypies verbales lorsque l'enfant a un langage.

-Flairage : Elle consiste en une manière d'être particulière de l'autiste qui consiste à renifler les objets et les individus.

-Crises d'angoisse intenses : Elles se manifestent par un enfant qui se met dans une rage énorme, qui hurle et qui crie. Il devient alors très difficile à calmer. Ces crises sont déclenchées par une tentative de forçage de contact mais parfois aussi sans cause apparente.

-Absence de jeu : Il découle des éléments précédents qui font que l'enfant ne s'intéresse pas ou peu aux choses, aux êtres qui l'entourent mais aussi par sa façon qu'il a d'utiliser les objets sans but ni fonction précise. Il n'y a pas de jeu de « faire semblant » pas de jeu d'imitation sociale.

-Troubles affectifs et troubles intellectuels:

-Les troubles affectifs se caractérisent par un enfant présentant des rires ou des colères immotivées.

- Le déficit intellectuel est constant pouvant prédominer dans certains domaines (langage...).

-D'autres signes existent mais sont moins spécifiques :

-l'anorexie ou d'autres troubles du comportement alimentaire avec par exemple un enfant qui présente un intérêt exclusif pour certains aliments (lisses, mixés).

-les troubles du sommeil avec un enfant qui ne dort pas mais reste seul dans son lit les yeux grands ouverts sans appeler.

-Une hétéro ou auto-agressivité avec des automutilations très fréquentes.

5-Formes associées :

- Syndrome de West de Lennox-Gastaut
- Toxoplasmose congénitale
- Syndrome de l'X-Fragile
- Encéphalopathie de la rubéole congénitale

6-Evolution

-Dépend essentiellement du dépistage précoce de l'autisme, la Qualité et précocité de la prise en charge ; de participation de la famille au projet thérapeutique

-Elle est chronique. Les deux grands risques sont :

L'évolution déficitaire et le maintien d'un tableau autistique sévère.

-Les facteurs favorables :

-L'apparition du langage

-Une régression du tableau autistique.

-Un environnement socio-familial présent et bienveillant.

-Les facteurs défavorables

- Retard de langage massif au-delà de 5 ans.

-Précocité d'apparition des troubles

-Retard intellectuel précoce et profond.

-Facteurs organiques associés notamment une épilepsie .

-prématurité accouchement difficile.

-Sexe (forme plus grave chez la fille)

Qualité de la famille : pathologie psychiatrique ; parents séparés ou absent.

7-Diagnostics différentiels:

- Les déficits sensoriels:

- La surdité. C'est le diagnostic différentiel principal. Il doit toujours être évoqué.

- La cécité : Elle est plus rare.

- **Les carences affectives:** Elles associent un retard psychomoteur, une passivité, un visage inexpressif, un regard vide et peuvent évoluer vers un retard intellectuel.

- **La dépression du bébé:** On retrouve alors un enfant apathique avec un retrait important qui ne sourit plus, ne gazouille plus et perd de l'appétit. Il faut rechercher des facteurs environnementaux explicatifs et surtout une séparation.

- **Le syndrome de Rett :** Il ne touche que les filles. On note un développement normal dans les premiers mois de vie puis, il apparaît une régression rapide avec :

- Une perte d'intérêt pour le visage humain, le regard est vide.

- Une perte d'intérêt pour les personnes et les objets.

- Des stéréotypies manuelles spécifiques avec notamment un frottement des mains croisées devant la poitrine.

8-Formes particulières d'autisme :

- **Le syndrome d'Asperger:** C'est une forme particulière d'autisme marqué par un haut niveau de développement intellectuel et souvent un langage et une communication présents.

- **Psychose symbiotique de Mahler:** Elle débute dans le courant de la 3ème année. Le retrait autistique prédomine. Elle est précédée par une phase normale du développement et apparaît à un moment clé du développement où on retrouve l'abandon de la fusion symbiotique avec la mère et l'apparition du sentiment d'individuation.

7-Traitement:

Les enfants atteints d'autisme nécessitent une prise en charge médicale, paramédicale et éducative en plus de l'accompagnement pédagogique. Un accompagnement pluridisciplinaire (orthophonie, psychomotricité, accompagnement éducatif, psychothérapie, ergothérapie) est souvent proposé.

a-Traitement biologique :

Il n'existe aucun traitement biologique de l'autisme infantile, des neuroleptiques peuvent être prescrits chez l'enfant plus grand pour atténuer l'anxiété et réduire les crises d'agitation et/ou d'auto ou d'hétéro-agressivité.

b- Traitement psycho- éducatif :

Ils doivent être les plus précoces possibles ainsi que le diagnostic. L'alliance thérapeutique avec la famille est capitale. Il est important d'apporter un soutien psychologique à la famille ainsi qu'une guidance éducative

Ces traitements sont de longue durée et se font essentiellement en milieu spécialisé. Il existe des attitudes différentes en fonction de l'orientation du lieu de soin qui prend en charge l'enfant en charge.. Différents types de prises en charge existent au sein des institutions :

- Hôpital de jour institution la plus adaptée avec une fonction contenant, maternante et permet un espace de rencontre,

- Institut à temps partiel

- En ambulatoire avec une équipe pluridisciplinaire.

- **Les méthodes psychoducatives les plus utilisées sont:**

- La méthode T.E.A.C.C.H** (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) ou Traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés

Ce traitement permet de structurer et d'adapter l'environnement à la personne atteinte d'autisme, tant d'un point de vue physique que social. L'entourage doit s'adapter à l'enfant et à ses difficultés et s'appuyer sur les forces propres à l'enfant et à l'autisme (mémoire visuelle, capacités de fonctionnement dans les routines).

- la méthode ABA** (Applied Behavior Analysis ou Analyse Appliquée du Comportement) Les enfants qui se développent de façon « normale » apprendront spontanément dans leur environnement (apprentissage du jeu, du langage, des relations sociales).

Les enfants autistes sont capables d'apprendre, mais dans un cadre particulièrement structuré, dans lequel les conditions sont optimales pour développer les mêmes compétences que les autres enfants acquièrent naturellement.

L' A.B.A. emploie des méthodes basées sur la théorie de l'apprentissage et applique à l'autisme les principes comportementalistes.

Il est important quelque que soit l'orientation prise et la méthode utilisée de respecter une permanence et une continuité et de toujours associer les parents aux soins.