

# AUTISME - PSYCHOSE INFANTILE PRECOCE - ET PSYCHOMOTRICITE

---

## AUTISM – PREMATURE INFANTILE PSYCHOSIS – AND PSYCHOMOTRICITY

**Françoise SELMI**, Psychomotricienne en Pédopsychiatrie, Paris.  
[selmifrancoise@yahoo.fr](mailto:selmifrancoise@yahoo.fr)

### **Résumé**

Les psychomotriciens sont de plus en plus sollicités dans la prise en charge des enfants autistes. Nous essaierons, dans ce texte, d'explorer les connaissances que nous avons actuellement sur l'autisme et le rôle du psychomotricien dans l'évolution de ces enfants. Deux études de cas illustreront ces propos.

### **Abstract**

The psychomotor therapists are more and more sought in the care of the autistic children. We shall try in this text to investigate the knowledge, which we have at present, on the autism and the role of the psychomotor therapist in the evolution of these children. Two case studies will illustrate these comments.

### **Mots clés**

Autisme – Psychose Infantile Précoce – Psychomotricité – Evolution

### **Keywords**

Autism – Premature Infantile Psychosis – Psychomotricity - Evolution

## DEFINITION ET HISTORIQUE

En 1911 Le terme d'*autisme* est employé pour la 1<sup>ère</sup> fois par Eugen BLEULER (psychiatre Suisse) au cours de ses recherches sur la schizophrénie.

En 1943 Léo KANNER (psychiatre Américain d'origine Autrichienne) décrit l'autisme infantile précoce comme une pathologie à part entière avec comme caractéristiques cliniques :

- *Le retrait autistique* : marqué par l'absence de contact avec la réalité externe (Monde des objets comme celui des personnes).  
Ce retrait se manifeste par le fait que l'enfant utilise l'autre comme un prolongement de son propre corps.  
On note un évitement du regard ; un refus de contact corporel imposé. Toute tentative de forçage suscite des manifestations d'angoisse pouvant entraîner de l'agressivité de l'enfant envers autrui ou envers lui-même.
- *Le besoin d'immuabilité* :  
C'est un besoin impérieux pour l'enfant autiste de maintenir stable et inchangé son environnement habituel.  
Toute perturbation de cet équilibre produit une forte angoisse.

Ce besoin d'immuabilité est à rapprocher :

- De la grande capacité de mémorisation dont font preuve certains enfants autistes en ce qui concerne l'environnement.
- Les stéréotypies (gestes exécutés de façon rythmique et identique d'une fois sur l'autre) font partie de ce besoin d'immuabilité pour se protéger d'une angoisse de dislocation corporelle.  
Les stéréotypies peuvent aussi être verbales avec répétition de mots (pour les enfants qui parlent) ou de sons.

- *Les troubles du langage* :

L'enfant autiste, dans les formes d'autisme les plus sévères, n'utilise pas le langage pour communiquer.

Les troubles les plus constants sont :

- L'incapacité à utiliser le « je ».
- Les répétitions en écholalie.
- La difficulté d'accès au « oui ».
- Un néo-langage incompréhensible.

### Années 1970 / 1980 jusqu'à 2007:

A partir de ces années les milieux scientifiques ont manifesté partout dans le monde un grand intérêt pour l'autisme infantile avec une recherche de classifications.

Selon les pays et les cultures les classifications reposent sur des critères plus neurologiques, génétiques, comportementaux, tenant compte ou non de l'aspect psychoaffectif dans le développement de l'enfant.

En France, les pédopsychiatres ont proposé une classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (C.F.T.M.E.A : R. MISES. 1<sup>ère</sup> édition : 1988. 4<sup>e</sup> édition : 2002)

Dans cette classification, les troubles autistiques du petit enfant y compris l'autisme de KANNER, sont dénommés « *psychose infantile précoce* ».

L'accent y est mis d'avantage sur la notion de troubles de la personnalité en lien avec les troubles du développement psychoaffectif de l'enfant, que sur les troubles du comportement avec ses signes extériorisés.

Dans cette perspective, l'autisme n'est plus considéré comme une pathologie fixée et irréversible mais comme le résultat d'un processus psychotique « autistique » susceptible d'être, au moins en partie, infléchi par une intervention thérapeutique (intervention psychomotrice notamment).

#### Depuis JANVIER 2007 :

Dans la classification internationale des maladies, de l'organisation mondiale de la santé, le chapitre V concernant la description des troubles mentaux et du comportement a été modifié. Aussi l'« *Autisme infantile* » est classé dans les troubles du développement psychologique et décrit comme « *trouble envahissant du développement* » se manifestant avant l'âge de 3 ans. La « *psychose infantile précoce* » ou « *psychose de la petite enfance* » fait partie de la même rubrique.

Actuellement face à la fréquence des troubles autistiques de la petite enfance se transformant ou disparaissant avec l'âge, il est préconisé de ne pas poser le diagnostic d'*Autisme* avant l'âge de 3 ans.

#### Depuis 2010 :

Par rapport aux classifications des troubles mentaux, on ne parle plus de « psychose » pour ce qui concerne l'enfant. Ce terme est essentiellement utilisé chez l'adulte. Pour l'enfant c'est le terme de Trouble Envahissant du Développement (TED) qui est utilisé et qui recouvre les concepts d'autisme et de psychose.

Actuellement, on tend à remplacer le terme: Trouble Envahissant du Développement (TED) par Trouble du Spectre Autistique (TSA).

En effet, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) la Classification Française des troubles mentaux(CFTMEA) doit mettre en évidence l'équivalence du terme « psychose infantile » par rapport à la classification internationale (CIM-10)

D'un point de vue diagnostic, la HAS, se basant essentiellement sur la CIM-10, rappelle toute l'importance que revêt l'observation fine du développement psychomoteur des enfants, mais aussi l'importance de l'évaluation psychomotrice et de la thérapie psychomotrice dans tous les troubles du spectre autistique.

### **LES PSYCHOSES INFANTILES PRECOCES ET LEURS MODES DE PRISE EN CHARGE**

On peut considérer 3 manières différentes d'aborder les psychoses infantiles précoces et influençant le mode de prise en charge :

- Abord insistant sur l'aspect neurologique.
- Abord insistant sur le développement psychoaffectif de l'enfant.
- Abord insistant sur l'aspect cognitif.

#### *- L'aspect neurologique :*

Il s'inscrit dans une optique maturative : la maturation du système nerveux en tant qu'organe en devenir.

Dans cet abord l'accent est mis sur le « traitement » des comportements dans lequel les médicaments, l'éducation et la rééducation occupent une place centrale.

L'accent est également mis sur la recherche d'une causalité organique (recherches génétiques, biochimiques, neurophysiologiques, études d'imageries cérébrales : IRM, etc...)

- *L'aspect psychoaffectif :*

Il s'inscrit dans une perspective d'adaptation.

Dans cet aspect le développement psychique de l'enfant est considéré en lien :

\*avec le mode de structuration de la personnalité propre à l'enfant.

\*avec son vécu subjectif.

\*avec son environnement familial et social.

La prise en charge qui en découle insiste sur l'histoire du patient et de sa famille, sur le rapport de ce patient à son environnement, sur la perception, la conscience qu'il a (ou n'a pas) de lui-même et la manière dont il l'exprime.

Cette dernière approche est celle de la pédopsychiatrie française qui dans la pratique (clinique et conceptualisation) s'appuie particulièrement sur la théorie psychanalytique.

La position du psychomotricien exerçant en pédopsychiatrie est par conséquent largement influencée par cette approche.

- *L'aspect cognitif :*

Les chercheurs en sciences cognitives ont plus particulièrement axé leurs travaux sur le fonctionnement de l'intelligence des enfants autistes et sur la recherche d'un éventuel déficit cognitif, qui selon certains, pourrait constituer le « noyau dur » de l'autisme. De ce déficit de base, découlerait en conséquence, les troubles relationnels observés dans l'autisme.

L'importance actuellement n'est pas d'opposer ces différentes approches théoriques mais de considérer qu'il existe plusieurs niveaux d'analyse qui ne s'excluent en aucun cas :

Tel niveau s'intéresse à l'hypothèse d'une *souffrance neurologique*, tel autre s'intéresse à celle de la *souffrance psychique*, tel autre à celle d'un *disfonctionnement intellectuel*.

Le psychomotricien, selon le lieu où il exerce et selon sa formation professionnelle et personnelle adoptera une approche axée de façon plus ou moins importante sur chacun de ces 3 aspects. Cependant il devra toujours tenir compte des liens existant entre le neurologique, le psychoaffectif et le cognitif dans son approche de l'enfant autiste comme des liens et des inter-actions existantes entre le psychisme et le corporel.

## **EPIDEMIOLOGIE :**

La proportion d'autistes :

- *En considérant seulement le syndrome autistique :*

- La prévalence est de 4 à 5 enfants pour 10.000 naissances.
- On note une forte prévalence des garçons par rapport aux filles :  
4 garçons pour 1 fille pour les enfants atteints précocement.  
2,6 garçons pour 1 fille pour les enfants atteints plus tardivement.

- *En considérant l'ensemble des troubles autistiques et apparentés (psychotiques) les chiffres sont plus élevés :*

- La prévalence est de 10 à 11 enfants pour 10.000 (soit 50 à 60.000 personnes en France).
- La prévalence est de 2 garçons pour 1 fille.

Il est possible aujourd'hui d'affirmer que toutes les classes de la société, tous les pays et toutes les ethnies peuvent être touchés sans variation de proportion entre eux.

## **LES SIGNES CLINIQUES DE L'AUTISME OU PSYCHOSE INFANTILE PRECOCE**

Actuellement il est rare de découvrir un autisme dans sa forme complète (retrait autistique, recherche d'immuabilité, stéréotypies, absence de langage) telle que KANNER l'avait décrite. Les progrès de la recherche clinique ont conduit à repérer certains signes précoces, durant les 2 premières années de vie susceptibles d'orienter le diagnostic et de mettre en place une prise en charge thérapeutique qui pourra influencer la qualité de l'évolution.

Un signe isolé n'a aucune valeur s'il n'est associé à aucun autre et s'il n'est pas observé dans la relation interactive de l'enfant avec son entourage.

Aussi, avant de poser le diagnostic d'autisme il faudra vérifier que les signes observés sont toujours présents au-delà de 2 ans et demi – 3 ans.

Certains signes observés durant les premiers mois, comme des signes de l'autisme, s'avèrent être révélateurs d'autres pathologies (surdité, cécité carences infantiles précoces, dépressions, retard mental) même si ces pathologies sont parfois associées à l'autisme.

- « *Signes d'alerte* » durant les 6 premiers mois :

- Absence d'échange avec la mère et absence d'intérêt pour les personnes (indifférence à la voix, au visage et absence d'échange de regards).
- Indifférence au monde sonore (impression de surdité).
- Troubles du comportement (enfant « trop calme » ou enfant « trop excité »).
- Troubles psychomoteurs :  
Défaut d'ajustement postural et d'agrippement lors du portage.  
Pas d'attitude anticipatrice ou d'accompagnement du mouvement de prise dans les bras.  
Troubles du tonus (hypotonie ou parfois hypertonie).
- Anomalie du regard (strabisme persistant mais variable. Pose dans la visualisation).
- Troubles graves et précoces du sommeil (insomnie calme yeux grands ouverts ou insomnie avec agitation).
- Troubles alimentaires avec défaut de succion.
- Absence ou pauvreté de vocalisations.
- Absence de sourire au visage humain (« premier organisateur » de SPITZ le sourire en relation à autrui appar it normalement chez l'enfant vers l'âge de 2-3 mois).

- « *Signes d'alerte* » entre 6 mois et 1 an :

Durant cette période les signes précédents se confirment mais d'autres signes apparaissent :

- Quête active de stimuli sensoriels (regard fixé sur la lumière, sur les objets qui tournent, doigts devant les yeux).
- Intérêt compulsif pour des objets insolites (souvent des objets durs).
- Pas de réaction aux bruits ou au contraire hypersensibilité (de façon inconstante et paradoxale).
- Peu ou pas d'émissions vocales.
- Absence d'intérêt pour les personnes (pas de contact).
- Absence d'imitation (faire « bonjour » ou « coucou »).
- Absence d'angoisse de séparation d'avec un proche.
- Absence d'angoisse de l'étranger (normal autour du 8<sup>e</sup> mois et témoignant de la capacité pour l'enfant d'intérioriser et de se représenter mentalement sa mère. « 2<sup>e</sup> organisateur de SPITZ » la confrontation de l'enfant avec une autre personne que sa mère provoque chez lui une angoisse liée à la perception de « l'étranger » et signe révélateur de l'absence de sa mère).

- « *Signes d'alerte* » entre 1 et 2 ans :

Durant cette période les signes précédents se confirment, notamment le désintérêt pour les personnes et une fascination pour les stimulations sensorielles.

Les autres signes qui apparaissent sont :

- Une absence de « pointage » (entre 9 et 14 mois l'enfant pointe son index pour indiquer à une autre personne un objet source d'intérêt).
- Absence de jeux de « faire semblant » (jeux symboliques apparaissant dès l'âge de 12-15 mois dans lesquels les objets sont utilisés comme s'ils avaient d'autres propriétés).
- Troubles constants du langage (Peu ou pas de gazouillis. Les 1ers mots n'apparaissent pas avant 18 mois. Absence du « je » Echolalie).
- Pauvreté des jeux, absence d'imitations (mimiques, gestes...).
- Anomalies de la marche (évitement de l'appui plantaire entraînant une marche sur la pointe des pieds).
- Phobie de certains bruits (en particulier les bruits mécaniques).

- Manifestations d'auto agressivité (automutilations).
- Stéréotypies gestuelles.

Le diagnostic s'appuiera sur la présence d'une constellation de ces signes et de leur persistance dans le temps. Le signe dominant restant pour l'enfant autiste les difficultés majeures de communication, qu'elles soient verbales ou non verbales.

En dehors du syndrome autistique de KANNER ou psychose infantile précoce Il existe des *syndromes autistiques associés ou symptomatiques*.

- Ce sont des SYNDROMES AUTISTIQUES ASSOCIES à d'autres maladies ou à d'autres syndromes caractérisés (syndromes épileptiques, anomalies chromosomiques, maladies métaboliques, maladies infectieuses, embryopathies toxiques, syndrome d'alcoolisme fœtal...).
- Ou des syndromes autistiques associés à des facteurs anatomiques, biologiques, affectifs ou psychosociaux susceptibles d'avoir joué un rôle dans la constitution du syndrome autistique.

Il existe aussi des *formes particulières de syndromes autistiques* telles que :

- Le syndrome de l'X fragile : D'origine génétique (Atteinte du chromosome X). Il est caractérisé par un retard mental. Plus fréquent chez les garçons (1/4000) que chez les filles (1/8000), ce syndrome se manifeste par des difficultés d'apprentissage et des troubles du comportement.
- Le syndrome d'ASPERGER : Il est souvent classé dans la catégorie « Autisme de Haut niveau ». On n'en connaît pas la cause, mais on sait que ce syndrome touche 4 à 5 fois plus de garçons que de filles. C'est un trouble du développement qui affecte la vie sociale de la personne, ses perceptions sensorielles, mais aussi sa motricité. Le sujet atteint de ce syndrome rencontre principalement des difficultés dans les domaines de l'imagination ; de la communication et des interactions sociales.
- Le syndrome de RETT : C'est une encéphalopathie évolutive, de transmission génétique et d'origine inconnue, qui se manifeste chez les filles entre le 6<sup>e</sup> et le 18<sup>e</sup> mois de vie. Ce syndrome se caractérise par un repli sur soi ; une déficience motrice progressive ; une atteinte intellectuelle sévère, associés à des crises d'épilepsie. Ce syndrome existe partout dans le monde. En France on note 25 à 40 nouveaux cas par an.

## **BILAN, OBSERVATION ET EVALUATION PSYCHOMOTRICE DE L'ENFANT AUTISTE**

Le bilan psychomoteur consiste en un examen approfondi des difficultés et capacités de la personne selon deux principaux axes d'investigations, orientés en fonction du motif de consultation et de l'âge du patient :

Il y a l'*axe Moteur* : examen de l'organisation et de l'expression motrice.

Et l'axe psychologique : anamnèse et expression symbolique.

L'objectif du bilan ou observation psychomotrice est de recueillir des éléments cliniques sur un plan moteur et psychologique (sachant que pour le psychomotricien il y a une interaction constante entre les deux) permettant de poser un diagnostic et de dégager une compréhension du trouble psychomoteur.

Les conclusions du bilan permettront alors de proposer, si nécessaire, des soins adaptés, en psychomotricité ou (et) orientés vers d'autres approches thérapeutiques ou examens complémentaires.

L'observation psychomotrice de l'enfant autiste permettra d'évaluer son développement, les difficultés et les capacités qu'il présente tout en tenant compte de la souffrance liée à son état.

En conséquence le psychomotricien ajustera son savoir-faire et son savoir-être dans le travail éventuel qu'il aura à engager avec l'enfant, considéré comme sujet à part entière, avec sa propre histoire dans un environnement particulier.

Toute prise en charge, qui dans le cas de l'enfant autiste, s'inscrira dans un projet thérapeutique global (autres interventions thérapeutiques) devra associer les parents ou les personnes qui s'occupent de l'enfant.

Comme avant chaque début de prise en charge l'observation psychomotrice de l'enfant présentant des signes d'autisme permettra de déterminer son anamnèse, ses antécédents, ses examens précédents, le milieu dans lequel il évolue, comment se manifeste sa pathologie, quelle est sa perception par ses proches et quel est le vécu de ses proches (souvent extrêmement douloureux et rempli de culpabilité).

L'examen psychomoteur est centré sur les compétences du très jeune enfant avec une observation particulière de l'intensité et de la qualité des échanges.

Au cours de l'évaluation le psychomotricien explorera différents domaines :

- *La présentation et l'attitude de l'enfant.*
- *L'attitude spontanée de l'enfant par rapport à l'objet.*
- *Les jeux d'imitation.*
- *Le tonus.*
- *La coordination dynamique et oculo-manuelle.*
- *La fonction du regard.*
- *L'audition et le langage.*
- *Le schéma-corporel, le vécu et la représentation du corps et l'intégration de l'axe corporel.*
- *L'espace et le temps.*

Pour l'observation et l'évaluation psychomotrice de l'enfant autiste, le psychomotricien pourra utiliser (entre autres) les « signes d'alerte » décrits précédemment et différentes grilles d'évaluation dont les 2 décrites ci-après. (« Echelle des Comportements Autistiques-Nourrisson. » et « Grille de Repérage Clinique des Etapes Evolutives de l'Autisme Infantile Traité »).



## **PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE DE L'ENFANT AUTISTE**

La prise en charge des enfants autistes est généralement multiple et pluridisciplinaire. En effet elle se fera sur plusieurs plans :

- *Educatif* visant à développer l'autonomie de l'enfant.
- *Pédagogique* s'intéressant à son développement intellectuel.
- *Thérapeutique* aidant l'enfant à se constituer une identité suffisamment « solide » pour lui permettre, sans trop de souffrance et de difficultés, de développer des modalités relationnelles de qualité.

Sur ce plan thérapeutique les seuls médicaments prescrits et ajustés en fonction de chaque cas, sont les neuroleptiques car ils atténuent parfois l'angoisse de l'enfant autiste et psychotique.

Les neuroleptiques ne sont pas curatifs mais ayant pour effet de diminuer les angoisses, ils favorisent le processus structurant en cours dans la relation thérapeutique.

Sur le plan thérapeutique pour ce qui est de la pédopsychiatrie : l'enfant sera suivi en groupe et en individuel au sein d'un :

- *hôpital de jour (HDJ)* ou d'un
- *Centre d'accueil à temps partiel (CATTP)* et en plus de l'une de ces deux structures, l'enfant sera suivi au :
- *Centre de consultation médico-psychologique (CMP).*

Les parents seront toujours associés à la prise en charge de leur enfant. Le psychomotricien exerçant en pédopsychiatrie sera toujours sollicité dans la prise en charge de l'enfant autiste.

### **LE TRAVAIL DU PSYCHOMOTRICIEN :**

Dans la prise en charge de l'enfant autiste, le psychomotricien sera souvent confronté à des sentiments ambivalents oscillant entre une attitude abandonnique et intrusive.

Ce n'est qu'avec un travail de reconnaissance et de dépassement de ses propres ressentis qu'il pourra avoir une juste distance pour appréhender le chaos et la détresse dans lesquels se trouve l'enfant.

Le psychomotricien pourra ainsi, dans une qualité d'écoute et d'échange symbolisant, être attentif à la gestualité, à l'état tonique et émotionnel de l'enfant ; à son mode d'être ou de ne pas être en relation.

Par son implication corporelle le psychomotricien travaillera sur les contenants, les limites, le dedans et le dehors, l'introjection et la projection, le loin et le près...

Il s'efforcera de verbaliser, de nommer, de représenter ce qui est éprouvé et vécu par l'enfant et lui-même durant la séance et après la séance par des écrits sous forme de notes personnelles et des récits notamment aux collègues avec qui il travaille.

Le psychomotricien tentera d'amener l'enfant du corporel dans lequel il est enfermé, perdu, anéanti... vers du représenté, du symbolisé et du pensé.

Au cours des jeux corporels avec l'enfant, des médiateurs tels que des ballons, balles, tissus, tuyaux... pourront servir de « tiers » dans des moments trop fusionnels ou trop chargés en émotions.

C'est en s'appuyant sur les compétences motrices de l'enfant autiste que le psychomotricien pourra tenter de symboliser le corporel, base sur laquelle l'enfant pourra se construire en tant que personne ; en temps que sujet.

Le psychomotricien aura à faire part aux parents de sa compréhension des symptômes de leur enfant afin de les aider à retrouver leur capacité d'interprétation, d'observation et d'anticipation dans l'évolution de leur enfant.

Il aura aussi à aider les parents à retrouver leur capacité d'échanges et notamment d'échanges ludiques avec leur enfant.

Le travail du psychomotricien participera à la création et la re-création de liens permettant à chacun de vivre et de penser.

### **EVOLUTION DE L'AUTISME ET DES PSYCHOSES PRECOCES :**

D'après l'étude faite par le service de pédopsychiatrie du CHU d'ANGERS (Service du Professeur DUVERGER) en 2004,

L'évolution positive de l'enfant autiste pris en charge sera dépendante de plusieurs facteurs :

- Facteurs liés à l'enfant lui-même :

- L'absence de déficience intellectuelle précoce.
- L'apparition du langage avant 5 ans.
- L'apparition plus tardive des symptômes (cas des dysharmonies psychotiques contrairement à l'autisme de KANNER, d'apparition plus précoce).

- Facteurs liés à l'environnement :

- Précocité du diagnostic et donc de la prise en charge.
- La qualité de la prise en charge.
- La qualité de la coopération et du soutien familial.

L'évolution à long terme est plus difficile à déterminer.

- une petite proportion (environ 20%) arrivera à s'insérer sur le plan professionnel et social.
- D'autres arriveront à une certaine autonomie tout en gardant un déficit intellectuel ou des traits pathologiques de leur personnalité.
- D'autres auront une autonomie restreinte liée à un déficit intellectuel important.
- Un petit nombre évolueront à l'âge adulte vers une schizophrénie avec une difficulté d'adaptation psychosociale.

D'après les dernières études sur l'autisme tout le monde s'accorde pour dire qu'actuellement : L'autisme est un handicap qui dure toute la vie (sur le plan principalement des troubles de la communication et de l'adaptation sociale).

On n'a pas encore trouvé de traitement qui supprimerait cette maladie mais on peut traiter un grand nombre de symptômes invalidants.

Plus la prise en charge, sera précoce et intensive, meilleur sera le pronostic.

---

## ECHELLE DES COMPORTEMENTS AUTISTIQUES – NOURRISSON

Cette échelle a été élaborée par le Dr SAUVAGE en référence au D.S.M. Paris. 1988  
Et par le Pr. G. LELORD. Hôpital Bretonneau. Tours. 1989.

- 1/ Ignore les autres.
- 2/ Préfère être seul.
- 3/ Interaction insuffisante.
- 4/ Pas de sourire.
- 5/ Pas de contact par le regard.
- 6/ Regard inadéquat.
- 7/ Absence de communication par la voix.
- 8/ Absence de mimique expressive.
- 9/ Absence de geste et attitude expressifs.
- 10/ Pas de réaction gestuelle à la voix d'autrui.
- 11/ Enfant trop calme.
- 12/ Enfant trop excité.
- 13/ Utilisation inappropriée des objets.
- 14/ Stéréotypies.
- 15/ Activité motrice réduite.
- 16/ Hyperactivité motrice.
- 17/ Enfant trop mou.
- 18/ Attitudes posturales inhabituelles.
- 19/ Auto agressivité.
- 20/ Hétéro agressivité.
- 21/ Ne différencie pas les personnes.
- 22/ Ne manifeste pas d'émotion.
- 23/ pleurs ou rires immotivés.
- 24/ Ne tolère pas la frustration. Réagit par de la colère.
- 25/ Ne tolère pas les changements.
- 26/ Troubles alimentaires.
- 27/ Troubles du sommeil.
- 28/ N'aime pas être touché ; caressé (passivement).
- 29/ Intérêt exclusif pour les contacts corporels.
- 30/ Attention difficile à fixer.
- 31/ Indifférence au monde sonore.
- 32/ réaction paradoxale ou sélective aux sons.
- 33/ Variabilité des comportements.

Pour chaque item la notation est de 0 à 4 :

- 0 - Le trouble n'est *jamais* observé.
- 1 - Le trouble est observé *quelques fois*.
- 2 - Le trouble est observé *souvent*.
- 3 - Le trouble est observé *très souvent*.
- 4 - Le trouble est observé *toujours*.

**GRILLE DE REPERAGE CLINIQUE DES ETAPES EVOLUTIVES DE  
L'AUTISME INFANTILE TRAITE  
(D'après Geneviève HAAG et collaborateurs)**

---

**ET OBSERVATION PSYCHOMOTRICE**

---

L'autisme et les psychoses infantiles précoces appartiennent aux T.E.D (troubles envahissants du développement) remplacé depuis 2009 par le terme T.S.A (troubles du spectre autistique) selon la classification du DSM4.

On peut remarquer une « triade autistique » avec :

- Retard ou absence de langage
- Des troubles des interactions sociales
- Des difficultés au niveau des intérêts.

D'après le questionnaire anglais C.H.A.T (check-list for autism in toddlers=liste de contrôle pour les autistes tout-petits) on note :

- Une absence de pointage proto-déclaratif (se manifestant normalement vers 4/5mois) : L'enfant ne peut montrer de l'index ce qu'il désire, il prend la main de l'adulte.
- Une absence d'attention partagée et conjointe. L'enfant ne suit pas le regard de l'adulte qui regarde quelque chose.
- Une absence de « faire semblant ».
- Une indifférence.
- L'enfant se joint au groupe que quand sollicité par un autre.
- Il a un langage en écholalie.
- Un comportement bizarre.
- Il rit de façon inappropriée.
- Il n'aime pas les changements.
- Il manque de jeu imaginaire.
- Quand il parle, il a tendance à répéter tout le temps la même chose.

Ce questionnaire comporte 9 questions posées aux parents et 5 items d'observation. C'est un outil simple et efficace de dépistage pour le diagnostic et la prise en charge précoce de l'enfant autiste.

Dans l'état autistique sont inclus :

- le syndrome d'ASPERGER où on note des compétences et un haut degré de fonctionnement intellectuel et pas de retard significatif du langage ou du développement cognitif.
- L'autisme de « haut niveau » se distinguant du syndrome d'Asperger par l'âge plus tardif d'apparition du langage et plus de difficultés dans son acquisition.

De façon générale l'enfant autiste est envahi d'angoisses archaïques de morcellement ; de liquéfaction ; déshydratation (sensations d'assèchement du corps).

D'après Geneviève HAAG :

C'est le moi corporel de l'enfant autiste qui est en ébauche. Il n'a pas conscience d'avoir un moi corporel unifié. Les angoisses que vit l'enfant autiste existent chez le bébé dit normal, mais elles sont temporaires et cèdent dès que le bébé est contenu ; que la mère ou son substitut vient étayer et donner sens aux angoisses de son enfant.

D'après Didier ANZIEU l'enfant autiste ne s'approprie pas les contenants psychiques qui lui sont proposés.

Aussi pour lutter contre les angoisses l'enfant autiste va faire des manipulations (ex : Allumer et éteindre la lumière. De même avec le robinet d'eau) pour vérifier la continuité de l'existence.

Il aura des comportements de contrôle et de vérification de l'immutabilité de tout être et de toute chose.

Ce sont des façons de se défendre contre le côté intrusif et destructeur du monde et d'autrui vécu par l'enfant autiste.

Pour ce qui est de la temporalité ils vont tout faire comme si l'écoulement du temps n'existait pas.

Chez l'autiste il y a confusion entre le soi et l'autre.

## **1- Etat autistique :**

- **EXPRESSIONS RELATIONNELLES ET EMOTIONNELLES**

Recherche de sensations plutôt que d'émotions.

Pas de modulation ni de continuité dans la recherche de sensations.

Passage très rapide entre le tout et le rien ; le vide et le trop plein.

L'univers de l'enfant est purement sensoriel où tout est mélangé et confondu. Il est happé dans une sensation.

Hypersensibilité de type très primitif à l'état émotionnel ambiant.

D'après Sylvie TORJMAN (pédopsychiatre et chercheuse à l'INSERM): Malgré qu'il soit très peu réactif, l'enfant autiste n'est pas insensible à la douleur ; il y est même très réceptif. Il en a la sensation mais pas encore la perception car son schéma corporel n'est pas encore construit et son image du corps n'est ni constituée ni unifiée.

- **REGARD**

Le regard est absent, fuyant, collé au regard de l'autre, sans pénétration ou traversant.

Le regard est aussi périphérique (à différencier avec le regard en coin du paranoïaque).

On note une indifférence au miroir.

- IMAGE DU CORPS

Les stéréotypies sont quasi-permanentes et on ne peut y mettre un terme sous peine de désorganisation totale.

Elles correspondent au fait que l'enfant est envahi par les sensations et sans enveloppe corporelle. Les stéréotypies font alors limite à cette « cacophonie sensorielle » dont parle A. BULLINGER.

L'enfant autiste est soit hypotonique soit hypertonique.

Il est intéressant de voir à quel moment il y a changement de tons.

Il s'agrippe souvent à une personne ou à un objet. Il est en proie à des angoisses de chute et de liquéfaction.

La zone orale est non investie.

- LANGAGE VERBAL

Le langage verbal est inexistant ou en écholalie.

La tonalité est monocorde ou haute perchée.

- GRAPHISME

L'enfant autiste est souvent indifférent voire opposant à toute trace graphique.

Selon MELTZER (« exploration dans le monde de l'autisme ») Pour ces enfants l'intérêt n'est pas la trace mais la sensation qui peut y être liée.

- EXPLORATION DE L'ESPACE ET DES OBJETS

Pas ou peu d'exploration des objets.

Les objets sont pris comme objets autistiques : sans leur sens ludique ou fonctionnel.

L'objet autistique dur ou mou ne symbolise pas l'objet absent comme dans le cas de l'objet transitionnel.

L'enfant autiste a peu de contact avec les matières (eau, graines, peinture...).

Souvent il n'y touche pas ou alors il se confond avec l'objet, s'en met partout, tout explose, sans limite.

L'espace est encore plat et sans contour.

- REPERAGE TEMPOREL

Soit on note une abolition du temps : le temps ne s'écoule pas.

L'enfant est indifférent aux rythmes, aux séquences du temps ou au contraire tout changement entraîne une forte crise d'angoisse.

Soit le temps est bidimensionnel, circulaire, cyclique. C'est un début de prise de conscience du temps qui entraîne, chez l'enfant, un besoin de ritualisations.

## **2- Etape de récupération de la première peau. Début de la phase symbiotique :**

C'est le début de la phase symbiotique avec ses clivages corporels ou la différence des parties du corps n'est pas encore bien repérée.

On note un clivage corporel horizontal droite-gauche (la latéralité n'est pas encore intégrée) et un clivage corporel vertical haut-bas.

Le dedans est différencié du dehors et on note un début de prise de conscience des orifices : de ce qui entre et de ce qui sort et notamment la parole.

Le vécu corporel s'élabore.

On n'est plus dans le bidimensionnel.

On peut proposer à l'enfant des expériences sensorielles plus variées.

L'enfant est moins dans la maîtrise.

Le jeu devient possible et on peut proposer à l'enfant des jeux qu'il ne connaît pas sans que cela entraîne des crises d'angoisse.

### **• EXPRESSIONS EMOTIONNELLES ET RELATIONNELLES**

Prémices aux traces mnésiques.

Les sensations commencent à être perçues avec la recherche sélective d'une seule sensation. (Par exemple l'enfant va commencer à percevoir le mou et l'humide, mais il ne va rechercher que la sensation de mou).

Le lien émotionnel peut passer par certains aspects visuels ou sonores.

L'enfant commence à montrer une émotion.

Au moment de la séparation d'avec l'objet, l'enfant peut manifester une angoisse de re-perte d'enveloppe. Comme s'il y avait arrachement.

Lorsque l'enfant quitte le corps de l'adulte, on peut remarquer une alternance de jubilation et de crainte dans la retrouvaille du regard.

Les émotions apparaissent avec des crises de colère ; de pleurs ; de joie appropriées.

### **• REGARD**

Alternance du regard entre fuite et pénétration.

Désir de piquer dans l'œil.

Pénétration dans le regard de l'autre.

Le miroir existe comme une fenêtre ouverte sur un autre espace.

L'enfant ne reconnaît pas son image mais porte un intérêt pour le pareil.



- **IMAGE DU CORPS**

Recherche de l'appui du dos.

Inclusion du corps propre dans des contenants. C'est le signe de récupération de l'enveloppe.

Il y a pour l'enfant un début de construction d'un dedans et d'un dehors, (normalement acquis vers l'âge de 6 mois).

On est dans l'étape du jeu avec les limites intérieur/extérieur, dedans/dehors.

On note des signes de récupération de la zone orale.

Quelque chose commence à passer entre l'enfant et l'autre. (On commence à sentir ; à éprouver quelque chose dans la relation avec l'enfant).

- **LANGAGE VERBAL**

Exercice vocalique spontané mais très peu d'imitation.

Expression de la perception et de la construction du moi-corps dans la relation à l'autre.

- **GRAPHISME**

Le graphisme devient possible sur un support dur ou à l'aide d'un contact physique.

L'enfant peut laisser une trace en balayage parfois jusqu'à la pénétration.

Il teste la limite en surface de la feuille.

Soucis de remplissage de la feuille ; du fond.

- **EXPLORATION DE L'ESPACE ET DES OBJETS**

Apparition de l'espace tridimensionnel.

Recherche du contenant ; quelque chose de plus circulaire et de moins collé (tunnels)

Début d'encastrement.

Exploration de l'espace architectural.

L'enfant commence à utiliser la matière ; à manipuler (eau, graines, etc.).

Ce sont les premières manipulations avec la main.

La main est le premier contenant.

- **REPERAGE TEMPOREL**

C'est le début du temps oscillant.

L'enfant croit en la réversibilité du temps avec un sentiment de maîtrise.

Il recherche ce qu'il faisait au temps d'avant pour être sûr de pouvoir récupérer ce temps d'avant. Qu'il n'est pas perdu ; Qu'il est toujours là.

C'est le moment de verbaliser à l'enfant ce que l'on va faire ; de lui rappeler ; de l'aider à anticiper.

### **3- Phase symbiotique installée-clivage vertical :**

- **EXPRESSIONS EMOTIONNELLES ET RELATIONNELLES**

Ebauche de séparation.

Possibilités d'échanges.

Les émotions apparaissent avec possibilités d'échanges tendres.

Le matériel va pouvoir être utilisé comme tiers dans la relation à l'enfant.

La séparation va commencer à être acceptée sans angoisse.

On note un état d'hypomanie avec un mélange d'excitation, d'émotion, d'enthousiasme et de manifestations d'envie.

On parle plus ici de psychose symbiotique.

- **REGARD**

Possibilité de strabisme pour éviter la binocularisation ; la vision à distance.

Le regard est pris dans la problématique de la pulsion orale.

Le regard est plus lumineux ; plus renvoyant.

Le rapport au miroir devient plus complexe. C'est le début de la reconnaissance.

- **IMAGE DU CORPS**

Problème de clivage vertical de l'image du corps avec essais de réparation ; de restauration des deux hémicorps autour de l'axe.

L'enfant recherche un appui de son dos sur autrui. Il trouve une réassurance lorsqu'un adulte peut lui toucher le dos ; être en contact avec lui par l'intermédiaire de son dos.

- **LANGAGE VERBAL**

Le langage se construit.

La tonalité est plus juste.

Mais le clivage peut se voir également sur le plan du langage :

Démotivisation en demi-mot ou uniquement prononciation des voyelles.

Jeux vocaux autour de mots à consonnes redondantes.

- **GRAPHISME**

Le graphisme est possible sur support détachable.

On note une verticalisation de l'axe des spirales ; une représentation en héli-dessins ou héli-espaces.

On peut voir apparaître des alignements obsessionnels avec une recherche d'inclusion.

Le rond n'est pas encore fermé.

- EXPLORATION SPATIALE ET DES OBJETS

Intérêt pour les angles ; la verticale ; les appariements.

L'enfant aime les jeux de sériation, d'assemblage.

Il peut différencier les objets.

- REPERAGE TEMPOREL

Alternance du temps circulaire et du temps oscillant.

On est dans une alternance, on n'est plus dans le fait de revenir en arrière.

L'enfant n'a plus besoin de vérifier que le temps d'avant n'est pas perdu.

Il commence à prendre conscience de la continuité.

Il peut repérer le début de la fin d'un cycle ; d'une séance.

Il peut donc plus facilement accepter, et sans angoisse, la possibilité de se séparer.

#### 4- Etape d'individuation :

- EXPRESSIONS EMOTIONNELLES ET RELATIONNELLES

Confirmation d'un sentiment de séparation possible.

Recherche plus assurée de vrais échanges relationnels.

L'enfant peut manifester de la rivalité.

Il a le souci de l'autre.

Comme point de repère dans le développement, l'enfant se situe au niveau de la 2<sup>e</sup> année.

- REGARD

Plus pétillant et adapté à la circonstance.

- IMAGE DU CORPS

L'enfant a conscience des différentes parties de son corps formant un tout unifié.

Il a maintenant la possibilité de se séparer totalement.

Le stade du miroir se confirme.

Délivré des angoisses spatiales, l'enfant investit l'espace avec un réel plaisir à déambuler ; grimper ; sauter...

Il recherche les échanges face à face.

- LANGAGE VERBAL

Articulation de deux mots puis complexification progressive de la syntaxe.

On voit l'apparition du « non » (façon pour l'enfant d'affirmer sa personnalité).

Le langage gestuel de l'enfant est socialisé.

- GRAPHISME

Maintenant l'enfant peut tracer des cercles fermés.  
Les traces figuratives sont possibles.

- EXPLORATION DE L'ESPACE ET DES OBJETS

L'enfant a acquis la notion de la permanence de l'objet.  
Il peut faire des jeux de cache-cache et des jeux de contenu-contenant.

- REPERAGE TEMPOREL

Le temps est devenu linéaire.  
L'enfant a la notion de l'écoulement inéluctable du temps.  
Il a intégré le temps de la séparation.

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

- **BOUTINAUD. J.** « Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles » Ed. IN PRESS, Paris, 2009.
- **DELION. P.** « Séminaire sur l'autisme et la psychose infantile » Ed. ERES, Poche, février 2009.
- **FERRARI. P.** « L'autisme infantile » Ed. PUF. Coll. Que Sais-je ? 3<sup>e</sup> édition, 2001.
- **HAAG . G** et coll.  
« Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité » Ed. PUF, Paris. 1995.
- **Dr J. MALKA et PR. J. DUVERGER.** Cours au C.H.U d'ANGERS. Sept. 2004.
- **MARCELLI. D**  
« Enfance et psychopathologie » Masson, 5<sup>e</sup> édition, Paris, 1996, 286-326.
- **MAZET. P et coll.** « Autisme infantile et psychoses précoces de l'enfant » encycl. Méd. chir. psychiatrie, 37-201-G-10, 2001, 28 p.
- **MELTZER. D**  
« Exploration dans le monde de l'autisme » Paris, Payot, 1980.
- **LATOURE. A.M**  
« Le travail des analogies corps/espace en psychomotricité »  
Dans Revue : « Thérapie psychomotrice et recherche » 150, 2007.
- **LATOURE. A.M**  
« La patageoire: contenir et transformer les processus autistiques » Paris, Erés, 2007.
- **WINNICOTT. D.**  
« De la pédiatrie à la psychanalyse » Paris, Payot, 1969.

### **Dans Revues :**

- « **CARNET PSY** » « **NO SPECIAL SUR L'AUTISME** » 2002 : « résumé de cette grille ».
- « **NEUROPSYCHIATRIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE** » 2001, vol.49, no 2, p. 96-107. **BURSZTEIN. C.**
- « **LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT** » 2005/1, vol.48, « Les investigations cliniques et biologiques ». **TORJMAN. S.**
- « **THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHE** » NO 134, 2003, AUTISME, p 106-142, **SOULAYROL. P.**

