

Article original

Prise en charge multidisciplinaire et évolution d'un cas de troubles autistiques dans un contexte carenciel : implication nosographique

Multidisciplinary approach and course of a case of autistic disorder in a deprivation context: Nosographic issue

A. Leroy^a, M. Benmiloud^a, S. Lagarde^a, S. Viaux^{a,b}, S. Ouaki^a, I. Zammouri^a,
N. Dechambre^a, V. Noguès^a, C. Giunta^{a,c}, J.-F. Rabain^a, D. Cohen^{a,*,b}

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France

^b CNRS-UMR 8189 psychologie et neurosciences cognitives, France

^c École Georges-Heuyer, groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Résumé

Les classifications internationales prévoient des catégories diagnostiques essentiellement descriptives et ponctuelles. Le concept de troubles envahissants du développement non spécifiés (TED-nos du DSMIV) est actuellement rediscuté. Faut-il le réserver pour un sous-groupe plus circonscrit proche des dysharmonies psychotiques ou des troubles complexes et multiples du développement ? N'est-il qu'un diagnostic d'attente chez les enfants les plus jeunes ? Pour certains enfants autistes, il peut également être un diagnostic après évolution plus favorable. Cet article décrit une telle évolution chez un enfant accueilli en hôpital de jour, où il bénéficie d'une prise en charge multidisciplinaire (orthophonie, psychomotricité, éducation spécialisée et scolarisation), remarquable notamment par l'abord psychothérapeutique proposé par le psychodrame et par le travail à dimension ethnopsychiatrique effectué avec la mère.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Troubles envahissants du développement ; Dysharmonie ; Carenciel ; Prise en charge multidisciplinaire ; Psychodrame

Abstract

The international classifications plan to implement essentially descriptive and punctual diagnostic categories. The concept of Development Pervasive Disorders not otherwise specified, is currently being reassessed. Is it necessary to reserve it for a more confined subgroup close to psychotic disharmonies or to complex and multiple disorders of the development? Is it only a diagnosis of waits at the younger children? For some autistic children, he can also be a diagnosis after more positive evolution. This article describes the case of a child welcomed in a day hospital where he benefited from multidisciplinary institutional care (orthophony, psychomotricity, school...), and showed such an evolution, especially by the therapic access proposed via the group psychodrama, and the ethnopsychiatric work made with his mother.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Pervasive developmental disorder; Dysharmony; Carenciel context; Multidisciplinary coverage; Group psychodrama

L'élargissement des critères diagnostiques des troubles envahissants du développement dans la nosographie internationale, dont la classification américaine (quatrième édition du DSM), aboutit à un ensemble regroupant :

- les troubles autistiques (TA) ;
- les troubles désintégratifs de l'enfance ;
- le syndrome d'Asperger ;
- les troubles envahissants du développement non spécifiés (autisme atypique) (TED-nos).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : david.cohen@psl.aphp.fr (D. Cohen).

Ces derniers, les TED-nos, forment une catégorie diagnostique hétérogène, caractérisée par sa faible stabilité temporelle

[1,2] et par sa fréquence en constante augmentation [3]. Pour certains, c'est une entité qui constitue actuellement un véritable « fourre-tout » clinique et psychopathologique.

Il serait donc utile de pouvoir discriminer les différentes entités composant ce vaste ensemble, en apportant plus de spécificité à cette catégorie. Plusieurs équipes, s'inscrivant dans des courants théoriques variés, ont travaillé à développer certains concepts voisins. En délimitant de véritables repères, et sans pour autant conduire à un simple isolement d'entités, ils mettent aussi en valeur la diversité des présentations cliniques et parfois même, l'importance des aspects évolutifs de ces diagnostics.

En France, les dysharmonies psychotiques, décrites par Misès comme un concept à « valeur conjuratoire », soulignent le potentiel évolutif qui s'inscrirait comme une composante fondamentale dans cette entité clinique [4]. Le terme de dysharmonie trouve son origine dans la notion de déséquilibre entre les différentes lignes de développement. Misès sous-tend ce concept par une analyse psychopathologique et décrit une organisation structurale en mosaïque où les perturbations de la personnalité sont constantes mais où le pronostic est moins péjoratif que dans l'autisme. À la même époque, Gibello décrit les dysharmonies cognitives et relève des anomalies dans l'organisation de la pensée rationnelle chez ces patients [5].

Aux États-Unis, l'équipe du Yale Child Study Center décrit le trouble complexe et multiple du développement. Il est défini par la présence de difficultés d'apprentissages instrumentaux, associés à des troubles du fonctionnement émotionnel, cognitif et social, sans que le développement ne soit très gravement entravé, se démarquant ainsi de l'autisme. Tordjman et al. ont souligné la proximité de ces deux concepts [6,7]. Enfin, « le déficit en attention, contrôle moteur et perception » (ou DAMP pour *deficit in attention, motor control and perception*), concept suédois développé par Gillberg, figure également aux côtés de ces entités cliniques [8]. Néanmoins, la validité clinique de ces entités n'a pu être étayée vu le faible nombre d'études empiriques. Aujourd'hui, ces enfants relèvent souvent d'un diagnostic de TED-nos, ou d'une liste de diagnostics comorbides dont le nombre confine à l'absurde. Si les troubles complexes et multiples du développement et les dysharmonies ont émergé en se distinguant de l'autisme, ces tableaux cliniques peuvent aussi être un état évolutif de l'autisme chez les enfants qui « en sortent ». Le passage d'un diagnostic d'autisme vers une catégorie « d'autisme atypique », est considéré comme une issue possible aux comportements « quasi autistiques », diagnostiqués chez des enfants ayant souffert durant leurs premières années de vie, d'un climat affectif fortement carencé [9]. Les constats cliniques rapportés dans les études prospectives menées par l'équipe de Rutter sur les orphelins roumains élevés en institution et fortement carencés puis adoptés dans des familles anglaises en sont une illustration poignante [9,10]. La dynamique évolutive constatée dans certaines de ces observations permet encore de nuancer des appréciations péjoratives portées sur ces formes cliniques, difficiles à classer au vue de l'approche catégorielle et de souligner le rôle positif d'une intervention précoce intensive.

En partant de ce constat, nous présentons la prise en charge d'un cas de TA dans un contexte carenciel. Les spécificités de

cette prise en charge multidisciplinaire sont soulignées, notamment dans le respect nécessaire de la temporalité de l'enfant face à un contexte de sollicitations environnementales, et de propositions de soins au cours de la prise en charge en hôpital de jour associant orthophonie, psychomotricité, scolarité à petit effectif, consultation familiale ethnopsychiatrique et psychodrame psychanalytique individuel. C'est aussi l'exposé de l'évolution visible que cette prise en charge a pu apporter sur une période de 18 mois.

1. Anamnèse

L'histoire de Mamadou se trouve résumée par la formule : « Enfant du voyage ». En effet Mamadou à été conçu en Mauritanie, mais c'est en France qu'il vient au monde. Sa mère était mariée religieusement dans son pays d'origine avec le père de Mamadou. Celui-ci militaire de profession, ne pouvait du fait des contraintes de son métier, assurer un mode de vie stable à sa famille. Jugeant cette situation insatisfaisante, la mère de Mamadou prend la décision durant la grossesse de rejoindre sa propre mère établie à Paris depuis de nombreuses années. Arrivée à terme la maman de Mamadou accouche par césarienne. Décision prise par son obstétricien après le début du travail, devant l'apparition d'une souffrance fœtale aiguë. Mamadou est très vite mis au biberon, sa maman n'a pas pu l'allaiter au sein. Même si cela n'était pas en adéquation avec ses traditions, elle ne pouvait faire autrement car elle n'avait pas suffisamment de lait. Elle se souvient d'avoir été très déprimée et préoccupée durant cette période, l'absence de son mari était pour elle difficile à supporter. Le père, resté en Mauritanie, n'a à ce jour jamais rencontré son fils et n'entretient avec lui qu'une relation téléphonique. Il se remarie quelques temps après et Mamadou sait qu'il a un demi-frère. Il interpelle souvent sa mère au sujet de ce père qu'il n'a jamais appelé « papa » et réclame fréquemment l'album qui contient les photographies de ses deux parents réunis.

C'est la maman de Mamadou qui choisit de lui donner ce prénom et même si cela est encore une fois contraire aux coutumes de son ethnie, c'est ce prénom qu'elle veut pour son fils car c'est celui de son père, décédé lorsqu'elle n'avait que sept ans. Un enfant qui porte le prénom d'un grand-père défunt doit être traité avec les égards et le respect que cette personne inspirait à son entourage. Il ne doit être ni grondé ni réprimandé et il arrive que cet enfant soit tout simplement surnommé papa par ses propres parents. Même si la maman de Mamadou dit ne point respecter cette tradition, malgré les conseils insistants de sa mère, nous avons eu l'occasion de constater la position particulière que pouvait tenir par moments cet enfant dans sa relation avec sa mère.

Après avoir eu connaissance du remariage de son mari, la mère de Mamadou met fin à cette relation. Très affectée, elle souffre également de voir ses relations avec sa propre mère se dégrader, celle-ci n'acceptant pas de voir sa fille demeurer célibataire après son divorce. La mère de Mamadou décide alors une nouvelle fois de « partir » et emménage seule avec son fils âgé de deux ans dans un hôtel social.

Dans ce climat de tension émotionnelle, Mamadou et sa maman entretiennent une relation à huis clos, aucun tiers n'ayant accès à eux. Leurs conditions économiques et sociales sont aussi très précaires. En situation irrégulière et vivant dans une petite chambre, ils doivent partager un seul lit, cette promiscuité vient accentuer encore leur rapprochement.

Mamadou entre alors en maternelle. Il accède à la socialisation, ce qui l'éloigne de cette ambiance aux modalités relationnelles empreintes de dépressivité, d'hypostimulation et de ralentissement. À trois ans, Mamadou n'a pas de langage. Son faciès est figé, ses jeux sont répétitifs et stéréotypés. Il présente également de fréquentes crises de colère difficiles à comprendre et à apaiser. Il est vu pour la première fois en consultation spécialisée. Il est alors décrit comme un enfant au contact difficile et « étrange », triste et opposant par moment. Il s'exprime peu, ou seulement dans un style « télégraphique », et ne cesse de produire des sons et des bruits avec sa bouche (siflements, grincements...); s'agitant à la moindre frustration, surtout lorsqu'il s'agit de lui poser une limite. Il lui arrive aussi d'esquisser des attitudes de retrait ou des mouvements de fuite.

Le diagnostic de trouble envahissant du développement est retenu et une prise en charge est dès lors instaurée. Sa maman et lui sont régulièrement accueillis aux consultations du CMP de quartier mais aucune proposition de soins ne peut être formalisées du fait des difficultés de la maman à y adhérer concrètement. Maintenu en grande section de maternelle alors qu'il va avoir sept ans, la question de son orientation se pose. C'est dans ce cadre, que la proposition d'accueil en hôpital de jour pour une période d'observation, est formulée à sa mère. À cette occasion, il rencontre les professionnels des diverses disciplines et un bilan global des multiples difficultés et déficits de cet enfant est établi. L'intégration de Mamadou au sein d'une unité pour prise en charge est décidée quelques semaines plus tard.

2. Évaluation à l'entrée

À son entrée à l'unité, Mamadou avait acquis un langage restreint. Sa voix est monocorde et les temps de latence sont élevés, la production verbale n'ayant qu'une portée purement informative. Il comprend mal les consignes même avec beaucoup d'étayage. Il ne manifeste pas de difficultés à se séparer de sa mère, mais demeure le plus souvent le visage « fermé », le regard fuyant. Il ne cherche pas le contact ou la présence de l'adulte, et paraît inhibé, passif, n'initiant aucune activité, et n'exprimant aucun sentiment de plaisir lors du jeu. Il distingue rapidement les femmes des hommes et semble craindre le contact avec ces derniers. Il se dégage une sorte de « profil phobique » dans ses attitudes d'évitement de l'adulte, mais aussi de tout ce qui pourrait être assimilé à de la saleté (exemple de son refus de participer à l'atelier pâtisserie). En revanche, avec les autres enfants, Mamadou est capable d'entrer en interaction, tentant parfois de se positionner en leader. On note que l'attention conjointe est présente et qu'il a accès au jeu symbolique. Il répond toujours à ce moment-là, aux critères de troubles envahissants du développement.

Le bilan psychologique avec évaluation du niveau cognitif, est rendu impossible par l'instabilité psychomotrice de l'enfant

et sa tendance à se couper de la relation lorsque l'attention devient trop difficile à maintenir. Sur le plan psychomoteur, Mamadou a du mal à se poser, il semble se déstructurer dès que l'excitation le submerge. Se lassant très vite, il ne réussit pas à investir les épreuves qu'on lui propose et semble osciller entre moments d'excitation et de découragement. Une certaine lenteur et une raideur sont notées, avec présence de quelques mouvements parasites lors de l'exécution des gestes. La coordination oculomotrice est maladroite avec un mauvais ajustement des distances. Un manque de tonicité de l'axe corporel est également relevé.

Le programme thérapeutique suivant est proposé au sein de l'unité. Un suivi individuel en orthophonie et en psychomotricité, en plus d'une prise en charge éducative et de temps scolaires quotidiens. Un psychodrame est aussi proposé du fait de sa possible inscription dans le jeu.

3. Évolution au cours de la prise en charge

La dynamique évolutive de Mamadou au fil des différentes prises en charge qui lui sont proposées, peut être schématisée en trois temps. Le souci du respect de cette temporalité conditionne le choix des outils mis à la disposition de l'enfant pour mobiliser sa pensée :

- la phase de remise en confiance qui permet à l'enfant de se poser et de se restructurer face à sa désorganisation interne ;
- la phase des proto-apprentissages ;
- une dernière phase qui lorsqu'elle est atteinte, constate la reprise du développement et l'émergence d'acquisitions nouvelles.

Pour Mamadou, toutes les prises en charge ont commencé difficilement, il s'enferme dans une attitude d'opposition passive face aux sollicitations des adultes. Mais il a pu, peu à peu se saisir du matériel qui lui était offert pour débiter son entrée dans les apprentissages. À son arrivée en classe, Mamadou vit de grandes difficultés en lecture, en écriture et en calcul. Il a également beaucoup de mal à se repérer dans le temps. Son attention est extrêmement labile, il est instable, impatient et ne coopère que dans la passivité. Transmettre le « plaisir à découvrir » est le but premier ciblé par l'équipe enseignante. Les moyens mis en jeu sont autant de médiateurs utiles pour solliciter ces enfants et pour susciter chez eux ce « désir d'apprendre ». Actuellement, il investit beaucoup le graphisme et accède peu à peu à la lecture.

Son suivi en orthophonie vise à prendre en charge son retard de parole et de langage, massifs sur les plans réceptifs et expressifs, ainsi qu'à palier à la pauvreté de son stock lexical. Les techniques de renforcements visuels ont été utiles chez cet enfant [11]. Accompagné dans sa progression par l'étayage de l'adulte auquel Mamadou est maintenant sensible, on a vu le langage progresser et le lexique s'enrichir... même de néologismes. Comme si Mamadou pouvait désormais « jouer » avec les mots. Son retard global dans les acquisitions motrices (comprenant une excitabilité, une désorganisation de sa structuration spatiale et des confusions dans le schéma corporel) a été travaillé au cours des séances de psychomotricité. Au moyen d'un dispositif

Tableau 1

Résumé des éléments probants obtenus suite aux différents bilans de l'enfant après six mois de prise en charge.

Épreuves utilisées	Scores	Commentaires
<i>WISC IV</i>		
Indice de compréhension verbale	78	Résultats homogènes, intégration des normes sociales faibles
Indice de raisonnement perceptif	65	Zone de déficience par rapport aux enfants de son âge, mais résultats hétérogènes
		Capacité de raisonnement catégoriel et abstrait très faible, sauf lorsqu'il est sous-tendu par des liens uniquement visuels
Mémoire de travail	79	Résultats homogènes, difficultés à engager un travail mental sur des données auditives.
		Attention soutenue défaillante
Vitesse de traitement	73	Résultats homogènes, ruptures attentionnelles, mais retour spontané à l'exercice possible
QI total	NA	Non calculable car les résultats sont trop hétérogènes entre les différents indices
<i>Rorschach</i>		Approche globale des images sur un mode persévératif autour des animaux. Monde interne insuffisamment structuré pour endiguer les pulsions
<i>CAT</i>		Gestion de l'agressivité difficile, entraînant fixation régressive orale. Émergence de dimension carencielle et dépressive à travers des thématiques de froid et d'endormissement
<i>M-ABC</i>	12,5	Le situe au 7 ^e percentile par rapport aux enfants de son âge. Difficulté sur le plan des acquisitions motrices. Précautionneux, veut bien faire, mais facilement débordé par l'échec
<i>Dessin du bonhomme de Goudenough</i>	17	Correspond à un niveau développemental de 6 ans 9 mois. Éléments du corps visibles normalement à son âge, présents, mais ensemble mal coordonné. Importance de la zone génitale chez son bonhomme
<i>Test d'adaptation à l'espace de Marthe Vyl</i>		Accès à un certain symbolisme (jeu des voyages). Mais difficulté à se décentrer (retranscriptions graphiques échouées)
<i>Épreuve graphique d'organisation perceptive de Bender</i>	10	Le situe en deçà du quartile inférieur pour son âge. Faible niveau de structuration spatiale et importante difficulté à maîtriser le geste graphique

CAT : Children Aperception Test ; M-ABC : tests moteurs et perceptifs ; WISC : test d'intelligence de Wechsler.

d'enveloppement sec du corps dans une couverture, Mamadou est amené à évaluer son état tonique. C'est lui-même qui indique alors le degré de pression qui doit être exercé par l'intermédiaire d'appuis et de massages, visant la prise de conscience de son axe corporel, et l'accès à l'autorégulation de son tonus, ainsi que l'unification de son enveloppe corporelle, contenant pour son appareil psychique. Ces moments de détente, durant lesquels il peut manifester des mouvements régressifs (suction), sont vécus avec beaucoup de plaisir par Mamadou. Il lui arrive même de réclamer des enveloppements lorsqu'il se sent anxieux ou trop excité, en insistant pour que son visage soit lui aussi massé. Une façon qu'il a de nous dire que cela est indispensable au sentiment d'unité de son corps. Après six mois de prise en charge, une évaluation plus formelle est désormais possible. Elle est résumée dans le [Tableau 1](#).

Même s'il répond encore aux critères de TED, le diagnostic est celui d'un trouble TED atypique. On pourrait également retenir un diagnostic de trouble complexe et multiple du développement ou de dysharmonie, même si les signes précoces récuser ces diagnostics ([Tableau 2](#)). Au-delà de ces considérations nosographiques, nous insisterons sur deux points de la prise en charge multidisciplinaire : le travail avec la mère ; la prise en charge en psychodrame, du fait de leur originalité [12].

4. L'accompagnement de la mère

Des rencontres avec la maman de Mamadou sont régulièrement programmées. Moments au cours desquels l'équipe soignante aborde diverses questions, tel que les rapports

mère–enfant. Cette relation semble avoir longtemps fonctionné en miroir, le retrait du fils faisant écho aux « deuils » de la mère (séparations, exil. . .). L'attitude qu'adopte Mamadou avec sa maman est celle d'un « petit chef », il marche devant elle dans la rue, cherche à s'imposer et manifeste de la jalousie si celle-ci se trouve en compagnie d'un « autre » homme. Elle semble tolérer ces comportements et paraît même les cultiver parfois. L'évolution de Mamadou à l'hôpital de jour est également abordée. Sont discutés les difficultés rencontrées comme les progrès constatés. Plus posé et plus réceptif, sa mère est très satisfaite de ses récentes acquisitions, en particulier dans le domaine du langage. Ces changements lui ont permis de prendre de la distance vis-à-vis des attitudes de déni ou dénégation qu'elle pouvait exprimer face aux troubles de son fils.

Avec l'équipe de la prise en charge en psychodrame, des séances d'un autre type ont été mises en place en présence de la maman. Il s'agit de séances à orientation ethnopsychiatrique, au cours desquelles sont évoqués les liens de Mamadou et de sa mère, avec son histoire, ses racines et la dimension de sa diversité culturelle. Quel héritage a été transmis à cet enfant ? Rapidement, est relevée chez la mère l'extrême réticence qu'elle éprouve à transmettre sa culture d'origine, ses traditions orales et même l'histoire familiale à son fils. Même si elle continue à pratiquer avec lui quelques rites de protection (à l'aide de poudre à appliquer sur le corps), elle n'en livre aucune signification à son fils. Mamadou ne sait pas qu'il porte le prénom de son grand-père maternel, du moins sa mère ne le lui a pas dit. . . ou n'a jamais pu lui dire ? Ce prénom semble encore porter ce deuil du père. Le poids de ce prénom pèse-t-il aussi sur l'enfant qui le

Tableau 2
Comparatif des résultats à l'Autism Diagnostic Interview–Revised (ADI-R) à l'entrée dans l'unité et à 18 mois.

Domaines observés et items sélectionnés	Résultats et comportements avant les prises en charge		Résultats et comportements après 18 mois de prises en charge	
<i>Anomalies qualitatives des interactions sociales réciproques (seuil = 10)</i>	28		16	
Regard direct	Pas de regard direct approprié	3	Regard direct incertain/occasionnel	2
Sourire social	Peu ou pas de sourires adressés à des personnes	3	Sourires adressés à des personnes, généralement pas de réciprocité	2
Jeux imaginatifs avec des pairs	Absence de jeux avec d'autres enfants, peu de « faire semblant »	3	Jeux avec d'autres enfants	2
Qualité des initiatives sociales	Rares intentions sociales dirigées	2	Peut utiliser le contact du regard	1
<i>Communication verbale / non verbale (seuil = 8/7)</i>	13/07		05/01	
Pointer ou exprimer de l'intérêt	Utilise le pointage, mais absence de coordination et de flexibilité	1	Pointe spontanément	0
Jeu social imitatif	Peu de jeux sociaux alternés	2	Jeux sociaux alternés mais limités en quantité	1
Réciprocité de la conversation	Peu de conversation réciproque (absente avec l'adulte)	2	Conversation réciproque mais souplesse limitée	1
<i>Comportements répétitifs ou patterns stéréotypés (seuil = 3)</i>	7		4	
Intérêts restreints	Clairement présents, interférents avec le fonctionnement	2	Intérêts particuliers mais pas nettement restrictifs	1
Maniérisme des mains/doigts	Fréquents maniérismes, mouvements des mains	2	Maniérisme seulement de manière occasionnelle	1
Rituels verbaux	Tendance à répéter des sons (bruits de gorge ou de métro)	1	Nette diminution, voire absence de rituels verbaux	0
<i>Anomalies évidentes avant l'âge de 3 ans (seuil = 1)</i>	3		3	
<i>Total des scores</i>	58		29	

porte ? Et dans cette confusion grand-père–petit-fils, comment Mamadou a-t-il construit son identité propre ? Tous ces non-dits, cette « pudeur » du langage et cette retenue à donner du sens, rendent insuffisants les éléments de représentation mis à la portée de l'enfant, cela renforçant Mamadou dans un déficit de processus symbolisant. Le travail effectué avec la mère aide cette dernière à se réapproprier sa culture et à reconstruire son histoire personnelle, pour permettre à son fils de mettre en place son identité culturelle. C'est au cours de l'une de ces séances qu'on apprend le projet qu'elle a de retourner bientôt voir sa famille en Afrique et de faire en sorte d'organiser la rencontre de Mamadou avec son père.

5. Le travail en psychodrame individuel

Pour l'amener à une disponibilité psychique, le travail effectué au psychodrame individuel nous a semblé pertinent à mettre en avant en raison de la richesse du matériel apporté et de l'évolution qu'il a permis de constater. Lorsqu'a été proposé à Mamadou le psychodrame, ce dernier avait très peur qu'on lui demande de réfléchir, comme si tout acte de pensée était pénible. Lors de sa première séance, Mamadou s'est réfugié sous une table, effrayé semble-t-il, par le nombre de personnes présentes. Peu à peu, il a investi le jeu en acceptant de donner

de la nourriture à des co-thérapeutes jouant des affamés. Mamadou, dans un rôle nourricier, s'est donc posé en fédérateur du groupe, surmontant ainsi la menace qu'il semblait représenter pour lui. Dans les premières séances, il a besoin de supports physiques et d'objets réels, pour étayer son jeu. Il recherche ainsi une sorte d'appui, d'ancrage dans le réel, dans le but tout d'abord, de fuir la relation, poussant les thérapeutes à investir ces objets pour faire lien avec lui. Mamadou remet également en question le cadre thérapeutique en sortant de la salle de jeu. La tolérance du groupe à accepter ce mouvement de refus et d'opposition permet alors de figurer des espaces différents qui, en partant de l'opposition réelle de l'interne et de l'externe, renvoie à l'opposition du maternel et du paternel, de l'agressivité et de la rétention, de la progrédience et de la regrédience, et voire de la Mauritanie et de la France.

Peu à peu se dégagent deux scènes symboliques, le jeu du métro, d'une part, et la famille, d'autre part.

Les premières séances renvoient à l'intérêt de Mamadou pour le métro, objet d'investissement stéréotypé, sur lequel il a développé des connaissances importantes. Il mime les bruits du métro avec passion et se contente de dire d'une voix mécanique le nom des stations. Au début de ce jeu, Mamadou se met dans le rôle de la porte du métro, objet mécanique sur la tête duquel il faut appuyer pour que la porte s'ouvre. La porte-Mamadou,

lorsqu'elle est fermée, est collée au chauffeur du métro, l'autre battant de la porte, joué par un co-thérapeute masculin. La porte-Mamadou décide des entrées et des sorties des passagers et elle prend surtout un malin plaisir à coincer les passagers entre les deux portes. Si elle blesse quelqu'un, soit la porte-Mamadou devient guérisseuse, étalant une potion sur le blessé, soit elle accuse le chauffeur. Ainsi, Mamadou se place en objet fausement manipulable qui lui permet d'assumer son agressivité. S'exprime ainsi sa recherche d'étayage et de soutien de son agressivité, protégé qu'il est par le fait de n'être qu'un simple objet au service des usagers, et que seul le chauffeur est responsable de la fermeture agressive de cette porte. Mamadou met-il en acte la séparation-retrouvaille avec le père, qui se traduit par un jeu proche du jeu de la bobine décrit par Freud [13] ? Dans une perspective kleinienne [14], met-il en jeu avec l'idée de l'accueil du bon objet, le sein maternel, dans ce métro, symbolisant le corps de Mamadou, mais aussi jouant la séparation avec ce bon objet par la coupure agressive, la morsure qu'exprime la fermeture de ces portes, attaquant le corps de la mère ? À partir de ce thème, deux co-thérapeutes (un homme et une femme), vont jouer les portes du wagon, qui s'aiment trop et ne peuvent plus se décoller. Face à eux, Mamadou est pris d'une excitation motrice importante face à ce qu'il ressent comme une scène primitive. Il met toutes ses forces à essayer de séparer ces portes, et à la suite à cette scène, il se met à jouer le rôle d'une porte avec un chauffeur de métro de sexe féminin. Mamadou ne supporte donc pas l'excitation qu'il ressent face aux deux partenaires de la scène primitive et il prend la place de l'homme dans le couple, pour être maintenu dans la proximité intime de la mère.

Les scènes symboliques élaborées par Mamadou tournent autour de la famille. Cette famille sera tout d'abord une famille de singes. Mamadou met spontanément un père à cette famille. Dans cette famille, Mamadou joue le fils tout puissant : il nourrit la famille en lui apportant des bananes, la défend contre le tigre, soigne le papa blessé par le tigre avec des potions, s'occupant de sa petite sœur, comme le ferait la maman en lui donnant notamment du lait. Il est ainsi pris dans un fantasme de toute puissance où il peut assumer tous les rôles sans aide de personne et sans contraintes. Ainsi, dans la rivalité avec le père, il est vainqueur, conduisant la voiture de la famille et laissant le père en arrière.

Cependant, à partir du moment où est jouée une scène de promenade du papa avec la maman, Mamadou vit une très forte régression. Ainsi, son personnage n'a plus qu'un an et ne quitte plus son berceau, réclamant sans cesse le biberon, ne voulant plus partir chasser avec le papa, faisant des cauchemars ou faisant le mort quand la mère semble l'abandonner. Il refuse aussi de parler, se contentant d'onomatopées et de cris proches de ceux des singes. Pour surmonter ce collage à la mère, émerge alors dans le jeu, l'idée qu'il pourrait partir en voyage en Mauritanie pour retrouver le père. Mamadou redevient dans ce jeu tout puissant, amenant tout le monde avec lui grâce à son argent, mais détruisant tout le village avec ses frères lors d'une course de voitures. Il s'enfuira en France du fait des craintes des poursuites du père qu'il appelle alors le « père serpent ». La toute puissance que déploie Mamadou nous renvoie à ce positionnement familial de petit homme de la maison. Son agressivité peut alors

s'exprimer, notamment dans la rivalité qu'il peut mettre en place à travers les différentes figures masculines, mais qui servent de soutien à son propre positionnement viril. Par ailleurs, ses pulsions destructrices sont contrebalancées par le besoin de réparer et de soigner. Seul le père, souvent pris dans un rôle confondu avec celui du tigre, ne subit pas de réparation, du fait de l'absence de culpabilité probable que provoquent ses attaques. Une autre difficulté de Mamadou se trouve dans l'acceptation d'un tiers. Ainsi, toute évocation de la scène primitive, et notamment toute chose impliquant la mère mais excluant Mamadou, est vécue comme une agression massive.

La toute puissance virile qui apparaît dans le jeu autistique du métro ou encore dans celui de la famille dépendante d'un grand Mamadou évoque les troubles du narcissisme et l'existence d'un self grandiose [15]. Mamadou régresse alors fortement et semble se retrouver dans une position quasi symbiotique avec la mère comme pour éviter de se trouver confronté à une forte angoisse d'abandon et un risque d'effondrement dépressif. C'est ce qu'il représente lorsqu'il fait le mort, lorsque la Maman l'abandonne. Nous avons vu au cours des différentes séances, Mamadou mettre en place certaines stratégies pour éviter ce tiers interrupteur. Le groupe va en particulier être pris comme un tout qui doit agir en commun, sauf pour le personnage de la mère qui, elle, apparaît comme singulière et fortement différenciée. Mamadou peut aussi interrompre le jeu lorsque celui-ci est frustrant ou ne lui donne pas cette position centrale. Face à cela, le psychodrame cherche à solliciter en lui l'existence d'un tiers séparateur nécessaire aux mouvements de symbolisation et à l'investissement du langage. Nommer les affects et les représentations, c'est sortir des onomatopées ou des comportements agis.

6. Discussion

Au plan clinique, on peut retenir de cette observation qu'elle illustre l'utilité des prises en charge multidisciplinaires pour faire émerger des processus de pensée et des apprentissages chez un enfant autiste. L'évolution rapide est probablement le pendant de la dimension carencielle très nette dans cette histoire clinique rappelant la dynamique évolutive retrouvée dans les études cliniques sur adoptés roumains [9,10]. On retrouve les facteurs de mauvais pronostic, par exemple, la durée prolongée de la période de carence et sa précocité [10] ; mais également le facteur de bon pronostic que représente l'existence même d'ébauche de langage au regard du potentiel évolutif [16]. La transition vers un tableau TED-nos ou de dysharmonie en 18 mois est ici plutôt de bon aloi, d'autant que les capacités cognitives verbales sont conservées. Ainsi, après un an de prise en charge, Mamadou est beaucoup moins agité. Lors des séances il est capable de rester assis face au meneur de jeu, peut l'écouter et ajouter des commentaires à propos des scènes jouées. D'une façon générale, le langage verbal vient s'ajouter au comportement agi, réduisant d'autant les troubles de la communication. Le travail se poursuit, avec pour objectif la figuration des conflits les plus archaïques de Mamadou par le biais du langage, lui permettant de mieux investir la sphère du langage et d'accéder à une meilleure capacité de penser. Au total, nous sommes passés de la première à la seconde phase, où se construit un espace psy-

chique interne mobilisable à la seconde qui cherche à mettre en route les apprentissages et entrer dans le temps du développement.

Au plan plus général de la nosographie, cette observation souligne les écueils de la classification actuelle, en particulier concernant le registre diagnostique TED-nos évoqué en introduction. Dans une méta-analyse récente sur la stabilité temporelle des sous types diagnostiques dans le champ des TED, Rondeau et al. ont confirmé ce que cette observation souligne [2]. Ainsi, à partir de huit études longitudinales ayant inclus 527 enfants (334 avec un diagnostic initial de TA et 193 avec un diagnostic de TED-nos), nous avons montré que le diagnostic de TED-nos était moins stable dans le temps que celui de TA (risque relatif = 1,602 ; $p = 0,048$ de changement de diagnostic entre le temps 1 et le temps 2 dans les études) et qu'il pouvait s'agir :

- d'un diagnostic d'attente au temps 1, l'enfant répondant aux critères de TA au temps 2 ;
- d'un diagnostic d'évolution, un enfant TA au temps 1 devenant TED-nos au temps 2 comme dans notre observation ;
- d'un diagnostic plus autonome (TED-nos aux deux temps) comme dans le cas des MDD ou dysharmonie de la nosographie française.

Conflit d'intérêt

Les auteurs n'ont pas transmis de conflit d'intérêt.

Références

- [1] Kleinman JM, Ventola PE, Pandey J, Verbalis AD, Barton M, Hodgson S, et al. Diagnostic stability in very young children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2008;38:606–15.

- [2] Rondeau E, Klein LS, Masse A, Bodeau N, Cohen D, Guilé JM. Is Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified less stable than Autistic Disorder? A meta-analysis. *J Aut Dev Dis*. En révision.
- [3] Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry* 2005;66:3–8.
- [4] Misès R. Les dysharmonies évolutives de l'enfant. In: Cinq études de psychopathologie de l'enfant. France: Privat; 1981.
- [5] Gibello B. Dysharmonie Cognitive. Dyspraxie, dysgnosie, dyschronie : des anomalies de l'intelligence qui permettent de lutter contre l'angoisse dépressive. *Rev Neuropsychiatr Infant* 1976;24:439–52.
- [6] Tordjman S, et al. « Dysharmonies Psychotique » et « Multiplex Developmental Disorder » : histoire d'une convergence. *Psychiatr Infant* 1997;40:473–504.
- [7] Volkmar F, Klin A, Cohen DJ. Diagnosis and classification of autism and related conditions: Consensus and issues. In: Cohen DJ, Fred R, Volkmar, editors. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder*. Second edition New York: John Wiley & Sons Inc; 1997. p. 5–40, chap. 1.
- [8] Gillberg C. Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. *Arch Dis Child* 2003;88:904–10.
- [9] Rutter M, Kreppner J, Croft C, Murin M, Colvert E, Beckett C, et al. Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:1200–7.
- [10] Rutter M, O'Connor TG, English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Dev Psychol* 2004;40:81–94.
- [11] Juarez Sanchez A, Monfort M. L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales. Paris: Ortho Edition; 1999.
- [12] Rabain JF. Le psychodrame psychanalytique. In: de Mijolla A, et al., editors. *Psychanalyse*. Paris: PUF; 1999.
- [13] Freud S. Au-delà du principe de plaisir. In: *Essais de psychanalyse*. France: Payot; 1920, 1965.
- [14] Klein M. *Envie et gratitude et autres essais*. France: Gallimard; 1996, 1957.
- [15] Kohut H. *Le Soi, la psychanalyse des transferts narcissiques*. France: PUF; 1974, 1971.
- [16] Croft C, Beckett C, Rutter M, Castle J, Colvert E, Groothues C, et al. Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. II. Language as a protective factor and a vulnerable outcome. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:31–44.