

*Les aspects sensoriels
et moteurs de l'autisme*

Ouvrages également disponibles dans notre collection :

Hilde De Clercq : «Dis maman, c'est un homme ou un animal ?»
(AFD Ed.) 2002 - 120 pages

Irène Knodt-Lenfant : «Claudin, Classé X chez les dinormos»
(AFD Ed. - Envol Publications) 2004 - 132 pages

Gunilla Gerland : «Une personne à part entière»
(AFD Ed.) 2004 - 240 pages

Danièle Artuso : «L'aide au très jeune enfant atteint d'autisme»
(AFD Ed.) 2009 - 87 pages - 3ème édition

E. Willaye, M. Deprez, M. Descamps, C. Ninforge : «Evaluation des compétences Fonctionnelles pour l'Intervention»
(AFD Ed.) 2005 - 64 pages

M. Larchez & MC. Urban : «Les guides du savoir-faire : En famille entre amis»
(Epuisé)
(AFD Ed.) 2005 - 32 pages

BL. Baker & AJ. Brightmann : «L'autonomie pas à pas»
(AFD Ed.) 2006 - 389 pages

Catherine Faherty : «Asperger, qu'est-ce que c'est pour moi ?»
(AFD Ed.) 2007- 301 pages

Le SUSA : «Manuel à l'intention des parents ayant un enfant présentant de l'autisme»
(AFD Ed.) 2008- 266 pages

Gloria Laxer & Paul Trehin : «Les troubles du comportement»
(AFD Ed.) 2008- 136 pages - 2ème édition

Michèle Larchez : «Sauve toi maman»
(AFD Ed.) 2009- 85 pages

C. TRESSE DAQUIN & O. RAMOS : «Les SESSAD «AUTISME» accompagnement des personnes avec autisme, autres T.E.D et de leurs familles»
(AFD Ed.) 2009 - 219 pages

A.F.D

Lot 110-111 Voie K – 460 avenue de la Quiera – 06370 Mouans Sartoux

Tél. : 04 93 43 21 84 Fax : 04 92 98 85 58

Website : www.autismediffusion.com

Mail : autismediffusion@free.fr

Danièle CAUCAL

Régis BRUNOD

**Les ASPECTS SENSORIELS et
MOTEURS DE L'AUTISME**

2010– Copyright
AFD
Lot 110 – 111 Voie K
460 avenue de la Quiera
06370 MOUANS SARTOUX
Première édition française
www.autismediffusion.com / email : autismediffusion@free.fr
Tel. 04.93.43.21.84 / Fax. 04.92.98.85.58

ISBN 978-2-917150-09-2

Photo couverture : T. ROLF
Couverture : J. ROURET

Rien dans cette publication ne peut être destiné à une utilisation publique ou reproduit par quelque procédé que ce soit sans l'autorisation des auteurs ou de l'éditeur.

AFD Editions, Mouans Sartoux

Aux enfants de l'Hôpital de Jour « Pomm Liann » de Fort de France, à leurs parents et à tous les professionnels qui interviennent auprès d'eux,

Aux enfants de l'Institut Médico-Educatif « Notre Ecole » de Sainte Geneviève des Bois, à leurs parents et à tous les professionnels qui interviennent auprès d'eux,

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
1 - La sémiologie corporelle des troubles autistiques : le point de vue sensoriel	27
1.1 L'audition	31
1.2 La vision	37
1.3/1.4 Le goût et l'olfaction	40
1.5 Le tact	44
1.5.1 La chaleur	51
1.5.2 La douleur	52
1.6 L'appareil vestibulaire	53
1.7 La proprioception	55
1.8 Les autres aspects sensoriels des troubles autistiques	58
1.9 Les conséquences émotionnelles des particularités sensorielles	63
2 - La sémiologie corporelle des troubles autistiques : le point de vue moteur	69
2.1 Le niveau d'activité motrice	70
2.2 Les troubles du tonus	73
2.3 Les postures et attitudes	75
2.4 La démarche	77
2.5 Le retard ou la maladresse psychomotrice	78
2.6 Les habilités particulières ou précoces	82
2.7 Les mouvements stéréotypés	84
2.8 La voie	89
2.9 L'impact des médicaments sur la motricité	91

3 - La sémiologie corporelle des troubles autistiques dans les outils diagnostiques et d'évaluation	97
3.1 Sa place dans les classification internationales des maladies	98
3.2 Sa place dans les outils de diagnostic et d'évaluation de l'autisme	100
3.3 Sa place dans les outils de dépistage	113
4 - Le bilan psychomoteur et sensoriel d'un enfant avec autisme	117
4.1 Généralités	119
4.2 La morphologie	120
4.3 Le tonus	120
4.4 La motricité	121
4.5 La latéralité	122
4.6 Le schéma corporel	123
4.7 L'organisation spatiale et temporo-spatiale	124
4.8 Les praxies et les gnosies	124
4.9 La graphomotricité	125
4.10 L'imitation	125
4.11 La sensorialité	129
4.12 L'interprétation du bilan	130
4.13 Conclusion	132
5 - Essai de conceptualisation des soins corporels pour les enfants souffrant d'autisme	133
5.1 Données neuropsychologiques générales	133
5.2 Hypothèse	136
5.3 Les modalités actuelles de soins corporels	138

6 - Techniques visant à moduler l'environnement sensoriel	141
6.1 L'environnement sonore et les modalités de l'écoute ou de l'échange verbal	141
6.2 L'environnement visuel et les modalités de l'information visuelle	148
6.3 L'environnement tactile et ses représentations cognitives et émotionnelles	149
6.4 Les goûts et les odeurs	151
6.5 Le système vestibulaire	152
6.6 L'environnement multisensoriel contrôlé	153
7 - Techniques visant à moduler les représentations de l'enveloppe corporelle	157
7.1 Les frictions et autres stimulations	159
7.2 Les modalités particulières de contention	160
7.3 La «machine à serrer»	162
7.4 Les bains	168
7.5 La pataugeoire	169
7.6 L'ensablement	169
8 - Techniques visant à renforcer certaines fonctions corporelles	175
8.1 La psychomotricité	175
8.2 L'ergothérapie	177
8.3 Les activités ludiques ou sportives	178
8.4 Les activités artistiques	188
8.5 Perspectives générales	191
9 - Les indications thérapeutiques	195
9.1 L'aménagement de l'environnement sensoriel	198
9.2 Les techniques visant l'enveloppe corporelle	199
9.3 L'abaissement du seuil de la douleur	200
9.4 Les techniques visant le fonctionnement corporel	201

9.5	Autres éléments des indications	202
9.6	Le choix de l'indication avec les parents	203
9.7	L'évaluation	204
9.8	La prévention de la maltraitance	205
	Conclusion	211

Introduction

Eh quoi ? Tout est sensible !

Pythagore

Même s'ils restent encore fragmentaires, d'importants progrès ont été accomplis depuis plus d'une vingtaine d'années dans la connaissance des particularités du fonctionnement cognitif des enfants souffrant de troubles autistiques. On peut même avancer que c'est la sémiologie cognitive qui est à la base des classifications diagnostiques actuelles dans le spectre des troubles autistiques, au chapitre des Troubles Envahissants du Développement. C'est dire l'importance qui lui est accordée. Il faut d'ailleurs reconnaître que les connaissances acquises dans ce domaine ont permis d'améliorer considérablement les stratégies éducatives et pédagogiques répondant à ces particularités, ainsi que de développer des outils de dépistage précoce. A côté de cette symptomatologie cognitive, les enfants souffrant de troubles autistiques présentent aussi de nombreuses particularités s'exprimant au niveau corporel. Nous ne parlons pas des atteintes neurologiques ou des dysmorphies génétiques, témoins des pathologies fréquemment associées à l'autisme, mais de particularités du fonctionnement ou de l'utilisation de leur corps. Prises une par une ces particularités n'ont rien de spécifique et ne signent pas du tout le diagnostic

d'autisme de manière irréfutable. Toutes peuvent être observées transitoirement chez n'importe quel jeune enfant, mais c'est plutôt leur fréquence, leur intensité, leur persistance et les circonstances de leur survenue qui attirent l'attention. Au quotidien ces particularités du fonctionnement corporel peuvent prendre une grande importance dans la vie de l'enfant, le plus souvent pour la perturber, mais pas toujours. En effet, la plupart des enfants autistes trouvent spontanément comment utiliser certaines des particularités du fonctionnement de leur corps pour mettre en place des sortes d'automédications face aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer du fait de leur autisme, comme les états de forte tension psychique qu'ils subissent. Ces particularités ont alors une fonction apaisante, en tout cas dans l'immédiat. Dans certains cas elles peuvent même être à l'origine de compétences tout à fait exceptionnelles dans un domaine sensoriel ou moteur bien particulier, mais ceci bien plus rarement qu'au niveau du registre cognitif.

Donc, comme dans bien d'autres troubles du développement de l'enfant ou dans les pathologies qu'on regroupait auparavant dans le chapitre de la neuropsychiatrie infantile (spécialité médicale toujours présente dans certains pays et qui réapparaît dans d'autres) l'autisme ne se contente pas de toucher seulement le développement psychique ou neuropsychique de l'individu qu'il affecte. C'est le développement global de la personne, somatique autant que psychique, qui est perturbé. Bien que la symptomatologie des troubles autistiques s'exprimant au niveau corporel soit très précoce et très riche et que certaines de ces particularités puissent faire évoquer l'autisme dans l'instant même où l'observateur les perçoit,

aucune ne prend place pour l'instant en qualité de tête de rubrique dans les critères retenus pour son diagnostic dans les classifications psychiatriques internationales (CIM 10 (1) et DSM IV (2)). Seul Gillberg retient la maladresse comme 6ème et dernier critère du syndrome d'Asperger (3) tandis que T. Atwood consacre deux chapitres aux problèmes sensoriels et moteurs dans son ouvrage consacré au même syndrome (4). Pourtant, dans sa publication princeps sur l'autisme en 1943, Léo Kanner avait d'emblée noté les particularités motrices et sensorielles très précoces des enfants qu'il décrivait (bébés trop calmes, sans attitudes anticipatrices; réactions paradoxales aux stimulations diverses) (5). Quasi simultanément Hans Asperger insistait dans la sienne sur les attitudes et postures particulières ainsi que sur la maladresse perturbant les apprentissages des enfants qu'il soignait (6). En 1974 Delacato reprenait ces données sensorielles en accordant une importance toute particulière aux questions de latéralité dans la genèse du processus autistique (7). Ce sont ces aspects particuliers de l'autisme, sensoriels et moteurs, que nous souhaitons développer à nouveau dans cet ouvrage. Notre travail est avant tout un travail de cliniciens confrontés au quotidien à des enfants le plus souvent sévèrement touchés par l'autisme. Ce sont les connaissances liées à cette expérience et à nos lectures que nous souhaitons transmettre, plutôt qu'une étude complète des données expérimentales publiées sur ce sujet, étude que nous n'étions pas en mesure de faire. Précisons donc que les références bibliographiques que nous fournirons à la fin de chaque chapitre ne constituent pas une revue exhaustive des toutes dernières publications de la littérature scientifique, mais plutôt des illustrations cliniques

de nos propos. C'est dans le même esprit, et avec l'espoir que le lecteur en vienne à lire ou relire l'œuvre citée in extenso pour mieux resituer ces citations dans leur contexte global, que le plus souvent nous ne précisons pas la pagination des extraits des autobiographies. Nous y avons largement fait appel car ce sont elles qui fournissent le plus de renseignements cliniques sur ces aspects de la sémiologie autistique. Les récits autobiographiques ou les témoignages de parents publiés ne sont d'ailleurs pas si nombreux, ni si longs, que leur lecture ou relecture soit une tâche fastidieuse pour qui s'intéresse au sujet, ceci d'autant plus que leurs auteurs font preuve en général d'un réel talent (en tout cas en ce qui concerne les femmes car ce sont surtout elles, en tant que sujet autiste ou mère d'un enfant atteint, qui témoignent de cet état). De plus, comme la pagination change avec les éditions successives et les traductions des œuvres, cette information ne serait pas d'une grande utilité. Bien évidemment, avec ce genre d'enquête reposant principalement sur des témoignages en bonne partie rétrospectifs de femmes adultes sans retard mental, nous ne faisons que soulever modestement une petite partie du voile qui recouvre la nature des aspects corporels de l'autisme alors que restera encore dans l'ombre celle du gros du bataillon des sujets masculins souffrant d'un retard mental associé à leur autisme (nous précisons cet élément puisque le rôle des hormones sexuelles et en particulier des hormones mâles a été mis en question dans ce trouble). Cependant les observations cliniques faites par des parents ou des professionnels, à propos de ces garçons aussi bien que de ces filles n'ayant malheureusement pas les mêmes moyens d'expression que ceux qui ont pu apporter leurs témoignages, suggèrent que les

difficultés qu'ils rencontrent sont très probablement du même ordre que celles décrites par les sujets les ayant eux-mêmes vécues comme cette poète :

*Des gens partout,
Vêtus de couleurs vives et qui frappent des mots
Comme un cheval et ses sabots
Les couleurs vives m'éblouissent
Le bavardage m'assourdit
Les couleurs mes yeux blessent
Je ne sais ce qu'on dit
Qu'ils se taisent et qu'ils soient en gris*

Dianne Mear, 1994 (in 4, p16)

Ceci nous amène à introduire le deuxième volet de cet ouvrage qui sera consacré aux aspects corporels de la prise en charge des troubles autistiques (à l'exclusion des traitements psychotropes qui sont d'un autre domaine). Depuis très longtemps et dans de nombreuses cultures, on a essayé de soulager les souffrances psychiques par des traitements appliqués au niveau du corps. Ce qui vient d'ailleurs confirmer l'existence d'une connaissance intuitive quasi universelle du caractère global, somato-psychique, de la maladie mentale. Dans la médecine occidentale, il s'agissait principalement de soins directement issus de l'hydrothérapie, largement utilisée sous diverses formes au 19ème siècle, comme les bains, les douches, les enveloppements humides,.... mais également les frictions ou cataplasmes vecteurs ou non de phytothérapie, les bains de boue, etc.... Certains de ces traitements sont maintenant du domaine des archives, mais beaucoup restent

encore appliqués, en particulier dans le cadre des cures thermales ou de la thalassothérapie. Des spécialistes comme les psychomotriciens, les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes, mais aussi les infirmières, continuent d'utiliser et de développer des prises en charge corporelles spécifiquement adaptées aux troubles psychiques ou du développement. Les évaluations scientifiques de ces soins restent très fragmentaires, ne serait-ce que par les difficultés méthodologiques qu'elles soulèvent.

Il n'est donc pas surprenant, que parallèlement aux autres modes d'intervention, mais de manière aussi empirique que pour d'autres troubles, des approches corporelles de la prise en charge des enfants souffrant de troubles autistiques aient vu le jour. Elles sont issues d'horizons divers, nées pour certaines il y a fort longtemps, et se sont développées plutôt isolément, sans liens apparents entre elles. Elles restent très utilisées et ceci toujours de manière totalement empirique. Un des buts de cet ouvrage sera d'abord de tenter de faire un état des lieux de ces approches corporelles. Dans un souci de cohérence et afin d'essayer de donner à ces pratiques un sens qui leur manque beaucoup, nous les étudierons en commençant par une description des particularités corporelles des enfants avec autisme. Nous essaierons ensuite, en étudiant les diverses techniques de soins corporels, de procéder au mouvement inverse et de montrer quelles sont les similitudes que peuvent avoir ces techniques avec les «automédications» trouvées par ces enfants en réponse à leurs particularités corporelles lorsque celles-ci les font souffrir.

Le fait que ces techniques soient nées de manière totalement

empirique ne justifie pas de les exclure d'emblée de nos prises en charge au motif qu'elles seraient a priori inadaptées ou inefficaces parce qu'elles ne répondent pas encore aux critères reconnus de « l'evidence based medicine » (la médecine fondée sur des preuves). N'oublions pas que jusque très récemment, tous les traitements médicaux ou psychothérapeutiques ont vu le jour de manière empirique (de même que les programmes éducatifs ou pédagogiques). C'était encore le cas pour certaines découvertes récentes et les pharmacologues ne dédaignent pas d'explorer la pharmacopée traditionnelle des cultures les plus diverses. Malgré les méthodes scientifiques modernes de mise au point des traitements, nombre de thérapeutiques et d'apprentissages découverts empiriquement restent parmi les plus efficaces, leur découverte et leur pérennité étant d'ailleurs probablement liées à cette efficacité. Pour essayer d'y voir plus clair, et ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain suivant la formule consacrée par les pédopsychiatres, il nous paraît donc opportun d'essayer de brosser une étude méthodique des techniques de l'abord corporel des troubles autistiques. Pour cela nous vous proposerons de voir d'abord les modes et les points d'action possibles de ces méthodes sur les particularités corporelles des enfants autistes. Nous rechercherons ensuite les outils qui permettraient d'évaluer ces actions. Ce dernier point est très difficile, mais c'est pourtant le seul qui nous permettrait de préciser les indications de ces approches. Bien sûr il est toujours possible d'utiliser les outils standardisés d'évaluation de la symptomatologie autistique, comme la CARS par exemple, qui reste la plus utilisée et dont certains items sont consacrés spécifiquement aux aspects sensoriels et moteurs de l'autisme, items que nous étudierons dans un

chapitre consacré à ces aspects dans les outils diagnostiques et d'évaluation. Cette démarche est pertinente pour les enfants avec autisme n'ayant pas de déficience intellectuelle associée. Cependant ce n'est pas avec ces enfants que les techniques corporelles sont en fait les plus utilisées, mais plutôt avec ceux qui sont les plus lourdement handicapés, et chez qui les stratégies éducatives ne semblent pas répondre entièrement à leurs besoins, ne serait-ce qu'en raison de leur très jeune âge de développement global. C'est également pour ceux-là que les outils standard d'évaluation sont les moins adaptés. Il paraît donc de plus en plus clair que de nouveaux outils mieux adaptés à ces populations sont à développer et qu'ils seront du même coup peut-être à même de répondre à la question de l'évaluation des approches corporelles.

A l'opposé d'un préjugé d'inutilité de ces approches corporelles en raison de nos connaissances subjectives sur elles, il est évident pour ceux qui sont amenés à les utiliser qu'elles sont loin d'être des procédés magiques qui guériraient miraculeusement les troubles autistiques. Comme n'importe quelle action chez des enfants gravement et parfois poly-handicapés, le résultat de ces approches paraît ténu, long à obtenir, fragile à maintenir, et laissant un doute sur leur rôle exact, s'il en est un dans le processus de récupération (heureusement le développement naturel de n'importe quel enfant ayant un handicap non dégénératif lui permet de faire spontanément des acquisitions). Malgré ces réserves, les petites avancées ont un impact non négligeable sur l'évolution du développement de l'enfant handicapé et ils soutiennent la persévérance de ceux qui s'occupent de lui, pour peu qu'on puisse les mettre en

évidence. Dans l'état actuel de nos connaissances ces modestes acquisitions sont souvent les seules que nous pouvons espérer dans de nombreuses situations et nous savons combien elles sont parfois chèrement acquises ainsi que les efforts qu'elles nécessitent pour être définitivement intégrées. Il serait donc dommage de négliger tout ce qui peut apporter une modeste contribution à cette patiente construction de l'édifice complexe qu'est le développement global d'un enfant handicapé. Il serait également dommage de passer sous silence que s'il se révèle que certaines de ces approches corporelles n'ont pas d'action directe sur la symptomatologie autistique elle-même, leur éventuelle action sur la sensation de bien être général physique et mental de la personne n'est pas à négliger. Cette sensation de bien-être n'est-elle pas recherchée par nombre de neurotypiques dans les cures thermales ou la thalassothérapie pour ne citer qu'elles comme exemples ? Pourquoi n'en serait-il pas de même chez les personnes avec autisme, y compris les enfants ?

A côté de la question de l'évaluation des approches corporelles, mais en étroite parallèle avec elle, il en est une toute aussi ardue qui est celle de leurs indications. Notre expérience dans ce domaine nous suggère que celles-ci doivent probablement être déterminées en fonction de la symptomatologie exprimée au niveau du corps par le patient, ce qui est le mode de réponse le plus habituel en thérapeutique ; mais elle suggère également que l'indication doit être discutée en fonction du stade de développement de l'enfant. Sont à prendre en compte non seulement son stade de développement global, lié à son âge et à une éventuelle atteinte

intellectuelle associée, mais également son développement dans des secteurs déterminés, dont tout particulièrement celui de la psychomotricité, cela en tenant compte d'une éventuelle atteinte neurologique associée. Les deux sources de l'indication, symptomatologie et niveau de développement, peuvent d'ailleurs être fortement corrélés. Ils ne le sont pas obligatoirement non plus, ce qui peut fournir des éléments utiles à la compréhension de la psychopathologie. Encore ne s'agit-il là que d'un point de vue synchronique sur les indications. Il faudrait envisager aussi un point de vue diachronique de celles-ci, c'est à dire de déterminer pour chaque enfant, en fonction de son évolution, l'agencement successif des soins proposés pour qu'ils se complètent progressivement les uns après les autres. De plus cette sélection permet de diminuer le risque d'épuisement de l'enfant en raison d'un trop grand nombre de prises en charge simultanées, chacune louable dans ses objectifs mais peut-être moins pertinente à tel ou tel moment du développement de l'enfant si l'on considère l'ensemble de sa prise en charge du point de vue de sa lourdeur.

Reste enfin un point sensible, objet de moult controverses et qui a souvent mené à des prises de positions radicales. Il s'agit de la maltraitance. Il est connu que le fait pour un enfant de présenter des symptômes autistiques augmente le risque d'être maltraité, risque qui augmente encore si un retard mental est associé (8). Cette maltraitance peut prendre des masques divers et en particulier être rationalisée sous couvert d'actions menées «pour le bien de l'enfant». La réalité montre que n'importe quelle action, qu'elle soit médicale, psychothérapique, éducative ou pédagogique peut dériver

vers une maltraitance si elle ne s'inscrit pas dans un projet global et humain d'aide au développement de l'enfant à qui elle s'adresse. C'est ainsi qu'il a pu être reproché aux uns ou aux autres «d'assommer» les enfants de médicaments ou à l'inverse de ne pas soulager leur souffrance, de négliger leurs apprentissages ou à l'inverse leurs émotions, comme si les deux étaient antithétiques, de les dresser ou au contraire de favoriser leurs comportements régressifs, reproches le plus souvent exprimés à partir d'exemples dramatiques, mais qui ne justifient pas le rejet radical et définitif de tout un pan des actions possibles. C'est alors ce rejet lui-même qui devient maltraitant. Ces propos ne nous font pas perdre de vue que les techniques corporelles sont tout particulièrement susceptibles d'être concernées par la maltraitance physique dans la mesure où elles s'appliquent directement sur le corps de l'enfant et qu'il y a lieu de mettre en place des mesures préventives dans ce domaine. Nous reviendrons sur ces aspects du problème dans nos discussions.

Dernière précision : c'est volontairement que nous n'emploierons plus le terme de TED (Troubles Envahissants du Développement) car il nous semble moins adapté à notre propos que celui d'autisme dans toutes ses déclinaisons possibles, y compris le syndrome d'Asperger si l'on se place dans la perspective du spectre des troubles autistiques, hypothèse actuellement largement admise. Nous parlerons donc de l'autisme typique, de l'autisme atypique (y compris lorsqu'ils sont associés à un retard mental) et du syndrome d'Asperger. Il est possible que les autres catégories diagnostiques du chapitre des TED (2) décrivent des affections sensiblement différentes

de celles du spectre autistique (c'est de plus en plus probable pour le syndrome de Rett ; c'est plus compliqué pour le Trouble Désintégratif de l'Enfance dont la fréquence, si ce n'est la validité est mise en cause par certaines équipes de recherche clinique). En tout cas il ne nous paraît pas possible de décrire pour ces affections les mêmes particularités sensorielles ou motrices que dans l'autisme, ni la même évolution, et par conséquent nous ne pouvons rien dire des modalités et des objectifs thérapeutiques qui leur seraient adaptés dans ces domaines. Un autre point nous fait éviter le terme de Trouble Envahissant du Développement, c'est justement l'adjectif Envahissant. Celui-ci peut laisser un doute sur le caractère évolutif progressif, c'est-à-dire dégénératif de la pathologie en cause, ce qui est malheureusement le cas pour le syndrome de Rett, avec tous les signes neurologiques qui s'extériorisent clairement au cours de son évolution, y compris un arrêt de la croissance cérébrale, mais ne l'est pas dans le cas des troubles autistiques. Même s'il s'agit d'une situation grave et même d'une pathologie très grave chez certains enfants, l'évolution n'est pas celle de la détérioration constatée habituellement dans les pathologies neurologiques dégénératives. Les attitudes éducatives et les soins en sont donc très différents, justifiés par cette différence de pronostic. L'adjectif Envahissant est la traduction française du terme anglais original «pervasive» qu'il nous semble préférable de comprendre dans le sens de «diffus» ou «global» pour parler alors de «troubles diffus ou globaux du développement» de l'enfant, c'est-à-dire affectant la plupart des secteurs de son développement, afin de les distinguer des troubles «spécifiques», comme ceux du langage ou de la motricité qui ne touchent spécifiquement qu'un seul

domaine du développement de l'enfant, et qui n'ont pas, eux non plus, de caractéristiques évolutives dégénératives. S'il est une pathologie comparable dans son évolution à certains troubles autistiques se révélant au cours de la seconde année, mais qui touche, elle, un secteur spécifique du développement, à savoir le langage oral, c'est le syndrome de Landau-Kleffner ou aphasie-épilepsie acquise. Celui-ci débute un peu plus tard que la pathologie autistique, entre 3 et 5 ans le plus souvent, par une perte rapide du langage que l'enfant avait déjà acquis avec quelques rares crises d'épilepsie. L'évolution peut se faire vers une récupération plus ou moins complète du langage, pour peu que l'on aide impérativement celle-ci par une rééducation orthophonique adaptée (associé à un traitement antiépileptique, mais qui a peu d'effet à lui seul sur le langage). On ne peut s'empêcher de faire un parallèle entre cette évolution et celle de certains enfants autistes à l'aide des stratégies éducatives spécifiquement élaborées pour eux.

Comme nous allons le voir, les particularités du fonctionnement corporel des enfants avec autisme peuvent s'observer au niveau des sens ou au niveau de la motricité. Même si dans la réalité quotidienne les deux aspects sont largement intriqués, comme le souligne la notion d'équilibre sensori-tonique proposée par André Bullinger (9) nous les étudierons l'un à la suite de l'autre pour la clarté de l'exposé en commençant par les aspects sensoriels et en poursuivant par les aspects moteurs. Si nous nous référons le plus souvent aux enfants avec autisme plutôt qu'aux adolescents ou aux adultes, c'est d'une part parce que c'est dans cette tranche d'âge que nous avons notre plus grande expérience clinique, mais aussi

parce qu'il nous semble que c'est en particulier pendant la première enfance que la sémiologie corporelle est à son acmé pour s'atténuer ou se réguler ensuite avec l'âge et l'expérience de l'individu qui y est soumis, même si elle ne disparaît pas totalement pour autant.

Références

- 1- Organisation Mondiale de la santé, 10ème Classification Internationale des Maladies, Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent, Paris, Masson, 2001.
- 2- DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 2003.
- 3- Gillberg C., A guide to Asperger Syndrome, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
- 4- Atwood T., Le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau, Paris, Dunod, 2003, traduction française de Asperger's syndrome, a guide for Parents and Professionnals, Jessica Kingsley Publishers, London, 1999.
- 5- Kanner L., Autistic disturbances of affective contact, Nervous child, 1943, 2, 217-250.
- 6- Asperger H., Les « psychopathes autistiques » pendant l'enfance, 1998, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, traduction française de Die "Autistischen Psychopathen" im Kindersalter, Archives für psychiatrie und nerven krankheit, 1944, 117, 76-136.
- 7- Delacato C., The Ultimate Stranger : the Autistic Child, Noveto, CA, Academic Therapy Publications, 1974.
- 8- Maltraitance envers les personnes handicapées : briser

la loi du silence, Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir, Rapport du sénat n°339 du 5 juin 2003 (2002-2003) par M. Jean-Marc Juilhard.

9- Bullinger A., Approche instrumentale de l'autisme infantile, in Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Ramonville, Erès, 2004.