

TROUBLES AUTISTIQUES OU TROUBLES DE L'ATTACHEMENT ?

Une frontière floue et mal définie

C. DENIS (1), J. JACQUART (2), W. PITCHOT (3)

RÉSUMÉ : Trois cas cliniques d'enfants entre 3 et 5 ans sont analysés : la symptomatologie (retard/absence de langage, repli à la communication, retard de développement) évoque des troubles autistiques. Ces cas paraissent devoir être «lus» davantage en termes de pathologie de l'attachement avec repli «autistique». La prise en charge à moyen ou à long terme montrera une évolution plus favorable que dans les troubles autistiques. Le diagnostic différentiel entre troubles autistiques et troubles de l'attachement est discuté.

MOTS-CLÉS : *Troubles autistiques - Troubles de l'attachement - Diagnostic différentiel*

AUTISTIC OR ATTACHMENT DISORDERS ?

AN ILL-DEFINED BORDER

SUMMARY : We report 3 cases of 3- to 5-year-old children with symptoms suggesting an autistic disorder (language delay or absence of language, communication withdrawal and developmental delay). We believe that these cases should be preferentially interpreted in terms of attachment disorder with autistic withdrawal rather than pure autistic disorder. Their prognosis is far better than pure autistic disorders. We discuss the differential diagnosis between autistic and attachment disorders.

KEYWORDS : *Autistic disorders - Attachment disorder - Differential diagnosis*

INTRODUCTION

Dans la pratique courante en pédopsychiatrie, nous rencontrons souvent des enfants qui sont envoyés pour des «troubles autistiques». Le terme «troubles autistiques» est employé couramment, même par les professionnels, pour désigner des troubles graves du contact et de la relation. Cependant, il faut être vigilant et ne pas poser ce diagnostic trop vite.

Les enfants sont fréquemment envoyés dans les centres de réadaptation pluridisciplinaire par les PMS, les écoles ou quelquefois les médecins traitants pour des retards de développement associés à des troubles de comportement qui heureusement, interpellent les professionnels, dès l'enseignement maternel.

Les symptômes à l'avant-plan sont souvent un retard ou une absence de langage, un contact perturbé avec les autres enfants ou même avec l'enseignant, un repli sur soi, un isolement, une absence de jeu symbolique et des activités stéréotypées. L'enfant ne s'intègre pas dans la classe maternelle et ne s'intéresse pas aux apprentissages. Sa relation avec le parent est également souvent perturbée.

Ces dix dernières années, le nombre d'enfants présentant ce type de symptomatologie s'est considérablement accru. Ces pathologies graves en termes de retard de développement et de pronostic sont à prendre en charge sérieusement et à traiter précocement. En effet, de nom-

breux enfants sont adressés trop tardivement, les professionnels du domaine de l'enfance ayant parfois conseillé d'attendre avec l'espoir que le langage apparaîtrait plus tard.

L'objectif de cet article est de mettre en évidence le fait que ces troubles ne sont pas toujours à proprement parler des troubles autistiques. Il conviendrait plutôt de parler de «repli autistique», secondaire à des troubles d'attachement majeurs. Il est primordial de marquer cette différence, car ces enfants peuvent évoluer au long cours beaucoup plus favorablement que des enfants autistes, à condition d'instaurer une prise en charge précoce et adéquate.

Pour illustrer ce propos, nous avons décidé de présenter 3 cas cliniques. Il nous a paru intéressant de réfléchir sur certaines situations cliniques en termes de diagnostic et de prise en charge permettant une relance du processus psychique et une certaine récupération du retard.

CAS CLINIQUES

1^{ER} CAS (NOUS L'APPELLERONS BENJI)

Le petit Benji, 4 ans, est adressé par l'école et l'ONE pour un retard de langage. Les parents, d'origine marocaine, paraissent totalement démunis et dépassés face à l'enfant. Ils disent que Benji n'obéit pas du tout. Dans la rue, il court devant et refuse de donner la main. A la maison, il passe son temps devant la télé et dans les magasins. Il prend ce qui l'attire. Selon les parents, son langage est incompréhensible. Cela ressemble à un langage «bien à lui» dont personne ne comprend le sens. Le père déprimé, n'a aucune prise sur l'enfant et semble avoir renoncé.

(1) Pédopsychiatre, Médecin Directeur, Centre de Réadaptation de l'Enfant, Liège.

(2) Médecin-Assistant, Service de Santé Mentale, ASBL Psycho-J, Liège.

(3) Professeur de Clinique, Chef de Service Associé, Université de Liège, Service de Psychiatrie, CHU de Liège.

Le tableau de l'enfant est dominé par un repli important. Le visage impassible, Benji s'occupe seul, déambule et observe. Son regard semble nous traverser sans nous voir. Il cherche néanmoins à s'occuper en choisissant le plus souvent des tâches concrètes telles que des puzzles ou petits légos où sa motricité fine est précise et adroite.

L'école, contactée, s'interroge sur des «troubles autistiques» tant l'enfant semble isolé, en marge du groupe, ne jouant avec aucun enfant, ne parlant avec personne, et donc très inadapté dans le groupe classe.

Dès le début de la prise en charge, l'orientation vers un Centre de jour est évoquée mais dans l'attente d'une possibilité, une thérapie individuelle, des séances de psychomotricité ainsi que des entretiens avec la famille seront mis en place durant environ 6 mois.

ENTRETIENS AVEC LES PARENTS

Au départ, les parents sont focalisés sur le retard de langage. Ils voudraient que l'enfant parle, ils voudraient des progrès tout de suite. A chaque consultation, ils insistent, s'impatientent. Plus tard, nous apprendrons par la tante que le père a fait croire à sa famille que Benji parlait français et non arabe, tant il est gêné face au regard de sa famille et de la communauté marocaine.

La tension, la nervosité, la déception sont tangibles dans le contact de ce papa, qui cherche à forcer, faire répéter des mots à l'enfant.

Benji, dans les entretiens, est ignoré comme personne. On parle de lui, de ses difficultés, mais on ne lui parle pas à lui, il n'est pas investi. A sa place, on voudrait un enfant qui parle bien le français, pour réussir à l'école plus tard.

En toile de fond, commencent à s'exprimer les soucis de la famille. En effet, le père n'a pas de travail en Belgique et la famille vit dans un logement exigü. Ils sont très isolés; seules deux tantes, sœurs de la mère et du père, habitent dans la région. La mère vient d'accoucher d'une petite fille il y a quelques mois.

Peu après le début du traitement, les parents partent au Maroc pour un mois (sans nous prévenir) et Benji est confié à sa tante maternelle. Celle-ci, qui n'a pas d'enfant, va mettre toute son énergie à tenter d'aller vers lui et de l'aider. Cela sera sans doute un élément déterminant dans les progrès que va faire Benji.

Par la suite, nous ne reverrons plus le père et, nous apprendrons, bien plus tard, qu'il a

été incarcéré (pour des raisons qui ne sont pas connues).

Dès ce moment, la mère va participer beaucoup plus activement aux entretiens avec sa sœur et prendre conscience progressivement qu'il ne s'agit pas que d'un simple retard de langage, mais qu'il faut d'abord aider Benji à sortir de son isolement, à communiquer et à exprimer ses émotions pour pouvoir évoluer.

TRAVAIL AVEC L'ENFANT

Pendant longtemps, les premières semaines, Benji restera impassible, ne donnant que de brefs signaux de sa présence. Souvent, lors des débuts et fins de séances, il court vers nous et fait de discrets «au revoir» presque cachés dans son manteau. Le temps de la consultation, il s'efface, «disparaît», s'occupe calmement et se ferait oublier si on n'y prenait garde.

Quelques mois plus tard, il se manifeste autrement, il aime venir, il pleure, se fâche quand il doit quitter le local de la psychomotricité. En fait, il veut rester encore. Il commence à parler, des petits mots qu'il écoute et qui l'étonnent, comme s'il s'entendait parler. Son visage s'ouvre, il regarde droit dans les yeux et vient prendre la main.

Quelques mois plus tard, il progresse encore, s'engageant dans de véritables jeux moteurs d'échange (échange de ballons, de quilles). Il rit, se délie, lui dont le visage était si fermé et, impassible. Cependant, on observe encore peu de jeux symboliques. Le langage n'en est encore qu'à des mots très simples, mais est utilisé dans la relation.

Benji vient d'entrer en Centre de jour. Sur ces quelques mois, il nous a montré qu'il était intéressé par une relation, sortant de la neutralité, de cette sorte d'indifférence totale dans laquelle il se cantonnait de longue date.

2^{ÈME} CAS (NOUS L'APPELLERONS JOACHIM)

Le petit Joachim, 3 ans et demi, nous est adressé par la pouponnière où il est placé depuis sa naissance. La demande de suivi, pour un retard de langage, survient alors que l'enfant est rentré dans sa famille depuis quelques mois. Il en avait été séparé suite à une psychose du post-partum de la mère. Les parents, d'origine congolaise, ont fait un long cheminement avec un service d'accompagnement à la relation parent-enfant pour récupérer leur enfant.

Lors de la première consultation, l'enfant nous inquiète d'emblée. Il est figé, terrorisé, il exprime une tristesse et une détresse infinies. Il ne joue, ni

ne parle, et ne sort pas de son état de sidération. Là encore, c'est au moment du départ que soudain, le petit Joachim, alors que nous ne nous y attendions pas du tout, saute, grimpe dans nos bras et s'y agrippe comme un bébé de quelques mois en jouant avec notre collier.

Très interpellés par ce tableau, nous recevons le petit Joachim avec sa maman. Celle-ci, très affairée par les démarches en cours, semble ne pas sentir les besoins et les mouvements du petit. Les gestes de la maman sont opératoires. Elle exprime peu d'affection envers son enfant, bien qu'elle nous dise sa fierté de l'avoir maintenant près d'elle.

Inquiets par la gravité du tableau clinique évoquant un repli autistique, nous contactons l'équipe de la pouponnière. Celle-ci réintervient, et après plusieurs observations à l'école et en famille, conclut à une nette dégradation de l'état de l'enfant, coïncidant avec son départ de la pouponnière. Les parents dénie et disent ne voir aucun problème avec l'enfant, nous accusant d'être le seul lieu où il manifeste son mal-être. Néanmoins, le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) décide le retrait de l'enfant de la famille et le retour en pouponnière.

Très vite, Joachim va retrouver un état plus serein. Le niveau de terreur et d'angoisse qui le figeait va s'estomper progressivement. Le SPJ va orienter l'enfant vers une maison d'enfants en diminuant les contacts à un jour par week-end avec les parents. Le petit Joachim sera suivi dans notre service (en psychomotricité et en psychothérapie) et très vite, les progrès se marqueront.

Investi par la maison d'enfants, le petit Joachim, retrouve vitalité et dynamisme et son développement progresse. Il rit, fait des blagues, se cache, nous étonne par son langage qui progresse de jour en jour. Maintenant, il commence à parler de lui, de ses amis d'école, de son papa. Il investit certains apprentissages (coloriage) et jeux d'échange. Un grand pas a donc été franchi en quelques mois.

Ce cas nous a beaucoup appris. En effet, le tableau clinique de départ évoquant un repli autistique a révélé que celui-ci était l'expression d'une terreur angoissante dans le lien d'attachement, qui figeait tout processus d'évolution.

La décision difficile et douloureuse de retirer l'enfant de la famille fut salutaire pour lui, même si les intervenants ont réagi eux-mêmes avec beaucoup d'appréhension et avec la crainte de précipiter un drame du côté parental ou tout simplement, de se tromper.

Insistons à nouveau sur l'importance du processus de réinvestissement de l'enfant dans une relation sécurisante (institution-thérapie) permettant la relance du développement de l'enfant.

3^{ÈME} CAS (NOUS L'APPELLERONS SAMBILA) EXEMPLE D'ÉVOLUTION AU LONG COURS

Ces dernières années, nous avons reçu beaucoup d'enfants d'origine africaine avec un tableau clinique similaire.

Le petit Sambila qui a maintenant 7 ans est suivi depuis 3 ans dans notre Centre. A 4 ans, mutique, il déambulait sur la pointe des pieds dans un état d'isolement complet dans le groupe classe. Après un an en Centre de jour, il a pu réintégrer l'école.

Actuellement, Sambila est un petit garçon de 7 ans qui exprime beaucoup de choses dans le cadre de sa thérapie. Il dit souvent qu'il veut retourner en Afrique, parce que l'Afrique c'est beau.

La thérapeute pressent que Sambila veut redonner le sourire à sa maman, qu'il voit souvent triste, ailleurs, le regard perdu. La maman tourne rarement son regard vers l'enfant qui court vers elle pour lui montrer un dessin ou ses progrès. Elle est malade, atteinte du virus HIV, mais n'en a jamais dit mot. Le passé chargé de cette famille (violences, viols) a marqué d'une grande insécurité le vécu de l'enfant.

DISCUSSION

Rappelons tout d'abord les critères précis des troubles autistiques et des troubles d'attachement.

Le diagnostic différentiel peut être difficile entre ces deux affections, surtout chez les très jeunes enfants sans langage. En effet l'expression symptomatologique est très proche sur plusieurs points, dont l'altération des interactions sociales et de la communication, le retard de langage, les stéréotypies des activités, l'absence de jeu symbolique (Tableau I).

Cependant, la classification du DSM IV fait nettement la différence entre autisme et troubles d'attachement, mettant l'autisme du côté des troubles envahissants du développement et reliant les troubles de l'attachement à des carences de soins adaptés.

ÉLÉMENTS IMPORTANTS DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE AUTISME ET TROUBLES D'ATTACHEMENT

Au premier abord, les tableaux cliniques décrits ont beaucoup de traits communs avec l'autisme : repli, retrait d'investissement et d'émotion, fixité et stéréotypies des activités, retard et/ou dysharmonies du développement.

Dans les processus «autistiques», la modalité selon laquelle s'est construite la relation à l'autre

TABLEAU I. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE AUTISTIQUE ET DU TROUBLE RÉACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT DE LA PREMIÈRE OU DE LA DEUXIÈME ENFANCE SELON LE DSM-IV (1)

Trouble autistique	Trouble réactionnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance
<p>A. Un total de six (ou plus) parmi les éléments décrits en (1, 2, 3), dont au moins deux de (1), un de (2) et un de (3)</p> <p>(1) Altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes; (b) incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau de développement; (c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (p.ex. il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent); (d) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle. <p>(2) Altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique); (b) chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui; (c) usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique; (d) absence d'un jeu de «faire semblant» varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau du développement. <p>(3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation; (b) adhésion, apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels; (c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs; (p. ex. battements ou torsion des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps); (d) préoccupations persistantes pour certaines parties des objets. <p>B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) interactions sociales; (2) langage nécessaire à la communication sociale; (3) jeu symbolique ou d'imagination. <p>C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic de Syndrome de Rett ou de Trouble désintégratif de l'enfance</p>	<p>A. Mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l'âge de 5 ans, comme en témoignent les manifestations (1) ou (2)</p> <p>(1) Incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d'une manière appropriée au stade du développement, qui se traduit par des réponses excessivement inhibées, hyper-vigilantes, ou nettement ambivalentes et contradictoires (par ex. l'enfant se comporte vis-à-vis des personnes qui prennent soin de lui en alternant tentatives d'approches, réaction de fuite et refus de se laisser consoler, parfois il montre une «vigilance glacée»).</p> <p>(2) Liens d'attachement diffus, qui se manifestent par une sociabilité indifférenciée et une incapacité marquée à faire preuve d'attachements sélectifs (par ex. familiarité excessive avec des étrangers ou absence de sélectivité dans le choix des figures d'attachement).</p> <p>B. La perturbation décrite dans le critère A n'est pas uniquement imputable à un retard du développement (comme dans le Retard mental) et ne répond pas aux critères d'un Trouble envahissant du développement.</p> <p>C. Carence de soins adaptés, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l'enfant concernant le confort, la stimulation ou l'affection; (2) négligence persistante des besoins physiques élémentaires de l'enfant; (3) changements répétés des personnes prenant soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d'attachement stables (p. ex. changements fréquents de nourrice ou de parents adoptifs). <p>D. On présume que la carence de soins décrite dans le critère C est responsable de la perturbation du comportement décrite dans le critère A (p. ex. la perturbation décrite en A a débuté la suite à la carence de soins décrite en C).</p>

est très perturbée. Dans ces troubles, on est toujours en face d'une tentative d'annihilation de la pulsion vers l'autre et vers l'objet. Cela donne à l'interlocuteur une sensation d'inexistence, tant l'enfant s'est retiré du lien jusqu'à la fixité tonique, émotionnelle.

Dans les cas présentés ci-dessus, le retrait vital est marqué mais l'origine des troubles semble en grande partie secondaire aux perturbations des liens précoces et paraît relever des troubles d'attachement. Spitz, dans son étude sur les effets de l'hospitalisme (2), décrivait déjà que les enfants les

plus gravement atteints se retirait de la relation jusqu'à parfois se laisser mourir. Ce processus de retrait d'attachement vital conduit au désintérêt, à l'abandon et à la mort dans les cas extrêmes. Dans plusieurs des cas traités, on observe non seulement chez l'enfant mais aussi chez les parents, un véritable trouble de l'investissement.

Plusieurs signes cliniques peuvent aider au diagnostic. Dans les cas présentés, c'est à chaque fois l'enfant qui, à des moments imprévisibles et inattendus, fait soudain «signe» de son désir de communiquer. L'impact de ce mouvement chez celui qui le reçoit est immédiat, révélant soudain une capacité de lien préservée sous ce dehors figé, et réveillant un espoir et des potentialités.

Chez l'enfant autistique, il est plus difficile de mobiliser la vie pulsionnelle et affective et de percevoir s'il reconnaît ses propres états émotionnels ainsi que ceux des autres. On pourrait aussi s'interroger sur l'agressivité, peu présente chez les autistes et, par contre, plus présente, voire à l'avant plan, dans certains troubles d'attachement (réactions oppositionnelles). Le diagnostic différentiel entre ces deux pathologies est particulièrement difficile à poser chez les enfants en bas âge. Souvent, le tableau se précise par l'évolution au fil du temps. C'est ainsi qu'un repli mutique, qui semblait autistique, peut prendre un aspect beaucoup plus ludique et mobilisable. Aussi, paraît-il préférable d'examiner les choses en termes de gradation, d'intensité (\pm importante) de certaines défenses et modalités psychiques utilisées par l'enfant. Comme le disait A. Denis (3), il faut parler **des** états autistiques au pluriel, car un système autistique peut être plus ou moins complet (tous les symptômes n'étant pas nécessairement présents) et donc, révéler des degrés variables de morbidité. L'expérience et le suivi des cas au long cours nous apprennent à être très prudents, à ne pas émettre trop vite un diagnostic.

Comme le soulignent Ferrari et coll. dans un article de 2001 (4), le problème des classifications diagnostiques en pédopsychiatrie est complexe et dépend de l'état d'avancement actuel des recherches (en matière de génétique, de biologie moléculaire). Actuellement, deux grandes manières de voir s'opposent. D'une part, les classifications américaines (DSM IV), considèrent plutôt les troubles comme innés, fixés au cours du temps et exclusifs. D'autre part, la CFMEA (Classification Française des troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) (5) s'interroge davantage sur les mécanismes d'organisation psychopathologique en cause, en insistant sur le processus évolutif, variable chez un même enfant ou entre plusieurs enfants dont le devenir peut être très différent. Ferrari et coll. (4) illustrent également ce point de vue en discutant notamment des affections diverses reprises sous le

terme «troubles envahissants du développement», qui incluent ce qu'on appelle dans la terminologie française les psychoses ou dysharmonies psychotiques (6). Ils soulignent la variété des pathologies reprises dans ce concept «fourre-tout» et leur évolution, éminemment variable en termes de pronostic. Si on regarde l'évolution à long terme de ces enfants, certains deviennent des adultes normaux; d'autres restent «fragilisés» pouvant évoluer vers une personnalité limite ou anxieuse. Tordjman et coll. reprennent certains de ces cas sous un nouveau terme : MCDD «Multiplex Complex Developmental Disorder» dont la symptomatologie est à survenue plus tardive et à évolution plus favorable que l'autisme (7).

Notre réflexion rejoint ces propos. Les affections que nous décrivons ne seraient pas rigides, ni fixées, et le processus d'évolution serait variable d'un cas à l'autre. Dans les cas présentés, la psychopathologie n'est pas tant du côté de la psychose, de l'altération de l'identité et du sens du réel, mais plutôt du côté des troubles de l'attachement et d'investissement du soi, donnant un tableau de retrait psychique. Aussi insistons-nous sur ces signes qui peuvent, par leur symptomatologie, être «confondus» avec des troubles autistiques, alors qu'ils sont de meilleur pronostic.

IMPACT DES CARENCES DE SOINS OU DES TROUBLES DES INTÉRACTIONS PRÉCOCES DANS LA PETITE ENFANCE

Dans certains cas de troubles de l'attachement, un ou les deux parents présentent des troubles psychiatriques. Comme l'a bien expliqué M. Berger, certains parents peuvent, par leurs troubles, induire un état d'angoisse et de terreur chez l'enfant qui provoque une sidération, une angoisse et un arrêt du développement (8). Des détails marquants alertent sur une mauvaise qualité du lien et de l'affect dans la relation avec l'enfant notamment dans la manière dont le parent négocie la séparation pour l'examen, parle et interagit avec l'enfant pendant l'entretien. Le parent n'accompagne pas ou mal les mouvements pulsionnels de l'enfant. La question d'une «séparation thérapeutique» se pose quand la pathologie psychiatrique du parent paraît déterminante dans les troubles observés (cfr 2^{ème} cas). D'après M. Berger (8), le lien peut induire une telle terreur et angoisse chez l'enfant, qu'un éloignement reste indispensable pour le soigner.

Ces pathologies se retrouvent aussi chez de nombreux enfants d'immigrés, notamment africains (cf 1^{er} et 3^{ème} cas). Dans les cas d'immigration, la problématique de l'attachement se joue à plusieurs niveaux. Outre l'attachement de l'enfant à sa mère, c'est l'arrachement des parents à leur famille et à leur culture qui les laisse solitaires et sans attache. Outre

un passé souvent difficile dans le pays d'origine, la lutte quotidienne de ces parents pour survivre en Belgique, souvent dans une certaine précarité (conditions de travail difficiles – horaires de nuit – logements exigus) les laisse parfois marqués et moins disponibles pour investir l'enfant, sur lequel reposent néanmoins beaucoup d'attentes et d'espoirs. Aussi, les retards et difficultés de l'enfant sont très mal perçus, et parfois même, source d'un certain déni, d'aveuglement, avant que la souffrance plus élargie puisse s'exprimer. Les problèmes liés à l'immigration cumulent dans l'histoire parentale des drames : emprisonnement, violences, meurtre ou mort, abus dans des pays en guerre ou sous dictature, déracinement du pays et précarité parfois longue et douloureuse de l'intégration, maladies touchant un des parents (HIV...).

Dans ce contexte, où la question de survivre est à l'avant-plan, les pathologies sont difficiles à mobiliser et à traiter. Les différences raciale et de culture, nous rendent parfois maladroits ou fort démunis dans nos interventions, avec notre seule présence, là où toute l'intégration d'une famille et d'une communauté aurait bien sa place, comme on le voit dans l'abord des thérapies transculturelles.

PRONOSTIC ET CONCLUSION

Comme nous l'avons illustré dans les cas cliniques, ces pathologies graves de l'attachement donnent un tableau pseudo-autistique, mais sont susceptibles d'évoluer plus favorablement que les troubles autistiques vers des améliorations sensibles du comportement et du développement. Comme le montre l'évolution à court, moyen, et long terme, les possibilités de récupération existent. Chez certains enfants dont nous avons suivi l'évolution sur plusieurs années et qui ont bénéficié des traitements adaptés, nous avons constaté une amélioration lente mais progressive sur le plan développemental, se traduisant par un progrès du rendement intellectuel qui s'améliore lui aussi. De plus, des changements s'opèrent dans les modalités relationnelles à l'autre. La plupart du temps, dès qu'un mouvement d'ouverture s'est créé, l'enfant, quand il a la chance d'être pris en charge dans un milieu adapté qui lui convient, va en quelque sorte, reprendre son évolution là où elle s'était comme figée, arrêtée, tel le petit Joachim de 4 ans qui s'est mis à parler, à jouer, à rire alors qu'il était fermé, que son visage était sévère et triste. C'est un autre enfant qui a surgi. Néanmoins, les séquelles et troubles liés à ces pathologies précoces restent présents et longtemps invalidants.

Nous terminerons en insistant sur la nécessité d'un diagnostic et d'un traitement précoces, d'un travail avec les parents, parallèlement à la prise en charge de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association.— MINI DSM-IV. *Critères diagnostiques* (Washington DC, 1994). Traduction française. J.D. Guelfi et al. Masson, Paris, 1996, 384.
2. Spitz R.— *De la naissance à la parole* (La première année de la vie), P.U.F, éd, Paris, 1968; «Le non et le Oui», P.U.F. Ed. Paris, 1962
3. Denis A.— Les états autistiques chez l'enfant et chez l'adulte en relation avec la question de l'inscription sonore. *Actes de la Journée d'étude*. J. Capioux et A. Denis, 12/10/2002.
4. Ferrari P, Speranza M, Raynaud J, et al.— *Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2001, 188-193.
5. Mises R, Quemada N.— CIM10, classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, classification internationale des troubles mentaux et du comportement (chap. V de la CIM 10 OMS) : version officielle du chapitre V de l'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10, 1992, OMS, Genève), 3 Ed. Vanves, CTNE RHI, PUF, 1993, 237.
6. Marcelli D.— *Enfance et psychopathologie*. Masson Collection. Les âges de la vie, 6^{ème} édition revue et complétée, 2000.
7. Tordjman S, Ferrari P, Golse B, et al.— Dysharmonies Psychotiques, Multiplex Developmental Disorder : Histoire d'une convergence. *Psychiat Enfant*, 1997, 473-504.
8. Berger M.— *Les séparations à but thérapeutique*, 1992.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr C. Denis, Pédopsychiatre, Centre de Réadaptation de l'Enfant, rue Hors Château 61, 4000 Liège, Belgique.
Email : creasbl@scarlet.be