Le diagnostic différentiel de l'autisme et de la dépression précoce

Madame L. vient vous consulter, car elle trouve que son jeune fils manque d'entrain. Autisme ou dépression précoce? Dans cet article, l'auteur explique quels sont les signes à évaluer, comment poser le diagnostic différentiel et comment traiter chacun de ces troubles.

Par Michel Lemay, M.D.

Un peu d'histoire

L'autisme

Pendant des années, l'autisme a été considéré comme une affection psychiatrique très rare. On donnait habituellement le ratio de 3 à 5 enfants pour 10 000 enfants, en réservant le terme « autisme infantile » à la stricte définition de Leo Kanner, psychiatre d'origine autrichienne qui, dès 1943, a su définir cet état.[1] Antérieurement, le terme existait dans le sens d'un « détachement par rapport à la réalité » pour Bleuler et d'une « perte du sens de la réalité » pour Janet, mais il se rapportait à un comportement symptomatique et non à une entité clinique. Kanner avait constaté que certains enfants présentaient, dès les premières années de leur vie, un étrange retrait par rapport à leur environnement. Enfermés comme dans une coquille, ils ne développaient pas les attitudes habituelles d'accueil vis-à-vis de leur entourage. Il notait chez eux une absence d'échange de regards, une rareté ou une absence de mouvements anticipateurs pour être pris dans les bras et des désirs obsessifs pour que rien ne change autour d'eux. Ils vivaient dans un monde à

Dr Lemay est psychiatre, Hôpital Sainte-Justine.

part et, soit le langage ne survenait pas, soit il se limitait à une répétition monotone de mots qui n'aboutissaient pas à un dialogue. Kanner avait eu l'intuition géniale qu'il ne s'agissait pas d'enfants déficients sur le plan intellectuel. Leur mémoire était souvent étonnante et ils manifestaient de l'intérêt pour des objets, tandis qu'ils ne se tournaient pas vers les personnes. Certains d'entre eux développaient des habiletés mnésiques ou gestuelles remarquables sans que cela mène à des échanges. Cette description est valable pour certains enfants particulièrement atteints.

En bref :

Le diagnostic différentiel de l'autisme et de la dépression précoce

L'autisme

Enfermés comme dans une coquille, les enfants ne développent pas les attitudes habituelles vis-à-vis de leur entourage. On note chez eux une absence d'échange de regards, une rareté ou une absence de mouvements anticipateurs pour être pris dans les bras et des désirs obsessifs que rien ne change autour d'eux. Ils vivent dans un monde à part et soit le langage ne survient pas, soit il se limite à une répétition monotone de mots qui n'aboutissent pas à un dialogue. Leur mémoire est souvent étonnante, mais très sélective et ils manifestent de l'intérêt pour des objets, tandis qu'ils ne se tournent pas vers les personnes. Certains d'entre eux développent des habiletés mnésiques ou gestuelles remarquables sans que cela mène à des échanges. Cette description est valable pour les enfants particulièrement atteints.

Une meilleure observation des troubles précoces de la petite enfance a cependant permis de découvrir que certains enfants présentaient des symptômes plus légers et plus évolutifs qui se rattachent tout de même à l'autisme puisque les trois domaines (réciprocité de la communication, modes d'expression, préoccupations inhabituelles) se révélaient altérés.

La dépression précoce

À la suite d'une perte des personnes significatives pour l'enfant ou d'un vécu inadéquat au sein de la famille ou d'institutions mal organisées pour de jeunes enfants, le petit garçon ou la petite fille ralentit puis arrête ses acquisitions développementales. Une indifférence progressive surgit avec altération de la communication, mouvements de balancement, chute des initiatives, signes de souffrance physique, alternance de phases d'agitation et de passivité. Dans certains cas devenus heureusement rares dans nos pays occidentaux, cela peut déboucher sur un état de marasme. Une aide intensive doit être mise en place : soutien aux parents momentanément incapables d'endosser leurs responsabilités éducatives, orientation vers un placement substitutif en famille d'accueil, adoption des enfants abandonnés. Lorsque cette aide est bien menée, il se produit une sorte de réanimation psychique où les signes de retrait, d'indifférence et d'auto-stimulation régressent puis s'effacent en grande partie. Toutes les séquelles ne disparaissent pas nécessairement pour autant. Souvent, une fragilité émotive, une avidité affective trop intense et difficile à combler, une intolérance à toute situation d'abandon, même brève, une anxiété trop vive lors du coucher, un seuil de tolérance aux frustrations trop bas et des périodes d'inquiétudes accompagnées de retraits puis d'oppositions subsistent.

Tous ces symptômes qui se rattachent à ce qu'on appelle les troubles de l'attachement exigent souvent un soutien de la part de la famille, une aide psychologique à l'égard de l'enfant et quelquefois un environnement scolaire adapté, mais les manifestations qui pouvaient faire penser à un trouble envahissant du développement disparaissent ou deviennent très réduites. Nous pouvons comparer la résolution de l'autisme par rapport à la dépression au tableau 2.

Une meilleure observation des troubles précoces de la petite enfance a cependant permis de découvrir que certains enfants présentaient des symptômes plus légers et plus évolutifs qui se rattachaient tout de même à l'autisme. Si les processus intellectuels sont sauvegardés chez certains, ils sont gravement altérés chez d'autres. Aussi, le niveau de langage expressif et réceptif est variable. Pendant longtemps, on a mis tous ces troubles sous la rubrique des « psychoses infantiles » ou des formes particulières de schizophrénie infantile, tandis que l'évolution de ces maladies n'est pas la même que celle de l'autisme.

En 1980, le *Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales,* qui tentait pour la troisième fois de proposer une classification internationale des troubles psychiatriques, employa le terme « troubles envahissants du développement » pour caractériser une population beaucoup plus vaste, mais dont 3 domaines de la vie étaient altérés dès les 36 premiers mois de la vie. Ces trois domaines sont les suivants : anomalies qualitatives graves des interactions sociales réciproques, anomalies qualitatives des différents modes d'expression symbolique (imitation, langage, jeux de rôle, etc.) et enfermement du sujet dans des comportements répétitifs, stéréotypés et ritualisés. Cet élargissement de la vision diagnostique a entraîné une augmentation de cette nosographie. Le nombre d'enfants atteints est donc passé de 25 à 30 enfants pour 10 000 enfants. Tout récemment, une étude menée par Suniti Chakrabarti et Eric Fombonne a permis de découvrir que sur 15 000 enfants étudiés, 97 avaient des troubles apparentés à l'autisme, soit une fréquence de 62,6 enfants pour 10 000. Comme les manifestations cliniques ne surgissaient pas toujours au même âge et avec la même intensité, et comme certains domaines (par exemple, le langage) étaient sauvegardés chez les uns et fortement perturbés chez les autres, il a fallu créer des sous-catégories de ces troubles envahissants du développement en ne sachant pas toujours très bien si ces dernières relevaient des mêmes causes ou si elles constituaient autant de syndromes distincts que nos connaissances ultérieures nous permettraient de mieux caractériser.

Les troubles envahissants du développement

À l'heure actuelle, on regroupe sous la dénomination « troubles envahissants du développement » l'autisme infantile (selon sa définition première), les troubles autistiques apparentés, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett, les troubles désintégratifs de l'enfance et les troubles non envahissants du développement non spécifiés, chacune de ces dénominations ayant quelques caractéristiques propres tout en gardant globalement les anomalies précédemment énumérées. Ce regroupement, sans doute trop hétérogène, a cependant permis de dégager un certain nombre de caractéristiques sur le plan de la constitution neurobiologique, cognitive et relationnelle de ces enfants. S'ils se révèlent capables de bien capter de l'information sensorielle issue de leur entourage, ils sont prisonniers de ces stimuli, car ils ne peuvent les intégrer les uns aux autres afin de donner un sens aux messages qui leur sont adressés. Leur monde perceptif se développe sur un mode parcellaire. Par exemple, ils sont étonnamment sensibles à certains bruits et indifférents à d'autres, ils valorisent une vision rapprochée et périphérique des objets plutôt qu'une vision focale, ils se concentrent intensément sur un détail sans pouvoir s'en dégager pour passer à d'autres intérêts.

Autant ils sont attirés par une manipulation répétitive de quelques objets qu'ils palpent, tournent, emboîtent ou alignent, autant ils ont du mal à établir une relation d'échanges avec des personnes. Si le langage apparaît, il est plus utilisé dans le sens d'un soliloque que dans celui d'interactions sociales. L'origine de ce syndrome autistique est inconnue. Pendant un certain temps, il a été considéré comme étant lié à l'environnement parental, plus particulièrement à une relation mère-enfant inadéquate. Cette hypothèse a été abandonnée après que bien des familles aient été cruellement stigmatisées. Cette erreur d'orientation, qui s'expliquait par la découverte de l'importance des conflits intra-psychiques dans un certain nombre de manifestations psychopathologiques, a eu pour conséquence d'oublier parfois que des privations relationnelles précoces, des abandons et des investissements inégaux pouvaient provoquer l'apparition de troubles graves de la communication avec retrait et intérêts répétitifs, qui ressemblaient au premier abord à des manifestations autistiques. Il peut donc être nécessaire de faire un diagnostic différentiel de l'autisme et de certains troubles de l'attachement s'accompagnant d'affects dépressifs.

Un petit enfant dont la constitution neurobiologique est intacte se tourne très vite vers une personne dont il reconnaît les particularités parmi de nombreux éléments qui gravitent autour de lui.

Le processus d'attachement

Un petit enfant dont la constitution neurobiologique est intacte se tourne très vite vers une personne dont il reconnaît les particularités parmi de nombreux éléments qui gravitent autour de lui. Dans la mesure où cette personne répond à ses demandes d'attention privilégiées, c'est-à-dire que non seulement elle le nourrit et satisfait ses besoins physiologiques de base, mais aussi qu'elle le caresse, le berce, le soutient, l'apaise dans les moments de tension et l'enveloppe de tendresse, elle devient un point de repère sur lequel il peut s'appuyer pour s'épanouir. Ce processus qui surgit dès les premières semaines de la vie s'appelle « l'attachement ». C'est à partir de ce processus que l'enfant acquiert une sécurité, une confiance suffisante en son environnement pour se développer, stimule son entourage et reçoit de ce dernier les éléments nécessaires à son développement.

On voit que s'enchevêtrent ainsi très vite la part d'un bagage inné puis acquis sans lequel il n'est pas possible d'intégrer et de donner un sens aux stimulations et la part d'un milieu parental ou substitutif apportant à l'enfant les composantes affectives et culturelles sans lesquelles il ne parvient pas à se bâtir une identité. Au fil des mois, les échanges permettent que ces personnes significatives, habituellement la mère, le père et quelques autres membres d'un groupe familial, deviennent

reconnues, nommées et inscrites dans un creuset où l'enfant puise les éléments pour vivre « individué », c'est-à-dire porteur d'un corps qui lui est propre, maîtrisant un espace qu'il explore activement, enregistrant des souvenirs, intégrant des moyens symboliques de communication tels que le langage ou les gestes, gérant des phases inévitables d'anxiété, bâtissant un monde imaginaire, devenant un citoyen d'une communauté qui lui propose des règles et des valeurs.

Dès que le processus d'attachement se produit, il n'est déjà pas anodin pour un bébé de perdre ses premières figures d'étayage. S'il se retrouve dans une succession de milieux où les formes de maternage ne sont pas identiques et où les points de repère sensoriels se modifient considérablement, il présente rapidement des manifestations de détresse qui se traduisent par des troubles alimentaires, des troubles du sommeil, des cris et des pleurs difficilement apaisés. Si cette situation se prolonge, les manifestations deviennent souvent dramatiques, par exemple, le nourrisson qui ne se laisse plus prendre ou qui, au contraire, devient indifférent aux personnes de son entourage. Les séquelles d'un tel état (décrites pour la première fois par Spitz sous le terme d'« hospitalisme ») peuvent devenir irrémédiables.[2] Ces grandes détresses que l'on retrouvait il y a quelques années dans les orphelinats ont, heureusement, à peu près disparu. Plusieurs situations surgissent par contre assez souvent. Regardons-les successivement.

Les différentes situations prédisposantes

La première situation est celle d'un petit enfant élevé par une mère généralement seule dont les capacités à apporter régulièrement de l'affection à son enfant sont fortement entravées. Son histoire est généralement la suivante : elle n'a pas pu établir durant son enfance des liens stables avec des personnes significatives, celles-ci s'étant dérobées à ses demandes. Il s'est ainsi créé un immense manque affectif qui l'a rendue avide de toute relation sans qu'elle ne reçoive jamais de marques suffisantes de tendresse. Une profonde blessure s'est inscrite au fond d'elle-même et elle a le sentiment douloureux qu'elle n'a jamais été vraiment désirée pour elle-même. Il en découle une impression d'injustice en même temps que ce statut de sujet non investi l'amène à se percevoir comme étant une mauvaise personne et indigne d'amour.

Réagissant par des colères, des oppositions et une alternance de demandes démesurées et de retraits, elle est devenue peu à peu « celle qu'on ne peut pas aimer ». Jeune fille, elle est évidemment très vulnérable à toutes les sollicitations amoureuses sans pouvoir s'attacher profondément à un homme qui pourrait devenir son compagnon de vie. Elle croit par contre pouvoir réparer son passé en ayant un enfant; elle imagine que celui-ci pourra combler son manque d'affection.

Cet enfant idéalisé est bien loin d'un vrai bébé qui pleure souvent, se réveille la nuit, déséquilibre son emploi du temps. Il lui apporte de grandes

satisfactions, mais la confronte aussi à des frustrations. Cette mère qui veut un nourrisson pour réparer son passé découvre un petit être qui veut s'affirmer, réclame son autonomie et qui veut beaucoup recevoir sans encore être en mesure de donner beaucoup en retour. Il devient peu à peu un nourrisson persécuteur dont les comportements deviennent de nouvelles sources de frustrations. Tantôt la maman le comble de caresses sans pouvoir se distancier de lui. Tantôt elle le délaisse en l'oubliant dans son lit ou en le confiant à n'importe qui. Puisqu'il souffre, ce bébé acquiert effectivement un caractère difficile et risque de connaître des situations successives d'abandon pendant lesquelles les revendications agressives, les phases de détresse et les réactions dépressives forment peu à peu un tableau clinique dont certains signes peuvent faire penser à des conduites autistiques.

La deuxième situation est celle d'un enfant qui, s'étant attaché à une figure parentale significative, perd brusquement celle-ci. Dans la mesure où il trouve, au sein de la famille élargie, des personnes connues qui continuent à s'occuper de lui, les conséquences ne seront pas dramatiques. S'il est dans un milieu monoparental dans lequel il est isolé des autres membres de la famille d'origine ou s'il perd ses deux parents sans pouvoir trouver une grand-mère, un grand-père, un oncle ou une tante se substituant à eux, il sera placé dans une famille d'accueil où les points de repère lui sont étrangers. Un tel placement, voire une adoption, peuvent constituer des solutions salvatrices. Si par malchance l'intégration se fait mal, l'enfant est retiré, connaît un autre milieu substitutif et, s'il se replie sur lui même ou s'il s'oppose à la situation, il risque de se transformer peu à peu en un enfant dont les symptômes sont tels qu'il passe de famille en famille sans pouvoir s'attacher à quiconque.

La troisième situation est celle d'un enfant adopté tardivement. Notre pays ne connaît plus les grands orphelinats impersonnels et mal encadrés qui existaient encore il y a quelques décennies. Certains pays, frappés par des problèmes de sous-développement, possèdent encore de telles institutions dans lesquelles un personnel éducatif insuffisant ne peut apporter aux enfants qu'un minimum de soins de base. Ces bébés restent parfois de longs mois, voire des années, dans une telle maison et souffrent des manifestations d'hospitalisme dont Spitz a parlé. Lorsque, plusieurs mois ou plusieurs années après, ils sont pris en charge par des services d'adoption et confiés à des familles à l'étranger qui désirent les prendre en charge, certains d'entre eux présentent des séquelles psychiques importantes qui doivent faire l'objet de soins pédo-psychiatriques.

La quatrième situation est celle d'un parent généralement seul qui souffre d'un épisode dépressif important lors des premières années de vie de son enfant. Cette maladie modifie brusquement ou insidieusement ses relations avec son nourrisson, délaissé sur le plan affectif et se trouvant confronté à une situation bien étrange, mais qui continue généralement à recevoir les soins de base relatifs à l'alimentation et à l'hygiène. Tout se passe chez ce parent comme si l'investissement n'était plus là. Si de telles conditions de vie se prolongent, sans rattrapage possible par d'autres membres du réseau familial, il se produit une sorte de désertification relationnelle dont les conséquences à la longue peuvent conduire à une grave dépression de l'enfant.

Comment tous ces enfants réagiront-ils à de pareils aléas de l'existence?

Les mécanismes d'adaptation sont variés. Certains enfants présentent des capacités de résilience étonnantes qui leur font franchir ces événements sans conséquences importantes, du moins apparentes. D'autres se défendent de l'adversité par des comportements agressifs et, s'ils sont difficiles à éduquer, ils gardent pourtant un dynamisme qui leur permet de bien s'en sortir après une phase conflictuelle pénible avec leurs nouveaux milieux. D'autres restent des enfants très avides d'affection, tout en étant peu capables de s'attacher de manière durable à leurs parents d'accueil. Je les ai longuement décrits dans mon ouvrage *J'ai mal à ma mère*.[3] D'autres encore se protègent par le retrait, le retour vers des recherches répétitives de stimulations sensorielles isolées (se balancer longuement, promener les mains devant les yeux pour s'autostimuler, se frapper de façon stéréotypée, etc.). Ces comportements sont difficiles à distinguer des manifestations autistiques dont nous avons parlé au début de l'article.

Quels sont les signes qui permettent de faire un diagnostic différentiel?

Les événements dramatiques

L'anamnèse révèle une histoire sociofamiliale discontinue avec des épisodes prolongés de pertes affectives non réparées. Cet élément n'est pas suffisant en lui-même pour poser un diagnostic, puisqu'un enfant peut souffrir en même temps d'un autisme vrai et connaître le drame des ruptures. Cet élément nous met tout de même sur une piste importante : des événements dramatiques sont survenus dans la vie de l'enfant.

L'état antérieur de l'enfant

Sauf pour les cas d'adoption tardive pour lesquels nous ne connaissons pas toujours l'état antérieur de l'enfant, dans les situations de négligence, de disparition des êtres chers ou de dépression majeure chez l'adulte, nous pouvons souvent vérifier si avant de sombrer dans une sorte de marasme, l'enfant a connu des périodes où il communiquait, formulait des demandes et exprimait de l'intérêt pour son environnement. Avant l'installation de l'état dépressif, on relève souvent une phase très active du nourrisson qui, par ses demandes, ses colères, ses pleurs et sa recherche d'affection a tenté de compenser le drame vécu.

Les manifestations physiques

L'enfant déprimé présente certains signes qui s'apparentent tout à fait à ceux de l'autisme. Il en est ainsi pour la fuite du regard, pour l'indifférence envers son entourage, pour l'absence de communication réciproque, pour le refuge dans des intérêts sensoriels isolés, pour le retard dans les modes d'expression symbolique tels que le langage, les jeux de rôle et, plus tard, le dessin.

Plusieurs manifestations symptomatiques sont cependant caractéristiques de la dépression. La posture de l'enfant est hypotonique et dégage une impression de lassitude et de tristesse qui est accompagnée de brèves phases prononcées pendant lesquelles l'enfant regarde intensément comme s'il espérait recevoir quelque chose. La pauvreté de la mimique est impressionnante. Le visage est plus souvent sérieux que totalement indifférent et on a davantage l'impression de voir un enfant qui n'a plus

la force de s'animer qu'un enfant qui refuse le contact.

On retrouve d'importants mouvements stéréotypés chez l'enfant qui consistent essentiellement en des balancements d'avant en arrière et de droite à gauche, comme si le sujet cherchait à ressentir un minimum de sensations que l'on qualifie d'autoérotiques pour traduire cette quête d'un plaisir créé par soi et non par une rencontre avec l'autre.

Les manifestations psychologiques

À moins que l'enfant soit dans une phase très avancée de la dépression de la petite enfance, on note des oscillations entre des coupures, un désintérêt et des recherches fusionnelles de contact avec n'importe quel adulte brusquement investi, puis tout aussi rapidement abandonné.

Les manifestations psychosomatiques

Les manifestations psychosomatiques sont toujours présentes : difficultés alimentaires avec une courbe staturo-pondérale retardée (état général souvent précaire, en particulier, présence d'otites à répétition et de troubles gastro-intestinaux) et endormissement difficile.

Lorsque l'état dépressif est important, le désintérêt s'étend à toutes les sphères de l'existence. L'enfant ne cherche pas à se nourrir, il ne désire pas se mouvoir, il est indifférent aux personnes qui tentent de lui parler, il n'explore pas et ses initiatives diminuent de plus en plus, y compris en ce qui a trait aux activités ritualisées que l'on retrouve chez les enfants autistiques.

La motricité est nettement ralentie, hormis des phases paradoxales d'agitation. Trop sage, le petit enfant reste placé où on l'a laissé, sans quête de partage, sans recherche de dialogue gestuel et sans manifestation d'intérêt à l'égard des objets attrayants qui lui sont proposés.

Le tableau 1 est un tableau comparatif dans lequel nous essayons de montrer les différences essentielles entre les manifestations autistes et les états dépressifs de la petite enfance.

Si l'hésitation entre les deux syndromes peut exister lors d'une première rencontre diagnostique, l'évolution du syndrome ne tarde pas à permettre de faire la distinction.

Comment traiter l'autisme?

L'autisme est un handicap à la fois cognitif et relationnel qui ne varie guère, et ce, pendant plusieurs années. On en ignore les causes tout en étant persuadé à présent qu'elles sont liées à une perturbation du système cérébral. Ce système se révèle déficitaire pour intégrer et donner un sens à la globalité des stimulations environnementales tout en captant de manière intensive des stimuli isolés. Plutôt qu'un déficit limité à une zone particulière du cerveau, on note une dysharmonie globale du fonctionnement. Comme il existe des degrés variables d'atteintes, le pronostic à long terme n'est pas toujours le même. Certains enfants qui reçoivent une aide appropriée finissent par acquérir les moyens pour communiquer et, tout en restant généralement en difficultés relationnelles avec leur entourage, parviennent à mener une existence scolaire puis professionnelle convenable. D'autres restent enfermés dans leur bulle et, ne pouvant recevoir les messages de leur entourage, aggravent les atteintes de leurs aptitudes intellectuelles. Les meilleurs traitements actuels sont pédagogiques et éducatifs avec les objectifs suivants :

- Partir du niveau de l'enfant et lui offrir très progressivement des stimulations qu'il peut assimiler en renforçant ses acquisitions.

Tableau 1

Tableau comparatif des manifestations autistes et des états dépressifs

	Autisme	Dépression précoce
Anamnèse	Pas d'antécédents familiaux particuliers	Notions de pertes, négligences, ruptures non réparées
	Signes repérés dès les premiers mois ou signes apparaissant entre 18 et 24 mois sans évènements significatifs	Phase de développement normal puis, après une période de lutte plus ou moins longue, apparition de signes s'accentuant
Symptômes	Absence ou graves altérations des communications réciproques sans que l'enfant ne tente de rétablir des liens	Altération de la communication réciproque entrecoupée de périodes pendant lesquelles l'enfant quête la relation
	Anomalies des modes d'intégration sensorielle dans le sens d'une tendance à capter isolément les stimuli visuels auditifs et tactiles Mouvements insolites (stéréotypies, rituels) avec conservation habituelle des aptitudes motrices	Indifférence progressive aux stimuli sensoriels avec apparition progressive de mouvements rythmiques tels que des balancements, inertie motrice progressive et lenteur des gestes, retard moteur progressif
	Atteinte grave des aptitudes intellectuelles chez les autistes dits profonds dans une proportion importante	Aptitudes intellectuelles souvent sauvegardées sauf si marasme prolongé
	Pauvreté mimique avec refus habituel de contact	Pauvreté mimique. L'enfant ne refuse pas le contact, mais il ne s'anime pas grâce à lui
	Grande limitation des initiatives et des interactions	Chute progressive des initiatives et des interactions
	État physique sauvegardé	Signes de souffrance physique
		Retard staturo-pondéral, altération de l'état général
	Absence ou rareté des gestes d'anticipation envers autrui (tendre les bras, pointer pour désigner et manifester une attention conjointe)	Absence ou rareté des gestes d'anticipation, aucun geste d'anticipation pour se protéger en cas de danger

Trop sage, le petit enfant reste placé où on l'a laissé, sans quête de partage, sans recherche de dialogue gestuel et sans manifestation d'intérêt à l'égard des objets attrayants qui lui sont proposés.

- Avoir des temps d'approches individuelles suffisamment intenses pour favoriser l'ébauche d'une relation et le surgissement d'intérêts, tout en s'appuyant aussi sur des périodes de vie en petit groupe, afin que les autres partenaires puissent devenir des pôles d'imitation et d'identification.
- Aider l'enfant à reconnaître le sens des émotions chez autrui et lui faire peu à peu acquérir des habiletés sociales en le confrontant à des situations de la vie quotidienne.

Ces traitements se font à l'aide d'éducateurs et de pédagogues spécialisés et en étroite collaboration avec la famille. Si des médicaments peuvent apaiser l'agitation, diminuer certaines stéréotypies,

[illegible] st [illegible] état [illegible] active- [illegible] cement, [illegible] partie de [illegible] ltats encour- [illegible] t des capacités évolutives.

Comment traiter la dépression?

L'état d'un enfant souffrant d'une dépression précoce connaît une toute autre évolution. Lorsque les conditions de vie ont été si mauvaises et si prolongées que l'enfant est parvenu au stade du marasme, l'effondrement de la vie psychique peut être permanent. C'est hélas ce que nous constations autrefois chez quelques patients. À l'heure actuelle, dans les pays occidentaux, cette évolution est heureusement rare. Soit par une aide intensive au parent momentanément incapable d'endosser ses responsabilités parentales, soit par un placement substitutif en famille d'accueil, soit par une adoption, il se produit rapidement une sorte de réanimation psychique où les signes de retrait, d'indifférence et d'auto-stimulation régressent puis s'effacent en grande partie.

Toutes les séquelles ne disparaissent pas nécessairement pour autant. Souvent, une fragilité émotive, une avidité affective trop intense et difficile à combler, une intolérance à toute situation

Tableau 2

La résolution comparative des troubles

Autisme	Dépression précoce
Persistance de signes en dépit d'une intervention spécialisée	Amélioration rapide des signes dans la mesure où les conditions socio-affectives sont améliorées
Amélioration possible des signes, mais sur une longue période	Persistance habituelle d'un certain degré de fragilité émotive s'accompagnant de quelques troubles du comportement
État chronique chez certains, séquelles réduites chez d'autres	Pour un petit nombre repéré trop tard, maintien de l'état de marasme

d'abandon, même brève, une anxiété trop vive lors du coucher, un seuil de tolérance aux frustrations trop bas et des périodes d'inquiétudes accompagnées de retraits puis d'oppositions subsistent.

Tous ces symptômes qui se rattachent à ce qu'on appelle les troubles de l'attachement exigent souvent un soutien de la part de la famille, une aide psychologique à l'égard de l'enfant et quelquefois un environnement scolaire adapté, mais les manifestations qui pouvaient faire penser à un trouble envahissant du développement disparaissent ou deviennent très réduites. Nous pouvons comparer la résolution de l'autisme par rapport à la dépression au tableau 2.

En dépit de grandes différences entre les deux états, tant au niveau des causes et des symptômes que de l'évolution et des formes de traitement, nous retenons que :

- Dans les deux cas, un dépistage précoce est important à faire puisque l'évolution est meilleure lorsqu'une démarche thérapeutique au sens large est rapidement mise en place.
- Les phrases parfois prononcées par des praticiens (« Certes l'enfant ne se développe pas bien mais, attendons, les choses s'amélioreront avec la maturation ») doivent inspirer la méfiance. Ce type d'affirmation qui se veut rassurante est bien souvent nuisible puisqu'elle ne permet pas de mobiliser les forces latentes de l'enfant et de l'environnement.
- Si l'autisme et ses troubles apparentés sont actuellement davantage reconnus, la dépression de la petite enfance est encore trop souvent niée, comme s'il était impossible que de si jeunes enfants souffrent de ce trouble. Ces états dépressifs ne sont pourtant pas rares. Nous avons vu que dans la plupart des cas, on relevait des facteurs affectifs tels que des pertes, des abandons ou de la négligence. Existe-t-il, comme aux âges plus avancés, des états dépressifs prenant directement leur origine dans une perturbation neurobiologique? Il est impossible de le démontrer à l'heure actuelle, mais l'hypothèse n'est pas invraisemblable et, de toute façon, une fragilité plus au moins grande aux situations traumatisantes

dépend certainement de la constitution neurologique de base. Une absence de ruptures n'est donc pas suffisante pour éliminer formellement le diagnostic éventuel de dépression, car ce n'est pas la réalité d'un événement qui est seulement traumatisante, mais le sens que cette réalité peut prendre pour un sujet déterminé à un moment donné.

- Dans tous les cas des troubles de la petite enfance (autisme, troubles apparentés, dépressions précoces, troubles de l'attachement), le médecin de famille, le praticien du centre local de services communautaires, le pédiatre, les infirmières et le personnel des services à la petite enfance sont les mieux placés pour faire une détection précoce. Il est donc capital que tous ces praticiens soient sensibilisés à l'existence de ces manifestations et puissent s'appuyer sur des équipes psychosociales et éducatives capables d'intervenir. Ces équipes ne sont malheureusement pas encore suffisamment nombreuses.

Conclusion

Il existe quelques cliniques spécialisées en autisme et en troubles envahissants du développement. En cas de doute sur un diagnostic différentiel, les patients devraient être adressés à ces cliniques. Elles disposent en effet d'outils diagnostiques tels que le questionnaire ADI (*Autism Diagnostic Interview*) à la famille et la présentation à l'enfant de situations normalisées, telles que l'ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*), qui permettent de préciser le syndrome auquel on se trouve confronté.

L'approfondissement de ces diagnostics prend malheureusement du temps et on se heurte souvent à de longues listes d'attente. Il est donc capital que les intervenants de première ligne puissent faire une première évaluation et proposer des actions immédiates dans le milieu du patient. Cette première évaluation est importante pour les cas d'autisme, afin de les orienter vers des services de réadaptation, des aides éducatives à domicile, un soutien par des ergothérapeutes, des orthophonistes et des éducateurs spécialisés. Cette première évaluation est aussi primordiale dans les cas de dépression précoce afin de modifier les conditions de vie affective qui ont déclenché l'apparition du processus. *Clin*

Références

1. Kanner, L : Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child. 1943.
2. Spitz, R : La première année de la vie de l'enfant. Genèse des premières relations objectales, Presses universitaires de France, Paris, 1958, 147 p.
3. Lemay, M : *J'ai mal à ma mère.* Fleurus, Paris, et Sciences et culture, Montréal. 1993, 377 p.

Lectures suggérées

Compréhension de l'autisme

1. Lelord, G, Muh, JP, Petit, M, et coll. : *Autisme et troubles du développement global de l'enfant.* 1989. Expansion scientifique française, Paris, 298 p.
2. Peters, T : *L'autisme : de la compréhension à l'intervention.* Dunod, collection Enfances clinique, Paris, 1966, 230 p.
3. Approcher l'énigme de l'autisme. Les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine. Prisme 34:1, 2001.
4. St-André, M, Mottron, L, Gauthier, Y : *Troubles précoces de l'enfance.* Dans : Lalonde, P, Aubut, J, Grunberg, F : *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale Tome II.* Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, 2001, 2091 p.

Les états dépressifs précoces et leurs conséquences

1. Parent, S, Saucier, JF : *La théorie de l'attachement.* Dans : Habimana, E, Ethier, LS, Petot, D, et coll. : *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative.* Gaëtan Morin éditeur, Boucherville, 1999, 749 p.
2. Défis actuels en petite enfance. Les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine. 33, 2000, 199 p.