HAL
open science

“ Cet objet, il est dur ou il est mou ? ”: approche psychomotrice auprès d’un adolescent souffrant d’autisme

David Augustin

To cite this version:

David Augustin. “ Cet objet, il est dur ou il est mou ? ”: approche psychomotrice auprès d’un adolescent souffrant d’autisme. Psychologie. 2012. dumas-00845192

HAL Id: dumas-00845192

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845192v1

Submitted on 16 Jul 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux Segalen

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

« Cet objet, il est dur ou il est mou ? »

Approche psychomotrice auprès d'un adolescent souffrant d'autisme.

AUGUSTIN David

Né le 14 décembre 1988 à Périgueux (24)

Juin 2013

REMERCIEMENTS,

Je tiens à remercier Mme. A. Trinquier-Gros, qui, en tant que maître de mémoire, s'est montrée à l'écoute, m'a encouragé dans les périodes difficiles et m'a régulièrement poussé à de nouveaux questionnements me donnant des pistes et m'évitant ainsi de me perdre sur la route de ce mémoire.

Merci à Emma Mouhica et à Cécile Daran, mes maîtres de stages en deuxième et troisième années, qui, par leur gentillesse et leur générosité, m'ont énormément appris sur la pratique de mon futur métier. Leurs enseignements, leurs savoirs, m'accompagneront tout au long de ma future pratique psychomotrice.

Un grand merci à ma sœur, Camille, qui a été présente durant une période d'écriture difficile et m'a permis de ne pas baisser les bras.

Merci à tous les professionnels de santé rencontrés sur le chemin de ma formation et qui m'ont donné de leurs savoirs et de leurs expériences.

Merci à tous les enfants rencontrés dans mes différents lieux de stages qui m'ont fait partager leurs peines, leurs douleurs mais aussi et surtout leur joie de vivre. Ils m'ont beaucoup aidé à grandir…

Merci à mes parents qui m'ont soutenu, encouragé, qui ont été toujours là pour moi depuis le commencement et qui n'ont jamais cessé de croire en moi.

Merci à mon cousin, Quentin, ainsi qu'à mon frère, Mathieu, et à Natasha pour toutes leurs relectures et leurs conseils.

Merci à tous mes amis ainsi qu'à tous les « psychopotes » pour leur amitié et leur présence.

Enfin merci à Mickaël, pour m'avoir supporté et épaulé durant ces trois années.

Merci à tous…

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS, ... **2**

SOMMAIRE **3**

INTRODUCTION **6**

I) LES SENSATIONS : POINT DE DEPART DE TOUT DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR **8**

1. LE BEBE ET LES SENSATIONS **11**
A) QU'EST CE QU'UNE SENSATION ? *11*
B) LES FLUX SENSORIELS *12*
C) LE VECU SENSORIEL D'UN BEBE *15*
2. COMMENT LE BEBE ORGANISE-T-IL LES SENSATIONS ? **16**
A) LA PERCEPTION AMODALE *16*
B) COMMENT LES EXPERIENCES SENSORIELLES SE « TRANSFORMENT »-ELLES ? *18*
C) LA PENSEE ANIMIQUE *19*
3. LES SENSATIONS DANS LE DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR **21**
A) LA REGULATION DU TONUS *21*
B) LES ENVELOPPES *24*
C) LA CONSTRUCTION DE L'AXE CORPOREL *26*
4. LA REPRESENTATION : UN POINT DE DEPART **29**
A) L'INTERSUBJECTIVITE *29*
B) LA COMMUNICATION VERBALE *30*
C) LE SYMBOLISME, LES JEUX SYMBOLIQUES *30*

II) UNE RENCONTRE AVEC LA PERSONNE ATTEINTE D'AUTISME **32**

1. QU'EST CE QU'UNE PERSONNE SOUFFRANT D'AUTISME ? **33**
A) IL ETAIT UNE FOIS… *33*
B) COMMENT DEFINIR L'AUTISME ? *34*
C) UNE VOIE FINALE COMMUNE *34*
D) PEUT-ON PARLER DE PLUSIEURS FORMES D'AUTISME ? *35*
E) LE DIAGNOSTIC DE L'AUTISME ET SES INTERETS *36*
F) UNE HYPOTHESE SUR L'AUTISME : UN DEFAUT DE COHERENCE CENTRALE *37*
2) LA PERSONNE AVEC AUTISME FACE A ELLE-MEME **39**
A) UNE « EXPERIENCE PSYCHIQUE UNIDIMENSIONNELLE » *39*
B) UNE STIMULATION SENSORIELLE OU RIEN *40*
C) LE RECOURS A L'ADHESIVITE *41*
D) LES ANGOISSES AUTISTIQUES *42*
E) LES STEREOTYPIES *44*

f) Un tonus en tout ou rien *45*
g) Un monde de clivages *48*

III) UN CHEMINEMENT VERS LA REPRESENTATION **58**

1. Les debuts d'une prise en charge en psychomotricite **59**
a) Qui est Leo ? *60*
b) Mes observations cliniques *61*
c) Le bilan psychomoteur *62*
d) Le profil psychomoteur de Leo *64*
e) Les objectifs *65*
2. Une rencontre autour des sensations **66**
a) Le cadre therapeutique *66*
b) L'inattendu *67*
c) L'imitation *68*
d) L'element declencheur *68*
e) Une alliance therapeutique : de la sensation a la representation *69*
f) Conclusion : un cheminement vers la representation *74*

CONCLUSION **76**

ANNEXE 1 ..... **78**

BIBLIOGRAPHIE **80**

« Il ne suffit pas d'avoir une peau « tout autour » pour se sentir enveloppé, un squelette pour s'imaginer solide, des organes sensoriels pour communiquer et des orifices corporels pour se vivre capable de maîtriser et apprécier les échanges avec son environnement. » [1]

Anne-Marie LATOUR

[1] LATOUR Anne-Marie, Les images du corps pré-contenantes. Disponible sur le site PSYNEM (http://www.psynem.org) - lien : http://www.psynem.org/Rubriques/Pedopsychiatrie_psychanalyse/Recherches_memoires_et_theses/Images_du_corps_pre-contenantes/2.pdf

Anne-Marie LATOUR « *est engagée dans une réflexion théorique portant sur la compréhension et l'élaboration des processus psychiques et de leurs rapports avec la construction du corps et de l'espace notamment, propres aux pathologies autistiques et psychotiques.* » 4ème de couverture La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques, *éditions érès, 2010.*

INTRODUCTION

- *« Ça c'est dur ou c'est mou ? Et ça ? Et ça ? Et ça ?...*
- *Et toi, Léo, ton corps il est dur ou il est mou ?*
- *Moi, je suis mou !*
- *Et moi, mon corps il est dur ou il est mou ?*
- *Toi, tu es dur ! »*

Durant ma dernière année d'étude, j'ai eu l'opportunité de prendre en charge en séance de psychomotricité un adolescent, Léo, atteint d'autisme, dont l'évolution a permis une utilisation du langage.

Françoise DESOBEAU dit que « *le psychomotricien se doit de posséder des connaissances et un savoir faire mais cela ne suffit pas. Encore doit-il posséder un savoir être et qui plus est un savoir exister dans son corps car la spécificité de la relation thérapeutique en psychomotricité est que le psychomotricien s'implique dans son langage corporel pour rencontrer le patient là où il est, comme il est.* »[2]

J'ai donc choisi au cours des séances de m'appuyer sur la spontanéité de Léo, de prendre ce qui se disait dans l'ici et le maintenant. J'ai attrapé la proposition de Léo comme on s'empare d'une idée et je me suis demandé pourquoi ne pas essayer d'expérimenter avec lui les sensations ?

Par mes lectures, je savais que dans tous les cas d'autisme : « *le traitement perceptif et l'intégration des informations environnementales sont plus ou moins fortement perturbés.* »[3] Le psychomotricien se doit d'être responsable du choix technique de sa médiation, il me fallait donc savoir en quoi cette médiation allait être pertinente dans ma pratique psychomotrice avec Léo.

En d'autres termes, **en quoi une rencontre autour des sensations peut-elle constituer une approche psychomotrice auprès d'une personne souffrant d'autisme ?**

---

[2] Cours de troisième année de psychomotricité et philosophie - M^{r}. CARRERA - psychomotricien et enseignant à l'IFP de Bordeaux.

[3] TARDIF Carole, Autisme et pratiques d'intervention, *édition Solal*, 2010, p. 127

Ainsi, après avoir rappelé brièvement l'importance des sensations au cours du développement psychomoteur de l'enfant grandissant sans aucune pathologie spécifique, j'expliquerai pourquoi elles sont le point de départ de tout développement. Par la suite, j'exposerai les particularités du syndrome de l'autisme et ses répercussions sur le développement psychomoteur. Enfin, je démontrerai en quoi une rencontre autour des sensations constitue une approche psychomotrice auprès d'une personne souffrant d'autisme. J'illustrerai ce mémoire par des exemples cliniques recueillis durant mes stages et je le clôturerai par le récit de la prise en charge en psychomotricité de cet adolescent que j'ai nommé Léo.

I) LES SENSATIONS : point de départ de tout développement psychomoteur

« *Ce n'est pas parce que nous habitons, plus ou moins bien, notre organisme qu'il en va de même pour le bébé. On ne peut pas donner au départ ce qu'on souhaite trouver au terme du développement, ce serait adopter une perspective qui nie le développement lui-même. Le bébé n'est pas un adulte en petit, en moins bien, en plus fragile… Il est à comprendre dans sa spécificité qui se transforme avec le développement* ».[4]

André BULLINGER

[4] BULLINGER André, Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, *éditions érès, 2011,* p. 23

Durant 9 mois, un nouveau-né a vécu dans le ventre de sa mère. Lorsqu'il arrive au monde il possède déjà de nombreuses compétences : sensorielles, motrices, cognitives. Pour autant, il ne peut pas vivre seul, il n'en a pas les capacités physiques et psychiques. ***Donald WINNICOTT***, psychiatre anglais, a affirmé qu'« *un bébé seul n'existe pas* »[5]. C'est l'environnement qui va alors apporter les richesses indispensables au bon déroulement d'un développement psychomoteur. Pour ***Daniel STERN***, dès la naissance, le bébé est déjà prêt et appétant dans les interrelations. Ces interactions avec l'environnement humain vont être vitales pour un nourrisson. Cette période de début de vie, ***Jean PIAGET*** l'a nommé période sensorimotrice, mêlant les sensations et la motricité de l'enfant. Elle dure de 0 à 2 ans et elle est donc fortement marquée par la grande dépendance du bébé à son entourage.

Pour saisir la spécificité du nouveau-né qui se « transforme » au cours de son développement, nous allons partir des sensations, pour comprendre ensuite comment le bébé qui les perçoit, parvient à les organiser et à se les représenter. Dans ce chapitre, nous verrons ainsi l'importance des sensations et le rôle de l'environnement dans un développement psychomoteur se déroulant dans des conditions optimales, autrement dit sans aucune pathologie du bébé mais aussi avec un environnement qui accueille, comprend et répond aux attentes de celui-ci. ***Donald WINNICOTT*** parle d'environnement « suffisamment bon », suffisamment stable, fiable qui se maintient dans le temps.

[5] Cours de première année de psychomotricité – M^{r}. DECORY, psychomotricien et enseignant à l'IFP de Bordeaux.

1. Le bébé et les sensations

a) Qu'est ce qu'une sensation ?

La sensation est un phénomène passif qui traduit chez un individu une stimulation sensorielle interne ou externe d'un de ses organes récepteurs. Elle se produit de manière inconsciente. **Le sensoriel** est tout ce qui se rapporte aux organes des sens c'est-à-dire l'œil, l'oreille, le nez, la peau et la langue.

Le dictionnaire philosophique donne une définition plus détaillée des sensations :

« *La sensation est une donnée psychique* ***impossible à saisir dans sa pureté****, mais dont on s'approche comme d'une limite : ce serait l'état brut et immédiat conditionné par une excitation physiologique susceptible de produire une modification consciente. En d'autres termes, ce qui resterait d'une perception actuelle, si l'on en retirait tout ce qui ajoutent la mémoire, l'habitude, l'entendement, la raison, et, si l'on y rétablissait tout ce que l'abstraction en écarte, notamment le lien affectif, l'aspect dynamogénique ou inhibitoire qu'elle présente.*» [6]

Par cette définition on peut saisir la difficulté de réaliser concrètement ce qu'est une sensation. **Pour autant, les canaux sensoriels sont les premiers modes de découvertes et d'exploration de l'environnement physique et humain**.

Nous allons aborder les différents flux sensoriels, décrits par ***André BULLINGER,*** en insistant sur l'impact qu'ils peuvent avoir dans un développement psychomoteur.

[6] LALANDE André, Vocabulaire technique et critique de la philosophie, *édition puf,* 2010. Définition du mot « sensation ».

b) Les flux sensoriels

André BULLINGER définit un flux comme étant une information provenant de l'environnement, d'une source et étant susceptible d'irriter un organe sensoriel, un capteur.

1) Le flux gravitaire :

Sa source est la force de pesanteur accompagnée du mouvement passif ou actif de l'organisme, le capteur est l'oreille interne dotée du saccule et de l'utricule. C'est un organe sensoriel permettant d'enregistrer les changements de position de la tête dans l'espace. Ce flux est aussi perçu par les tensions et les écrasements que subit l'organisme. Cette force de pesanteur a un impact sur l'architecture squelettique et musculaire de notre organisme. Pour pouvoir acquérir un développement et une organisation corporelle cohérente nous avons recours à des ressources toniques et posturales. Ce flux permet aussi de nous orienter dans l'espace, il donne la perception dans ce monde d'un haut et d'un bas.

2) Les flux tactiles :

La source peut-être un gaz, un liquide, un objet solide ou encore une onde sonore, le capteur est l'enveloppe corporelle, soit toute la surface du corps. Les flux tactiles permettent de situer le corps dans l'espace et d'en connaître ses limites. (Notion de « Moi-peau » de ***Didier ANZIEU***)

On distingue deux voies de transmission nerveuse :

- La voie spino-thalamique qui est dominante à la naissance. Elle entraine en réponse à une stimulation tactile un ajustement tonique de tout l'organisme. Les flux tactiles vont être des éléments importants dans le partage émotionnel. Cette voie de transmission est imbriquée avec celle qui transmet les sensations de plaisir et de déplaisir.

Tous les soins apportés au bébé, les caresses, les échanges tactiles (en référence au « handling **»** de ***Donald WINNICOTT***) vont donner forme à une communication infra-verbale entre le bébé et son environnement : **le dialogue tonico-émotionnel** décrit par ***Henry WALLON***.

- Une autre voie plus récente, admise par le système lemniscal, qui permet au cours d'une action, d'ajuster un mouvement dans l'espace. Contrairement à la précédente, le traitement de cette voie prend donc en compte les aspects spatiaux et un ajustement d'une seule partie du corps, concernée par l'action, est alors possible.

Les flux tactiles participent aussi dans la découverte des propriétés d'un objet.

3) Les flux olfactifs :

La source est l'environnement et le capteur va être les cellules ciliées présentes dans le nez. Ce sens est très développé chez le nouveau né qui discrimine rapidement les odeurs qui l'entourent. A la naissance, le système olfactif va être à la base de l'attachement entre le bébé et sa mère. L'odeur de la peau, du sein, du lait peut servir à calmer un enfant. **Les** odeurs ont valeur de contenance corporelle. Ces flux peuvent ainsi aider un nouveau-né à revenir rapidement à un état d'apaisement. Le système olfactif favorise donc les liens d'attachement entre le bébé et son environnement. L'attachement est essentiel car il va permettre la communication.

4) Les flux sonores :

La source est l'environnement, le capteur est l'oreille interne mais aussi l'enveloppe corporelle, comme pour le flux tactile. Les récepteurs de ce flux sont des récepteurs à distance, c'est-à-dire qu'un individu entend un son venant de loin. Aux alentours de 7 mois, le bébé est capable de discriminer si un bruit est dans son champ de préhension ou non. Un bruit soudain entraine une réaction tonique de l'individu, ce phénomène est appelé réaction d'alerte**.**

Cette réaction primaire, associée au fait que précocement un lien existe entre l'audition et la vision, va conduire à la réaction d'orientation. Les flux sonores vont donc être essentiels pour organiser nos conduites et orienter un objet dans l'espace. Ils permettent aussi à un individu d'être attentif à une situation. Ces flux vont concourir à l'accès au langage et à la communication et favoriser l'accordage affectif entre le bébé et son environnement. **Ce langage est essentiel, car il va permettre de donner du sens à l'environnement de l'enfant**. Un nouveau-né ressent les sons comme des sensations qui se transmettent par conduction osseuse. Ils peuvent ainsi avoir valeur de contenance corporelle.

5) Les flux visuels :

La source est l'environnement, plus précisément l'ensemble du milieu éclairé de l'individu et les capteurs sont la périphérie de la rétine et le centre de l'œil, la fovéa.

- Le système visuel périphérique est prévalent durant les premiers mois de vie, il ne discrimine pas finement un milieu, il **perçoit les mouvements**. Ce qui implique qu'un nouveau-né, appétant dans les interrelations, a une attirance prononcée pour le monde du vivant et pour les objets mobiles. En réponse à un mouvement brusque le bébé a une réaction d'alerte, ce qui entraine une mobilisation tonique globale. S'en suit une réaction d'orientation, impliquant une mise en forme posturale. Ce système périphérique va donc permettre l'orientation du corps dans l'espace et jouer un rôle essentiel dans la **régulation tonico-posturale** d'un nourrisson.

- Le système visuel central, la fovéa, se développe plus tardivement, aux alentours du 4ème mois après la naissance. Il permet une vision beaucoup plus discriminante de l'environnement, le bébé va pouvoir commencer à analyser les images, à identifier les formes et les couleurs.

Ces flux visuels vont aider l'enfant à appréhender l'espace et l'environnement.

6) Le gustatif :

L'organe sensoriel gustatif est situé sur la langue. ***André BULLINGER*** explique qu' « *il est difficile de décrire le système gustatif en termes de flux, notamment parce que ce système est intimement lié aux aspects olfactifs. Néanmoins, les travaux chez le nouveau-né montrent la dimension hédonique de cette modalité sensori-motrice qui a un retentissement sur les états toniques du bébé et la modulation de l'activité orale.* »[7] Le goût se constitue très tôt dans la vie intra-utérine. Le nouveau-né est ainsi capable de différencier le salé, le sucré, l'acide et l'amer.

c) Le vécu sensoriel d'un bébé

C'est au niveau du lobe temporel que les informations sensorielles vont être reçues, décodées et reliées entre elles. Au début de sa vie, le bébé est dans une incompréhension totale de cet univers sensoriel, tous ces flux sont perçus de manière totalement anarchique. **La perception** est un stade plus conscient par rapport à la sensation. Elle « *traite le flux continu d'images, de sons, d'odeurs, arrivant sur les capteurs ou organes sensoriels et implique la mémorisation de ce qui est perçu. Elle est en cela au départ de toute activité cognitive et sociale.* »[8] **La perception est un ressenti**.

On distingue trois types de perception :

- **La perception intéroceptive,** concernant le milieu viscéral et donne par exemple, la sensation de faim.

- **La perception extéroceptive**, les flux sensoriels.

- **Et la perception proprioceptive**, se rapportant à tous les organes profonds, plus particulièrement aux muscles, aux os, aux articulations et aux ligaments.

[7] BULLINGER André, Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, *éditions érès, 2011,* p. 72
[8] TARDIF Carole, Autisme et pratiques d'intervention, *édition Solal*, 2010, p. 131

La proprioception est liée aux mouvements du corps, aux attitudes, aux postures, à l'équilibre.

Au commencement, le bébé vit toutes ces expériences sensorielles comme une douleur, car elles n'ont pour le moment, aucune signification pour lui: c'est du **vécu corporel brut.** Le système nerveux va devoir rapidement sélectionner, hiérarchiser, mémoriser un ensemble de données pour comprendre un peu mieux les sensations et pour que l'enfant puisse vivre en interaction avec son environnement.

2. Comment le bébé organise-t-il les sensations ?

a) La perception amodale

Pour qu'un bébé puisse saisir le monde sensoriel, le cerveau va construire de la cohérence entre toutes les différentes informations sensorielles qu'il reçoit. Pour comprendre la manière dont il procède, ***Daniel STERN*** aborde la notion de **perception amodale**. Il la définit comme étant « *une aptitude innée, programmée, qui conduit le nourrisson à traiter des informations reçues dans une modalité sensorielle donnée et à les traduire dans une autre modalité sensorielle*.»[9]

Cette perception amodale est présente à l'âge adulte, les yeux fermés, un individu parvient par le toucher à se représenter visuellement un objet sans même l'avoir auparavant observé.

La perception amodale permet la **transmodalité** c'est-à-dire le transfert d'une modalité sensorielle à une autre et **l'intermodalité** à savoir la correspondance entre tous nos organes sensoriels. Le cerveau va ainsi pouvoir lier, rassembler ce qui a été perçu par les organes sensoriels. Les différents sens vont alors se coordonner, se superposer dans une expérience consensuelle vers un même objet. Pour qu'une intégration globale soit possible, ***Daniel Stern*** précise que cette perception amodale doit s'appuyer sur des affects.

[9] STERN Daniel, Le monde interpersonnel du nourrisson, *édition puf*, 2003, p.74

Or, un nouveau né ne discrimine pas encore les émotions telles que la joie, la tristesse, la colère... C'est dans les expériences partagées et répétées avec son environnement qu'il va pouvoir en grandissant apprendre à les repérer. En revanche, il ressent certains affects que ***Daniel Stern*** nomme **affects de vitalité.** Ces émotions de base s'expriment corporellement et provoquent une réaction tonique sur tout l'organisme du bébé, il se crispe. Les perceptions amodales associées aux affects de vitalité vont donc permettre une organisation globale de l'univers du bébé. Il va ainsi pouvoir intégrer sa propre idée des qualités sensorielles d'un objet, d'une personne et de son environnement.

On a tous fait l'expérience un jour d'une douleur inconnue qui une fois expliquée est devenue alors plus supportable. **Donner du sens à une situation permet de la mettre en image et ainsi de la rendre moins angoissante.**

Pour un nourrisson, le fonctionnement est identique, il faut que toutes ces expériences sensorielles se « transforment », se mettent en image pour qu'elles deviennent plus compréhensibles et donc moins angoissantes. Un nouveau-né ne peut pas mettre du sens sur ce qu'il éprouve corporellement, sur son vécu corporel brut car il n'en a pas les capacités psychiques mais les parents, l'environnement, le peuvent.

b) Comment les expériences sensorielles se « transforment »-elles ?

Au fur et à mesure des expériences vécues avec son environnement, les sensations vont osciller entre plaisir et déplaisir. Lors d'un inconfort, le bébé va se manifester par des cris, des pleurs… ***Wilfred Bion*** émet une hypothèse. Il explique que si toutes les demandes, les besoins, les manifestations d'un bébé sont des éléments béta, l'environnement qui va les recevoir, va apporter en réponse des éléments alpha, dans un but de satisfaire le nouveau-né.

Les éléments béta sont exprimés par le nourrisson sous forme corporelle et de manière brute : c'est du vécu corporel brut. **L'environnement va mettre du sens, des mots, des actes sur ce vécu corporel brut du nourrisson, en signifiant ce qu'il est en train de vivre.** Par exemple « tu as faim, tu as froid… » Le milieu humain va ainsi détoxiquer les éléments béta, rendant au bébé des éléments alpha. **Ces éléments alpha (éléments béta détoxiqués) vont être véhiculés sous forme d'images sensorielles et motrices qui deviendront, par la suite, des éléments pensables, empreints de sensorialité**. Les éléments alpha sont donc **des proto-représentations.** Cette situation, **suffisamment répétée dans le temps**, va permettre de **transformer le vécu corporel brut d'un bébé**, envahi de sensations sans signification pour lui, en un vécu corporel plus pensable et représentable. Les sensations seront donc ainsi plus supportables et moins angoissantes. Le développement psychomoteur est un **travail de création** qui prend appui dans les **expériences corporelles prises dans une relation et mises en sens par un autre**.

« *Pour penser quelque chose à partir de son propre corps, il est nécessaire de passer par la psyché d'un autre, qui pense à notre place.* »[10]

Anne-Marie LATOUR

[10] Cours de psychomotricité de troisième année – Mme. Anne Marie LATOUR, psychomotricienne et enseignante à l'I.F.P. de Bordeaux.

c) La pensée animique

La pensée animique est le fait de rendre le monde des objets vivant, empreint d'intentions, de pensées, d'actions. L'enfant va reproduire sur les objets des situations qu'il imagine avoir éprouvées dans la réalité. Il **va projeter sur les objets son propre vécu interne. Cette pensée animique va permettre à l'enfant d'expérimenter, de théâtraliser son vécu, ses expériences corporelles ressenties mais pas encore mentalisées.** Il va ainsi se représenter, à travers les objets, la manière dont son corps fonctionne et saisir un peu plus son monde qui l'entoure.

> « *D'une certaine manière, l'enfant attribue à l'espace et aux objets les fonctions et les propriétés du corps* »[11]
>
> ***Anne-Marie LATOUR***

Cette projection soutient le travail de représentation, l'enfant va alors investir la représentation mais aussi la créativité et ainsi développer ses compétences psychiques.

[11] LATOUR Anne-Marie, Conférence : Le travail des analogies corps/espace, *XXXVème journées annuelles de thérapie psychomotrice*, décembre 2006 - La Rochelle.

Pour conclure, les sensations vécues par l'enfant au début de sa vie, deviennent grâce à ses capacités innées, des perceptions. Cependant, ces ressentis n'ont aucune signification pour lui, c'est du vécu corporel brut. Dans les interactions avec un environnement suffisamment régulier, fiable et qui se maintient dans le temps, une « mise en sens » des perceptions va alors se construire. C'est dans les notions de « holding » et « handling » proposées par ***Donald Winnicott*** que vont se créer des **repères organisateurs**. En effet, tous les soins, les manipulations qu'un bébé va recevoir de son environnement de **manière répétée** vont être **mémorisés** et former **des habitudes**. De ce fait, c'est dans le jeu de présence-absence des parents qu'un bébé va pouvoir **anticiper** des actions et des évènements. Ce phénomène d'habituation et d'anticipation est constitutif du développement psychique d'un enfant. ***André BULLINGER*** parle de boucle cognitive. Elle permet d'accéder à la mentalisation et à la représentation.

La représentation est donc la capacité pour un individu de rapporter une perception, une image mentale à un objet, à une situation du monde dans lequel il vit. C'est le stade le plus évolué dans ce triptyque sensation, perception et représentation.

3. Les sensations dans le développement psychomoteur

La première intégration dans le développement psychomoteur est la possibilité de commencer à **réguler son tonus** en vue d'une action orientée, volontaire et dans un but précis. La deuxième intégration psychomotrice fondamentale est celle du **sentiment d'enveloppe corporelle**, **de contenance**. Elle s'installe de manière fiable autour de 3 ans. Les autres intégrations psychomotrices vont être les coordinations de base accédant à **la genèse d'un axe corporel.**

a) La régulation du tonus

1) Le tonus qu'est ce que c'est ?

« *Le **tonus** est une légère contraction musculaire déclenchée par les nerfs grâce à un réflexe particulier, le réflexe myotatique. Il est **permanent**, bien que son intensité puisse varier : diminuant pendant le sommeil et augmentant avant et pendant un effort physique. Le tonus donne au muscle une certaine consistance à la palpation et aux articulations une certaine rigidité indispensable au maintien des postures du corps.* » [12]

Il permet donc de tenir des postures, de se tenir debout sous l'effet de la pesanteur, de faire des gestes, des actions musculaires… Mais **il renseigne aussi sur les états affectifs de l'individu.**

Un **état hypotonique** révèle une diminution du tonus. Lorsqu'une partie de notre corps est en hypotonie, il y a relâchement musculaire. Dans la relaxation, on cherche à détendre l'individu. L'hypotonie va amener la personne à se relâcher musculairement mais aussi psychiquement. Elle permet aussi l'intégration des sensations et une meilleure conscience corporelle.

[12] Définition du mot « tonus » dans le Larousse médical, site internet : http://www.larousse.fr/archives/medical/page/1010

Un **état hypertonique** illustre une augmentation du tonus. L'hypertonie a une fonction de pare-excitation. Lors d'un stimulus pouvant être agressif pour l'organisme, une réaction hypertonique peut se produire. Elle permet de protéger l'individu d'un possible danger. Une réaction d'alerte, un stress, une angoisse peut conduire à une hypertonie.

L'hypotonie n'est pas le contraire de l'hypertonie, ce sont deux notions très complémentaires présentes dès la naissance.

En arrivant au monde, le développement neuronal et la faible expérience de vie permettent seulement au bébé de varier de l'hypertonie à l'hypotonie, sans étape intermédiaire. **On appelle cela un tonus en « tout ou rien ».** Cette alternance hypertonie/ hypotonie, normale pour le bébé, va devoir en grandissant laisser place à un tonus beaucoup plus modulé. Comment se régule le tonus de l'enfant ?

2) La régulation du tonus

Cette régulation tonique est indispensable pour le développement psychomoteur d'un individu. Selon ***André BULLINGER,*** quatre facteurs vont permettre de moduler le tonus d'un individu. Ce développement de l'état tonique se construit de manière chronologique et chaque étape vient compléter la précédente. Les deux premières étapes de cette régulation sont dites archaïques. De manière presque instinctive le tonus va se réguler dans un fonctionnement en **« tout ou rien ».** Les deux autres étapes vont contribuer à une régulation plus nuancée du tonus.

- ***Le niveau de vigilance :***

Le niveau de vigilance est par exemple l'alternance physiologique veille/ sommeil. Cette oscillation révèle deux types de tonus : un de sommeil, hypotonique et un de veille, hypertonique. Cette alternance permet une régulation de type archaïque.

- ***Les flux sensoriels :***

Comme on l'a vu auparavant, généralement lorsqu'il y a variation d'un flux sensoriel cela provoque une réaction de l'état tonique et posturale (réactions d'alertes et d'orientations). Cette hypertonicité de l'organisme produite par une réaction d'alerte peut diminuer naturellement par une décharge émotionnelle : des cris, des pleurs, des agitations motrices… Provoquant alors un état de fatigue et donc conduisant à l'hypotonie. Les flux sensoriels constituent donc naturellement une source de régulation du tonus en « tout-ou-rien ».

- ***Le dialogue tonique :***

Ce dialogue va être la composante essentielle pour réguler le tonus d'un individu. Il prend forme de manière presque immédiate : c'est par les notions de « holding **»** (qui correspond à tout le maintien physique et psychique apporté au nourrisson) et de « handling » (tous les soins, les caresses…) proposées par ***Donald WINNICOTT*** qu'un échange polysensoriel entre le bébé et son entourage humain va se former, ce qui va permettre de construire des liens d'attachement entre eux. Selon ***Henri WALLON,*** les émotions et le tonus sont liés, un dialogue tonico-émotionnel va ainsi prendre forme, ce qui va permettre au bébé de moduler ses états toniques.

- ***La représentation :***

L'accès à la représentation va permettre de moduler les états toniques. En effet l'enfant va pouvoir se représenter ce qui va arriver et ainsi anticiper des situations. Son tonus sera donc plus ou moins adapté de manière volontaire ou non aux actions de son Environnement.

Pour ***André BULLINGER,*** cette régulation du tonus va être **« une plateforme sensori-tonique »,** une sorte de socle pour le développement psychomoteur à partir duquel l'individu va pouvoir organiser ses perceptions, ses actions et réguler ses états émotionnels.

b) <u>Les enveloppes</u>

Ce sentiment d'être enveloppé corporellement est fondamental pour le narcissisme de chaque individu. Un nouveau né a été pendant 9 mois contenu corporellement dans le ventre de sa mère. En sortant, il a besoin de retrouver ce sentiment d'enveloppe **pour se sentir « habiter » corporellement**. Selon ***Geneviève HAAG*** ce sentiment émerge vers les 2 mois de vie et si tout va bien, devient fiable à l'âge de 3 ans.

Nous avons vu que les flux sensoriels peuvent procurer, après « détoxication » maternelle (fonction alpha de ***Wilfred BION***), un sentiment d'enveloppe et de contenance corporelle. Le tonus peut aussi procurer un sentiment d'enveloppe corporelle. De par ses variations d'états toniques, un bébé va percevoir que son organisme est vivant, qu'il existe. Ce n'est que secondairement que la solidité du corps va être associée à la structure osseuse. De même, lorsqu'un bébé se manifeste, son environnement lui répond. (Fonction alpha de ***Wilfred BION***) Au fur et à mesure de ses expériences répétées dans le temps, l'enfant va se sentir comme contenu physiquement par son environnement (notion de « holding » de ***Donald WINNICOTT***). C'est donc dans la rencontre avec l'environnement, matériel et humain, les échanges polysensoriels qui en découlent, le dialogue tonique, que le bébé va pouvoir acquérir ce que ***Didier ANZIEU*** appelle un « **Moi-peau** ». Pour ***Didier ANZIEU***, la première enveloppe constitutive du développement psychique d'un individu est la peau. L'enfant va pouvoir distinguer un dedans, d'un dehors ; un moi, d'un non-moi ; un monde interne, d'un monde externe ; tout en permettant des échanges entre ces deux espaces.

« *Le moi-peau comme* ***représentation psychique*** *émerge des jeux entre le corps de la mère et le corps de l'enfant ainsi que des réponses apportées par la mère aux sensations et aux émotions du bébé, réponses gestuelles et vocales car l'enveloppe sonore redouble alors l'enveloppe tactile, réponses à caractère circulaire où les écholalies et les échopraxies de l'un limite celles de l'autre,* ***réponses qui permettent au tout-petit d'éprouver progressivement ces sensations et ces émotions à son propre compte sans se sentir détruit****.* »[13]

Didier ANZIEU

Le sentiment d'enveloppe, de contenance corporelle se construit sur la durée. Cette sensation d'être contenu corporellement va permettre au bébé **d'obtenir un référentiel pour se bâtir, s'orienter et se développer.**

« *Le corps devient ainsi un point d'appui physique et représentatif permettant le développement des capacités cognitives*. »[14]

Anne-Marie. LATOUR

Toutes les expériences corporelles partagées avec un environnement vont permettre au bébé de se construire, de s'assurer un corps organisé, fiable et permanent. Le bébé se constitue d'abord un « contenant » puis s'organise, s'oriente et s'instrumentalise.

[13] CLASSEAU Louise, Un détour par l'autre pour un « tout autour », Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, 2012, P. 42

[14] LATOUR Anne-Marie, Conférence, Le travail en psychomotricité avec l'enfant autiste : percevoir puis construire son corps. Journée clinique organisée par le Docteur GODBILLE, Neuchâtel, 21 Septembre 2006.

c) La construction de l'axe corporel [15]

Lorsqu'il arrive au monde, le nouveau-né possède des réflexes archaïques : le réflexe de succion, de préhension… Il hérite également d'un répertoire postural de base. Selon ***André BULLINGER***, ces « postures de bases » vont concourir à une forme d'organisation corporelle car elles vont déterminer la répartition du tonus. Ces postures pouvant être dites archaïques (comme les postures dites « d'escrimeur ») vont procurer au bébé un sentiment de clivage corporel. Il va percevoir, s'imaginer, que son corps est comme coupé en deux dans les trois plans de l'espace : droite/gauche, devant/derrière et haut/bas. Ces clivages corporels, d'ordre psychique, ont été étudiés par ***Geneviève HAAG.*** Elle a théorisé la manière dont le bébé rassemble, petit à petit, son organisme pour accéder à un sentiment de contenance corporelle et à une motricité fluide et coordonnée. Comment un bébé peut-il se rassembler corporellement ?

1) Un rassemblement corporel droite-gauche

Un nouveau né jusqu'à 2-3 mois ne parvient pas à faire de liens entre ce qu'il perçoit du coté de son hémi-espace droit et de son hémi-espace gauche. Ces deux espaces appartiennent pour lui à deux mondes totalement différents sans rapport l'un à l'autre. Ce rassemblement droite-gauche va être permis grâce à tous les soins, les jeux, les interrelations faits avec l'environnement. (En lien avec la notion de « handling **»** de ***Donald WINNICOTT***)

[15] La verticalité et l'axe corporel prennent forme au alentour de 12 mois. L'axe corporel est une ligne verticale, imaginaire, partant du sommet du crâne et descendant le long de la colonne vertébrale pour aboutir au sol, au centre du polygone de sustentation. L'équilibre et l'axe corporel sont étroitement liés.

2) Un rassemblement corporel devant-derrière

L'espèce humaine possède une grande majorité de ses organes sensoriels à l'avant du corps : plus précisément au niveau de son visage. Un sentiment de clivage entre l'avant et l'arrière du corps va donc rapidement être perçu.

C'est la répétition des expériences corporelles en interaction avec son environnement qui va permettre au bébé d'éprouver progressivement que ce qui est vécu devant est en lien avec ce qui est ressenti derrière. Lors de ce rassemblement, ***Geneviève HAAG*** émet l'hypothèse d'un « **fond psychique** » sur lequel l'enfant va pouvoir s'appuyer et "contenir" ses expériences. Il va ainsi ressentir que ce qui est vécu, joué, expérimenté à l'avant du corps, trouve à être contenu, soutenu par ce « fond psychique ». Dans une expérience de globalisation, en interaction avec son environnement, ce derrière corporel, ce « fond psychique », contribue à donner au bébé le sentiment d'être contenu, rassemblé et que « quelque chose tient ». **Cette impression participe à garder en soi ce qui a été perçu par nos organes sensoriels.**

3) Un rassemblement corporel haut-bas

Selon ***Geneviève HAAG,*** cette période de rassemblement débuterait vers l'âge de 5-6 mois. Grâce à la poussée neuro-motrice, aux mouvements de flexion-extension et aux jeux de pédalage réalisés à l'aide de son entourage, le bébé va pouvoir investir ses membres inférieurs. Il va alors développer de nouvelles compétences motrices. Cette intégration s'achève normalement aux alentours de 3 ans avec l'acquisition d'une « sphintérisation »[16] intégrée. Toutefois un enfant peut accéder à la bipédie, se déplacer sans avoir intégré ce rassemblement entre le haut et le bas de son corps.

[16] La sphinctérisation correspond à l'action volontaire des sphincters (anale et urétrale). Elle débute lorsque la maturation neuromatrice investit le bas du corps, l'enfant passe alors d'un fonctionne reflexe de ses sphincters à un fonctionnement investi, volontaire.

Pour conclure, c'est par les expériences corporelles partagées et répétées avec un environnement physique et humain que les clivages vont diminuer. Le corporel va alors pouvoir être connu et investi dans sa globalité. Ce rassemblement va aussi permettre à l'individu de s'organiser dans l'espace de manière fiable et permanente. Le bébé va ainsi progressivement se détacher de sa grande dépendance au milieu humain, explorer seul son environnement et accéder doucement à la verticalité. La construction de l'axe corporel conditionne l'accès à une motricité fluide, coordonnée et volontaire. La motricité de l'enfant est alors investie comme moyen d'exploration et de découverte de l'environnement. **C'est en explorant son monde qu'un enfant va se bâtir ses connaissances et découvrir de nouvelles expériences corporelles, motrices et sensorielles.** Les expériences corporelles se développent tout au long d'une vie, on apprend sans cesse à se servir de notre corps, de ses capacités et de ses faiblesses. ***Françoise DOLTO*** parle « *d'image fonctionnelle du corps* » [17] et ***Anne-Marie LATOUR*** explique que cette image permet la constitution du **schéma corporel.**[18]

« *L'esprit se construit avec son expérience du corps* »[19]

Didier ANZIEU

[17] LATOUR Anne-Marie La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques, *édition érès,* 2010, p. 63

[18] **Schéma corporel** : «*Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée, des données actuelles du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification*» définition de Juan DE AJURIAGUERRA. Cours de 1ère année de psychomotricité, Mr RASAL, psychomotricien et enseignant à l'IFP de Bordeaux.

[19] DELION pierre, Le Corps retrouvé, éditions Hermann, 2010, p.59

4. La représentation : un point de départ

a) L'intersubjectivité

Le terme d'intersubjectivité désigne le fait de ressentir qu'il y a une différence entre soi et autre, que cela fait deux. Pour construire des liens sociaux, il faut au préalable être rentré dans cette notion d'intersubjectivité.

Pour ***Jacques LACAN*,** l'enfant se reconnait et se différencie de l'autre lorsqu'il prend conscience que les sensations et les expériences corporelles qu'il a vécu jusque là sont bien les siennes.

Donald WINNICOTT expose l'importance du regard maternel dans la construction de l'intersubjectivité. Le bébé dans le regard de sa mère va capter sa propre image et par la suite apprendre à se construire comme différent de l'autre.

Bernard GOLSE précise qu'« *aucun objet ne peut être ressenti comme extérieur à soi-même tant qu'il n'est pas appréhendé simultanément par au moins deux modalités sensorielles à la fois, ce qui met l'accent sur l'importance de la comodalisation comme agent central de l'accès à l'intersubjectivité.* »[20] L'accès à l'intersubjectivité, selon ***Bernard GOLSE,*** se construit donc par les sensations et surtout grâce à la comodalisation, à la transmodalité et l'intermodalité (vu précédemment avec ***Didier STERN***)[21]. Il rajoute aussi l'idée que l'intersubjectivité est une condition *sine qua non* à la possibilité d'accès au langage.

[20] GOLSE Bernard, Mon combat pour les enfants autistes, *édition Odile Jacob*, Janvier 2013, p. 98
[21] (Cf. Partie I) 2. a) La perception amodale)

b) La communication verbale

Tant qu'un bébé ne sera pas capable d'utiliser le langage verbalement, il se servira du langage corporel pour s'exprimer à son environnement ; langage que l'on retrouve dans le dialogue tonico-émotionnel de ***Henry WALLON.***

Selon ***Bernard GOLSE***, « *pour rentrer dans l'ordre du langage et du symbolique verbal, un bébé a besoin non pas de savoir mais d'éprouver et de ressentir profondément que le langage de l'autre touche et l'affecte et que cet autre est affecté et touché en retour par ses premières émissions vocales à lui.* »[22] Cette explication renvoie à l'environnement « suffisamment bon » de ***Donald WINNICOTT,*** soit un environnement qui accueille, comprend et répond aux attentes du nouveau-né mais aussi suffisamment stable, fiable et qui se maintient dans le temps.

c) Le symbolisme, les jeux symboliques

Dans les jeux symboliques, l'enfant va revivre ses vécus internes. Il va utiliser la pensée animique, l'imitation, pour se représenter, souvent de manière excessive, ce qu'il pense avoir vécu dans sa vie de tous les jours. Il va assimiler son réel mais aussi son inconscient à des jeux de « faire semblant » et ainsi exprimer des émotions et les explorer. A travers le symbolisme, l'enfant va donc accentuer le travail de représentation car la symbolisation d'un objet, d'une situation absente implique de pouvoir se le représenter mentalement. Pour ***Jean PAGET***, le jeu symbolique permet, au-delà de l'aspect structurant de la pensée, de répondre à des besoins affectifs. **L'accès au symbolisme est donc structurant pour l'aspect affectif et cognitif d'un enfant.**

[22] GOLSE Bernard, Mon combat pour les enfants autistes, *édition Odile Jacob*, Janvier 2013, p. 43

En conclusion

Nous sommes partis du vécu sensori-tonique du nourrisson pour aller jusqu'au processus de représentation. A sa naissance un nouveau-né n'a ni pensée, ni affectivité envers des personnes ou objets, en leur absence. Il n'a pas encore acquis le processus de mémorisation psychique et il vit entièrement au dépend de sa mère.

C'est dans les expériences corporelles partagées et mises en sens par l'environnement que le bébé va pouvoir commencer à prendre conscience de son vécu corporel, à se construire un « contenant » mais aussi à développer de nouvelles compétences motrices. Pour que le jeune enfant parvienne à se représenter des sensations corporelles vécues, il va devoir accéder à l'intersubjectivité. Cette différenciation entre soi et l'autre se bâtit, elle aussi, à partir des expériences corporelles faites avec l'environnement.

Ce passage d'un vécu sensori-tonique à la représentation est une étape cruciale pour l'enfant, il va permettre de passer d'un fonctionnement purement archaïque à un fonctionnement psychomoteur, investi. **L'accès à la représentation, à l'intersubjectivité, au langage débute dans l'exploration des sensations, soit dans les expériences corporelles. C'est grâce à l'Autre[23], au milieu physique et humain, que l'enfant va pouvoir « habiter » son espace corporo-psychique et être en mesure d'acquérir un développement psychomoteur le plus harmonieux possible.**

Quel chemin va prendre le développement psychomoteur si le développement sensoriel est entravé ? Si l'accès à la représentation s'avère être difficile voire impossible ? L'Autre, pourra-t-il exister ?

[23] Le terme « Autre » peut être remplacé, dans ce mémoire, par l' « environnement » c'est-à-dire tout ce qui vient entourer l'enfant, son entourage. L' « Autre », l' « environnement » est humain mais aussi matériel.

II) UNE RENCONTRE AVEC LA PERSONNE ATTEINTE D'AUTISME

1. Qu'est ce qu'une personne souffrant d'autisme ?

a) Il était une fois…

En 1911, le terme « autisme » fut introduit pour la première fois en psychiatrie adulte, par le psychiatre ***Eugène BLEULER***. Il l'utilisa pour décrire un des symptômes majeurs de la schizophrénie : « *la perte de contact avec la réalité, le rétrécissement des relations avec l'environnement conduisant les personnes schizophrènes à s'exclure de toute vie sociale par un mécanisme de repli sur soi ; d'où le terme "autisme" qui dérive du grec "auto" et qui signifie "soi-même".*»[24]

En 1943, un psychiatre américain, ***Léo KANNER***, choisit d'utiliser le mot « autisme » pour qualifier un syndrome clinique à part entière, distinct d'un simple symptôme de la schizophrénie. Il explique que « *les enfants autistes sont venus au monde avec une incapacité innée à développer les contacts affectifs habituels avec les personnes, biologiquement prévues, de la même manière que d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels* ».[25]

De nos jours, les grandes classifications internationales des maladies (CIM 10 et DSM IV)[26] ont répertorié le syndrome de l'autisme parmi les « **troubles envahissants du développement** » (TED). Plus récemment, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V)[27] a regroupé l'ensemble des troubles envahissants du développement sous le terme de « **troubles du spectre autistique** ». (TSA)

[24] TARDIF Carole, L'AUTISME, 3° édition, *édition Armand Colin,* P. 9
[25] Ibid. P. 13
[26] CIM - 10 : classification internationale des maladies, 10ème édition.
DSM – IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition.
[27] Le DSM – V, 5ème édition est paru en 2013.

b) Comment définir l'autisme ?

L'autisme est un trouble sévère du développement de l'enfant apparaissant avant l'âge de 3 ans. C'est une pathologie neuro-développementale affectant l'individu sur trois grands aspects, définissant ainsi trois critères de diagnostic que l'on nomme « **triade autistique** » :

- Une altération qualitative de la **communication verbale et non verbale.**
- Une altération qualitative des **interactions sociales réciproques.**
- Et un **caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.**

Soit deux axes principaux de symptômes, l'un social et l'autre comportemental. La classification internationale des maladies (CIM) a listé en détail, toutes les anomalies ou altérations du développement que l'on peut observer cliniquement chez les personnes souffrant d'autisme. (Annexe 1).

Les manifestations cliniques de cette maladie peuvent varier d'une personne à l'autre et peuvent osciller au cours du temps chez une même personne.

c) Une voie finale commune

Dans un entonnoir tout converge vers une même finalité. ***Bernard GOLSE*** explique[28] que parler d'un « trouble neuro-développemental » pour expliquer les causes de l'autisme lui semble être assez réducteur. Même s'il est très probable qu'il y ait des anomalies du fonctionnement cérébral affectant le développement des enfants, les difficultés rencontrées ne seraient pas uniquement d'ordre neurologique. Les causes sont, semble-t-il, **multifactorielles**. Plusieurs causes seraient responsables de différents signes cliniques, tous en lien avec les trois critères référents de l'autisme. On parle donc de **voie finale commune.** A l'heure actuelle, il est impossible d'expliquer la ou les cause(s) de cette pathologie valable(s) pour tous les tableaux cliniques.

[28] GOLSE Bernard**,** Mon combat pour les enfants autistes. *édition Odile Jacob*. Janvier 2013. P. 61

d) Peut-on parler de plusieurs formes d'autisme ?

En effet, les personnes souffrant d'autisme présentent toutes des signes cliniques en référence à la triade autistique mais le degré de la sévérité de leurs troubles peut varier. De même, certaines formes d'autisme peuvent être accompagnées de retard mental, de différente sévérité et d'autres non.

Les classifications internationales ont distingué principalement trois formes d'autisme :

- ***L'autisme infantile, ou autisme de Kanner.***

L'autisme infantile se rapporte spécifiquement à l'ensemble complet des signes cliniques décrits par la classification internationale des maladies. (Annexe 1). C'est une forme d'autisme extrêmement rare.

- ***Le syndrome d'Asperger, ou « autisme de haut niveau ».***

Il s'agit de la forme d'autisme la plus connue par les médias depuis ces dernières années. Elle s'accompagne d'une absence de retard mental et dans certains cas d'une réussite particulière pour les mathématiques, la physique…

- ***L'autisme non spécifique.***

On désigne par « autisme non spécifique » une personne qui ne présente ni l'ensemble complet des signes cliniques pour l'autisme infantile, ni une absence de retard mental.

e) Le diagnostic de l'autisme et ses intérêts

A ce jour, le diagnostic se fait par l'observation pluridisciplinaire de signes cliniques pouvant se rattacher à ceux décrits par les classifications internationales des maladies.

Cette pathologie n'a pas de marqueur biologique spécifique. Son diagnostic, pas toujours évident à poser, repose donc sur des signes d'alertes et des arguments cliniques recueillis par les différents professionnels de santé. Cependant, il existe aujourd'hui des outils spécifiques de diagnostic, tels que l'ADI-R ou l'ADOS. Ce sont des échelles à compléter à partir de questions posées aux parents, à l'enfant mais aussi par le biais d'observations cliniques. Le diagnostic doit donc se faire en collaboration avec la famille et peut rarement être posé avant l'âge de 3 ans.

La haute autorité de la santé (H.A.S.) a exprimé dans son rapport de 2005 des « recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme ». [29]

La grande variabilité de cette pathologie exige un diagnostic précis. Celui-ci va permettre aux différents professionnels de santé de connaitre les compétences et les difficultés de l'enfant, donnant ainsi une idée de la façon dont la pathologie risque d'évoluer. Il est aussi important de rechercher d'éventuels troubles associés à l'autisme comme un retard mental mais aussi des troubles sensoriels, des troubles épileptiques, etc. Le diagnostic va ainsi permettre de proposer un projet de soin le plus adapté possible à la personne. Les recherches ont démontré qu'une prise en charge précoce et multidisciplinaire est indispensable afin de n'exclure aucune piste potentiellement efficace pour l'enfant.

[29] Recommandations disponibles sur le site de la haute autorité de la santé (H.A.S.) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/autisme_fiches12.pdf

f) Une hypothèse sur l'autisme : un défaut de cohérence centrale

Pour ***Bernard GOLSE,*** l'autisme serait « l'échec le plus grave des processus d'accès à l'intersubjectivité, c'est-à-dire à la différenciation qui permet à un enfant de reconnaître véritablement l'existence de l'autre. »[30]

L'une des hypothèses actuelles les plus répandues soutient, en effet, que l'enfant souffrant d'autisme ne serait pas équipé neurologiquement pour rassembler, sélectionner et hiérarchiser les différentes informations sensorielles reçues de son environnement. Il y aurait un défaut de cohérence centrale au niveau du cerveau. Or, pour qu'un objet puisse être perçu comme extérieur à soi-même, il faut qu'il soit appréhendé simultanément par au moins deux modalités sensorielles différentes. Chez une personne souffrant d'autisme ce trouble du traitement des informations sensorielles pourrait empêcher l'enfant d'accéder à l'intersubjectivité et le conduirait à des difficultés d'ordre social et comportemental (la triade autistique). Les recherches se poursuivent encore pour comprendre les causes de cette pathologie.

Pour le psychomotricien, l'essentiel est surtout de s'intéresser au « comment », dans le but de comprendre les objectifs à atteindre et d'ajuster au mieux une pratique psychomotrice : Comment se manifeste le syndrome de l'autisme chez une personne? Comment vit-elle avec son environnement ?

[30] GOLSE Bernard**,** Mon combat pour les enfants autistes. *édition Odile Jacob*. Janvier 2013. P. 53

Les classifications internationales sont des outils indispensables pour communiquer entre professionnels, toutes disciplines et pays confondus. Néanmoins, il est essentiel de rappeler que chaque individu est unique et chaque personne atteinte d'autisme est donc différente. Le psychomotricien rencontre la personne avec ses compétences et ses difficultés, à un moment précis, dans un contexte donné. Je me suis intéressé ici, aux rencontres faites durant mon stage au sein d'un Institut Médico-Educatif (I.M.E.). Ce type de structure accueille des enfants ou adolescents atteints d'un handicap mental lié à des troubles neuropsychiatriques (troubles moteurs, sensoriels, troubles de la communication, troubles de la personnalité). Au sein d'un I.M.E. le syndrome de l'autisme est associé à un retard mental. Dans sa pratique, le psychomotricien fait des liens entre ses observations cliniques et la théorie. Ses hypothèses lui permettent de comprendre la personne qu'il rencontre et ainsi d'ajuster au mieux ses interventions auprès d'elle.

Dans la partie qui va suivre, j'expose mes hypothèses de compréhension face à des comportements dans l'ici et le maintenant. Ce ne sont certes pas « des vérités absolues » mais lors de mes observations, j'ai remarqué des similitudes dans les agissements de ces jeunes avec autisme présents dans cette institution. L'enjeu ici, est d'aborder un raisonnement pour essayer de comprendre un peu mieux certains comportements si « étranges » de l'autisme. Je parle d'étrangeté, car je me suis retrouvé face à des comportements souvent très « rudimentaires », très archaïques, auxquels je n'avais pas encore été confronté.

J'ai rencontré, durant cette dernière année de stage, un enfant souffrant d'autisme infantile. Tous les jeudis matins, Florian, 9 ans, bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité dans une pataugeoire avec deux psychomotriciens ; un des adultes en situation de jeu avec l'enfant et l'autre en tant qu'observateur. J'ai assisté régulièrement à ces séances. Pour rédiger cette partie, je me suis beaucoup appuyé sur mes observations cliniques faites à partir de Florian, ainsi que d'autres enfants présents dans cet I.M.E.

2) La personne avec autisme face à elle-même

Florian est là, debout, devant nous, le torse nu, se laissant totalement faire durant ce temps de déshabillage. Il a, comme à son habitude, une main droite derrière l'oreille, l'autre sur son ventre et le regard absent. Ses mains très crispées le caressent. Il ne dit rien. Il est ailleurs.

a) Une « expérience psychique unidimensionnelle »

Il semblerait que dans un état autistique, l'enfant soit en prise avec ses sensations. ***Donald Meltzer*** parle « ***d'expérience psychique unidimensionnelle*** »[31], dans laquelle l'enfant qualifierait les objets de son environnement comme étant seulement attirants ou repoussants. ***Anne-Marie LATOUR*** explique que cette expérience ne laisse aucune place à l'activité psychique et émotionnelle, que seules les sensations sont prises en compte.

A quelle(s) sensation(s) Florian est-il attaché ? Une sensation tactile ? Un vécu proprioceptif produit par ses mains crispées ? Ou peut-être totalement autre chose ?

Dans tous les cas d'autisme où la personne est sous l'emprise de ses sensations, il est souvent difficile de répondre à ces questions. On peut simplement émettre des hypothèses. L'essentiel pour nous, soignants, est de savoir que ces états d'absence durant lesquelles l'enfant se trouve peuvent être produits par une stimulation sensorielle.

« *L'importance est de savoir que ça existe, pour apprendre à le repérer et pouvoir ensuite ajuster au mieux nos interventions* »[32]

Anne-Marie LATOUR

---

[31] **L'expérience psychique unidimensionnelle** se « *réfère à un monde constitué d'objets réduits à leur seule qualité, présence ou absence, stimulant ou non stimulant, attirant ou repoussant ; un monde fait d'évènement discontinus, impossible à relier et par conséquent impropres à être mémorisés*. » LATOUR Anne-Marie La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques, *édition érès,* 2010, p. 66

[32] Cours de 3ème année de psychomotricité, Anne-Marie LATOUR, psychomotricienne et enseignante à l'IFP de Bordeaux.

Cette réflexion m'a amené à m'interroger sur le vécu d'une personne pour qui les sensations sont omnipotentes.

Il est midi, Florian est à table avec nous. Il a la tête penchée à droite, le regard dans le vague, il fixe la surface de la table. Il est ailleurs. Je l'appelle « Florian ! Florian ! » mais il ne réagit pas. Nous n'existons pas. Son éducateur référent passe alors sa main devant ses yeux. Florian bondit d'un coup, comme surpris par notre présence. Je m'exclame alors « Coucou Florian, on est là ! »

b) <u>Une stimulation sensorielle ou rien</u>

Donald MELTZER explique que dans l'autisme, seul le sensoriel existe vraiment. La présence d'un objet pour l'enfant serait donc produite par sa sensorialité, une fois la sensation partie, l'objet n'existe plus. Il ajoute que ce mécanisme implique un manque total de mémorisation et donc d'anticipation. Dans un espace bidimensionnel, les surfaces, les formes vont être prises en compte. Les objets sont alors perçus par leurs sensorialités de surface.

Si l'enfant est occupé avec les sensations, il lui est compliqué d'investir les jeux, les expériences corporelles, les interrelations… Par conséquent, on peut imaginer que l'intégration des différentes parties du corps, la construction spatio-temporelle et les notions abordées dans la première partie s'avèrent être « altérées » du fait de cette sensorialité atypique. **C'est comme si, pour compenser la non représentation mentale, l'enfant avait recours à une forme de « représentation sensorielle ».**

Tous les vendredis midi, je rencontre Damien au moment du repas. Lorsque le repas se termine, Damien se lève et se place devant la fenêtre. Il met alors ses deux index dans ses oreilles. On dirait qu'il est comme « bloqué » dans cette position. Il ne bouge plus et je pense que si personne ne vient à sa rencontre, il pourrait rester ainsi des heures.

c) Le recours à l'adhésivité

Ester BICK[33] a parlé pour la première fois **d'adhésivité**. C'est un phénomène normal que l'on rencontre tous et qui s'applique au moment où l'on est comme « collé » à une stimulation sensorielle.

Dans le cas de l'autisme, si l'on ne parvient pas à se représenter l'espace, le temps, les sensations… le simple passage d'une pièce à l'autre peut alors être perçu comme très angoissant. **Dans le cas où l'accès à la représentation est difficile voire impossible, le moindre changement peut alors devenir source d'angoisse**. **Si la continuité mentale n'existe pas, l'individu a recours à la continuité sensorielle pour consentir à une « continuité d'existence ».** L'adhésivité est un mécanisme majeur de l'autisme, ce mode de contact adhésif fait que le sensoriel est propre à cette pathologie. Dans ce mécanisme, l'Autre n'existe pas, il n'y a que les sensations.

Dans le dictionnaire de la philosophie,[34] l'angoisse est définit comme étant l' « *ensemble de phénomènes affectifs dominés par une sensation interne d'oppression et de resserrement, qui accompagne d'ordinaire la crainte d'une souffrance ou d'un malheur graves et imminents, contre lesquels on se sent impuissant à se défendre.* »

Dans la partie qui suit, il m'a semblé intéressant d'orienter mes recherches vers les angoisses autistiques en rappelant leurs origines et la manière dont elles s'expriment.

---

[33] BICK Ester (1901 – 1983) est une psychanalyste polonaise qui s'est intéressée à l'observation des nourrissons.
[34] LALANDE André, Vocabulaire technique et critique de la philosophie, *édition puf,* 2010. Définition du mot « angoisse ».

d) Les angoisses autistiques

Lorsqu'on parle d'autisme, on aborde très rapidement le mot « angoisse ». Lors d'échanges cliniques, on entend souvent parler d'angoisses de morcèlement, de liquéfaction, de chute… **Ce sont toutes des angoisses dites archaïques**. Elles résultent du fait que l'enfant serait en prise à sa sensorialité, ne pouvant pas accéder à la représentation. Ces angoisses sont en rapport direct avec une mauvaise, voire une non-constitution du sentiment d'enveloppe corporelle. **Dans l'autisme, l'enfant ne parviendrait pas à se construire psychiquement une « peau ».** Comme on l'a vu précédemment, le sentiment d'enveloppe corporelle, le « moi-peau » décrit par ***Didier ANZIEU***, est une représentation psychique des limites corporelles de l'individu. Cette sensation d'être « contenu » corporellement va permettre à l'enfant d'obtenir un référentiel pour se bâtir, s'orienter et se développer. **Puisque l'accès à la représentation s'avère entravé, le sentiment d'enveloppe l'est donc tout autant.**

« *L'autiste ne peut pas penser et représenter son corps.* »[35]

DESSISLAVA Gadeva

Dès le début de la séance, Florian est dans une grande agitation motrice. Il est hypertonique, les poings fermés, la bouche ouverte et crispée. Il est très difficile de le calmer, de l'apaiser et donc de lui mettre son maillot de bain pour aller à la pataugeoire.

Florian ne peut pas mettre de sens sur ses difficultés et sur ses angoisses, car il ne parvient pas à se les représenter. De plus, il ne semble pas pouvoir établir d'échange verbal avec l'autre, il est en cela très compliqué de comprendre ce qu'il extériorise corporellement. Néanmoins, on peut émettre l'hypothèse que cette agitation motrice pourrait exprimer un mal-être produit par une douleur, une gêne ou encore une angoisse.

[35] DESSISLAVA Gadeva « Le monde de l'autiste, son corps et ses relations avec l'autre. », *Figures de la psychanalyse* 2/2006 (n° 14), p. 105-110. Site : www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2006-2-page-105.htm.

« *De quoi d'autre que du corps certains enfants disposent-ils pour faire appel ?* »[36]

Eva-Marie GOLDER

La proximité corporelle qu'impose le temps de rhabillage et de déshabillage semble être très difficile à gérer pour Florian. Il paraît se réfugier, à ce moment là, dans l'agitation motrice ou dans l'adhésivité (où l'activité psychique et émotionnelle est absente). De même, quand une personne est vraiment trop proche de lui, il donne systématiquement comme un « coup de bras » dans le vent en direction de celle-ci.

J'ai le sentiment, en le regardant faire, que sa main va se détacher de son avant-bras, comme s'il jetait « cette » main en direction de l'autre. Florian reproduit ce geste à chaque fois que quelqu'un semble « envahir » son espace personnel. Par cette action, Florian répond certainement à une possible angoisse archaïque. Il a peut-être le sentiment de se sentir envahi corporellement par la personne trop près de lui. Ce mouvement lui permet sûrement d'évaluer son champ de préhension, son espace proche. Grâce à cette forme de « représentation sensorielle » tactile, Florian chercherait inconsciemment à évaluer une distance qui le sépare de l'autre.

De plus, les sensations, les émotions perçues par l'enfant, ne vont pas pouvoir être transformées car dans l'autisme la fonction alpha de ***Wilfred BION*** n'est pas, ou est très mal, intériorisée : conséquence probable d'une difficulté à entrer dans les interrelations avec l'environnement.

L'adhésivité ou l'auto-sensorialité seraient souvent les seules solutions permettant à la personne d'évacuer ses ressentis terrifiants et sans aucune signification pour elle. Excepté qu'avec ces mécanismes, il n'y a aucun retour, aucun élément pensable pour l'enfant (aucun élément alpha). **L'individu est donc envahi et prisonnier de ses angoisses, incapable de se les représenter et donc incapable de les extérioriser verbalement.**

---

[36] BOISSEL Anne et MIGNON Pascal, « Introduction », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*4/2004 (n° 58), p. 5-6. Site: www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2004-4-page-5.htm.
GOLDER Eva-Marie est psychanalyste, docteur en psychologie. Elle a été l'élève de Françoise DOLTO. Site internet http://www.editions-eres.com/parutions-auteurs/3724-eva-marie-golder.htm

"*Le langage réalise en brisant le silence ce que le silence voulait et n'obtenait pas*" [37]

Maurice MERLEAU-PONTY

Mon raisonnement m'a alors amené à me rendre compte des « stratégies compensatoires » qu'une personne est contrainte de vivre lorsqu'elle est envahie et prisonnière de ses angoisses.

e) Les stéréotypies

Les stéréotypies comme l'adhésivité mais aussi les autostimulations peuvent être des moyens pour l'enfant de compenser ses angoisses trop envahissantes. Elles peuvent s'expliquer par différentes fonctions, ***Anne-Marie LATOUR*** énonce qu'elles ont toujours une utilité pour la personne, une signification, une logique.

Elles peuvent avoir deux grandes fonctions :

- **Se sentir**, une forme d'autostimulation pour se sentir exister corporellement, en réponse à une absence de « peau ».

- **S'isoler**, pour se soustraire à des informations, à des stimulations trop envahissantes qui ne peuvent pas être intégrées.

« *Rien de ce que produit la personne atteinte d'autisme est sans signification. Il y a toujours une logique derrière un comportement,* ***aussi difficile qu'elle soit à trouver****.* »[38]

Anne-Marie LATOUR

---

[37] Site internet http://les.tournesols.org.free.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=1&Itemid=39 titre de l'œuvre : Le visible et l'invisible, 1964,

[38] Cours de 3ème année de psychomotricité, Anne-Marie LATOUR, psychomotricienne et enseignante à l'IFP de Bordeaux.

A midi le réfectoire est rempli, il y a du bruit, des cris, des mouvements… Florian est debout en train de regarder fixement la poignée de porte. Dans un mouvement très régulier, il se balance corporellement de droite à gauche. Il accompagne chacun de ses balancements d'une forte expiration nasale. Je me tiens à coté de lui et j'ai l'impression que, pour lui, je n'existe pas.

On peut imaginer dans ce moment de stéréotypie que Florian cherche à s'isoler de cette cacophonie générale par le sensoriel, en se sentant exister corporellement dans l'ici et le maintenant, en présence de tout ce monde.

f) Un tonus en tout ou rien

Timothée participe au groupe psychomoteur le vendredi après-midi. Il a été diagnostiqué autiste il y a 5 ans, à l'âge de 3 ans. Lors d'une séance, Timothée perd son équilibre et bascule en arrière sur les tatamis. Il s'effondre alors brutalement au sol. J'ai pu lire dans son regard une angoisse terrifiante qui s'est traduite ensuite par un mouvement corporel répété, d'avant en arrière. Timothée s'est ainsi réfugié dans les stéréotypies. La psychomotricienne est intervenue et a mis des mots sur ce qui venait de se passer, en lui caressant fermement le dos. Timothée s'est alors senti rassuré et a pu poursuivre l'activité.

La sensation de chute a provoqué chez Timothée un passage soudain d'état tonique. J'ai eu l'impression qu'il était comme attiré par le sol, son tonus est passé d'un coup de l'hypertonie à l'hypotonie. Ce comportement peut être expliqué par une angoisse de dissolution : lorsque Timothée a trébuché, il s'est senti comme « dissous », « liquéfié » corporellement.

La psychomotricienne a mis des mots, du sens, sur ce qui s'était passé, sur une probable angoisse. (Nous comprendrons dans le chapitre suivant l'importance de cette mise en mots.) Le fait de caresser fermement Timothée au niveau du dos lui a certainement permis de retrouver une forme de « contenance », d'enveloppe corporelle.

Une des caractéristiques de l'autisme, que j'ai donc pu observer cliniquement, est la présence d'un **tonus en tout ou rien**. Nous savons que le dialogue tonique est une composante essentielle dans la régulation du tonus de l'enfant. Une hypothèse pour l'autisme serait que ce dialogue, notamment bâti sur le traitement des sensations tactiles, n'aurait pas pu ou aurait été mal intériorisé. Cette difficulté de régulation pourrait aussi s'expliquer par cette absence d'enveloppe corporelle**. Si la personne n'a pas la représentation d'une limite, d'une « contenance » corporelle, elle va alors chercher inconsciemment des moyens compensatoires pour se sentir corporellement « solide ».** Certaines personnes atteintes d'autisme, où le sentiment « d'enveloppe psychique » ne se serait pas constitué, **pourrait alors avoir recours aux variations d'états toniques (hypertonie/hypotonie).**

« *Si ces variations cessent, la "consistance" disparaît.*»[39]

A. Bullinger

La séance de psychomotricité est sur le point de se terminer, la psychomotricienne coupe le tuyau d'eau. Le bruit de l'eau s'arrête. Florian regarde le trou d'évacuation fixement puis se précipite devant, se met à genoux et se balance d'avant en arrière avec une rigidité musculaire très élevée. Il semble être captivé par cette eau qui disparaît. Cette situation dure quelques secondes. La psychomotricienne lui dit « Allez Florian, on va se rhabiller maintenant », tout en l'enveloppant dans une serviette chaude. Florian se laisse alors porté par la psychomotricienne dans un état hypotonique. Il nous regarde, il est de nouveau parmi nous.

Florian a réagi par un état hypertonique à l'évacuation de l'eau. On peut faire un lien avec une angoisse de liquéfaction. L'eau s'évacuant aurait provoqué, semble-t-il, une impression d'écoulement corporel. De même, l'enveloppement avec la serviette chaude aurait permis à Florian de se sentir « contenu » et ainsi de revenir avec nous dans l'ici et le maintenant.

[39] BULLINGER André, Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, *éditions érès, 2011,* p. 32

Il est fréquent d'observer cet agrippement tonique chez des enfants atteints d'autisme car **l'hypertonicité pourrait aider à se sentir « dur » corporellement.** Par exemple, en retenant leurs selles, certains enfants organisés sur un mode hypertonique cherchent à sentir qu'à l'intérieur « c'est dur », ils sont comme tenus corporellement par cette sensation interne. Ces enfants n'auraient donc pas intégré la perception d'un squelette solide et le fait de déféquer reviendrait pour eux à perdre cette sensation de **sentir qu'à l'intérieur « ça tient ».** Ce qui provoquerait de grandes angoisses au moment d'aller aux toilettes.

« *Il est important de noter, à travers ces phénomènes, que* ***c'est la qualité dure qui est recherchée car elle est analogue pour l'autiste à ce qui est solide****. Le défaut d'intégration, chez l'enfant autiste, d'un squelette interne, le met toujours en demeure de trouver de manière concrète dans les objets, dans les manipulations, dans les postures et les mouvements, cette tenue qui n'a pu s'intérioriser.* **»**[40]

Anne-Marie LATOUR

Si l'enfant ne parvient pas à réguler son tonus, qu'en est-il de la « plateforme sensori-tonique » décrite par ***André BULLINGER*** ?

André BULLINGER explique que cette plateforme, permettant au bébé d'organiser ses perceptions, ses actions et de réguler ses états émotionnels, serait absente chez la personne atteinte d'autisme. Il ajoute l'idée qu'il y aurait une compensation par « l'agitation », laquelle viendrait ainsi combler une image corporelle défaillante, clivée. C'est ce qu'***Ester BICK*** appelle « *un phénomène de seconde peau* »[41]. Les variations d'états toniques seraient une sorte de réceptacle venant ainsi contenir les expériences sensorielles de l'enfant. **L'agitation motrice apparaîtrait donc pour remplacer cette absence de représentation d'une « peau ».**

---

[40] LATOUR Anne-Marie La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques, *édition érès,* 2010, p.80

[41] Cours de 3ème année de psychomotricité. Mr. MAIREY psychomotricien et enseignant à l'Ifp de Bordeaux.

Dans tous les cas, il faut admettre que la personne avec autisme serait dans une sorte d'intention inconsciente de vouloir communiquer son vécu corporel, ses éprouvés, ses affects. Toutes ces stratégies compensatoires auraient une signification, une logique pour l'enfant et c'est à nous d'essayer de les comprendre. En effet, si l'on veut proposer un dispositif soignant et pouvoir ajuster au mieux nos interventions, il est essentiel au préalable de saisir, de « décoder », cette logique propre à chacun qui, au départ, peut paraître très « étrange » à nos yeux.

g) Un monde de clivages

Selon ***Donald MELTZER***, l'uni et la bi-dimensionnalité est le mode d'organisation majeur dans l'autisme. Cet univers sensoriel produit chez l'enfant le sentiment que son monde est clivé, sans aucun lien. On peut alors se demander quelles sont les raisons d'une telle perception.

1. Clivages sensoriels

André BULLINGER émet l'hypothèse qu'une personne avec autisme privilégierait le système neuronal spino-thalamique, dit archaïque, plutôt que le système plus récent pour traiter les flux sensoriels. **L'exploration des sensations s'en trouverait alors limitée à la simple distinction entre dur/mou, chaud/froid, lisse/rugueux… Sans pouvoir accéder à d'autres perceptions, l'enfant serait alors dans l'impossibilité d'intégrer tous les apports des flux sensoriels.**[42] De plus, chaque sensation serait détachée l'une de l'autre et la « co-modalité » décrite par ***Daniel STERN*** ne pourrait pas être investie par l'enfant. Dans la partie I, nous avons abordé l'importance des sensations et de cette « co-modalité » entre tous nos organes des sens dans le développement psychomoteur d'un individu. Ces données pourraient donc être responsables de la perception d'un monde désuni, sans lien.

[42] (Cf. *Partie I) 1. b) Les flux sensoriels)*.

Afin de saisir l'importance même des sensations pour un enfant atteint d'autisme, nous allons aborder quelques exemples cliniques, et nous verrons, par la suite, les conséquences d'un tel dysfonctionnement du traitement des informations sensorielles sur l'image corporelle d'un individu.

- ***Les flux tactiles***

Florian est au milieu de la pataugeoire, en maillot de bain, le regard posé sur le reflet de l'eau au sol. Il a, comme à son habitude, sa main droite derrière l'oreille, l'autre sur son ventre. Ses mains hypertoniques le caressent. Il est ailleurs.

Florian paraît envahi par de nombreuses angoisses corporelles et ces gestes qu'il réalise si souvent semblent le rassurer. Il chercherait par tous les moyens à être contenu dans une globalité corporelle, d'où l'apaisement produit par ces caresses. De même, on peut faire un lien avec l'exemple clinique précédent, la serviette chaude pourrait lui avoir permis de s'apaiser. Les flux tactiles permettraient alors à Florian de se détendre.

Frances TUSTIN parle « *d'auto-caresses* » et explique que l'enfant chercherait à se « *procurer un vague sentiment d'auto-contenance*.»[43]

- ***Les flux sonores***

Florian me prend la main sans me regarder. Il s'agit de notre premier contact physique. Il m'amène alors devant le poste audio et pose ma main dessus. (Main objet) Je comprends implicitement qu'il veut de la musique. Il réclame toujours le même CD et l'écoute en boucle. Une fois la musique lancée, Florian semble apaisé, ailleurs, plus en sécurité.

On pourrait ici faire un lien avec ce qu'***André BULLINGER*** a exprimé en parlant des flux sonores : ils peuvent avoir valeur de contenance corporelle.[44]

---

[43] HAAG Geneviève – psychiatre, psychanalyste- Article : « Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps. » *Le Carnet PSY* 8/2006 (n° 112), p. 40-42.
[44] (Cf. *Partie I) 1. b) Les flux sensoriels)*.

- ***Les flux visuels***

Florian regarde, immobile, une tache située au sol. Nous sommes trois adultes autour de lui. A ce moment là, Salomé, 8 ans, se place face au regard de Florian et le fixe comme pour lui signaler sa présence. Florian réagit alors brutalement et s'enferme dans les mouvements corporels très rythmés d'avant en arrière, des stéréotypies.

Dans cet exemple clinique, Florian, incapable d'évaluer visuellement les distances et n'ayant pas accès à l'intersubjectivité, a vraisemblablement été envahi par l'angoisse. Il s'est alors réfugié dans l'agitation motrice, dans les sensations d'un corps en mouvement pour pallier à une enveloppe corporelle défaillante.

Le regard de face peut-être très délicat à gérer pour un enfant n'ayant pas intériorisé la notion du « Moi-peau ». La vision périphérique est bien mieux acceptée puisqu'il ne distingue pas entièrement la personne mais discrimine seulement ses mouvements. ***Donald MELTZER*** aborde les notions de **« mantèlement »** et de **« démantèlement »**. Si comme dans l'autisme, il n'y a pas de différenciation entre moi et l'autre (soit un non accès à l'intersubjectivité) et que le sentiment d'enveloppe corporelle ne s'est pas ou s'est mal construit, alors, l'autre peut être considéré comme persécuteur, comme source de morcellement corporel. Un flux sensoriel pourrait donc être vécu comme un « démantèlement » corporel de l'enfant. Il est important de savoir qu'une telle perception puisse exister, car ce phénomène de « démantèlement » pourrait expliquer, par exemple, les réactions parfois violentes de certains enfants suite à un simple contact tactile.

Nous clôturerons ce raisonnement par un tableau clinique révélateur du vécu corporel clivé d'une personne vivant dans un monde sensoriel « désaccordé ».

2. *Clivages corporels*

Lorsque je rencontre pour la première fois Florian, il est assis dans une poussette, sa main droite derrière l'oreille. Il se caresse la nuque.

« Dans cette poussette, Florian recherche une mise en continuité des sensations tactiles pour se sentir comme contenu dans un sentiment de globalité corporelle ». Telles ont été les explications de la psychomotricienne. Il s'agit maintenant pour nous de comprendre les raisons qui poussent Florian à rechercher un sentiment de globalité corporelle.

Comme on l'a vu précédemment, ***Geneviève HAAG*** émet l'hypothèse que le bébé doit se rassembler corporellement pour se sentir unifié et ainsi obtenir un sentiment de contenance corporelle. Ce rassemblement a lieu grâce à toutes les expériences tactiles, kinesthésiques produites sur le bébé par son environnement. **Elle précise que ces expériences doivent avoir du sens pour l'enfant**. Cette mise en sens se construit parallèlement à la maturation neurophysiologique de celui-ci.

Dans le cas de l'autisme, se rassembler corporellement semble être difficile pour l'enfant, en liant avec cette mise en sens et cette fonction alpha toutes deux mal intégrées.

- ***Un clivage droite-gauche***

Florian est assis au sol. Deux gobelets sont positionnés à sa droite, l'un rouge et l'autre jaune. Je fais du bruit en tapant le gobelet jaune par terre. Florian avec sa main droite et d'un mouvement saccadé le récupère. Je remarque que sa main gauche est hypertonique, ses doigts sont crispés vers l'intérieur et son index légèrement plus ouvert (main en griffe). La main qui tient le gobelet me paraît être nettement plus détendue. Puis, je fais du bruit avec le second gobelet, le rouge. Florian repose alors le jaune à sa droite et récupère le rouge. Cette situation va se répéter et à aucun moment Florian passera un gobelet de sa main droite à sa main gauche, pour les avoir dans ses deux mains.

Durant cette situation, j'ai vraiment eu le sentiment que Florian était corporellement coupé en deux, sans lien possible entre ses deux hémicorps. Ce clivage droite-gauche s'observe au niveau spatial. Seul l'espace droit, semble exister pour Florian. Les sensorialités produites par les gobelets se situent à sa droite. Florian n'a pas transféré le gobelet d'une main à l'autre. Ce rassemblement droite-gauche semble inexistant. Bien qu'il existe avec la latéralisation hémisphérique, le clivage s'observe aussi au niveau du tonus. Son état tonique m'a semblé être très différent à droite et à gauche. Cette hypothèse s'est vérifiée lorsque j'ai observé Florian courir, il se déhanche de droite à gauche, comme s'il « boitait ».

- ***Un clivage devant-derrière***

Jonathan, un adolescent de 18 ans, mange tous les vendredis en face de moi. Diagnostiqué trisomique, il a également des troubles autistiques (c'est-à-dire que ses symptômes se réfèrent à la triade autistique). ***Jonathan peut manger et boire sans sembler prendre en compte sa sensation de satiété. Il a souvent la bouche ouverte et sa langue fait obstacle, comme pour « boucher un trou ».***

Jonathan engloutit la nourriture et chaque vendredi, j'ai ce sentiment qu'il a comme un « vide » à combler, qu'il y a comme un « trou » sans fin au niveau de sa bouche et qu'il doit à tout prix, remplir en s'alimentant.

Florian a toujours la peau très marquée au niveau de la zone buccale. Il met souvent l'index, le majeur et l'auriculaire de sa main droite dans sa bouche. Il les enfonce loin dans sa gorge et ça n'a pas l'air de lui faire mal.

Ce comportement donne le sentiment à l'équipe et à moi-même que Florian cherche à « bloquer » cette ouverture avec ses doigts. La bouche serait-elle vécue par Florian comme un « gouffre sans fond » ?

Si l'enfant n'a pas pu faire l'expérience d'un rassemblement devant-derrière, alors, va persister le sentiment que ce qui est vécu devant n'a aucun rapport avec ce qui est vécu derrière. De plus, le sentiment de « fond psychique » décrit par ***Geneviève HAAG***, qui permet de garder en soi ce qui a été perçu par nos organes de sens, ne s'est pas construit. Ce clivage conduit à la sensation qu'il n'y a pas d'espace corporel derrière et que chaque orifice est alors perçu comme un « trou sans fin ».

« *A la surface du corps fragile et menacé s'ouvrent des orifices, à la fois véritables « trous » ouverts à toutes les intrusions, les invasions, et lieux de possibles pertes de substance interne*. »[45]

GABBAI Philippe

Ainsi, si l'enfant est occupé à sentir qu'il y a un « derrière », il n'est alors plus disponible pour investir ce qui se passe devant, tels les jeux, les interactions, l'exploration du monde…

- ***Un clivage haut-bas***

Florian est nu, debout, devant nous, le regard ailleurs. La psychomotricienne lui explique « Florian, on va mettre le maillot de bain pour aller s'amuser ensemble dans l'eau ». Aucune réaction, aucune réponse. Elle ouvre alors le tuyau d'eau en espérant que ses mots accompagnés de cette sensation auditive auront plus d'impact. Florian réagit, il sourit. Il marche alors doucement vers la psychomotricienne tout en urinant sans arrêter sa séquence motrice. Il urine sans réaction, en ne laissant paraître aucune émotion comme si cela ne provenait pas de lui.

L'acquisition du bas du corps permet l'accès à l'intégration de la sphinctérisation. On peut émettre l'hypothèse d'un clivage corporel haut-bas persistant pour Florian.

Cette forme de clivage donne l'illusion à l'enfant que **tout ce qui se situe au niveau de l'espace corporel bas, n'existe pas.** De même, **la marche sur la pointe des pieds** chez

[45] CLASSEAU Louise, Un détour par l'autre pour un « tout autour », Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, 2012, P. 57

l'enfant pourrait s'expliquer par une mauvaise intégration du bas du corps. ***André BULLINGER*** amène l'idée que ce type de marche, sur pointe des pieds, répondrait à une difficulté dans l'intégration des sensations au niveau des jambes.

- **Une non-intégration de l'axe vertical**

« J'ai décrit depuis longtemps la non intégration de l'axe vertical du corps chez les enfants autistes, responsables en particulier ***d'une hypertonie permanente de compensation****, ou de la nécessité d'avoir un hémicorps collé au corps de l'autre. »*[46]

Geneviève HAAG

Geneviève HAAG rappelle ici le lien étroit entre le développement corporel et psychique. La non-intégration de l'axe vertical provoque des angoisses chez l'individu et donc des stratégies corporelles compensatoires.

Pour parachever cette partie, voici un exemple clinique d'ajustement que l'on pourrait proposer, en tant que soignant, pour permettre à l'enfant un rassemblement corporel.

[46] HAAG Geneviève – psychiatre, psychanalyste- Article : « Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps. » *Le Carnet PSY* 8/2006 (n° 112), p. 40-42.

- ***Un exemple de rassemblement corporel***

Lorsque Florian quitte la pataugeoire, au moment du rhabillage, il est dans une constante agitation motrice. Le psychomotricien propose alors à Florian de s'allonger sur ses jambes enveloppé dans sa serviette chaude. Il l'entoure avec ses bras. Aussitôt, Florian se recentre alors physiquement et se met en position fœtale. Il ne bouge plus, il se calme et ferme même les yeux.

Ce sentiment de contenance que procure le corps du psychomotricien a l'air d'être très apprécié par Florian, ses agitations cessent et il a l'air apaisé, en sécurité.

« Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre »[47]

Julian DE AJURIAGUERRA

« […] le rapport de l'enfant autiste à son corps aurait une fonction paradigmatique et exemplaire d'exploration de ce « rien » que serait le corps sans le corps de l'autre… Qu'il y aurait dans la pathologie autistique (évitement et retrait, sensualisme autocentré, dysharmonie psychomotrice, stéréotypies, etc.) comme un laboratoire malheureusement naturel pour étudier ce qui n'advient pas de ce corps (seulement construit sur le corps de l'autre), ou du destin singulier du corps et de la psychomotricité sans le passage par l'autre : dans ce que j'appellerai plus loin une véritable perversion psychomotrice et un ratage du circuit pulsionnel, de la psychisation et de la subjectivation qui s'en déduit. »[48]

Fabien JOLY

En conclusion

Dans la première partie nous avons montré que c'est par l'action, par la motricité que l'enfant découvre son environnement humain et physique. Dans cette exploration motrice et sensorielle, par l'intermédiaire des jeux, des interrelations, l'enfant va ainsi pouvoir se développer corporellement et psychiquement dans un rapport entre soi et l'autre. Toutes les propriétés corporelles doivent d'abord se lier à des images sensorielles et motrices pour ensuite devenir représentables et pouvoir s'exprimer par des mots. L'environnement humain a un rôle essentiel à jouer dans cette mise en mots pour détoxiquer des sensations sans signification (fonction alpha de ***Wilfred BION***). Le développement psychique s'étaye sur le développement corporel et réciproquement. C'est grâce à cette mise en image du corps que le développement cognitif de l'enfant va pouvoir se construire.

Nous venons d'exposer ici que les personnes souffrant d'autisme **semblent généralement très envahies par de nombreuses angoisses décrites comme archaïques**.

[47] JOLY Fabien, « NOTRE CORPS N'EST RIEN SANS LE CORPS DE L'AUTRE » A propos de l'enfant autiste et son corps, Thérapie psychomotrice et recherches n°134, 2003.
[48] Ibid

Le non-accès à la représentation peut avoir de lourdes conséquences pour un individu : image corporelle clivée, sentiment incomplet voire inexistant d'enveloppe corporelle. De même l'accès au langage, au symbolisme et aux interactions paraît être limité, voire inexistant. La personne serait donc submergée par ses difficultés, incapable de les extérioriser et donc contrainte de devoir « lutter », seule, avec ses propres stratégies. Lorsqu'une personne est parasitée par ses angoisses, elle aurait recours inconsciemment à la sensorialité, entre autre par l'adhésivité, les stéréotypies, les autostimulations, pour lesquels l'objectif serait de diminuer le plus possible toutes les angoisses auxquelles elle doit faire face au quotidien. **Ces stratégies compensatoires et cette « représentation sensorielle » s'expriment de manière très corporelle, très concrète et non mentalisée.** Ainsi, tous les repères organisateurs constitutifs d'un développement psychomoteur harmonieux seraient comme « altérés » du fait d'une sensorialité atypique et omnipotente. **C'est en cela, sur une clinique autour des sensations, que le psychomotricien va pouvoir s'appuyer pour constituer une approche psychomotrice auprès de la personne porteuse d'autisme.**

Comment le psychomotricien, praticien du corps et de son langage, va désormais pouvoir ajuster sa pratique psychomotrice auprès d'enfants souffrant d'autisme ? Et quels peuvent être les enjeux d'une prise en charge psychomotrice auprès de ces enfants ?

III) UN CHEMINEMENT VERS LA REPRESENTATION

- *« Ça c'est dur ou c'est mou ? Et ça ? Et ça ? Et ça ?...*
- *Et toi, Léo, ton corps il est dur ou il est mou ?*
- *Moi, je suis mou !*
- *Et moi, mon corps il est dur ou il est mou ?*
- *Toi, tu es dur ! »*

Le psychomotricien rencontre un individu « *là où il est, comme il est* », dans l'ici et le maintenant. Si la personne avec autisme est prisonnière de sa sensorialité (dans le sens où elle entrave les interactions), le psychomotricien va pouvoir s'appuyer sur cette caractéristique pour la rencontrer. Cette réflexion autour de la sphère sensorielle a ainsi été pour moi un point d'appui dans la construction de la prise en charge psychomotrice auprès d'un adolescent souffrant d'autisme : Léo.

1. *Les débuts d'une prise en charge en psychomotricité*

En psychomotricité, lorsque l'on prend en charge des personnes souffrant d'autisme, on construit son raisonnement sur un **mode hypothético-déductif.**

Par conséquent, après avoir exposé l'anamnèse de Léo, je ferai part de mes observations cliniques avant de présenter son bilan psychomoteur. En procédant ainsi, j'ai pu émettre des hypothèses dans le but de construire un projet de soins le plus adapté possible aux compétences et aux difficultés de Léo.

a) Qui est Léo ?

Léo a 15 ans, c'est un garçon assez grand, mince, aux cheveux courts, châtain clair. Il a un visage plutôt fin, peu expressif et une peau assez pâle faisant ressortir le bleu de ses yeux et le rouge de ses lèvres. Léo m'apparaît comme étant physiquement jeune par rapport à son âge.

Durant l'enfance, sa mère l'a décrit comme un enfant calme recherchant peu le contact avec l'autre, souvent dans sa bulle. Il communique très peu bien qu'il ait été décrit comme ayant conscience de son entourage. A l'âge de 11 ans, Léo est diagnostiqué comme étant **« un enfant autiste dont l'évolution a permis une utilisation du langage et un intérêt pour les apprentissages ».** Les médecins parlent de troubles envahissants du développement (T.E.D.) structurés sur un mode déficitaire.

A son arrivée à l'I.M.E en 2009, Léo se montre extrêmement réservé. Bien qu'il ait conscience des autres, il joue seul la plupart du temps. Il a vraisemblablement besoin de se réfugier dans des jeux répétitifs. **Léo présente de nombreuses angoisses qui paraissent être très archaïques.** Le psychologue met en avant le fait qu'il ne parvienne pas à entrer dans l'imaginaire et dans le fantasmatique. De plus, ses angoisses ne seraient pas symbolisées. Léo a des difficultés pour exprimer ses ressentis, ses émotions : il se cogne souvent lorsqu'il paraît être anxieux.

Aujourd'hui, Léo semble avoir évolué positivement, de façon lente mais progressive. Il a bien intégré les règles de l'établissement et commence à s'ouvrir à son environnement : **il se montre de plus en plus désireux de communiquer avec son entourage**. Au niveau du langage oral, Léo recherche et interpelle souvent l'adulte par des logorrhées verbales et des sons répétitifs. Le repérage spatio-temporel reste problématique, il ne peut pas se déplacer seul dans l'établissement et **tout changement entraîne chez lui de grandes inquiétudes et des agitations motrices importantes. Les toilettes sont aussi source d'angoisses pour Léo** : il lui est impossible d'y aller au sein de l'établissement. Léo retient ses selles et il arrive fréquemment qu'il soit contraint d'aller à l'infirmerie pour des maux de ventre très douloureux.

b) Mes observations cliniques

Une rencontre entre deux personnes est un moment singulier qui dépend du contexte, du lieu, de la situation mais aussi des postures, des attitudes, des mimiques de chacun. C'est grâce au **décryptage du dialogue tonico-postural** et à l'observation des gestes, des rythmes de la personne, qu'il va pouvoir collecter des informations sur son état émotionnel mais aussi sur sa manière d'être en relation. Le psychomotricien, par son savoir-faire et son savoir-être, débute une relation thérapeutique à partir d'une analyse fine de ces temps de rencontre.

Les observations suivantes ont été réalisées en dehors de la salle de psychomotricité.

Je rencontre Léo pour la première fois en janvier 2013. Ce jour là, il est à l'écart des autres enfants. Il joue seul avec des voitures. Je remarque qu'il me regarde du coin de l'œil, ma présence semble l'intriguer. Après m'être présenté, Léo s'est frappé plusieurs fois le coude contre le mur. Cette relation duelle semble l'avoir mis en difficulté. **On peut alors penser qu'incapable d'exprimer ses émotions, de se les représenter il a été contraint de se réfugier dans l'autostimulation sensorielle.**

Pour se déplacer, Léo éprouve le besoin de garder un contact tactile avec les objets environnants**. Cette forme d'adhésivité me laisse imaginer que Léo aurait recours durant un changement, un déplacement, à une continuité sensorielle pour consentir à une continuité d'« exister ».**[49]

Enfin, le simple fait de mettre et d'ôter un vêtement apparaît très éprouvant pour lui. Peut-être, par cet acte, redoute-t-il de perdre sa peau ? Le contact physique est aussi quelque chose de très délicat à gérer : lorsqu'on le touche, Léo est très tonique. Il semble le vivre comme une douleur, il ne le supporte pas. **On peut émettre l'hypothèse d'une faible construction de son enveloppe corporelle.**

[49] (Cf. partie II) 2. b) Le recours à l'adhésivité.)

c) Le bilan psychomoteur

A partir des observations cliniques et des tests étalonnés pour un bilan psychomoteur, le psychomotricien va pouvoir évaluer les compétences et les difficultés psychomotrices d'une personne prise dans sa globalité. Il s'appuie autant sur l'évaluation des capacités motrices et psychiques de l'individu que sur l'évaluation de ses états affectifs, émotionnels et relationnels.

Le bilan psychomoteur de Léo que j'ai réalisé au mois de Janvier s'est déroulé au cours de trois séances. En voici le compte rendu :

Léo est un enfant dit « intestable », dans le sens où la cotation du bilan psychomoteur ne peut pas être effectuée : les résultats étant trop hétérogènes. Il est important de rappeler que cette rencontre était nouvelle pour lui. Le changement a pu accentuer les angoisses. Il semble donc important de noter que ces observations cliniques sont à lire à travers une situation de relation duelle difficile.

Durant ce bilan, Léo se révèle être, par sa posture, son expressivité mais aussi son comportement, en difficulté dans la relation duelle. Lorsque ses angoisses deviennent trop envahissantes, Léo cherche alors des moyens pour s'échapper de la situation. En effet, il m'interroge beaucoup sur ce qui se passe à l'extérieur de la salle et ses interrogations ont pour objectif, me semble t-il, de détourner mon attention afin d'éviter cette relation trop anxiogène pour lui. De même, Léo peut amener un exercice sous la forme d'un jeu, en imaginant que son stylo est une voiture, lui permettant de réaliser l'épreuve. J'ai ainsi pu constater qu'il pouvait se réfugier dans une certaine forme d'imaginaire, en se rattachant à des images qu'il connait.

Au cours de mes observations, Léo comprend mes consignes et sait me répondre lorsqu'il n'est pas submergé par un « trop-plein » émotionnel.

Au niveau du schéma corporel, Léo a l'air d'éprouver une forme de clivage entre le haut et le bas de son corps. En effet, il paraît en difficulté pour mobiliser ses membres inférieurs lors d'une action précise.

Durant une épreuve il sera impossible pour Léo d'exécuter une passe au pied, il utilisera ses membres supérieurs. De même, j'ai le sentiment que Léo tord ses jambes comme des objets indépendants de lui. Assis, il prend des postures qui semblent être très inconfortables, voire inconcevables pour moi. Léo a quelques notions des différentes parties du corps humain mais cela reste faible pour son âge : il est capable de désigner sa bouche, ses yeux, ses oreilles… et sait me les nommer. En revanche, lorsque le vocabulaire devient plus précis (narines, mollets, avant-bras…), Léo se trouve en difficulté.

A l'aide du test de ***Fabien LEPLAT*** sur l'évaluation des connaissances topographiques, j'ai pu m'apercevoir qu'il possédait aussi quelques **repères spatiaux** : tels que dessus, dessous, devant… Un support visuel concret permet à Léo d'être plus concentré sur l'exercice.

Le **repérage temporel** est, quant à lui, assez limité : il ne connait ni les mois de l'année, ni les jours de la semaine et ne parvient pas à se repérer dans une journée.

Au cours des séances, **Léo est souvent hypertonique** ce qui rend fortement difficile la mise en jeu de sa motricité générale. Un saut, réalisé par imitation, lui demande beaucoup d'énergie et tout effort physique est perçu comme très éprouvant.

A la suite de ces observations cliniques et des informations recueillies dans le dossier médical, le psychomotricien dresse un profil psychomoteur spécifique à la personne.

d) Le profil psychomoteur de Léo

Léo possède un profil psychomoteur en grand décalage avec son âge réel. **Le contexte relationnel à l'autre paraît être extrêmement complexe et le contact visuel face à face semble vraiment compliqué pour lui.**

Dans le registre de la communication, la relation à l'autre est très réduite.

La mobilisation corporelle volontaire apparaît anxiogène.

Cette enveloppe corporelle mal construite, ce clivage corporel haut-bas, cette retenue au niveau du sphincter et cette hypertonicité sont autant de points qui m'ont amené à penser que **Léo aurait mal intégré la perception d'un squelette interne solide**. Il ne parviendrait pas à se sentir corporellement « dur », ce qui pourrait donner forme à des angoisses archaïques dites de liquéfaction.[50]

Léo est sensible aux félicitations, il a besoin d'être valorisé et encouragé dans ses démarches. **Un climat de confiance, sécurisant et contenant me semble important à prendre en compte pour la suite de nos échanges.**

Suite à ces observations et à ce bilan, j'ai défini des objectifs dans le but d'élaborer un projet de soin le plus adapté possible à Léo.

[50] (Cf. partie II) 2. f) Un tonus en tout ou rien.)

e) Les objectifs

Anne-Marie LATOUR définit trois axes majeurs d'objectifs en psychomotricité : s'occuper des expériences corporelles, s'occuper des objets et s'occuper d'être ensemble. Le psychomotricien va devoir essayer de centrer ses interventions sur l'intégration sensorielle et perceptive de la personne. Il va tenter d'initier par la sensorialité, par les expériences corporelles partagées les plus satisfaites possibles un ancrage corporel. Ainsi, l'enfant aurait la possibilité de pouvoir acquérir un sentiment d'existence. De plus, cet ancrage permet de diminuer les angoisses archaïques. ***Anne-Marie LATOUR*** précise que c'est par des expériences simples et rudimentaires que ces enfants vont pouvoir trouver ou retrouver certaines sensations corporelles, et ainsi pouvoir se construire corporellement et psychiquement.

Mes objectifs en début de prise en charge en psychomotricité avec Léo vont être axés notamment :

➔**Sur le soutien de la relation à l'autre**.

➔**Sur les expériences sensorielles avec les objets**.

➔**Et sur la possibilité de mettre en sens, en mots, toutes les expériences corporelles vécues durant la séance**.

La prise en charge en psychomotricité de Léo allait pouvoir débuter à raison d'une séance de 30 minutes chaque semaine. J'ai construit un projet de soin en psychomotricité spécifique avec des objectifs clairs et précis. Mon interrogation s'est alors portée sur la manière dont j'allais pouvoir y arriver.

2. *Une rencontre autour des sensations*

Le lieu de la rencontre ainsi que la régularité des séances (durée, jour, horaires) sont autant d'éléments pour consentir à un cadre spatio-temporel de référence qui pourra offrir à la personne un sentiment de contenance ainsi qu'un « sentiment continu d'exister suffisant »[51] d'après les termes de ***Donald WINNICOTT.***

a) Le cadre thérapeutique

Il est 10h, la séance se termine. Léo doit aller en sport. On est légèrement en retard, je propose donc à Léo de l'accompagner sur le groupe en lui précisant que je terminerai seul le rangement. Léo semble soudain inquiet et m'interroge : « on ne range pas ? » A ce moment là, j'ai compris l'importance des rituels. Tout changement peut devenir angoissant : on a donc pris le temps de ranger la salle avant de partir comme on le fait à chaque séance.

Le cadre thérapeutique est primordial dans la prise en charge en psychomotricité. Il va permettre d'obtenir dans un espace/temps un lieu contenant, sécurisant et structurant, en référence au « holding » de ***Donald WINNICOTT***. Le psychomotricien, garant de ce cadre, va offrir à la personne, par son engagement thérapeutique, un endroit résistant, enveloppant, permettant ainsi d'accueillir toutes les angoisses archaïques de l'enfant. Dans cette clinique, il est important d'instaurer un cadre solide et identique séance après séance. Les rituels sont fondamentaux pour de telles prises en charge : un cadre ritualisé peut permettre à l'individu de trouver ou retrouver un sentiment d'existence qui, souvent, peut faire défaut.

[51] LATOUR Anne-Marie La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques, *édition érès,* 2010, p. 26

« *Le changement ne sera supporté par l'enfant que s'il est suffisamment sûr de retrouver toujours le même dispositif séance après séance : même cadre, même projet.* »[52]

Anne-Marie LATOUR

b) L'inattendu

Un peu désorienté par mon manque d'expérience, j'ai commencé mes séances en multipliant les propositions. Puis, j'ai pris l'initiative de laisser de la place à Léo, du temps, tout en restant disponible. L'enjeu pour moi était alors**, dans un cadre contenant,** de lui permettre **de s'ancrer dans sa propre temporalité, tout en accueillant ses propositions et ses envies.**

Léo est debout, il observe chaque objet présent dans la pièce : le trampoline, les cerceaux, les puzzles, puis il s'avance vers une caisse remplie de balles. Il prend son temps pour les contempler. Je suis assis au sol et je le regarde sans rien dire. Léo s'empare alors d'une balle et commence à la manipuler. Elle est rouge, toute lisse et elle fait du bruit. Léo l'analyse, la secoue, prend connaissance de cet objet. Je m'exclame alors : « elle est belle cette balle rouge ! » Léo la repose dans la caisse, la séance se termine.

Dans l'autisme, la relation à l'autre est souvent très difficile, le psychomotricien doit trouver des stratégies pour entrer en relation avec la personne.

[52] LATOUR Anne-Marie, IDEES SIMPLES… à propose du travail en psychomotricité auprès des autistes, Thérapie psychomotrice et recherches n°142, 2005.

c) L'imitation

Au début de la prise en charge, Léo est constamment dans un mécanisme d'évitement. Il est refermé sur lui-même et j'ai le sentiment, après trois semaines de bilan, de n'avoir encore jamais été réellement en contact avec lui. Est-ce parce qu'il est timide ? Est-ce parce qu'il est anxieux ? Toujours est-il que nos échanges verbaux et infra-verbaux sont très brefs. Je ne parviens pas à créer de l'interaction. Au cours d'une séance, je décide donc « de faire comme » Léo. Je saisis alors, tout comme lui, une balle et je commence à imiter ses mouvements. Au bout de quelques instants, Léo réalise qu'il est à l'origine de mes gestes. Il me regarde alors pour la première fois dans les yeux et me sourit. Après quatre séances de psychomotricité, nous entrons enfin en relation.

En s'appuyant sur le dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien peut utiliser **l'imitation** pour aller à la rencontre de l'enfant.

d) L'élément déclencheur

La séance commence, on est assis à une table l'un à coté de l'autre pour éviter le face à face souvent angoissant pour Léo. Je lui demande alors ce qu'il veut faire aujourd'hui : il ne me répond pas. J'ai le sentiment que c'est pour pallier cette angoisse et pour s'éloigner de la relation duelle que Léo s'est dirigé vers les balles rangées dans la caisse. Il commence alors à les sortir, puis s'arrête, en saisit une, l'observe, la manipule et me demande :

« Elle est dure ou elle est molle ? »

Cette question fut, à mon sens, riche en signification. Elle m'a rappelé à mon hypothèse de départ : une angoisse de liquéfaction résultant d'une mauvaise intégration de la perception d'un squelette solide, « dur ». Léo paraît **projeter** sur l'objet une problématique d'ordre corporel.

Cet intérêt pour l'objet, je l'ai accueilli, contenu dans un cadre sécurisant, et j'ai donc décidé de poursuivre cette prise en charge en intégrant les sensations et les perceptions produites principalement par les flux tactiles[53] au contact des balles. Léo éprouve du plaisir à les manipuler ce qui, pour moi, est primordial dans mes séances autour de la différenciation entre les objets durs et mous. Les balles sont devenues mon « médiateur ».

Dans sa clinique, le psychomotricien doit acquérir une observation fine, il doit apprendre à observer et à repérer les signes cliniques qui, souvent, sont des micro-signes. Le moindre mouvement, le moindre bruit, la moindre réaction peut être l'expression d'une problématique, d'une angoisse, ne pouvant pas s'exprimer autrement que corporellement.

e) Une alliance thérapeutique : de la sensation à la représentation

On parle d'alliance thérapeutique pour définir la collaboration, la complicité entre le patient et le psychomotricien dans une finalité commune, celle d'accomplir les objectifs prédéfinis.

1) Les objets médiateurs

Ce que je qualifie d'« objet médiateur », peut être attribué à la notion de « objeu » de ***René*** **ROUSSILLON**. « *L'objeu est l'objet du jeu, l'objet avec lequel on joue, l'objet avec lequel on joue au moment même où on joue, mais c'est aussi le jeu comme objet pour la psyché, comme objet investi par la psyché pour y engager ses enjeux.* »[54]

[53] (Cf. partie I) 1. b) Les flux sensoriels.) Les flux tactiles participent aussi dans la découverte des propriétés d'un objet.

[54] CLASSEAU Louise, Un détour par l'autre pour un « tout autour », Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, 2012, P. 83

Dans la clinique avec des enfants atteints d'autisme, un « objet médiateur » doit être d'une grande simplicité (une balle, un ballon, un bâton…). L'intérêt n'est pas de sur-stimuler les sensations de l'enfant par un objet trop complexe, venant surexciter les canaux sensoriels, mais d'obtenir un support pour les expériences corporelles et interactives. A travers cet objet, l'adolescent pourra inconsciemment chercher à comprendre l'expression de ses préoccupations d'ordre corporel et relationnel. C'est dans l'exploration de l'espace et des objets que la personne pourra construire quelque chose de la représentation du corps.

« *L'objet médiateur serait une partie intégrante d'un dispositif particulier mis en place pour répondre aux difficultés que peuvent avoir certains patients à symboliser et aiderait le thérapeute à privilégier un travail favorisant les processus de symbolisation difficiles à mettre en place seulement par des interventions verbales.* »[55]

Dominique QUELIN-SOULIGOUX

Manipuler les objets pour expérimenter les sensations est insuffisant pour répondre aux problématiques de Léo, à savoir une mauvaise intégration d'un squelette interne « dur ».

2) Une mise en mots

J'entends par « mise en mots » le fait de dire à haute voix ce que l'on observe et ce qui se vit dans le cadre de la séance. L'objectif est que l'adolescent mentalise, obtienne une image psychique de ce qu'il est en train de faire. Cette « mise en mots » me paraît indispensable auprès de ces enfants, pour qui, les expériences sensorielles sont souvent très énigmatiques. La « mise en mots » est en lien direct avec la fonction alpha de ***Wilfred Bion***.

[55] QUELIN-SOULIGOUX Dominique (psychologue, psychothérapeute) «De l'objet à la médiation », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2, 2003, n°41, p. 29-39.

Le psychomotricien cherche à détoxiquer, par ses mots, par ses actes, tous les éléments produits par l'adolescent et encore sans signification pour lui. [56] J'ai remarqué dans ma pratique que mes paroles avaient souvent plus d'impact sur Léo lorsque je théâtralisais, que je « surjouais » les émotions. Il me semble, en effet, nécessaire d'accompagner le plus possible son discours de cette mimogestualité pour qu'il puisse mieux comprendre une situation et déceler les émotions.

Pour soutenir l'intégration émotionnelle, le psychomotricien va également devoir qualifier, le plus possible, les expériences partagées avec l'adolescent.

Ces balles de couleurs, de formes, de textures différentes semblent être très importantes pour Léo : il les manipule avec beaucoup d'intérêt et de sérieux témoignant, selon moi, d'un authentique travail psychique en mouvement. A chaque début de séance, on a pris l'habitude de sortir les balles de la caisse et de les décrire.

« Ma balle, elle est rouge, elle est très dure, on ne peut pas la déformer. Elle rebondit, elle fait du bruit, elle pique et elle n'est pas agréable au contact de la peau… »

Nous exploitons ainsi chaque balle, les unes après les autres, et essayons de les définir avec des mots simples pour les caractériser le plus possible. La manipulation est essentielle pour vérifier la véracité des propos de l'autre.

Au début, nos échanges étaient plutôt timides : peut-être était-il angoissé ? Peut-être ne savait-il pas trop comment s'y prendre pour décrire une balle avec des mots ? Mais, petit à petit, en me regardant faire, en m'écoutant et en répondant aussi à mes questions, Léo est parvenu à décrire l'objet avec des mots. L'étayage du psychomotricien, le rythme de Léo, se sont avérés être indispensable à l'évolution de cette prise en charge.

[56] (Cf. partie I) 2. b) Comment les expériences sensorielles se « transforment »-elles ?)

3) Un retour au calme

Thomas Berry BRAZELTON a souligné l'importance de l'alternance entre les phases d'excitation et les phases de repos. Ce moment de calme permet souvent un retour à soi et ainsi d'intégrer de nouvelles compétences, de nouvelles perceptions sensorielles.

Durant la phase de repos, je propose à Léo de choisir deux des balles de la caisse et de les dessiner. (D'après mes observations faites durant mon bilan, Léo est davantage concentré lors d'une activité visuelle concrète.)

Depuis peu, je l'encourage à reproduire sur feuille le dessin d'une balle dure et d'une balle molle. L'enjeu pour moi est d'amener, dans ce temps de calme, la rencontre de ce que je perçois durant mes observations et ce qui me semble être vécu dans la psyché de Léo.[57]

4) L'engagement corporel du psychomotricien

Au fil des séances, j'ai souhaité, pour mettre du sens à toutes ces expériences sensorielles autour des objets, les ramener au corporel. Il me fallait pour cela un moment opportun : c'est lors de ce temps calme que j'ai demandé à Léo comment était son corps. Il m'a alors répondu qu'il était mou. Puis j'ai tendu mon bras et je lui ai demandé ce qu'il pensait du mien. Il m'a alors répondu, en me touchant, que j'étais dur. Ce dialogue très fluide et spontané a sûrement permis à Léo de mettre des mots, du sens sur une de ses angoisses.

[57] (Cf. partie I) 2. b) Comment les expériences sensorielles se « transforment »-elles ?) Pouvant se ramener à la fonction alpha de Wilfred BION.

En psychomotricité, le corps du psychomotricien peut alimenter, nourrir les expériences corporelles avec l'adolescent. Il peut être le réceptacle de certaines sensations éprouvées au contact de la personne pouvant nous renseigner sur son état psychique. Aussi, il peut être un support d'étayage identificatoire. Il devient alors comme un « corps-objet » dans l'exploration des flux sensoriels, de la motricité et des capacités corporelles pour permettre à l'adolescent de répondre, au mieux, à ses préoccupations.

Fabien JOLY a développé l'hypothèse selon laquelle la psychomotricité serait une thérapie de la présence. C'est par la présence de l'autre que le bébé se construit, c'est donc par la présence de l'autre que la personne avec autisme pourra éventuellement dépasser ou élaborer ses problématiques. « Il s'agira de rendre présent notre corps au patient autiste.»[58]

[58] LATOUR Anne-Marie, cours de 3ème année de psychomotricité, Anne-Marie LATOUR, psychomotricienne et enseignante à l'IFP de Bordeaux.

f) Conclusion : un cheminement vers la représentation

C'est à travers des expériences sensorielles partagées, vectrices de « plaisir », que cette prise en charge en psychomotricité a pu prendre forme. Je devais, dans un premier temps, chercher comment entrer en relation avec Léo. C'est en lui permettant de trouver ou de retrouver sa propre temporalité que je suis parvenu à échanger et communiquer avec lui. Je lui ai ainsi donné du temps pour apprendre à nous connaitre, à nous tester et à nous apprivoiser.

Léo est un adolescent envahi par de nombreuses angoisses archaïques qu'il n'exprime pas autrement que corporellement. Je devais donc, par la suite, apprendre à observer et à repérer les signes cliniques traduisant l'expression d'une problématique, d'une éventuelle angoisse. C'est probablement grâce à mes ajustements (corporel, spatial, temporel…), que Léo a su m'exprimer son envie de jouer avec les balles. J'ai accueilli cette proposition comme une demande de sa part : trouver ensemble des réponses sur ce qui le préoccupe dans sa tête et dans son corps.

J'ai ensuite essayé, « en tâtonnant », d'amener Léo à mettre des mots, du sens sur nos expériences sensorielles partagées qui pouvait être en lien avec une probable difficulté : celle de se percevoir comme étant corporellement solide, « dur ». L' « objet médiateur », le jeu, a été un élément déclencheur de cette prise en charge. C'est par un mécanisme de « **projection/introjection** », que Léo a « projeté » sur l'objet ses angoisses, ses questionnements.[59] Je les ai perçus, accueillis et dans un moment calme, où l'on se recentre dans l'ici et le maintenant, Léo a pu, dans la relation à l'autre, **mettre des mots** sur sa problématique corporelle et ainsi être dans l'« introjection ».

Pour la suite, il me parait important de continuer à **respecter sa propre temporalité**, tout en lui permettant de réaliser des expériences sensorielles les plus satisfaisantes possibles et en essayant surtout qu'elles prennent sens à ses yeux. La prise en charge de Léo est soutenue par l'ensemble de l'équipe institutionnelle : il pourra donc continuer à bénéficier, après mon départ, d'un suivi individuel en psychomotricité afin de poursuivre toutes nos démarches.

[59] (Cf. partie I). 2. c) La pensée animique.)

Désormais lorsque je vais chercher Léo pour aller en salle de psychomotricité, il me sollicite pour savoir si tel objet est dur ou mou. (Un caillou, un extincteur, une poubelle…) On peut imaginer qu'il cherche à éprouver le plus possible ces expériences sensorielles afin de pouvoir les intégrer. De même, il m'a signifié que chez lui, il avait un ballon dur. Léo paraît avoir pris possession de cette proposition et semble même la continuer seul, à l'extérieur de la prise en charge, à l'extérieur de l'établissement. Cheminerait-il ainsi vers la représentation d'un squelette interne solide, « dur » ?

On peut s'imaginer que Léo commence à intégré notre projet commun en psychomotricité. On pourrait alors se demander si, à terme, il serait possible de transposer ces expériences, faites à partir des objets, sur le corporel : d'expérimenter directement sur son propre corps, la sensation « dure ». Une idée pourrait être d'utiliser un médiateur comme, par exemple un bâton de bambou (souvent moins angoissant que le contact corps à corps), dans le but de permettre à Léo de sentir ses os, percevoir ses zones corporelles «dures » (les genoux, les coudes…) et ainsi se représenter corporellement « dur » avec un corps qui « tient ».[60]

[60] (Cf. partie II). 2. f) Un tonus en tout ou rien.)

CONCLUSION

Ma réflexion, étayée de mes observations cliniques et de notions théoriques, m'a permis de réaliser les enjeux d'une approche psychomotrice autour des sensations auprès de personnes souffrant d'autisme.

Cette réflexion a débuté par le vécu corporel brut d'un nouveau-né, immergé dans un bain sensoriel important, pour aboutir à un corps pensant, représenté et investi par l'adolescent. Les canaux sensoriels sont les premiers modes de découvertes et d'exploration de l'environnement physique et humain. C'est dans les expériences corporelles et les interrelations que le nourrisson acquiert des repères organisateurs indispensables à un développement psychomoteur le plus harmonieux possible. Dans un jeu de projection / introjection et de « mise en images » des sensations produites par une « mise en mots » de l'environnement l'adolescent va pouvoir, non seulement, acquérir un référentiel pour se bâtir, s'orienter et se développer, mais aussi pour accéder à la représentation, à l'intersubjectivité et au langage.

Dans le cas de l'autisme l'adolescent serait comme mis à mal dans un monde sensoriel qu'il ne parviendrait pas à déchiffrer. Son développement psychomoteur s'en trouverait alors entravé par des sensations perçues mais non représentables. De nombreuses angoisses, dites « archaïques », seraient concomitantes à ce développement atypique. Pour pallier à ses angoisses l'adolescent atteint d'autisme aurait recours à l'univers sensoriel. Toutes ses stratégies compensatoires, s'exprimant de manière corporelle, entraveraient dès lors son développement psychique.

Dans sa pratique le psychomotricien, par son savoir-faire et son savoir-être, va chercher à décrypter le langage corporel pour parvenir à trouver des signes cliniques l'informant sur les compétences et les difficultés de l'individu. L'objectif, pour lui, est de construire un projet de soin en psychomotricité le plus adapté possible à la personne en lien avec un projet institutionnel. Lors de ce travail il va s'appuyer sur les compétences de l'individu pour essayer de trouver des solutions à ses difficultés d'ordre corporo-psychique. C'est dans ce sens que le psychomotricien rencontre l'adolescent « là ou il est, comme il est ».

L'accompagnement de Léo m'a plongé dans la confrontation singulière, énigmatique mais aussi enrichissante que peut être le travail en psychomotricité auprès de ces adolescents atteints d'autisme. Durant ce suivi, à travers les « micro-signes » cliniques, j'ai cherché à comprendre les préoccupations corporelles de Léo. J'ai ainsi réalisé l'importance de la sphère sensorielle pour cet adolescent, visiblement très envahi d'angoisses. De ce fait, il m'a fallu respecter sa propre temporalité pour entrer en interaction avec lui et construire ce projet commun autour de la sensorialité à travers le « jeu » de manipulation d'objets. C'est par la récurrence de mes interventions et dans un cadre thérapeutique à la fois contenant, fiable et sécurisant qu'il m'a semblé nécessaire de permettre à Léo de sortir peu à peu du strictement sensoriel. Pour cela, il est important de « mettre en image », de « transformer » (en référence à ***Wilfred BION***) son vécu corporel éprouvé durant le « jeu » afin de parvenir à un cheminement vers la représentation.

C'est dans un projet stable autour des expériences sensorielles, par mes « mises en mots » et mes ajustements thérapeutiques (corporels, spatiaux, temporaux…) que j'imagine Léo pouvant acquérir une image corporelle moins angoissante. Pour ces raisons, une rencontre autour des sensations constitue bien une approche psychomotrice auprès d'une personne souffrant d'autisme.

A l'issue de ce mémoire, on peut se questionner à savoir si l'approche psychomotrice autour des sensations est un axe thérapeutique parmi tant d'autres ou si elle constitue la voie privilégiée dans la rencontre d'une personne atteinte d'autisme ?

ANNEXE 1

CRITERES DE LA CIM10 POUR L'AUTISME INFANTILE

A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :

1. Langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale.
2. Développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques.
3. Jeu fonctionnel ou symbolique.

B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) :

1. Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :
   - ***a)*** absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales
   - ***b)*** incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions
   - ***c)*** manque de réciprocité socio émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs
   - ***d)*** ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent)

2. Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :
   - ***a)*** retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique
   - ***b)*** incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint)
   - ***c)*** usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases

d) absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale.

3. Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :

a) préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation

b) adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels

c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps

d) préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent) [61]

[61] OUSS-RYNGAERT Lisa, « L'enfant autiste », *édition John Libbey, 2008, p.7*

BIBLIOGRAPHIE

BOUTINAUD Jérôme, psychomotricité, psychose et autisme infantiles, *édition In Press*, 2ème édition, chapitre 5, Le travail en thérapie psychomotrice : quelques opérateurs possibles. p. 141 à 169.

BULLINGER André : Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, *éditions érès, 2011.*

CLASSEAU Louise : Un détour par l'autre pour un « tout autour », Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, 2012.

GOLSE Bernard : Mon combat pour les enfants autistes, *édition Odile Jacob*, Janvier 2013.

HAAG Geneviève - Article : « Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps. » *Le Carnet PSY* 8/2006 (n° 112), p. 40-42.

HAAG Geneviève - Article : « Place de la structuration de l'image du corps et grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile ».

JOLY Fabien – Article : « NOTRE CORPS N'EST RIEN SANS LE CORPS DE L'AUTRE » A propos de l'enfant autiste et son corps, Thérapie psychomotrice et recherches n°134, 2003.

LATOUR Anne-Marie : Conférence - Le travail des analogies corps/espace, *XXXVème journées annuelles de thérapie psychomotrice*, décembre 2006 - La Rochelle.

LATOUR Anne-Marie : Conférence - Le travail en psychomotricité avec l'enfant autiste : percevoir puis construire son corps. Journée clinique organisée par le Docteur GODBILLE, Neuchâtel, 21 Septembre 2006.

LATOUR Anne-Marie : article - Les images du corps pré-contenantes, disponible sur le site PSYNEM (http://www.psynem.org) - lien : http://www.psynem.org/Rubriques/Pedopsychiatrie_psychanalyse/Recherches_memoires_et_theses/Images_du_corps_pre-contenantes/2.pdf

LATOUR Anne-Marie - La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques, *édition érès,* 2010.

LATOUR Anne-Marie - article IDEES SIMPLES… à propose du travail en psychomotricité auprès des autistes, Thérapie psychomotrice et recherches n°142, 2005.

ORJUBIN Jean-Marc - Article : « Un cheminement thérapeutique en psychomotricité auprès d'enfants autistes ». Thérapie psychomotrice et recherches n°134, 2003.

TARDIF Carole - Autisme et pratiques d'intervention, *édition Solal*, 2010, chapitre 4 : Les particularités sensorielles des personnes autistes et leur incidence sur la vie quotidienne : des connaissances aux interventions. p. 127 à 183.