HAL
open science

Être soi parmi les autres : quand le groupe thérapeutique soutient le sentiment d'existence chez l'enfant autiste

Estelle Conejero

To cite this version:

Estelle Conejero. Être soi parmi les autres : quand le groupe thérapeutique soutient le sentiment d'existence chez l'enfant autiste. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01017556

HAL Id: dumas-01017556

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01017556v1

Submitted on 2 Oct 2014

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Etre soi parmi les autres

Quand le groupe thérapeutique soutient le sentiment d'existence chez l'enfant autiste.

Estelle CONEJERO

Née le 13 mai 1991, à Orthez (64)

Juin 2014

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Etre soi parmi les autres

Quand le groupe thérapeutique soutient le sentiment d'existence chez l'enfant autiste.

Estelle CONEJERO

Née le 13 mai 1991, à Orthez (64)

Juin 2014

Remerciements

Je tiens à remercier Mme Carrère, mon maître de stage, pour sa disponibilité, son écoute et son soutien tout au long de cette période de stage.

J'exprime ma reconnaissance envers toute l'équipe pluri disciplinaire de l'hôpital de jour pour son accueil chaleureux, ainsi qu'envers tous les enfants que j'ai pu y rencontrer.

Mes remerciements s'adressent également à Mme Pontacq, mon maître de mémoire, pour ses apports théoriques et cliniques, son accompagnement et ses précieux conseils.

Enfin, je souhaite remercier ma famille et mes ami(e)s pour leurs encouragements, leurs attentions et leur réconfort.

Sommaire

Introduction……1

I. Etre soi : les enveloppes dans le sentiment du corps 4
A. Le corps potentiel 5
B. Le corps pensable 9
C. Le corps trouvé-créé 12
D. Le corps investi 15

II. L'autisme : quel sentiment du corps ? 18
A. Généralités 18
B. Approche sensori motrice de l'autisme 31
C. Un recours permanent aux sensations 36
D. Un défaut d'investissement du corps : l'image du corps chez l'enfant autiste 38
E. Approche psychomotrice de l'autisme 39

III. Parmi les autres : du groupe social au groupe thérapeutique 41
A. Quelques généralités 41
B. Les phénomènes au sein d'un groupe 44
C. Le sentiment d'existence dans le groupe 46
D. Le groupe thérapeutique en psychomotricité 48

IV. Cas clinique : le groupe, un soutient au sentiment d'existence de l'enfant autiste ? 59
A. Présentation de l'institution 59
B. Ma place 60
C. L'expérience de Franck dans le groupe thérapeutique 62
D. L'expérience de Julien dans le groupe thérapeutique 71

Conclusion 82
Bibliographie……85

Avant propos

« Les personnes autistes perçoivent chaque feuille d'un arbre sans être capables de voir l'arbre en entier » N. Minshew

Les personnes « non autistes » vivent dans un univers, dans une certaine cohérence des choses. Les personnes « autistes » vivent dans un multivers, un monde fait de nombreux détails sans relation entre eux.

Introduction

Au fil de ces 3 années de psychomotricité, je me suis découvert une vive attirance et curiosité pour le développement, qu'il soit moteur, cognitif, affectif, intellectuel, ou émotionnel, du tout-petit. Ce petit être, en quête progressive d'individuation et de personnalité, n'évolue finalement jamais seul. D'emblée, il arrive au monde au sein d'un environnement déjà construit et habité, il sera le centre d'intérêts et de préoccupations de son entourage, et plus précisément de sa famille. Sa famille formant déjà un groupe, qui pendant 9 mois (et même avant) l'attend, le rêve, l'imagine pour enfin l'accueillir à sa naissance.

En fait, l'individu évolue tout au long de sa vie, en appartenant à différents groupes : groupe familial, groupe scolaire, groupe d'amis, groupe professionnel. C. Bertin (psychomotricienne et danse thérapeute) dit d'ailleurs que la «construction identitaire est à la fois une affaire individuelle et collective ».

Je me suis alors interrogée sur la construction de l'individu (ou mieux, de l'individualité) en situation groupale. Il est remarquable que dans la société actuelle tout individu, quelque soit son âge appartient à différents groupes. Mais, pour être apte à vivre au sein d'un groupe, il faut avoir préalablement traversé différents processus tels que celui de la séparation d'avec la mère, celui de la différenciation ou encore de l'individuation ; tous ces stades étant rencontrés et traversés durant l'enfance. Alors, comment le bébé accède t'il à ces processus ?

Nous savons que dans ses premières années de vie, le bébé est très dépendant de son environnement, particulièrement de la figure maternelle. C'est alors, en retraçant toute l'évolution de la relation établie entre ces deux protagonistes que nous comprenons comment le bébé, ultérieurement enfant et adulte, accède à un sentiment de différenciation et d'unicité. Je parlerai pour cela du sentiment d' « être soi ». Ce développement, bien que rapide et généralement harmonieux, est en réalité complexe et progressif, dépendant des compétences du bébé et des qualités de l'environnement qui l'accueille. A travers les interactions avec son milieu, le tout-petit éprouvera progressivement le sentiment d'avoir un corps, celui-ci émergeant à travers le sentiment d'être compris et contenu par le milieu humain (A.M Latour,

G. Haag, A. Bullinger ont beaucoup écrit à ce sujet). Cet éprouvé requiert une expérience corporelle de l'enfant prise dans une relation avec le milieu humain. Pour éclaircir et mieux comprendre ces étapes, je reviendrai dans cet écrit sur les diverses expériences corporelles vécues par l'enfant, ainsi que sur les qualités requises de l'environnement pour un développement harmonieux, nécessaire à l'apparition du sentiment d'enveloppes corporelle et psychique.

Je fais le lien, ici, avec une population d'enfants que je rencontre au sein de l'hôpital de jour ou j'effectue mon stage de 3ème année. La plupart de ces enfants, pris en charge dans cette structure, sont atteints de troubles envahissants du développement (TED), mais je parlerai, ici, plus précisément de l'autisme infantile. Le champ de l' « autisme » m'a toujours intrigué et fasciné. C'est en me retrouvant confrontée à ces enfants là, que je perçois comme des énigmes[1], que j'ai tenté de comprendre quelque chose à l'autisme.

Chez ces enfants, leurs capacités de relation et de communication sont altérées, ce qui constitue un véritable obstacle à leur évolution au sein d'un groupe. Je me pose alors la question d'une apparente analogie entre ces difficultés retrouvées chez les enfants atteints de TED et les pré-requis nécessaires à la construction de l'individu dont je parlais précédemment. Quel a été le développement d'un enfant atteint d'autisme ? Qu'est ce qui diffère entre le développement typique d'un enfant dit « normal » et celui d'un enfant dit « autiste » ?

Pour tenter d'éclaircir mes interrogations, je me suis appuyée sur les travaux d'A.M Latour, psychomotricienne en hôpital de jour, ayant travaillée avec des enfants souffrant de TED. Selon elle, l'enfant autiste n'a pas le sentiment d'avoir un corps fiable, différencié et organisé. L'origine de cette pathologie étant multifactorielle, on parle actuellement d'une vulnérabilité neuro-développementale chez ces enfants, se déclarant ou non, selon les particularités de l'environnement. L'enfant autiste n'a pas eu l'occasion d'éprouver le sentiment d'être contenu, ni de vivre le sentiment d'enveloppe que connait l'enfant typique. Chez l'enfant autiste, il y a une absence de différenciation entre Soi et autrui. Il est alors important, là aussi, de revenir sur les expériences corporelles vécues, ainsi que sur les qualités

[1] Référence à Mariana Otero dans « A ciel ouvert » Film de Janvier 2014 qui retrace la vie d'une institution médico-pédagogique, à la frontière franco-belge. Le Courtil est un lieu, où chaque enfant est avant tout considéré par les intervenants comme une énigme, un sujet qui possède une structure mentale singulière. Les intervenants essaient de comprendre la singularité de chaque enfant afin de l'aider à inventer sa propre solution, qui lui permettra de trouver sa place dans le monde et d'y vivre apaisé.

ou défaillances du milieu environnant. Pour cela, je m'appuierai sur le développement sensori-moteur décrit par A. Bullinger, et sur les clivages corporels précoces de G. Haag.

Par les caractéristiques de cette pathologie, l'enfant autiste éprouve certaines difficultés à être en relation avec autrui, d'autant plus à évoluer au sein d'un groupe.

Cependant, au cours de mon stage, deux enfants souffrant d'autisme (cf. cas cliniques) sont pris en charge en psychomotricité de groupe. Je me retrouve alors ici, face à un paradoxe qui m'interroge. Comment le groupe thérapeutique agit-il sur ces enfants ? Quel est l'intérêt du groupe et quels sont les objectifs de cette prise en charge ? Comment le groupe thérapeutique peut-il aider l'enfant à prendre conscience de son corps ? En quoi peut-il aider l'enfant à accéder au sentiment d'être soi parmi les autres ? Cette question aura guidé mes observations et implications tout au long de mon stage. C'est pourquoi j'ai décidé, à travers ce mémoire, de partager mes interrogations et le cheminement de ma réflexion pour tenter d'apporter une réponse à cette question. **En quoi le groupe thérapeutique soutient le sentiment d'existence chez l'enfant autiste ?**

Dans une première partie, je reviendrai sur le développement de l'enfant et les interactions précoces qu'il entretient avec son environnement jusqu'à l'investissement de son propre corps. Dans une seconde partie, je détaillerai le syndrome autistique chez le jeune enfant. Puis dans une troisième partie, je parlerai du phénomène de groupe social pour aborder peu à peu le groupe thérapeutique et les intérêts d'une prise en charge groupale, notamment pour un enfant porteur d'autisme. J'illustrerai ensuite mes propos à travers la description de deux cas cliniques, Franck âgé de 3 ans et 7 mois, et Julien 6 ans, tous deux diagnostiqués autistes et pris en charge en groupe au sein de l'hôpital de jour.

I. Etre soi : les enveloppes dans le sentiment du corps

Pour se sentir exister et avoir un sentiment de son corps, le nouveau-né doit faire l'expérience, dans son développement, d'être contenu et de se sentir contenu, tant corporellement que psychiquement. C'est à travers les multiples interactions avec son environnement, une relation privilégiée avec une figure d'attachement (généralement la mère) et des expériences de son corps que l'enfant accèdera progressivement au « sentiment d'être ». Cet éprouvé sera garanti par un échange fiable et satisfaisant entre le bébé et son environnement. Le « sentiment d'enveloppe » dépend de la somme des expériences de se sentir rassemblé. C'est l'idée d'avoir un Soi cohérent, cohésif et rassemblé, pour reprendre les termes de G. Haag.

Idéalement, pendant ses 9 premiers mois de vie intra-utérine, le fœtus vit et se développe dans le ventre de sa mère. Il est contenu et enveloppé dans la paroi utérine où il est totalement dépendant de sa mère. La motricité fœtale s'effectue dans un milieu aquatique, bordé par la paroi utérine. Cette motricité est libre et en apesanteur. Au moment de la naissance, le nouveau-né passe à un espace non délimité, aérien, froid et sec, qui le soumet à certaines angoisses (de chute). Sa motricité se trouve entravée par la pesanteur, il va devoir trouver un équilibre entre flexion et extension du buste. O. Marc nomme ce phénomène « démoulage brutal ». Dans la même idée, A. Bullinger dit que le bébé perd « l'entourance » de cette première contention ferme et serrée, qu'il doit retrouver à l'extérieur, par les interactions avec son milieu humain. On retrouve ici l'importance de la notion d'arrière plan.

L'espèce humaine est caractérisée par la néoténie. En effet, le bébé nait immature et inachevé sur le plan cérébral. Il est alors très dépendant de l'environnement et en conséquence très vulnérable.

Aujourd'hui, le bébé est considéré comme disposant de nombreuses potentialités dès sa naissance, contrairement à sa description antérieure qui le comparait à un simple « tube digestif » jusque dans les années 1950-1960.[2] Ces nombreuses compétences, pour se développer et se complexifier, devront croiser avec un environnement facilitant.

[2] F. Joly *« Sa majesté, le bébé »*

H. Wallon, en 1942, dit « le bébé appartient à son milieu avant de s'appartenir lui-même ». On voit alors toute l'importance de l'environnement du tout-petit sur son développement.

A. Le corps potentiel

A sa naissance, le bébé naît avec toute une série de compétences neurocognitives, neurofonctionnelles, neuromotrices, génétiquement programmées.

Cependant, pour que ces compétences se développent, elles doivent être favorisées par un environnement stable et facilitant. Si ce n'est pas le cas, ces compétences s'amoindrissent et peuvent même disparaitre.

L'individu est le fruit de l'épigénèse, « manière dont un individu est façonné au cours de ses multiples interactions avec l'environnement » (A. Danchin, 1978). Il s'agit en fait du rôle de l'environnement sur le fonctionnement des gènes.

1. Les compétences innées du nourrisson

- Compétences sensorielles :

Les modalités sensorielles sont fonctionnelles très tôt, avant même leur maturation par le système nerveux central.

Concernant la vision, les perceptions sont présentes dès la naissance. Le nouveau-né a une préférence pour les formes similaires au visage humain. Il peut suivre un modèle du regard sur environ 180 degrés.

Concernant l'audition, le nouveau-né a une préférence pour les sons humains et reconnait très tôt la voix de sa mère. Il a une préférence pour les sons aigus. Le nourrisson est capable de diriger ses yeux et tourner sa tête en direction d'un son.

Pour la gustation, il est apte à discriminer quatre saveurs qui sont le sucré, le salé, l'amer et l'acide. Il a cependant une préférence pour le sucré (lait de sa mère).

A propos de l'olfaction, ses compétences sont proches de celles de l'adulte. Il reconnait l'odeur de sa mère parmi d'autres après quelques jours seulement. Les odeurs ont valeur de contenant.

Concernant le toucher, il s'agit du premier sens à apparaitre. Il concerne toute l'enveloppe corporelle et est associé à la dimension émotionnelle qui l'accompagne. La peau a plus de poids et de surface que tous les autres systèmes sensoriels. Le toucher est le seul sens réflexif (je touche et je suis touché).[3]

Les flux sensoriels auxquels sera soumis le bébé seront le support de l'activité psychique. Pour traiter ces flux sensoriels, il dispose de deux voies du système nerveux central[4] :

- Le système archaïque : il est fonctionnel très tôt et traite les aspects qualitatifs des stimuli et permet un ajustement tonique s'exprimant généralement par une extension du buste.
- Le système récent : il traite l'aspect quantitatif des stimuli et permet un ajustement spatial.

Le système archaïque n'est pas remplacé par le système récent dans l'évolution. Ils coopèrent dans les actions instrumentées où le traitement par le système récent domine, mais le système archaïque assure l'arrière fond tonique.

- Compétences sociales :

D. Stern parle des compétences sociales du nourrisson. Selon lui, le nouveau-né aurait d'emblée un sens de soi et un sens de l'autre. Au niveau des compétences sociales, on retrouve aussi la capacité du nouveau-né à imiter très tôt l'adulte et à adapter son activité en fonction de celle de son interlocuteur. P. Rochat a également mis en évidence, chez le bébé, une reconnaissance innée du visage, de la silhouette humaine et de la voix humaine, compétences indispensables à la mise en place du lien social.

- Compétences transmodales :

C'est une compétence également mise en évidence par D. Stern. A quelques jours, le bébé est capable de passer d'une modalité sensorielle à une autre. Cette compétence doit être

[3] D. Anzieu *« Le Moi-peau »*
[4] A. Bullinger *« Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement »*

favorisée sinon elle est susceptible de disparaitre. Par exemple, un bébé a qui est présentée une tétine d'une forme particulière, est capable de la reconnaitre tactilement par la bouche et la langue, mais aussi visuellement. C'est le phénomène de transmodalité.

- L'attachement :

Le concept d'attachement a été décrit par Bowlby. Son principe est qu'un jeune enfant, pour évoluer de manière harmonieuse doit développer et entretenir une relation d'attachement avec un individu qui prend soin de lui de façon cohérente et continue. C'est d'ailleurs ce qu'a prouvé R. Spitz à travers le syndrome d'hospitalisme qui démontre que la seule satisfaction des besoins somatiques est insuffisante pour la survie d'un nourrisson. Les liens précoces d'attachement sont une condition du développement de l'enfant.

Cet attachement permet à l'enfant de développer une sécurité de base et une image positive de lui-même indispensable à l'apparition de nouvelles compétences telles que la séparation et l'exploration du monde environnant.

Des études sur les compétences précoces du bébé ont montré que, malgré les idées reçues antérieures, le bébé est capable « de percevoir, de se représenter, s'auto représenter, qu'il avait des capacités de mémoire et des capacités de se ressentir comme l'agent de ses propres actions. »[5]

2. Fonctionnement réflexe et archaïque du nouveau-né

Dès sa naissance, le nouveau-né possède un grand nombre de postures innées et de réflexes archaïques. Toutes ces conduites automatiques et réflexes sont des préformes pour les conduites motrices à venir. On note parmi eux, le reflexe de l'escrimeur (reflexe tonique asymétrique du cou), le reflexe de redressement (aptitude à se tenir debout en réponse à une pression effectuée sur la plante des pieds), le grasping reflexe (fermeture de la main suite à une stimulation de la paume) et bien d'autres encore. On dénombre environ 70 reflexes archaïques. « On sent facilement que le hasard des mouvements incontrôlés révèle une absence de vécu corporel global ». Les postures asymétriques de base vont se coordonner grâce aux jeux, aux soins offerts par un environnement suffisamment bon.

[5] R. kaes et P. Laurent *« Le processus thérapeutique dans le groupe »*

Progressivement, l'enfant va passer d'un fonctionnement reflexe et automatique à un fonctionnement volontaire et investi. Il pourra ainsi utiliser et instrumentaliser son propre corps pour mieux le connaitre et se l'approprier.

3. Le dialogue tonico-émotionnel

J. De Ajurriaguerra parle du dialogue tonico-émotionnel dans le premier développement de l'enfant. A ce stade, l'enfant est totalement dépendant de sa mère ou « du grand Autre » d'après les propos de J. Lacan.

Pour exprimer ses besoins, le bébé n'a d'autres moyens que de les manifester à travers des cris, des pleurs, des gesticulations et des mimiques. Dans ses premiers mois, le bébé exprime ses émotions par le biais de son comportement et son tonus. En fait, il exprime ses états en les projetant à l'extérieur par des manifestations corporelles. A ce stade, le bébé subit sa motricité. Son tonus alterne alors entre deux états opposés appelés «l'hypertonie d'appel » et «l'hypotonie de soulagement » selon J. De Ajuriaguerra. Son tonus est le moyen privilégié d'échange et de communication. S. Robert-Ouvray parle d'enveloppe tonique qui assure échanges, communication, pare-excitation et contenance.

Face à ses manifestations, la mère va interpréter et mettre du sens sur ces variations toniques et va répondre aux besoins de l'enfant par différentes modalités sensorielles (regard, paroles, portage). C'est la « capacité de rêverie de la mère » de W. Bion.

Le dialogue tonico-émotionnel lie donc des expériences toniques à des expériences émotionnelles. Puis, progressivement, voyant que sa mère amène une réponse, la motricité du bébé va devenir volontaire. Il associe le fait que lorsqu'il se trouve dans un état tonique particulier, sa mère arrive. On assiste à ce moment là, à la mise en place de boucles interactives qui transforment les « sentis » du bébé en « ressentis ».

L'enjeu est de lui permettre le passage d'un fonctionnement automatique et reflexe à un fonctionnement volontaire et investi. C'est-à-dire qu'il pourra instrumenter son propre corps pour comprendre et s'adapter. Un corps investi est un corps affecté d'expériences émotionnelles (positives ou négatives) qui permet son appropriation.

J. De Ajuriaguerra revient sur l'idée « qu'il faut accorder de l'importance d'une part au potentiel que l'enfant apporte à sa naissance, d'autre part à ce que le monde extérieur va

apporter à cet enfant, immature tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif afin que ce qui est possible s'accomplisse et que ce qui est probable se réalise aux divers moments de la maturation, dans le cadre de l'organisation fonctionnelle évolutive. »[6]

D. Anzieu insiste sur le fait que le bébé est un être compétent et dynamique et représente un partenaire quasi à égalité dans l'interaction.

B. Le corps pensable

1. Une réponse adaptée de la figure maternelle

Le bébé va donc éprouver des sensations qu'il ne va pas comprendre d'emblée (faim, froid, douleur). Ne pouvant les exprimer que par ses manifestations corporelles, il va s'agiter (cris, pleurs, gesticulations). Ces projections sont appelées « éléments béta » par W. Bion. L'environnement, s'il est suffisamment bon, vient auprès du bébé et effectue un travail non conscient de compréhension concernant la cause d'agitation du bébé. Autrement dit, la mère va interpréter, traduire les stimuli de l'enfant et les transformer pour lui donner une réponse qu'il puisse assimiler. Elle transforme donc les « éléments béta » bruts en « éléments alpha » pensables et assimilables pour le bébé. C'est la « capacité de rêverie de la mère ». W. Bion la définit comme « un état d'esprit capable d'accueillir les identifications projectives du nourrisson, qu'elles soient ressenties par lui comme bonnes ou mauvaises. »[7] On assiste alors à la mise en place de boucles interactives par lesquelles le bébé du fait de ses manifestations va provoquer des réponses et modalités d'intervention dans son environnement qui vont lui permettre de comprendre ce qui lui arrive. Les ressentis de l'enfant ne vont prendre sens que dans l'échange avec un autre qui va traduire et interpréter ses vécus corporels.

L'environnement humain donne sens aux états tonico-émotionnels du bébé, et c'est ce qui va constituer la face externe de l'enveloppe corporelle. A. Bullinger propose l'image d'une « enveloppe corporelle dont la modulation tonique crée la face interne alors que la face externe est faite de traces d'impressions du milieu humain »[8]

T.B Brazelton donne le nom d' « enveloppe maternante » à l'enveloppe de sensations et de gestes crée grâce aux soins procurés par la mère ou l'entourage. Cette enveloppe étant plus active et unifiante que l'enveloppe utérine.

---

[6] F. Joly *« Sa majesté, le bébé »*
[7] W. Bion *« Aux sources de l'expérience »*
[8] A. Bullinger *« Le développement sensori moteur et ses avatars »*

B. Golse a parlé du double ancrage interactif et corporel nécessaire au développement psychomoteur et au développement de la pensée. « Le développement psychique et psychomoteur de l'enfant se joue au carrefour, à la rencontre du corps et de la relation.»[9] C'est-à-dire que le développement de la pensée requiert des expériences corporelles ainsi que des expériences interactives avec un autre. L'ancrage corporel renvoie à la primauté des sensations sur l'enveloppe corporelle. L'ancrage interactif nécessite un détour par autrui pour donner sens à des sensations destinées à devenir ensuite perceptions. J. De Ajuriaguerra rejoint cette idée en disant que « le corps tout seul, se vivant lui-même, est une entité abstraite. En fait, notre corps n'est rien sans le corps de l'autre, complice de son existence ».[10] W. Bion dit ainsi que l'adulte prête « son appareil à penser » à l'enfant. A travers ce processus, le penser de l'adulte rend possible les pensées de l'enfant.

Le bébé va passer d'un fonctionnement neurologique avec des stimuli à un fonctionnement habité, approprié et investi. Ce changement se fera notamment par l'intermédiaire des proto pensés.

2. Les proto pensées

Le bébé qui se trouve, un moment donné, en proie à une certaine sensation (faim, douleur) va émettre des pleurs, des cris, des crispations et des agitations motrices. Il va être soumis à une constellation sensorielle spécifique qui forme des images spécifiques dans son cerveau. L'intervention de l'environnement va lui offrir une expérience plus rassemblante, plus satisfaisante et il accèdera ainsi à de nouvelles images sensorielles qui laisseront trace dans son cerveau. Une même constellation sensorielle va se répéter à l'identique plusieurs fois, et va générer au bébé une représentation d'interaction. En effet, A. Bullinger affirme que « ce sont les coordinations entre les diverses boucles sensori-motrices engagées dans l'action qui créent les premières représentations de l'organisme » D. Stern dit que les premières représentations du bébé sont des représentations d'interactions. Ainsi, les représentations précoces sont des représentations d'interactions faites des proto-représentations. Il s'agit d'images sensorielles et d'images motrices liées à des situations véritablement vécues par le bébé. Ces images vont ensuite devenir constantes, plus permanentes et donc plus satisfaisantes que le contact corps à corps. Ces capacités de mémorisation puis d'anticipation

[9] B. Golse, Conférence *« Autisme et langage »* Décembre 2013
[10] F. Joly *« Sa majesté, le bébé »*

vont progressivement créer une continuité mentale tandis que le contact corps à corps devient discontinu.

Par exemple, lorsque le bébé entend le bruit des pas de sa mère, il va petit à petit associer ce son à la présence maternelle et aux images sensorielles qui l'accompagnent (odeur de la mère, ton de sa voix). Le bébé se fait ainsi une représentation, en lien avec le stimulus (bruit des pas) sans toutefois y être collé.

3. La construction d'une peau psychique

F. Joly appelle « naissance psychique » pour qualifier le processus à l'œuvre permettant l'individuation de l'enfant. D. Houzel, lui, définit l'enveloppe psychique comme délimitation entre la réalité psychique et la réalité extérieure. Mais une limite n'est pas une frontière « elle est un système qui organise le passage entre deux espaces hétérogènes, coexistants, voire antagonistes »[11]

E. Bick a décrit la fonction psychique de la peau dans le développement de l'enfant. Elle rend compte de la nécessité de l'expérience d'un objet contenant, sur lequel le bébé s'identifiera afin de se sentir lui-même contenu dans sa propre peau.

En effet, elle affirme que « sous leur forme la plus primitive, les parties de la personnalité sont ressenties comme n'ayant aucune force liante entre elles et doivent de ce fait être tenues passivement ensemble grâce à la peau faisant office de limite. Mais cette fonction interne de contenir les parties du Self dépend à l'origine de l'introjection d'un objet externe, reconnu comme apte à remplir cette fonction. »[12] Cet objet optimal serait le mamelon dans la bouche, accompagné du portage, de la voix, du regard et de l'odeur de la mère, sa propre peau étant contenue par la peau de sa mère. Selon E. Bick, cet objet contenant est éprouvé comme une peau. Si cette fonction contenante est introjectée, le bébé acquiert la notion d'un intérieur du Soi et considère alors les objets différents du Soi, chacun ayant sa peau respective.

C'est ce qu'elle nomme, en 1968, la « première peau psychique »[13] qui résulte de l'ensemble des différentes modalités sensorielles présentes au moment du nourrissage et qui donne au bébé un sentiment d'être contenu et unifié. Ce sont les « expériences de cohérence »

[11] R. kaes et P. Laurent *« Le processus thérapeutique dans les groupes »*
[12] E. Bick *« L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces »*
[13] E. Bick parlera aussi d'une « seconde peau psychique » qui fait référence à une peau pathologique lors de défaillances ou perturbations du contenant peau (enfants violents, instables).

dont parle D. Winnicott, « ilots de cohésion » selon les termes de D. Stern, ou encore l' « attraction consensuelle maximum » de D. Meltzer, où les sensations se rassemblent et créent un sentiment d'organisation.

« La peau psychique ou enveloppe psychique comprend deux couches différentes dans leur structure et leur fonction. La couche la plus externe, la plus périphérique, la plus durcie, la plus rigide est tournée vers le monde extérieur. Elle fait écran aux stimulations en provenance du monde. C'est la pare-excitation. La couche interne, plus mince, plus souple, plus sensible a une fonction réceptrice. Elle perçoit des indices, des signaux, des signes et elle permet l'inscription de leurs traces. L'appareil psychique de l'enfant acquiert un Moi quand s'amorce cette structure à deux enveloppes. »[14] On retrouve ici le modèle de l'enveloppe corporelle en double couches.

C. Le corps trouvé-créé

1. Réflexivité et analogie de la peau et du psychisme

La « peau psychique » d'E. Bick est l'équivalent du « Moi-peau » ou encore de l'« enveloppe psychique » décrite par D. Anzieu.[15]

Le Moi-peau fait référence d'une part au « Moi » mis en place grâce aux structures psychiques, et d'autre part à la « peau » qui fait référence au contact peau-à-peau, au toucher entre la mère et son enfant. En fait, le Moi-peau fait le lien entre la construction de l'appareil psychique et celle de l'expérience du corps. C'est-à-dire que l'appareil psychique s'étaye sur les expériences antérieures de contact corporel ainsi que de la sensorialité engagée dans le peau-à-peau entre le nourrisson et sa mère. D. Anzieu fait de la sensorialité tactile le modèle organisateur du Moi et de la pensée. En effet, selon lui, le Moi-peau est une partie de la mère, particulièrement ses mains qui soutiennent le corps du bébé. Cette partie de la mère est intériorisée et maintient le psychisme en état de fonctionner. Dans d'autres termes, l'appui externe sur le corps de la mère conduit à l'acquisition d'un appui interne.[16]

Ces interactions et ces sensations permettent l'apparition d'un contenant de l'espace mental, où prendront ensuite place les pensées. Le Moi est donc délimitant de l'appareil psychique, il lui permet d'être contenu. Comme il existe une enveloppe corporelle contenante,

[14] D. Anzieu *« Le Moi-peau »*
[15] D ; Anzieu *« Les enveloppes psychiques »*
[16] R. Kaes et P. Laurent *« Le processus thérapeutique dans les groupe »*

il existe une enveloppe psychique contenante. La seconde s'étayant sur la première. Le Moi-peau assure ainsi une fonction d'individuation qui procure le sentiment d'être un sujet unique.

D. Anzieu a décrit 8 fonctions du Moi-peau qu'il fait correspondre à 8 fonctions de la peau. Dans le même principe, Freud dit que « toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental ».

Ces fonctions sont la maintenance, la contenance, la constance (ou pare-excitation), la signifiance (ou inscription des traces sensorielles tactiles), la correspondance des sens (ou inter sensorialité), l'individuation, la sexualisation et l'énergisation.

- La maintenance : la peau maintient le corps et ses rythmes. Le Moi maintient le psychisme. La fonction psychique se développe par intériorisation du holding maternel.
- La contenance : la peau enveloppe et délimite le corps. Le Moi enveloppe et délimite le psychisme. Cette fonction de contenance est exercée par le handling maternel.
- La constance : la peau défend contre les excitations exogènes. Le Moi défend contre l'effraction pulsionnelle.
- La signifiance ou inscription des traces sensorielles tactiles : la peau enregistre les traces de l'interaction du corps et du monde. Le Moi produit des mécanismes de défense, des symbolisations, des formations de compromis.
- La correspondance des sens ou inter sensorialité : la peau comme sens commun. Le Moi en quête de concordances et de consensualité.
- L'individuation : la peau, par ses qualités, présente des différences individuelles. Le Moi assure une fonction d'individuation du Soi, qui apporte le sentiment d'être un être unique.
- La sexualisation : le contact de peau comme plaisir. Le Moi occupe une fonction de soutient de l'excitation sexuelle.
- L'énergisation : la peau comme surface de stimulation du tonus (tonicité/détente). Le Moi à la recherche libidinale.

D. Anzieu décrit ici, un double étayage biologique et social, du Moi-peau « biologique sur la surface du corps et social sur la présence d'un entourage uni et attentif à l'expérience que l'enfant est en train de vivre ». Le Moi-peau est issu d'une expérience du sujet liant les pensées à l'expérience de la surface du corps.

« Le Moi-peau est ainsi un espace fermé par une limite assimilable à une peau psychique différenciant deux espaces séparés avec à l'intérieur l'espace psychique dans lequel vivent en ordre ou en désordre des contenus psychiques, des représentations : affects, cognitions et pensées. Au dehors nous trouvons le monde, physique, naturel, mais aussi d'autres individus que le sujet. »[17]

2. Un environnement satisfaisant

D. Winnicott parle de la mère « suffisamment bonne » en se basant sur 3 concepts : le holding, le handling et l'object présenting :

- Le holding signifie la manière dont le bébé est porté par sa mère (corporellement et psychiquement). Le holding a une valeur affective et pour D. Winnicott un bon holding doit être rassurant et contenant, il assure ainsi la sécurité.
- Le handling signifie la manière dont la mère agit sur le bébé pendant les moments de soins (nourrissage, toilette). Dans cet échange, le bébé perçoit différentes sensations tactile, visuelle, auditive (la mère regarde l'enfant, lui parle). Ceci permettra à l'enfant de dissocier son corps de l'environnement, et de lui donner une consistance corporelle. C'est une notion importante dans la construction de l'enveloppe corporelle.
- L'object présenting renvoie à la capacité de la mère de présenter à son bébé l'objet dont il a besoin au bon moment. C'est la capacité de l'environnement à répondre à la réalité interne de l'enfant par présentation d'objets de la réalité externe.

La mère suffisamment bonne se trouve dans un juste équilibre entre le « trop » et le « pas assez ». Si la mère ne répond pas assez, son enfant sera en souffrance. Si elle répond trop, l'enfant n'éprouvera pas de désir puisqu'il ne ressentira ni manque, ni satisfaction, nécessaire a l'identification du Moi.

A. Bullinger dit que l'environnement de l'enfant doit être suffisamment stable, fiable, régulier et prévisible pour que celui-ci puisse y extraire des repères organisateurs qu'il nomme « des invariants cognitifs ». L'enfant doit donc rencontrer un environnement suffisamment soucieux de ce qui lui arrive pour interpréter ses manifestations corporelles et y répondre de façon adaptée. Ainsi, l'enfant accèdera à une différenciation Moi/non Moi ; c'est-à-dire qu'il se sent différencié de sa mère.

[17] D. Anzieu *« Les enveloppes psychiques »*

Si la mère répond à son bébé d'une manière suffisamment bonne, elle laisse croire à l'enfant que c'est lui qui créer le monde, il est dans l'illusion d'une toute puissance. C'est dans ces conditions que se mettra en place le vrai Self (traduction anglaise de Soi), le sentiment d'être vivant et réel.

D. Le corps investi

1. Le sentiment d'enveloppe

Le sentiment d'enveloppe qui résulte des interactions précoces décrites précédemment émerge, selon G. Haag, aux 2 mois de l'enfant. C'est le premier sentiment du bébé d'être rassemblé qu'il éprouve grâce aux boucles interactives répétées à l'identique. Elles permettent au bébé d'avoir une trace mnésique de ce qu'il est en train de vivre et d'être capable d'anticiper l'expérience de rassemblement à venir. Ce phénomène crée une continuité mentale qui fait qu'il va intérioriser durablement le sentiment d'être contenu. Il y a une continuité mentale, malgré un contact corporel qui peut être discontinu. A ce stade, G. Haag parle d'un « Moi sphérique ».

2. Le « je » et l'image du corps

J. Lacan a parlé du stade du miroir comme formateur de la fonction sujet « je » chez l'enfant de 6 à 18 mois. A ce stade, il fait l'expérience d'une prise de conscience de son unité corporelle. Il établit un lien entre l'image spéculaire et son propre corps. F. Dolto dit qu'il fait en premier lieu, le lien entre l'image de sa mère et le corps de sa mère avant de le faire pour lui. C'est d'abord par l'autre que l'enfant s'approprie sa propre image. Avant cela, l'enfant trouve confirmation de sa propre existence dans ce que D. Winnicott nomme la « fonction miroir du visage de la mère ». Il construit son Soi à partir de ce qui lui est reflété.

A 6 mois, le bébé cherche à toucher l'autre bébé qu'il voit dans le miroir. Lorsqu'il comprend que l'image est la sienne, son « Moi » s'affirme c'est-à-dire qu'il a accès à une image totale et unifiée de son corps. Il va intérioriser cette image sur laquelle prendront appuis différents processus comme celui d'individuation et de différenciation. C'est une étape essentielle à la construction de l'identité.

C'est par le biais du sentiment d'enveloppe que se construit et se consolide progressivement l'image du corps. Ce terme d' « image du corps » réfère à l'ensemble des sentiments de représentation que chacun a de son propre corps. Elle est évidemment liée au vécu corporel de chacun. Selon G. Haag, l'image du corps serait organisée chez l'enfant à environ 3 ans lorsque ce dernier a intégré la sphinctérisation. A ce stade, son corps propre est sphinctérisé et clos, il éprouve une fermeture des enveloppes. Selon F. Dolto, l'image du corps est composée d'une image de base qui procure le sentiment d'une continuité d'existence.

B. Golse parle de la crise des 2 ans et demi où l'enfant accède au « je » et au « oui » et aux formes fermées. Utiliser le « oui » c'est accepter quelque chose de l'autre en soi. Ceci ne peut se produire que quand l'enfant est sécurisé et n'a pas peur d'être fragilisé par quelque chose venant de l'extérieur. « Ces acquisitions ne relèvent pas d'un apprentissage, elles sont le témoin de quelque chose qui se passe au-dedans. C'est le reflet de la maturation interne. »[18]

3. L'acquisition des compétences psychomotrices

Dès l'acquisition de la marche, entre 15 et 18 mois, l'enfant se déplace, explore, manipule son environnement. Curieux, il part à la rencontre de l'inconnu et ainsi il enrichit son répertoire moteur et social. L'enfant, vers 2-3ans acquiert un vocabulaire lui permettant d'énoncer des phrases explicites. A 3 ans, il utilise le « je » et le « moi » qui le différencie de l'autre avec qui il peut être en interaction. Affirmer son « je » pour Lacan, c'est être un sujet pleinement.

L'enfant acquiert à cet âge là, de nombreuses compétences psychomotrices telle que la motricité globale, la motricité fine, la locomotion, l'autonomisation, le langage, la socialisation, le jeu, les échanges affectifs qui s'enrichiront et se complexifieront à mesure de l'exploration du milieu environnant.

Grâce à ses diverses expériences de groupe, à la crèche ou à l'école, l'enfant est confronté à la socialisation et aux interactions avec ses pairs.

[18] B. Golse, Conférence *« Autisme et langage »* Décembre 2013

Pour conclure ce chapitre, je citerai une phrase d'A.M Latour qui définit bien ce que j'ai voulu développer ici. L'enfant pris dans la relation avec sa mère, « construit le sentiment d'être rassemblé ; en son absence, il se porte et se contient : l'enfant incorpore sa mère « la prend dans son corps » puis l'intériorise « la prend dans sa tête ». Il peut alors s'engager dans un processus de différenciation et de séparation. »[19]
Autrement dit, c'est par la relation avec sa mère, par sa présence d'abord puis son absence, que l'enfant se construit une enveloppe corporelle, puis une enveloppe psychique toutes deux nécessaires à son individuation future. D. Winnicott souligne que c'est par une relation à l'objet primaire de bonne qualité, que le bébé va passer d'états de non intégration, à des états d'intégration lui procurant le sentiment d'une continuité d'être, une unité et une solidité de son corps.

Je rajouterai, une citation d'A. Bullinger qui explique qu' « il faut concevoir l'appui nécessaire sur le milieu humain comme un trampoline à partir duquel la personne peut se récupérer et rebondir, plutôt que comme un refuge que l'on a de plus en plus de peine à quitter. »[20] C'est-à-dire que le milieu humain doit offrir à l'enfant un environnement « suffisamment bon », qui se trouve dans un juste équilibre entre le « trop » et le « pas assez », il ne doit pas être empiétant, enfermant ou inadéquat.

L'enfant, ayant petit à petit investi son propre corps, peut partir à la conquête du milieu et à la rencontre de ses pairs, qui le mènent vers une autonomie relative.

Dans la pathologie autistique, G. Haag souligne que la continuité d'être peut être atteinte ou partiellement acquise.[21] Alors, qu'en est-il du développement d'un enfant atteint d'autisme ?

[19] A.M Latour *« La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques »*
[20] A Bullinger *« Le développement sensori moteur et ses avatars »*
[21] E. Pireyre *« Clinique de l'image du corps »*

II. L'autisme : quel sentiment du corps ?

A. Généralités

Le terme de troubles envahissants du développement (TED), souvent utilisé de nos jours, est un terme générique qui regroupe deux catégories :

- TED autistique (autrement dit l'autisme) qui m'intéresse ici. C'est la forme la plus typique et la mieux décrite des TED.
- TED NS : TED non spécifiés.

On parle aussi de Trouble du Spectre Autistique (TSA) pour parler de l'autisme. Ce terme recouvre la même réalité clinique que les TED. Le terme de « traits autistiques » désigne des particularités de fonctionnement généralement archaïques du bébé.

1. Historique

L'autisme est un trouble de description récente. Il vient du grec « autos » qui signifie « soi-même ». C'est L. Kanner, en 1943, qui parle d' « autisme infantile » pour désigner des particularités de fonctionnement observées chez certains enfants qu'il nomme « immuabilité, isolement et retard de langage ».[22]

Dans les années suivantes, de 1950 à 1970, la psychanalyse représentait la théorie dominante de l'autisme. D'ailleurs, Bettelheim considérait l'autisme comme le résultat d'interactions précoces défaillantes entre le bébé et sa mère.

L'autisme est considéré aujourd'hui comme un trouble aux origines multifactorielles, se distribuant selon un spectre allant des atteintes neurologiques aux atteintes psychogénétiques. On parle de vulnérabilité développementale chez l'enfant autiste. En France, l'autisme est reconnu comme un handicap depuis 1996. Il s'agit d'un diagnostic clinique nécessitant un avis médical.

[22] L. Ouss- Ryngaert *« L'enfant autiste »*

Actuellement, les classifications telles que la Classification Internationale des Maladies (CIM 10), le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux IV (le DSM V est apparu récemment) et la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) sont les plus utilisées en France. La Haute Autorité de Santé (HAS) souhaite que le diagnostic de l'autisme repose sur les directives de la CIM 10 qui se veut critériologique. En fait, le diagnostic repose sur la constatation chez un individu d'un nombre minimal de critères parmi une liste plus grande. Les signes peuvent être directement observés par le médecin ou rapportés par l'entourage. L'ensemble de ces signes constitue un faisceau d'arguments orientant ou non vers le diagnostic d'autisme. On parle d'autisme primaire, lorsque les signes sont présents depuis la naissance ; ou d'autisme secondaire lorsque l'apparition des signes fait suite à une période de développement normal.

L'autisme est donc une sous-catégorie des TED, mais on retrouve également parmi eux, l'autisme atypique (AA), le syndrome d'Asperger (SA), le syndrome de Rett ou encore le trouble désintégratif de l'enfance (TDE).

2. Définition

Le syndrome autistique est un trouble neuro-développemental débutant avant l'âge de 3 ans et persistant à l'âge adulte. On parle de triade autistique puisqu'il affecte principalement 3 domaines :

- Une altération qualitative des interactions sociales avec tendance au repli et à l'isolement
- L'altération qualitative de la communication verbale et non verbale
- Le comportement avec des gestes répétitifs et stéréotypés, des rituels ainsi que des intérêts restreints.

L'atteinte de ces 3 domaines est envahissante dans le développement et le fonctionnement de l'enfant en toutes situations. Il est également possible d'ajouter à cette triade, le caractère anormal des réactions à une stimulation sensorielle, des angoisses archaïques très actives, un manque de distinction soi/non-soi, une rupture avec la réalité et un recours à des mécanismes de défense archaïques.

Il est fréquent que l'autisme coexiste avec d'autres troubles comme par exemple un retard mental (dans 70% des cas), des troubles du sommeil ou de l'alimentation, des crises

d'épilepsie, des troubles psychiatriques (trouble anxieux, déficit attentionnel, bipolarité) ou encore des anomalies chromosomiques.

La fréquence de l'autisme n'est pas connue avec précision mais les estimations actuelles sont de l'ordre de 1,7 à 4/1000 pour l'autisme infantile et de 3 a 7/1000 pour l'ensemble des TED. Le nombre de garçons atteints est 4 fois plus élevé que pour les filles.

On note une augmentation de la prévalence de l'autisme (4/ 10 000 il y a 20 ans et 166/10 000 aujourd'hui) due à deux facteurs principaux : l'autisme est mieux connu donc le diagnostic est plus souvent posé, et la définition de l'autisme a évolué dans le sens d'un élargissement de critères requis pour le diagnostic.

Les premiers signes apparaissent généralement avant 3 ans. Ils sont parfois visibles dès la naissance, ou apparaissent plus tardivement dans l'enfance. Il est rare mais possible que l'autisme apparaisse brutalement après une période de développement normal (autisme secondaire). Les premiers signes sont constitués par l'absence de mise en place de certaines fonctions plus que par l'existence de réels symptômes.

Les signes d'alerte avant 3 ans selon la HAS sont :

- Vers 12 mois : absence ou rareté de sourire social, un contact par le regard difficile, une absence d'orientation à l'appel de son prénom, une absence de babillage, de pointage ou autres gestes sociaux.
- Vers 18 mois : passivité importante avec peu de réactivité aux sollicitations, présence de mouvements stéréotypés, une difficulté dans les échanges de regard, absence de situation d'attention conjointe, de pointage, de jeu de « faire semblant » et de langage.
- Vers 2 ans : absence d'association de mots (différent de l'écholalie), une résistance et frustration aux changements, jeux et intérêts restreints, présence de mouvements stéréotypés.
- Quelque soit l'âge : perte d'acquisitions dans les domaines langagiers ou sociaux.

L'évolution de l'autisme est fluctuante. C'est un trouble complexe qui affecte les personnes très différemment. Certains restent handicapés toute la vie, tandis que d'autres acquièrent une autonomie personnelle. La majorité des personnes atteintes d'autisme auront plus tard besoin d'un accompagnement. La précocité des prises en charge est un élément déterminant pour éviter une trop forte atteinte des capacités cognitives et donc du degré de déficience intellectuelle.

3. Sémiologie de l'autisme selon le DSM IV

- Troubles qualitatifs des interactions sociales réciproques

Ces troubles sont caractéristiques de l'isolement du fait des difficultés rencontrées dans la relation et dans la réponse aux sollicitations.

Signaux non verbaux : le contact oculaire est rare ou périphérique, les mimiques sociales sont réduites, les expressions faciales sont réduites, exagérées ou inappropriées, la gestuelle est également réduite, les attitudes et les postures sont particulières.

Relations avec les pairs : indifférence, pas d'intérêt pour les pairs, pas d'observation ni d'attitude d'approche, aucune réaction positive à l'approche des autres enfants et une absence de relation amicale.

Partage des intérêts : absence de pointage et de jeux interactifs ainsi qu'une altération de l'attention conjointe.

Réciprocité socio-émotionnelle : indifférence aux séparations et retrouvailles, difficulté à identifier les émotions des autres (déficit de la théorie de l'esprit).

- Troubles qualitatifs de la communication

Retard ou absence de langage parlé : aucun moyen de compensation par d'autres modes de communications tant pour comprendre autrui que pour se faire comprendre.

Incapacité à engager ou soutenir une conversation lorsqu'il y a maitrise du langage : le langage n'a pas valeur de communication, il n'est pas utilisé spontanément. Troubles de la modulation de la voix, une incapacité à comprendre l'humour ou les sous-entendus.

Usage stéréotypé du langage ou langage idiosyncrasique : écholalie immédiate ou différée et stéréotypie verbale.

Absence de jeux de faire semblant ou d'imitation : difficultés d'accès au symbolique.

- Anomalies du comportement et des intérêts

Centres d'intérêts restreints et stéréotypés : intérêts anormaux par leurs intensités ou leurs focalisations.

Habitudes et rituels spécifiques : importance de stabilité et de rituels imposant un cadre de vie immuable, intolérance à la frustration, au changement et à l'inattendu par des réactions d'angoisse ou d'agressivité.

Maniérismes moteurs répétitifs et stéréotypés : battements des mains, balancements complexes du corps, stéréotypies motrices complexes et postures anormales.

Comportement inhabituel avec les objets : préoccupations pour certaines parties d'objets ou pour des éléments non fonctionnels.

Sémiologie psychomotrice :

Des études ont été réalisées dans le développement précoce du nourrisson et des **particularités motrices** ont été observées. Phagava et al. (2008) ont noté des particularités dans la motricité spontanée du nourrisson entre 0 et 5 mois avec un répertoire de mouvements plus pauvres ou anormaux.

De même, Teitlbaum et al. (1998) ont remarqué que les acquisitions motrices fondamentales telles que la station assise, la station debout et la marche étaient réalisées chez les enfants autistes dans les mêmes délais mais de façon particulière par rapport aux autres bébés (troubles de l'ajustement postural anticipé, des réactions de protection). Ils posent ainsi l'hypothèse d'un trouble du développement des réflexes archaïques dans les troubles du spectre autistique (soit par leur persistance, soit par leur retard d'apparition).

L. Wing rapporte que, plus tard, ces enfants présentent une posture et une marche bizarre avec présence de stéréotypies du corps et des membres.

D'autres travaux ont mis en évidence chez les enfants autistes des particularités sur le plan tonique (hypotonie ou hypertonie) et des particularités posturales. Ces troubles se répercutent ensuite sur la motricité globale de l'enfant qui se trouve entravée. On note une difficulté de coordinations générales et des perturbations de l'équilibre. La locomotion semble être désorganisée. Au niveau de la motricité fine, il y a également des perturbations de la pince, et un retard d'acquisition de la latéralité

Des études parallèles à celles-ci ont mis évidence des **particularités sensorimotrices.** L'enfant autiste fonctionne avec des réactions aux stimulations sensorielles particulières, elles peuvent être hyperréactives ou hypo-réactives. Dans le cas de l'hyperréactivité, l'enfant autiste est soumis à trop de stimulations qu'il ne peut maitriser et s'isole. Dans le cas contraire, de l'hypo-réactivité, l'enfant cherche à se stimuler.

L'entourage évoque souvent ces particularités sensorielles comme des manifestations comportementales inhabituelles. Il semblerait, d'après Myles et al. que la prévalence, la nature et l'intensité des troubles sensoriels soient en lien avec l'intensité de la symptomatologie. Ces troubles « induisent des perturbations significatives dans le quotidien des personnes atteintes sur les plans émotionnel, attentionnel et comportemental »[23] Cela montre bien les changements ainsi que les difficultés d'adaptation que ces troubles peuvent entrainer dans la vie quotidienne.

Au niveau relationnel, les personnes atteintes d'autisme sont confrontées à d'importantes difficultés pour établir et entretenir des interactions sociales avec autrui (altération de la communication verbale et non verbale, centre d'intérêts restreint). Certains auteurs supposent une déficience de la théorie de l'esprit chez ces sujets. C'est-à-dire qu'ils seraient dans l'incapacité de se mettre à la place d'autrui et de lui attribuer un état mental.

4. Les différentes étiologies

Encore aujourd'hui se pose la question de l'origine des désordres autistiques. Il existe de nombreux facteurs prédisposant et de nombreuses vulnérabilités.[24]

- **Anomalies génétique, environnementale et épi génétique**

  - **Désordres génétique**

Certaines études menées dans les années 70 ont prouvées que le désordre du spectre de l'autisme (DSA) était héritable. Il semblerait qu'une centaine de gènes codant pour l'autisme aient été analysés. L'explication des troubles autistiques ne se résume alors pas à l'atteinte d'un seul gène mais un groupe de gènes serait responsable de chaque trait autistique séparément (Happé et al.)

[23] J. Perrin *« Autisme et psychomotricité »*
[24] F. Georges *« Actualité sur la prise en charge des troubles envahissants du développement »*

- **Facteurs environnementaux**

Nous constatons de nos jours, que la prévalence de l'autisme a nettement augmentée (de 4/10 000 à 60/10 000), d'une part par l'élargissement des critères diagnostiques, et d'autre part par un meilleur dépistage des troubles. Mais il y a aussi les facteurs environnementaux qui expliquent cela. A travers le terme de « facteurs environnementaux », on désigne les évènements survenus dans l'environnement durant les périodes pré et post-natale du nourrisson.

Facteurs anté-conceptionnels : un âge maternel élevé constitue un facteur de risque de DSA pour l'enfant (prématurité, faible poids de naissance, hypoxie). Un âge paternel élevé serait également un facteur de risque, en cause le vieillissement des gamètes. Une exposition de la mère à des agents chimiques toxiques, dans le cadre professionnel par exemple. Cela a pour conséquence d'entrainer une mutation sur la lignée des cellules reproductrices de la mère.

Facteurs anténataux : On retrouve parmi ceux-ci, une exposition du fœtus à la thalidomide ou à l'acide valproique ; la contamination de la mère par des agents infectieux (virus) ; la présence d'hémorragies utérines et menaces de fausses couches survenant au cours du 2ème trimestre de grossesse.

De plus, une étude française (Ferrari et al.) a montré que « la dépression maternelle pendant la grossesse se poursuivant éventuellement durant la première année de vie du bébé » constitue un facteur de risque de l'autisme chez l'enfant à naitre.

Facteurs périnataux : Concernant les événements apparus au cours de la naissance, des états de souffrance avant ou pendant l'accouchement sont fréquemment retrouvés dans les antécédents des enfants autistes ; ainsi qu'une prématurité ou une post maturité.

Facteurs post-nataux : Parmi les facteurs post-nataux, des infections du nourrisson comme celle de la rougeole constituent également un facteur de risque. Enfin, des carences environnementales sur les plans éducatifs et affectifs sont aussi responsables de l'apparition du syndrome de l'autisme. C'est également ce que met en évidence le syndrome d'hospitalisme de R. Spitz.

- **Processus épi génétique**

L'épigenèse réfère les influences de l'environnement sur l'expression du génome, tout au long de sa vie. Elle étudie donc les interactions entre l'environnement et le génome. Des

études ont démontré que des défauts de régulations épi génétiques pourraient être à l'origine de DSA. Cependant, les processus épi génétiques restent encore aujourd'hui mal connus.

➔ Les anomalies environnementales, génétiques et épi génétiques ont leur part de responsabilité dans la survenue des DSA chez l'enfant.

- **Anomalies neurobiologiques**

  - **Cérébrales structurales**

Une étude effectuée post mortem a mis en évidence certaines altérations anatomopathologiques au niveau du cerveau de personnes autistes :

- Une taille réduite des neurones et une densité cellulaire augmentée au niveau de l'hippocampe, l'amygdale, le néocortex et le gyrus cingulaire.
- Une diminution des cellules de Purkinje au niveau du cervelet.
- Une arborisation peu complexe des dendrites des neurones pyramidaux de l'hippocampe.

  - **Cérébrales fonctionnelles**

Les zones cérébrales fonctionnelles reliées entre elles assurent chez l'individu une certaine cohérence simultanée et rassemblante des diverses informations perçues dans son environnement.

Certains auteurs ont suspectés une anomalie de la connectivité fonctionnelle chez les personnes atteintes d'autisme. Elle peut être soit augmentée soit diminuée (le plus souvent). Lorsque la connectivité est augmentée elle semble être un moyen de compenser une sous-connectivité déjà présente.

- **Anomalies neurophysiologiques**

Ces anomalies portent sur la synchronisation neuronale, c'est-à-dire que les échanges entre les différentes régions cérébrales se font en respectant un temps qui est de l'ordre de la milliseconde. Il s'agit d'un mécanisme neurophysiologique primordial dans les domaines

attentionnels, cognitifs et perceptifs. Chez les personnes autistes, cette anomalie de la synchronisation serait responsable de troubles attentionnels, cognitifs et perceptifs.

5. Le diagnostic

L'autisme est un trouble neuro-développemental dont le diagnostic est basé sur l'observation du comportement de l'enfant dans les 3 domaines formant la triade autistique ; il est clinique. Un diagnostic d'autisme avant l'âge de 2 ans est délicat car peu fiable, les troubles n'étant pas suffisamment stables avant cet âge là. La pluridisciplinarité est une condition essentielle à l'évaluation fonctionnelle. Elle est issue des différentes observations de tous les professionnels afin d'élargir les acquisitions aux différentes sphères. Ces observations sont complétées par les informations rapportées par les parents et l'entourage de l'enfant.

L'autisme étant caractérisé par l'atteinte de plusieurs domaines du développement, le diagnostic doit reposer sur une approche globale permettant d'identifier les capacités et compétences de l'enfant au même titre que ses déficits et difficultés d'adaptation à l'environnement. L'évaluation est à la fois qualitative par les observations cliniques, et quantitative par les tests standardisés.

Les outils du diagnostic clinique[25] :

- **La CARS** Childhood Autism Rating Scale : échelle diagnostic permettant d'apprécier l'intensité des troubles dans 14 domaines.
- **L'ADI-R** Autisme Diagnostic Interview Revised : outil d'entretien semi-structuré avec les parents pour l'évaluation de l'enfant chez lequel un autisme est suspecté, dans les 3 domaines constituant la triade autistique. C'est un outil fiable et validé chez les enfants de plus de 3 ans.
- **L'ADOS-G** The Autisme diagnostic observation schedule : outil d'observation semi structuré comportant 4 modules correspondant à différents niveaux de développement langagier. Il est utilisable à partir de l'âge de 2 ans.
- **Les classifications diagnostiques critérisées :** C'est le cas de la CIM 10 et la DSM IV où le diagnostic repose sur des critères liés au 3 domaines de la triade autistique.

[25] *« Recommandation pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme »* Fédération Française de Psychiatrie.

L'évaluation fonctionnelle de l'autisme :

Différents domaines du développement doivent être examinés mais il n'y a pas de procédure standard.

- **L'observation clinique** : Elle se fait dans la vie quotidienne ou au cours d'activités structurées. Elle permet un recueil de données concernant les compétences et difficultés de l'enfant.
- **Examen psychologique** : Il s'agit de test non spécifiques à l'autisme mais à adapter. C'est un outil indispensable pour déterminer le profil intellectuel et socio adaptatif.
- **Examen du langage et de la communication** : il permet d'évaluer les aspects formels et pragmatiques ainsi que le langage écrit et gestuel. Le choix des tests est à adapté en fonction du profil de l'enfant.
- **Examen du développement psychomoteur et sensori-moteur** : il permet d'examiner la motricité globale, la motricité fine, les praxies et l'intégration sensorielle.

6. Possibilités de prises en charge

L'autisme est caractérisé par une triade symptomatique qui est : une altération de la communication, une altération des interactions sociales et des intérêts restreints et des comportements répétitifs et stéréotypés.

De nombreuses prises en charge diverses et variées peuvent être proposées. Elles peuvent être globales, s'intéressant à tous les domaines du développement de l'enfant ou bien centrées plus spécifiquement sur un domaine altéré dans l'autisme. Quelque soit leur domaine d'intervention, les prises en charges doivent être débutées le plus tôt possible et être individualisées tenant compte des compétences et difficultés de l'enfant. [26]

- **Prises en charge globales**

Les prises en charge globales visent à agir sur le développement des compétences dans tous les domaines du développement de l'enfant atteint d'autisme. Elles peuvent être à référence comportementale, développementale, psychanalytique ou psychomotrice.

[26] « Actualité sur la prise en charge des troubles envahissants du développement »

- **Thérapie comportementale**

Le but des prises en charge à référence comportementale est de repérer et analyser les comportements inadaptés chez la personne autiste afin de mettre en place des stratégies visant à modifier ou faire disparaître ces comportements. Il s'agit de programmes très structurés, par pallier, et souvent à la charge des familles. L'objectif est ici de favoriser le développement des interactions sociales (par exemple : méthode ABA Applied Behavior Analysis basée sur le principe du conditionnement opérant. C'est une théorie de l'apprentissage où est recherchée la survenue de comportements adaptés.)

- **Thérapie développementale**

Dans les années 60, Schopler a élaboré le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicaped Children). Il est appliqué dans tous les lieux fréquentés par l'enfant (maison, école) afin de repérer ses difficultés et compétences dans plusieurs domaines. Après repérage, un programme éducatif et individualisé est établit pour chaque enfant en tenant compte de ses intérêts. L'utilisation d'indices visuels est ici primordiale.

- **Thérapie psychanalytique**

Ce sont ces prises en charge globale à référence psychanalytique qui sont le plus fréquemment utilisées en France à notre époque. Leur objectif est un réinvestissement de l'appareil psychique de l'enfant et une élaboration des capacités de représentation. Il n'y a pas d'études effectuées sur ce type de prise en charge. Les psychothérapies psychanalytiques sont fondées sur l'analyse et l'interprétation du transfert et du contre transfert (mouvements affectifs, pensées conscientes ou inconscientes de la personne envers le psychanalyste et inversement). Le thérapeute est ainsi renseigné sur la manière dont la personne investit son monde externe et son monde interne. Le but est d'ouvrir l'enfant autiste à la relation à autrui et à lui même pour lui permettre de construire progressivement sa capacité de représentation et de se servir différemment de son « appareil psychique » (pensées, émotions, capacités de relation). L'enfant autiste met en place des mécanismes de défense contre l'angoisse qui peuvent être compris par le thérapeute et modifiés au profit d'une meilleure tolérance de leurs angoisses. La psychothérapie psychanalytique propose un cadre spécifique qui a valeur organisatrice pour le psychisme de l'enfant de par sa fonction contenante. Le monde interne

de l'enfant va s'actualiser pendant la séance ou le thérapeute va aller à sa rencontre et tenter de comprendre ses troubles afin de l'aider à améliorer son état.

- **Thérapie psychomotrice**

Les thérapies psychomotrices sont des thérapies corporelles. Elles sont basées sur l'observation clinique et l'analyse des moyens d'utilisation du corps chez l'enfant autiste, les moyens mis en œuvre pour entrer en relation et communiquer. En effet, le développement psychomoteur d'un enfant autiste diffère de celui des autres enfants. On observe :

- Une mise en jeu particulière de leurs ressources tonico-motrices. C'est-à-dire qu'ils répondent à une stimulation par un recrutement tonique important qui mobilise tout le corps, ceci pour réguler le déséquilibre et ressentir leurs limites corporelles.
- Une discordance psychomotrice. On note une difficulté de coordinations bi manuelle et oro manuelle, comme si les deux hémicorps fonctionnaient indépendamment.
- Un traitement particulier des flux sensoriels : A. Bullinger dit que les enfants autistes privilégient le traitement des flux sensoriels par le système archaïque.
- Une dysharmonie instrumentale : chez l'enfant atteint d'autisme, l'instrumentation est différente. Leur action privilégie les sensations au défaut des représentations spatiales.[27]
- Une particularité dans la construction des relations spatiales et du fonctionnement corporel, et donc des bases corporelles de l'identité. Les autistes ont une construction uni ou bidimensionnelle plutôt que tri dimensionnelle de l'espace (D. Meltzer). L'investissement corporel est difficile et ces enfants présentent également des angoisses corporelles archaïques. Dans la construction des relations spatiales, les repères matériels ont toute leur importance pour ces enfants, en effet ils sont très sensibles aux modifications de l'environnement.
- Sur le plan émotionnel : on remarque une absence de réactivité ou hypersensibilité aux stimulations.

En thérapie psychomotrice, il n'existe pas de bilan psychomoteur ni de technique spécifique aux enfants autistes. Les principes de traitement vont se baser sur[28] :

- Le fonctionnement et la motricité en relation

[27] A. Bullinger *« Le développement sensori moteur de l'enfant et ses avatars »*
[28] L. Ouss-Ringaert *« L'enfant autiste »*

- Une implication du thérapeute et des propositions d'expériences afin d'éprouver son corps en lien avec autrui.
- Une amélioration concernant la manière d'habiter son corps
- Une favorisation des liens, une mise en mot et en sens
- Une amélioration des capacités de communication et de symbolisation
- Une modification de l'utilisation des moyens de défense corporels.

- **Prises en charge focalisées**

Les prises en charge focalisées ciblent l'amélioration d'un domaine particulier du développement de l'enfant autiste. Elles peuvent être basées sur les interactions sociales, sur les troubles du comportement ou sur la sensorialité.

- **Sur les interactions sociales**

Ces interventions visent le développement des interactions sociales de l'enfant. Plus précisément, elles visent l'implication de l'enfant dans les échanges sociaux voire l'initiative, une réponse adaptée aux diverses sollicitations et le développement des capacités d'empathie et d'attention conjointe un travail peut être également basé sur la « théorie de l'esprit » (reconnaissance des émotions faciales) ou sur le jeu dans le but de stimuler les capacités de communication et d'interactions sociales.

- **Sur les troubles du comportement**

Ces interventions visent à comprendre voire diminuer les comportements inadaptés de l'enfant. En effet, les enfants souffrant de DSA peuvent avoir des comportements agressifs, menaçants ou destructeurs à travers lesquels ils expriment leur mal être, ne pouvant passer par la communication.

- **Sur la sensorialité**

Ces interventions ont pour but de permettre à l'enfant de vivre des expériences sensorielles qui seront mises en sens, et qui permettront à l'enfant de produire une réponse adéquate et adaptée aux stimulations sensorielles auxquelles il est soumis.

Les prises en charge proposées dans le cadre des TED peuvent être globales ou focalisées. Elles doivent débuter le plus tôt possible avec implication de tous les partenaires de l'enfant (parents, enseignants, professionnels..) dans tous les lieux de vie de celui-ci pour être cohérentes. Ainsi, ces prises en charge sont individualisées à chaque enfant tenant compte de son niveau de développement.

B. Approche sensorimotrice de l'autisme

Je considère cette approche comme importante pour étayer mon écrit, puisque elle permet d'éclairer la clinique des manifestations (motrices et sensorielles) présentes dans la pathologie autistique et ouvrent le champ à des possibilités de travail thérapeutique. Il s'agit d'un axe de lecture corporelle intéressant que j'ai pu retrouver chez les enfants rencontrés au cours de mon stage. Je décrirai donc les étapes du développement sensori-moteur et les clivages corporels précoces observables chez l'enfant autiste, dans le but de mieux comprendre pourquoi la sensorialité, prévalente dans l'autisme, est un moyen pour lui de se procurer un sentiment continu d'exister.

Selon A. Bullinger, dans « Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement », l'activité psychique du nourrisson est alimentée par les interactions entre les divers flux que rencontre l'enfant lorsqu'il explore son milieu. En effet, c'est au travers des échanges entre l'enfant et son environnement que se mettent en place les représentations concernant l'organisme, les objets rencontrés et l'espace qui les contient. « Les premières années du bébé sont la période de la sensorimotricité. Les compétences à acquérir sont celles de la maitrise du corps et celle de la compréhension du fonctionnement des différentes modalités sensorielles ».[29]

Un flux sensoriel est constitué d'une source qui émet de façon continue et orientée un agent susceptible d'irriter une surface. Notre organisme est sensible au flux gravitaire, aux flux tactiles, aux flux olfactifs, aux flux sonores et visuels. « La sensation est notre premier

[29] Pireyre E. *« Clinique de l'image du corps : du vécu au concept »*

interface avec le monde et consiste en l'extraction d'informations à partir de l'environnement ».[30]

Dans le développement typique de l'enfant, tous ces flux vont être intériorisés et coordonnées avec sa sensibilité profonde. C'est ainsi que la proprioception va pouvoir se constituer ; elle permettra à l'enfant de s'ajuster selon les interactions qu'il entretiendra avec son milieu. Ce travail représentatif occupe une grande partie de l'activité psychique du nourrisson au cours de la période sensorimotrice. Il s'agit de l' « attraction consensuelle maximum » dont parle D. Meltzer. C'est-à-dire que pendant certains moments, la tétée par exemple, le bébé va prendre ensemble des images de la mère (sa voix, son regard, son toucher, son holding, son odeur, le gout du lait, le rythme de ses mouvements) et articuler tous ces flux sensoriels : c'est ce qu'on appelle le mantèlement où il va comodaliser ses sensations. Puis, lorsque sa mère repose l'enfant, il passe à nouveau dans un fonctionnement de démantèlement privilégiant certains flux sensoriels sur les autres. A. Setri, a d'ailleurs mis en évidence que pour ressentir un objet comme extérieur à soi, il faut le percevoir par au moins deux canaux sensoriels à la fois, un seul n'étant pas suffisant.

Pour résumer, l'enfant passe d'abord par l'uni dimensionnalité, où l'activité de penser est absente laissant comme seul paramètre existant la présence ou l'absence de stimulation sensorielle. Puis, dans la bi-dimensionnalité, l'objet est perçu par ses qualités extérieures, sensorielles mais non perçues comme reliées au même objet. Enfin, l'enfant accède à la tridimensionnalité qui nécessite la construction d'une peau psychique qui fait de lui un contenant disposant un espace interne. A ce moment là, l'autre commence à exister.

Dans le développement de l'enfant autiste, il semblerait que le traitement des flux sensoriels privilégie la composante archaïque des effets du signal sur l'organisme. Le développement des conduites instrumentales et le traitement spatial conjoint sont alors mis à mal, et l'image corporelle en sera fragilisée « La non maitrise des flux déterminent une famille de troubles sévères, qui se caractérisent par une grande fragilité de l'image corporelle, une instabilité et une grande irritabilité émotionnelle. La recherche des sensations organisatrices de l'image corporelle peut être envahissante et se faire au détriment d'actions spatialement orientées devenues impossible à réaliser faute de point d'appuis.» Autrement dit, pour maintenir une image corporelle évanescente, l'enfant autiste aura recours à la stimulation, laissant de côté les actions instrumentées.

[30] J. Perrin *« Autisme et psychomotricité »*

❖ Les clivages corporels précoces

Ce tableau d'A. Bullinger présente les principales étapes du développement sensorimoteur :

Naissance	Maîtrise de l'espace oral →	Maîtrise du buste →	Maîtrise du torse →	Maîtrise du corps
	Coordination capture/exploration ↓ Alimentation fractionnée	Coordination arrière/avant ↓ Équilibre Flexion/extension	Coordination gauche/oral/droite ↓ Relais oral Espace de préhension	Coordination haut/bas ↓ Corps articulé Espace des déplacements
	Création d'une contenance	Création d'un arrière-fond	Création de l'axe corporel	Création du corps véhicule
Perte de l'enveloppe utérine et de l'alimentation en continu. Déplisser ses poumons et respirer	Élaboration instrumentale de la bouche	Élaboration instrumentale de la vision	Élaboration instrumentale du torse et des mains	Élaboration instrumentale du bassin et des jambes
Les troubles :	Clivage capture/exploration	Clivage arrière/avant	Clivage gauche/droite	Clivage haut/bas
Expression praxique des troubles :	Troubles praxiques de la zone orale →	Troubles des praxies oculomotrices →	Troubles praxiques concernant les membres supérieurs, l'axe corporel et l'espace de préhension →	Troubles praxiques concernant l'espace du corps et des déplacements
		tonus pneumatique		

A chacune de ses étapes y sont associées les particularités de l'enfant autiste. Les clivages corporels précoces présents chez tous les enfants au début de la vie, se réduisent. Les postures asymétriques de base vont se coordonner grâce aux jeux, aux soins offerts par un « environnement suffisamment bon » pour reprendre les termes de D. Winicott.

Selon G. Haag, chez l'enfant autiste, ces clivages corporels précoces persistent. Elle part du postulat que l'enfant autiste n'a pas toléré la séparation corporelle et peine à se percevoir comme étant individué.

- la maitrise de l'espace oral : A sa naissance, le bébé n'est plus soumis à une alimentation continue. Il passe à une alimentation fractionnée et active. L'enfant éprouvera des moments de faim et de satiété. Cette nouvelle activité alimentaire

suppose une coordination entre les conduites de capture (redressement du buste pour porter la tête et la bouche vers le sein) et d'exploration (le contact des lèvres avec le sein maternel va provoquer un mouvement de capture qui conduit à l'exploration de la succion). Un juste équilibre doit s'opérer entre ces deux conduites. Après la prise alimentaire, l'enfant éprouvera un sentiment de satiété qui laissera progressivement place au sentiment de faim et ainsi de suite. Ce rythme étant respecté, l'enfant pourra avoir une représentation de ce moment de nourrissage.

De même, dans le domaine exploratoire, l'enfant passera par l'espace oral pour l'exploration des objets et de son environnement.

Chez l'enfant à risque, il y a des désorganisations. Celles-ci peuvent concerner le mouvement de capture. Dans ce cas, l'enfant est soumis à un déséquilibre tonique qui empêche le redressement du buste. L'appui n'a pas été correctement offert par le milieu humain et le phénomène d'extension domine chez l'enfant. Ces désorganisations peuvent également concerner la prédominance des sensations tactiles lorsque la bouche est en contact avec l'objet. Dans ce cas, aucun traitement spatial ou alimentaire n'est engagé, il s'agit d'une stéréotypie qui maintient un niveau d'éveil à travers l'état tonique créé.

Si la composante de capture prédomine sur la composante d'exploration, on va retrouver chez ces enfants un agrippement par la bouche qui empêche l'activité d'exploration : cet agrippement compense certainement un déficit de l'arrière fond. Il y a alors un clivage capture/exploration correspondant à ce stade là. Le sentiment d'existence ne semble tenir qu'à ce contact, qu'à ce « collé à » d'après A. Bullinger.

- la maitrise du buste : elle requiert un équilibre entre la flexion et l'extension qui permettra la création d'un arrière fond. C'est d'abord le milieu humain qui assure cet arrière fond jusqu'à ce que l'enfant accède à la station assise. La tenue du dos lui permet d'élargir son champ de relation, d'exploration et d'apprentissage ; il expérimente le devant, les côtés puis le derrière. A ce stade, l'enfant aura un regard qui lui permettra l'exploration de son espace environnant (accrochage à un objet saillant lorsque l'arrière fond fait défaut). Le terme d' « arrière-fond », sous entend évidement un appui physique mais aussi un appui, un portage psychique. G. Haag parlera d' « objet d'arrière plan ».

Lorsque cette élaboration de l'arrière fond est défaillante, se créé un clivage avant/arrière qui va perturber la suite du développement. L'enfant ne dispose pas d'une sécurité interne qui lui

permet normalement la découverte et l'exploration du monde. On assistera alors à la mise en place de conduites compensatoires. Les agrippements visuels, par exemple, se substituent au manque d'arrière-fond et en conséquence provoquent une tenue figée du bébé.

- la maitrise du torse : elle suppose une coordination des deux parties du corps gauche/droite reliées par l'axe corporel pour permettre la mise en place d'un espace de préhension unifié. Ce mouvement vers la droite et la gauche implique des mouvements de torsion du buste qui sollicitent l'espace oral. Cet espace peut être assimilé à un relais entre les deux hémi-espaces droit et gauche. Ce rôle de relais permettra d'inscrire l'espace oral dans le futur espace de préhension. « L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possible les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité ».[31] Autrement dit, la construction de l'axe corporel qui permet mouvements et rotations du buste, transforme le rôle des mains qui vont pouvoir effectuer des activités différenciées.

L'arrière fond dont je parlais précédemment se transforme en axe corporel dont un juste équilibre tonique est nécessaire pour permettre les mouvements de torsion. Si la sphère orale n'est pas investie comme lieu de rencontre entre les deux mains, l'enfant n'aura pas élaboré un espace de préhension unifié. Plus tard, cette absence de représentation entrainera par exemple des difficultés praxiques, une salivation excessive, une sphinctérisation difficile. Les agrippements repérables à ce stade, concernent le rassemblement des deux mains pour tenir les deux moitiés du corps. Les activités de manipulation ne sont pas dans un but instrumental.

A ce stade, on dit que l'enfant autiste présente un clivage gauche/droite. Il y aura absence de gestes exploratoires sur l'axe ou qui croisent l'axe, l'enfant autiste présente une attitude comme s'il était « coupé en deux ». Pour compenser cela, l'enfant aura recours à un fonctionnement archaïque au niveau du tonus et de la posture, il se rigidifie pour maintenir une sensation de soudure des 2 hémi-corps (tonus pneumatique par exemple)

- la maitrise du corps : il s'agit ici de la coordination haut/bas du corps avec un investissement du bassin. Vers 6 mois, l'enfant bouge les jambes volontairement et cette nouvelle compétence, civilisée par les parents, sera au service de la découverte du monde. L'enfant prend alors connaissance de ses membres inférieurs qu'il mobilise,

[31] A. Bullinger *« Le développement sensori moteur de l'enfant et ses avatars ».*

lors de la station debout et de la marche. A ce moment là, il prend alors connaissance de son corps comme unifié, articulé et mobile.

Chez l'enfant à risque, on pourra retrouver un clivage haut/du corps du à un défaut d'investissement du bassin. Les membres inférieurs ne jouent pas leur rôle d'exploration et de portage (tonus faible, grande laxité, absence de déroulement du pas, absence d'ajustement au sol), on retrouve aussi une difficulté au niveau du contrôle sphinctérien (pas d'acquisition de la propreté). Par opposition au développement typique, dans ce cas, l'enfant n'aura pas connaissance d'un corps unifié, mobile et articulé. Il sera soumis à des angoisses de chute, d'éclatement, de liquéfaction ; et les échanges avec son milieu seront perçus comme menaçant son intégrité.

Pour pallier à ces clivages, l'enfant autiste aura des particularités de fonctionnement dans lesquelles on peut dire que la sensorialité est prévalente. Lorsque les appuis sont déficients, on peut observer des conduites d'agrippements relatives à chaque stade : agrippement oral, visuel, manuel ou corporel.

Dans le développement typique de l'enfant, A. Bullinger souligne que les maitrises successives des espaces oral, du buste, du torse et du bassin sont autant de passages nécessaires qui donnent à l'enfant les moyens d'habiter son corps en relation avec son milieu, et de prendre possession du monde. Chez l'enfant autiste, ce n'est pas le cas, il aura un recours incessant à la sensorialité.

C. Un recours permanent aux sensations

Les enfants atteints d'autisme ont des particularités sensorielles uniques qui interpellent. Ils ne parviennent pas à traiter les flux sensoriels de façon adaptée puisqu'ils favorisent leurs traitements par la voie du système nerveux archaïque. En effet, l'enfant autiste présente une nécessité de recourir au concret (donc à des modalités sensorielles) pour appréhender le monde. Mais, ces stratégies ont une signification, elles sont une solution que l'enfant met en place pour vivre dans un monde qui lui paraît menaçant car incompris.
A ce propos, A. Bullinger dit que le « but 1er de l'autiste est de maximiser l'efficacité des systèmes sensori-moteur afin de maintenir une mobilisation tonique. »

L’enfant autiste ne fait donc pas l’expérience d’un corps organisé, fiable et cohérent. Les angoisses corporelles précoces sont encore très actives : angoisse de chute, de liquéfaction contre lesquelles il cherche à lutter par différentes solutions. La préoccupation première de l’autiste concerne la substance même de son corps, puisqu’il vit comme s’il n’avait pas de corps. Il a un corps organique, mais celui-ci n’est pas habité, ni investit.

Pour sentir son corps, l’enfant autiste se soumet donc à la sensation. On voit par exemple, un phénomène décrit par D. Meltzer qui est le mécanisme d’adhésivité. C’est à dire que l’enfant a besoin de sentir pour que ça existe. Il s’agit d’une solution corporelle en l’absence de solution représentative. D. Meltzer a parlé de la bi dimensionnalité, qu’il définit comme « ça existe parce que je le vois, je le sens, je l’entends mais ça n'existe plus en l'absence de stimulation ». La chose, l’objet n’existe que par la sensation qu’il procure, il ne laisse aucune trace dans le psychisme. L’enfant autiste n’a pas de capacité représentative, de mémorisation ou d’anticipation. Ce même phénomène a également été repéré par E. Bick chez le nourrisson qui n’est pas encore équipé pour faire face à ce qu’il lui arrive lorsqu’il se trouve soumis à des angoisses. Ce recours à l’adhésivité est donc normal et transitoire chez tout enfant, mais qui perdure anormalement chez l’enfant autiste limitant sa capacité à se construire un espace pour penser.

Les clivages précoces persistent chez l’autiste, celui-ci va mettre en place des solutions sensorielles et toniques compensatoires d’un défaut d’intégration. Là encore, il ne s’agit pas de solution mentale. On va assister par exemple, à un accrochage à l’hypertonie, pour provoquer du dur dans le corps, une consistance momentanée (consistance qui fait défaut chez ces enfants). Pour A. Bullinger, l'autiste aurait une image du corps évanescente, insuffisamment stabilisée ne permettant pas la mise en place d'arrière fond tonique qui permet au corps de s'orienter et s'organiser. L’accrochage à l’hypertonie correspondrait alors peut être à une défaillance de l’image du corps, et qui leur procurerait un sentiment d’existence, de même que la déambulation.

La recherche du dur est également observée par la tenue d’objets solides généralement durs. Il y a un défaut d'intégration d'un squelette interne chez l'enfant autiste, ainsi il cherche une tenue ailleurs par les manipulations, les objets ou même les postures. Le sentiment de consistance (nécessaire à l’intégration du squelette interne) est à construire chez chacun d’entre nous. C’est la fonction tonique qui donne ce sentiment en se mettant en forme dans les jeux, dans le portage physique et psychique, dans les soins. De ce fait, l’enfant autiste va chercher une tenue ailleurs, dans les objets, les postures ou les manipulations.

Une hypothèse psychopathologique considère que l'hyperactivation sensorielle chez l'enfant autiste serait une modalité défensive et protectrice. C'est-à-dire que l'enfant cherche à se stimuler pour se protéger de l'environnement extérieur vécu comme menaçant son intégrité physique. L'automutilation, les gestes répétitifs et stéréotypés, jouent ainsi le rôle de régulateurs de stimulation lorsque l'environnement apporte trop ou pas assez de stimuli.[32]

G. Szweg considère les stéréotypies comme procédés auto calmants. Autrement dit, les stéréotypies seraient une manière de décharger l'excitation par la motricité, à un moment où l'enfant n'est plus apte à mobiliser ses capacités psychiques pour faire face à une situation.

D. Un défaut d'investissement du corps : l'image du corps chez l'enfant autiste

Le corps de l'enfant autiste n'est pas investi, ni habité ; les limites du corps existent mais restent artificielles. Le traitement des flux sensoriels se fera sans cesse par la voie du système archaïque, qui traite les aspects qualitatifs. Chez ces enfants, les compétences neuro-motrices telles que, la tenue de la tête, la tenue du dos et l'acquisition de la station assise ou la marche ne se coordonnent pas avec l'expérience relationnelle pour que ces compétences deviennent des compétences psychomotrices. Elles ne sont pas mises au service de la découverte, de l'apprentissage, de l'exploration ou de la relation.

L'enfant autiste n'a pas fait l'expérience de se sentir contenu. Il s'enferme dans un clivage des modalités sensorielles, ce que D. Meltzer a nommé, en 1980, le démantèlement. C'est-à-dire que l'enfant autiste s'agrippe à un seul canal sensoriel. Rien ne fait la synthèse des différents stimuli qu'il reçoit, il n'y a pas de sens commun. Le monde est, pour lui, une juxtaposition de sensation, sans relief, sans volume. L'enfant autiste cherche en fait, à maintenir un sentiment de continuité d'existence, base de l'image du corps.

[32] http://www.sospsychomotricite.com/ted-enveloppe-corporelle/

E. Approche psychomotrice de l'autisme

« Les mécanismes primitifs du développement psychique, avec les angoisses archaïques et les défenses primaires, sont au fond de chaque être humain ; [...] ils mettent en évidence les étapes d'organisation et de la construction de l'image du corps ainsi que sa structuration en liaison avec la spatialité et la temporalité »[33]

L'enfant autiste laisse entrevoir son état de structuration psychique et corporelle. Le psychomotricien considère que tout ce que l'enfant met en œuvre concerne la construction de son corps, et plus précisément la substance de son corps. Les angoisses, présentes chez l'enfant autiste, portent majoritairement sur la substance même du corps. Le thérapeute va mettre en œuvre différents moyens pour que l'enfant se dégage progressivement de ces angoisses afin d'être accessible à une expérience d'intégration et d'organisation de ses clivages corporels persistants.

Pour cela, le thérapeute doit accueillir l'enfant dans un dispositif contenant, régulier et toujours à l'identique, afin d'offrir bonne contenance aux productions archaïques, une transformation et une restitution de celles-ci comme recevables pour l'enfant. L'enfant autiste étant très contextualisé, autrement dit dépendant de son environnement concret, le psychomotricien ritualise l'environnement. Ainsi, l'enfant retrouvera à chaque séance le sentiment d'être contenu, et tout le travail du psychomotricien réside dans l'organisation bien pensée de la séance ainsi qu'une présence impliquée auprès du patient.

Le professionnel se doit d'aménager un espace qui soit le moins envahissant possible pour que l'enfant autiste ait le moins de recours possible aux stéréotypies.

C'est en lui proposant un espace contenant qu'il éprouvera un sentiment de continuité et de sécurité interne qui le rendra plus tard disponible à l'échange et donc à un travail psychique. On peut ainsi dire que l'enfant, en séance va vivre une expérience de cohérence, comme celle dont parlaient D. Winnicott et D. Stern dans le développement de l'enfant. Il faut créer toutes les conditions requises d'un « environnement suffisamment bon » pour que l'enfant soit présent à son propre corps. Ceci se faisant à travers la médiation, le cadre, le dispositif.

Par le dispositif de la séance de psychomotricité, on recrée pour l'enfant le dispositif de l'environnement maternel. C'est comme si «l'enfant autiste est contenu dans les bras de la

[33] S. Urwand *« Le groupe-analyse pour des enfants autistes et psychotiques »*

salle de psychomotricité. »[34] Puis, par la répétition des séances, ces moments seront suffisamment intégrés par l'enfant, pour qu'il puisse les généraliser à l'extérieur.

P. Lafforgue dit que le thérapeute se trouve dans « un souci de rêverie maternelle » et W. Bion a montré l'importance de la fonction alpha. P. Laurent insiste également sur le fait que « la contenance s'adosse à une parole au plus proche de l'affect et de l'expérience émotionnelle». Autrement dit, le psychomotricien doit soutenir verbalement, au plus près, ce que l'enfant est en train de vivre dans l' « ici et maintenant » de la séance, il se trouve ainsi dans une fonction contenante et transformatrice.

Pour résumer, l'objectif d'une prise en charge en psychomotricité est de permettre à l'enfant de vivre des expériences corporelles tolérables et assimilables, accompagnées d'une expérience de relation. On retrouve ici la notion du double ancrage corporel et interactif de B. Golse.

C'est dans ces moments de cohérence représentés par la séance de psychomotricité, que l'enfant autiste aura l'occasion d'être présent à son propre corps et de s'apercevoir de ce qu'il sent. Un travail autour des sensations permet une prise de conscience du squelette interne (parties osseuses dures et consistantes du corps) et de la globalité du corps (enveloppement dans tissus, toucher thérapeutique, contacts physiques). Le thérapeute peut se sentir au début inexistant aux yeux de l'enfant tant il peut être prisonnier de sa pathologie. La relation thérapeutique s'installera progressivement par la fiabilité et sécurité du cadre, du dispositif et du psychomotricien. Il est important de se laisser du temps.

La préoccupation première du psychomotricien va être dans le cas de la pathologie autistique de comprendre la signification de tels comportements appelés « mécanismes autistiques » sans vouloir y faire renoncer l'enfant. Il est important de respecter l'enfant et sa manière d'être et d'agir. Il n'y a pas une manière de prendre en charge l'enfant autiste. Le psychomotricien doit s'adapter à chacun d'eux, faire confiance à son sens clinique et ses ressentis dans le but de soulager l'enfant.

Dans les mécanismes autistiques, où la sensorialité est prévalente, le psychomotricien tentera de développer les capacités représentatives de l'enfant et faire émerger un travail mental afin que l'enfant se « décolle » de la sensation. Son sentiment d'existence doit se confirmer autrement que par le recours concret et permanent à la sensorialité.

[34] A .M Latour *« Idées simples... à propos du travail en psychomotricité auprès des autistes »*

III. Parmi les autres : du groupe social au groupe thérapeutique

A. Quelques généralités

1. Définition

Etymologiquement, le mot « groupe » trouve son origine de l'italien « *gruppo* » qui signifie « nœud » et du germanique « *kruppa* » qui signifie « masse arrondie ». On a donc, à travers ces deux termes, l'idée d'une intrication, au sein de laquelle il y a des liens et qui forme un tout arrondi, clos et confiné.

Selon le dictionnaire Hachette, un groupe, au sens général, désigne « une réunion d'objets ou d'êtres formant un ensemble ». En sociologie, il existe une autre définition, plus précise. Il s'agit d' « un ensemble d'individus ayant un certain nombre de caractères communs et dont les rapports (sociaux, psychologiques) obéissent à une dynamique spécifique. ».

C. Lévi-strauss disait en 1962 qu'« une société est faite d'individus et de groupes qui communiquent entre eux ». Autrement dit, dans notre société, le phénomène de groupe est omni présent et nous y sommes tous confrontés, à un moment de notre existence.

2. Historique[35]

Le terme français de « groupe » est récent. Utilisé d'abord en Italie dans le domaine de l'art, ce sont des artistes français qui l'ont importé en France au XVIIème siècle. Molière a été le premier à faire apparaitre le mot « groupe » dans l'un de ses textes où il l'utilise pour décrire des notions techniques d'art. Puis, le mot entre dans le langage courant pour signifier « un assemblage d'éléments, une catégorie d'êtres ou d'objets ». Ce sera un peu plus tard, dans les années 1750, que le terme de « groupe » désignera une réunion de personnes.

[35] D. Anzieu *« La dynamique des groupes restreints »*

L'utilisation du mot se repend dans plusieurs pays (Allemagne, Angleterre). Plus tard, D. Anzieu souligne qu'aucune langue ancienne ne dispose d'un tel terme pour désigner une association de personnes en nombre restreint, poursuivant des buts communs. Cela suppose donc, qu'il puisse y avoir différentes sortes de groupes variant selon le nombre de personnes ou le but de chacun.

En effet, de nos jours, il existe de nombreux termes pour désigner des groupes. D. Anzieu et J-Y. Martin les ont décrits :

- La foule : lorsque les individus sont réunis en grand nombre dans un même lieu, sans avoir cherché à se réunir puisque la motivation est individuelle.

- La bande : quand les individus sont réunis volontairement pour le plaisir d'être ensemble, par recherche du semblable. Elle diffère de la foule par le nombre diminué de personnes et par sa durée. Mais, si la bande devient durable, elle se transforme en groupe primaire.

- Le groupement : quand des personnes se réunissent, quelque soit le nombre, avec une certaine fréquence de réunions et des objectifs communs.

- Le groupe primaire ou restreint : il s'agit d'un nombre restreint de personnes, afin de favoriser les échanges interindividuels, à la poursuite de buts communs. Dans ce type de groupe, des relations affectives, une forte interdépendance des membres et un sentiment de solidarité peuvent émerger. Le groupe thérapeutique se rapproche du groupe primaire ou restreint, et c'est donc celui qui va m'intéresser ici. De même, par les échanges affectifs intenses qui se créent entre ses membres, la famille est l'exemple même du groupe primaire. D. Anzieu dit d'ailleurs à ce propos « Rares sont les groupes qui durent aussi longtemps et dont les membres entretiennent entre eux des rapports affectifs aussi intenses. »[36] Il souligne, plus loin dans son ouvrage, que cette première expérience de groupe (la famille) constitue une source inconsciente des futures représentations des groupes que nous aurons.

- Le groupe secondaire ou organisation : ce terme renvoie à un système social où les rapports entre les individus sont formels, froids et impersonnels.

[36] D. Anzieu *« La dynamique des groupes restreints »*

3. Intérêts, fonctions et objectifs du groupe

Plusieurs auteurs se sont rendus compte de l'apport du groupe au point de vue psychologique, et de leur importance dans le processus de socialisation. En effet, la socialisation implique un engagement actif de la part de l'individu pour aller vers l'autre ; il doit s'adapter aux attentes sociales mais aussi s'y impliquer activement. Ainsi, le groupe prépare à la vie en société et à la vie quotidienne, à travers la structuration de l'individu de par son rapport avec les autres. Le groupe favorise la multiplicité des interactions et l'intégration sociale. De ce fait, le groupe semble également être un support privilégié pour travailler la question de l'intersubjectivité qui peut être plus ou moins précaire chez certains enfants.

L'imitation est un moteur favorable à l'évolution d'un groupe. Les sujets se servent de moteurs, de modèles les uns par rapport aux autres. Ainsi, un individu peut mettre ses compétences au service des autres, de même qu'il peut s'enrichir dans d'autres domaines, où il se trouve plus en difficulté, par l'imitation d'un autre. Le groupe a ainsi un rôle d'apprentissage par effet miroir.

La dynamique de groupe est une notion importante puisque se créé souvent dans un groupe un sentiment d'alliance et de pouvoir. Un but commun, des caractéristiques similaires peuvent faire émerger un sentiment d'entraide entre les individus, un investissement affectif qui rend le groupe solide.

Mais un groupe n'offre pas que des avantages, il entraine aussi certains risques.

4. Risques et limites du groupe

Le risque principal du groupe est la dépersonnalisation de l'individu. Ce dernier va devoir trouver sa place, accepter le regard d'autrui et entrer en relation avec plusieurs personnes. Cela suppose qu'il se différencie et affirme sa personnalité. Mais parfois, garder son intégrité est difficile et il se peut que l'individu perde le contrôle de la situation et s'efface au milieu des autres.

La vie en groupe suppose de respecter un cadre, des règles, des lois et des limites définies au préalables. Cependant, il arrive que certains se trouvent en difficulté face au respect d'un cadre et cela met en péril l'ensemble du groupe.

L'entraide entre les individus dont je parlais précédemment est favorable à l'évolution d'un groupe. Mais, une certaine compétitivité peut apparaitre entre les membres et nuise à la dynamique de groupe.

En fait, le groupe est un intermédiaire entre l'individu et la société mais il peut être aliénant et dangereux pour la liberté de chacun et son autonomie : « Il risque de provoquer un viol de la personnalité ».[37]

B. Les phénomènes au sein d'un groupe

1. L'angoisse identitaire

D. Anzieu décrit l'angoisse identitaire comme la période initiale de l'évolution interne des groupes. Il s'agit d'une angoisse archaïque qui menace la perte d'identité. L'individu a beaucoup de regards sur lui et donc des images différentes de lui-même. On assiste alors à une angoisse identitaire entrainant l'apparition d'angoisses primitives, voire même de manifestations de violence. Ces fantasmes de perte identitaire font régresser les membres du groupe à des phases archaïques.

2. L'illusion groupale

D. Anzieu est le premier à développer cette notion d'illusion groupale en 1975, dans Le groupe et l'inconscient. Il pense le groupe comme un « corps dont les individus sont les membres ». A ce moment, il y a aussi un état psychique collectif que l'on peut qualifier d'illusion groupale. C'est une espèce d'idéalisation du groupe qui nie la différence. Les membres éprouvent un certain plaisir à être ensemble. Cette illusion est vécue comme une enveloppe qui contient le groupe et le protège de l'extérieur. L'enfant est bien dans le groupe et s'y sent contenu.

[37] D. Anzieu *« La dynamique des groupes restreints »*

3. L'introjection et la projection

L'introjection et la projection sont des termes définis par J. Laplanche et J-B. Pontalis. Dans Vocabulaire de la psychanalyse, ils abordent ainsi l'introjection : « le sujet fait passer sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets ou des qualités inhérentes à ces objets ». A l'opposé, le terme de projection est le fait de projeter sur un objet des caractéristiques du Soi pour s'y reconnaître.

L'introjection et la projection sont des fonctionnements imaginaires qu'utilise l'individu dans son rapport à l'autre afin d'établir des relations.

D. Anzieu, dans La dynamique des groupes restreints résume bien cette idée en affirmant que « la situation de groupe permet à chaque membre de projeter différentes parties de son Moi sur les autres participants puis de rejeter ou ré introjecter les éléments qu'il condamne en lui et de s'approprier les qualités de ceux qu'il prend comme modèles. »

4. L'imitation et l'identification

L'imitation consiste à prendre une personne comme modèle et reproduire les mêmes actions. Ce phénomène est très souvent observé dans un groupe. Il existe l'imitation simple et différée. L'individu passera progressivement de la reproduction pure et simple de gestes ou de paroles (imitation immédiate) à la production d'une image mentale, où la représentation sera intériorisée.

L'identification est un processus primordial de la construction de l'identité et l'affirmation de la personnalité. En effet, il s'agit d'un processus à travers lequel un individu prélève un trait ou un attribut d'un autre et se l'approprie pour évoluer, changer, se transformer.

L'identification se distingue de l'imitation puisque celle-ci est symbolique et non consciente. Selon Freud, elle est l'expression d'un lien affectif envers l'autre personne.

Ce terme d'identification se rapproche de ceux d'introjection et de projection cités précédemment ; ils représentent des étapes que l'enfant va rencontrer, traverser et vivre pour accéder à la socialisation.

5. De l'indifférenciation à l'individuation

L'individuation est un concept du psychiatre suisse C.G Jung. Il s'agit d'un processus de prise de conscience de l'individualité profonde. C.G Jung définit l'individuation comme « la prise de conscience qu'on est distinct et différent des autres, et l'idée qu'on est soi-même une personne entière, indivisible ». Cela implique que l'individu éprouve le sentiment d'avoir un corps unifié et indivisible, c'est-à-dire une enveloppe corporelle satisfaisante. Il peut alors développer une personnalité unique et individuelle.

Mais l'individuation inclut également une individuation psychique. Elle implique la « réalisation de Soi » ; le soi étant une totalité formée du conscient et de l'inconscient permettant, selon C.G Jung, la réalisation de la personnalité psychique. Le Soi prend en compte la psyché individuelle, mais il s'étend aussi aux connaissances extérieures.

L'individu se sentant différencié et individualisé va pouvoir évoluer au sein d'un groupe. Il va être capable de puiser dans la relation à l'autre des qualités satisfaisantes. Ceci grâce à l'introjection et la projection.

C. Le sentiment d'existence dans le groupe

1. L'intersubjectivité

L'intersubjectivité est un ensemble de mécanismes et processus qui vont permettre à l'enfant de se ressentir comme un individu différent de l'autre, d'éprouver que lui et l'autre ça fait deux. Il s'agit de découvrir que l'autre existe comme objet extérieur à soi, mais aussi de se sentir exister en tant que tel, distinct de l'autre. Cette capacité cognitive, propre à l'espèce humaine est conçue comme un privilège d'après J. Perrin.

Certains auteurs parlent d'une intersubjectivité primaire et d'une intersubjectivité secondaire. L'intersubjectivité primaire permettrait immédiatement à l'enfant de ressentir l'autre (le plus généralement la figure maternelle) comme un autre. C'est au cours des moments interactifs intenses, comme celui du nourrissage, ou il est porté, regardé et nourri, que le bébé va avoir le sentiment que l'autre existe mais cet éprouvé ne dure pas, et s'efface. L'intersubjectivité secondaire apparait dans un deuxième temps, à partir de ces petits moments d'intersubjectivité primaire, existants chez tous les bébés au début de la vie. A. Alvarez énonce « Aussi autiste que soit un bébé ou un enfant, il y a toujours de petites parties

de sa personnalité qui ne sont pas autistes et qui renvoient peut-être à ces petits noyaux d'intersubjectivité primaire existants en fait chez tous les enfants. »[38]

Entre soi et l'autre il y a un écart intersubjectif. Dans l'accès a l'intersubjectivité, il y a un creusement de cet écart et en même temps un tissage des liens. Cette capacité à tisser des liens va dépendre de la qualité de l'attachement qu'a connu l'enfant avec sa mère. Un attachement sécure permet une meilleure intersubjectivité. Mais une fois cette intersubjectivité installée, elle n'est pas une conquête stable et définitive, elle est à réalimenter tout le temps. Autrement dit, il s'agit d'une conquête dynamique.

L'intersubjectivité est un temps essentiel dans la construction de l'enfant, un processus primordial pour vivre au sein d'un groupe. Il est crucial pour l'émergence de la pensée et du langage. L'échange avec ses pairs est tout aussi important au sein d'un groupe. Je parlerai ici principalement de l'échange à travers le langage et la narrativité. Mais il n'y a pas de communication sans accès à l'intersubjectivité.

2. L'échange par le langage et la narrativité

Echanger c'est accepter quelque chose de l'autre en soi. Mais cela ne peut avoir lieu qu'à condition que l'enfant soit sécurisé et n'ai pas peur d'être fragilisé par quelque chose d'extérieur. A partir de ce moment, l'enfant est apte à entrer en interaction avec plusieurs de ses pairs et participer à une vie de groupe.

a) Le langage

Le langage, moyen d'échange et de communication, est un constat de l'écart intersubjectif mais aussi un moyen de contourner cet écart. En effet, le langage s'enracine dans les liens primitifs et il est le fruit de ces liens réussis. Le langage véhicule beaucoup d'idées, de pensées et de concepts. .

b) La narrativité

La narrativité est spécifique à l'humain. Elle se construit progressivement chez l'enfant (elle est d'abord corporelle puis verbale) et permet de se raconter à soi-même sa propre histoire avec cohérence. C'est un processus de mise en lien qui aboutit au récit. La

[38] R. Kaes et P. Laurent *« La dynamique des groupe restreint »*

narrativité nait du lien qui fait que la mère existe dans une continuité. Pour cela, l'enfant doit symboliser l'absence de l'objet qui est sa mère. Il faut qu'il y ait eu beaucoup de présence tant quantitativement que qualitativement de l'objet. Ainsi, la représentation mentale est le reflet qu'il y a eu rencontre avec l'objet. Chez l'enfant, il s'agit de développer les systèmes de symbolisation en présence (symbolisation 1aire) et en absence (symbolisation 2aire) de l'objet.

Tous ces stades du développement de l'enfant vont lui permettre dans le meilleur des cas d'accéder au langage et à la narrativité pour participer à une vie de groupe.

D. Le groupe thérapeutique en psychomotricité

« La très grande majorité des professionnels réalisent en groupe une part de leur prise en charge alors que très peu de choses sont écrites sur le sujet. […] L'intervention face à des groupes est ainsi révélatrice du métier de psychomotricien composé en grande partie d'un ajustement informel de l'interaction entre le professionnel et les personnes auprès de qui il intervient. »[39] Il est vrai que dans la pratique psychomotrice, les thérapeutiques groupales sont en pleine expansion, malgré le nombre limité d'écrits et d'apports théoriques existants. Le psychomotricien, de par sa formation, va créer sa propre psychomotricité en fonction de la population à laquelle il s'adresse, sa pathologie et le lieu d'accueil. Tout au long de sa formation, le futur psychomotricien est confronté aux interactions de groupe avec ses pairs. Ils participent à de nombreux ateliers ou il fait l'expérience d'un groupe au sein duquel il sera alternativement acteur, observateur, ou animateur.

Le groupe thérapeutique est une alternative aux thérapies individuelles, quand celles-ci apparaissent soit insuffisantes, soit inefficaces. Dans les prises en charge groupales, les thérapeutes prennent en compte tant les fonctionnements individuels que les systèmes interrelationnels.[40]

[39] D. Grabot *« Le psychomotricien et les groupe »*
[40] P. Blossier *« Groupe et psychomotricité »*

1. Pré-requis à la constitution d'un groupe

Une prise en charge en groupale, comme toute prise en charge individuelle, doit être réfléchie et pensée à l'avance. Les noms de groupe utilisés font référence au métier (groupe de psychomotricité), à la médiation utilisée (groupe marionnettes, groupe chant et rythme), à la population concernée (petits, grands), au lieu ou encore à la personne qui l'anime. Le groupe thérapeutique fait partie intégrante du projet thérapeutique.

Le psychomotricien est garant de la sécurité physique et psychique de chacun des membres. Ce sentiment de sécurité est « nécessaire pour laisser se déployer et se symboliser les contenus archaïques éveillés par la mise en situation de groupe »[41]. Il est généralement judicieux (particulièrement pour les groupes avec beaucoup de personnes) de proposer une médiation qui suscite l'adhésion de chaque membre pour former l' « unité de groupe » dont parle P. Blossier. Le thérapeute renonce à une part de sa propre créativité pour permettre à chacun d'y ajouter la sienne.

- Un ou deux thérapeutes ?

C'est n'est pas la même dynamique de groupe qui se met en place selon la présence d'un ou deux thérapeutes. Avec deux thérapeutes, on introduit chez l'enfant l'idée d'un couple thérapeutique, et donc d'une dimension œdipienne qui rappelle le couple parental. « Etre deux dans ces niveaux archaïques facilite l'établissement d'une fonction contenante et permet de travailler les notions du pareil et de l'identique, du double et des clivages, ainsi que celles de couple, de tiers et de triangulation »[42]. Le rôle de chacun des thérapeutes doit être définit à l'avance. La présence de deux thérapeutes permet une meilleure maitrise des débordements et une plus grande attention à l'égard des membres.

Avec un seul thérapeute, les enfants seront dans une démarche plus archaïque et régressive voulant être le seul centre d'intérêt de l'adulte. Le thérapeute doit être à l'écoute de son contre transfert pour savoir comment agir et réagir.

[41] R. Kaes et P. Laurent *« Le processus thérapeutique dans les groupe »*
[42] S. Urwand *« Le groupe-analyse pour des enfants autistes et psychotiques »*

- Groupe homogène ou hétérogène ?

Le projet de groupe doit répondre à certains critères, notamment ceux de l'âge, de la population accueillie et de la pathologie.

Un groupe homogène regroupe des membres qui présentent des caractères similaires (même tranche d'âge, même pathologie). Un groupe hétérogène, au contraire, regroupe des membres qui présentent des caractères différents (pathologies différentes, différences d'âges).

- Groupe ouvert ou fermé ?

Un groupe ouvert accueille des membres qui peuvent aller et venir en fonction de leur évolution. Les membres du groupe changent donc fréquemment, certains arrivent, d'autres partent, mais le thérapeute ou le couple de thérapeute reste inchangé.

Un groupe fermé est fixe et ne se modifie pas. Les membres sont toujours les mêmes, le lieu l'horaire et la durée également.

Dans le cadre de mon stage, il s'agit de deux groupes fermés, hétérogènes et co-animés par deux thérapeutes (une psychomotricienne et une infirmière).

- Fonctions et objectifs de la prise en charge groupale

« Le groupe de semblables ou de pairs est, après la mère, le second miroir ou chacun peut s'assurer de son identité dans une reconnaissance réciproque. » dit D. Anzieu. En effet, le petit groupe de pairs, se définissant comme un intermédiaire entre l'individu et la société, constitue une base à l'établissement de certains liens interindividuels et offre à chacun une place et un espace d'intervention.

Le groupe en psychomotricité est une bonne indication pour l'enfant autiste. Il s'agit de travailler directement sur la situation problématique. Par son rôle social et son rôle d'apprentissage, le groupe va faciliter la socialisation, le jeu, les mises en mouvements du corps par imitation de ses pairs, les interactions avec ceux-ci et donc la communication. Il agira particulièrement sur la sphère relationnelle de l'enfant. « Un travail autour de la socialisation doit être envisagé comme objectif thérapeutique prioritaire pour l'enfant porteur d'autisme. »[43] L'intérêt de proposer une prise en charge de groupe chez ces enfant permet de

[43] Perrin J. *« Autisme et psychomotricité »*

développer les pré-requis aux habiletés sociales et à la communication, mais aussi de rendre possible et plus facile l'intégration en milieu ordinaire (école, crèche).

C'est en proposant des activités ludiques que le psychomotricien va être attentif aux différents supports plus ou moins investis par les enfants et va proposer des activités adaptées à leurs intérêts, leurs plaisirs, leurs capacités fonctionnelles et leurs rythmes de développement.

La prise en charge de groupe montre une limite quant aux diverses sources de distractions qu'elles présentent pour les enfants autistes. De plus, des situations imprévues et inattendues peuvent se produire plus fréquemment dans un groupe, ce qui peut entraîner de fortes réactions et de vives émotions chez l'enfant autiste.

Il est du rôle du psychomotricien de porter son attention sur le groupe, sur son attitude durant la séance, dans l'« ici et maintenant ». Pour cela, le thérapeute se doit d'instaurer un cadre à la fois contenant et souple, qui soit perçu comme fiable par l'enfant.

2. Le cadre comme enveloppe contenante

Le terme de « cadre » renvoie à la notion de bordure, ce qui circonscrit ou délimite un objet, ou une action dans un espace-temps. Le cadre réfère donc à une délimitation ou une séparation entre un extérieur et un intérieur au cadre.

C. Potel définit le cadre thérapeutique comme « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée ». Autrement dit, c'est un espace-temps qui maintient, qui accueille et contient une action, qui enveloppe et contient les individus (enfants et thérapeutes). D. Anzieu compare le cadre thérapeutique à un « contenant maternel ».

Le cadre est indispensable à toute prise en charge et doit remplir un certain nombre de fonctions notamment celle de la contenance, de l'immuabilité, de la fiabilité et de la régularité. C'est ce processus là qui va donner du sens et qui permettra de passer de l'agit à la représentation. R. Kaes définit 4 fonctions principales du cadre[44] :

- Contenante : par sa stabilité le cadre a un rôle de contenance des objets internes et des processus psychiques.

[44] P. Blossier *« Groupe et psychomotricité »*

- Limitante : le cadre assure la distinction entre le Moi et le Non moi, permettant la construction d'une intériorité et extériorité corporelle puis psychique.
- Symboligène : le cadre contient une théorie de la symbolisation.
- Transitionnelle : rôle de frontière entre le Moi et le non-Moi.

Il existe deux sortes de cadres auxquels se réfère un psychomotricien, un cadre physique et un cadre psychique.

a) Cadre physique

❖ Les règles :

Le cadre définit un certain nombre de règles qui doivent être respectées par chacun et sont régulièrement rappelées au groupe. Les règles les plus fréquemment évoquées sont de ne pas se faire mal à soi même, ne pas faire mal aux autres et ne pas casser le matériel. La prise en charge se déroule, les enfants s'expriment et jouent, tout en gardant ces règles en tête.

❖ Le cadre spatial :

Le cadre spatial fait référence au lieu dans lequel se déroule la prise en charge, avoir une salle de psychomotricité réservée à cet usage. La disposition du matériel dans la salle doit également être inchangée pour que les enfants retrouvent « du même » à chaque fois. Cet espace accueille et résiste aux projections mises en jeux par chacun.

❖ Le cadre temporel :

Le cadre temporel fait référence à la durée de la séance, à la fréquence, aux jours et aux horaires dédiés au groupe. A l'hôpital de jour, où j'effectue mon stage, le groupe a lieu tous les vendredis matin à 9h30 pour l'un et à 10h45 pour l'autre, pour une durée de 45 minutes.

Ces différents constituants du cadre, les règles, l'espace et le temps doivent être fixes et réguliers afin d'être perçus et reconnus par les enfants comme des repères fiables.

Les séances doivent être structurées tant au niveau spatial que temporel, le but étant d'instaurer une routine, une répétition des activités pour que le déroulement de la séance soit prévisible et anticipable par l'enfant porteur d'autisme.

b) Cadre psychique

Au-delà des dimensions physiques, le cadre inclut une dimension de la pensée du thérapeute. Le cadre est mis en forme et en acte par le psychomotricien, qui s'ajuste de par sa présence, sa voix, son regard, ses mots, sa distance. A.M Latour parle d'un « cadre dans la tête ».

Pour le thérapeute il s'agit de « rencontrer le patient là ou il est comme il est » en s'engageant corporellement et psychiquement et en s'ajustant. Il garantit une certaine sécurité et fiabilité qui vont trouver forme de contenance pour l'enfant. Cette capacité de contenance du psychomotricien fait écho à celle de la mère lors des interactions précoces. Le thérapeute accueille les significations projetées, y met du sens et les renvoie comme plus fiables et cohérentes à l'enfant. On peut parler de « capacité de rêverie du thérapeute » pour faire référence aux notions de W. Bion.

3. Le processus groupal

Le psychomotricien doit être rigoureux afin d'offrir un cadre le plus fiable et permanent possible à l'enfant. Après avoir repéré les manières et les niveaux d'intégration d'expérience du corps de l'enfant autiste, l'objectif du thérapeute sera de lui permettre de faire des expériences corporelles tolérables et assimilables ainsi que des expériences de relation pour que se construise chez lui un sentiment du corps. Ceci fait référence au double ancrage de B. Golse.

- L'enveloppe groupale

D. Anzieu élargit son concept de Moi-peau au groupe. Il met en avant l'existence d'une enveloppe groupale assimilable à l'enveloppe corporelle représentée par la peau, et à l'enveloppe psychique représentée par le Moi.

Dans Le groupe et l'inconscient, il affirme que le groupe forme une enveloppe constituée d'une membrane à double faces :

- La face externe, tournée vers la réalité extérieure. Elle protège et filtre les excitations provenant de l'extérieur. C'est la fonction de pare excitation.

- La face interne, tournée vers la réalité interne du groupe. Elle permet « l'établissement d'un état psychique trans-individuel : le Soi groupal ». Par les préoccupations et angoisses que les enfants vont y projeter, une réalité imaginaire émergera au sein du groupe qui lui donnera le sentiment d'être un groupe vivant. Le groupe est constitué d'un Soi imaginaire qui lui est propre et fonde la réalité imaginaire du groupe.

De même, Laplanche amène l'idée d'une « membrane, à double paroi ou double limite, l'une représentant les conditions de la réalité extérieure, l'autre tournée vers le monde psychique interne, avec ses exigences pulsionnelles (comme un écran où se projettent les représentations du sujet). »

Le groupe est telle une enveloppe qui contient et fait tenir ensemble les individus. Elle contient les règles et les lois, elle encadre et accueille les pensées et les actions de chacun qui permet au groupe de se construire un espace interne différencié de l'espace externe. Comme la peau, il s'agit d'une enveloppe souple, mobile et régénératrice autour d'un corps.

D. Houzel propose l'idée « que la fonction de contenance du groupe renvoie plus au registre du holding, donc du maternel et du féminin, alors que la fonction de limite des enveloppes renvoie à la fonction de régulation, à la loi, au registre du paternel ou du masculin. »[45]

❖ Le corps groupal

Certains auteurs ont émis l'hypothèse d'une analogie entre la structure du corps et celle du groupe. Engager le lien à autrui se fait dans un rapport de corporéité. Le corps, par sa manière d'être au monde, d'agir et d'investir, est en jeu dans toutes relations inscrites dans un espace-temps. Ici, il s'agit du temps de la séance dans la salle de psychomotricité. C'est à partir des énergies engagées par chacun pour participer à la vie de groupe que celui-ci se construit. Ces énergies vont donner des particularités et une couleur singulière au groupe.

R. Kaes et D. Anzieu ont doté le groupe d'un « corps » non pas organique mais imaginaire. D. Anzieu assimile le groupe à « un corps » et les individus qui le constituent aux « membres ». Ces métaphores visent à combler le désir inconscient de tout groupe, celui de

[45] R. Kaes et P. Laurent *« Le processus thérapeutique dans les groupes »*

« trouver un habitat dans un organisme vivant. »[46] R. Kaes poursuit dans cette même direction et montre une réversibilité des représentations concernant le corps et le groupe.

« La construction d'un groupe, son parcours et son évolution semblent inclure et reprendre un certain nombre de paramètres présents dans le développement psychomoteur de l'être humain » annonce C. Bertin.

Les mécanismes physiques et psychiques de la mère sont équivalents à ceux du ou des thérapeutes. Imaginer et rêver le groupe comme les parents rêvent et imaginent l'enfant à naitre.

Comme l'enfant doit disposer d'une sécurité interne, le groupe se fonde également sur cette notion de sécurité interne. Par le terme de « sécurité interne », on entend avoir une conscience de soi stable et confiante. Chez l'enfant, la constitution de cette sécurité interne se passe par différentes étapes comme celles de lutter contre la gravité, retrouver un enroulement, construire et sentir son axe.

Le squelette du corps-le squelette du groupe

L'axe corporel chez l'humain est représenté par les os qui permet l'éprouvé d'une solidité interne fondamentale sur le plan narcissique. Le squelette donne une perception de soi unifié et solide. De la même manière, le groupe comporte un squelette sur lequel s'appuient les objectifs à mener, les directions à suivre et les tâches à accomplir. C'est le squelette, en corrélation avec la peau, qui fait tenir ensemble les individus du groupe. Mais entre le squelette et la peau, il y a présence d'une chair.

La chair humaine- la chair du groupe

Chez l'homme, la chair est représentée par le muscle indispensable à l'établissement du mouvement et support de l'émotion. Il participe à la constitution du sentiment de continuité d'existence avec les autres systèmes tels que la peau et le squelette. L'action signe la présence au monde de l'individu. Au niveau groupal, la chair correspond aux dimensions archaïques et pulsionnelles mises en jeux dans le groupe. Elles s'expriment à travers l'angoisse, l'excitation, le désir et le rejet. Autrement dit, la chair du groupe fait référence aux modalités d'expressions et de manifestations de chaque individu au sein du groupe.

[46] C. Bertin *« Corps en groupe-corps groupal »*

On retrouve ici une certaine correspondance entre l'organisation, le fonctionnement corporel et l'organisation, le fonctionnement groupal. Chacun d'eux étant entouré et contenu par une enveloppe à double paroi et doté d'un corps, lui-même constitué par un squelette solide et une chair expressive du Soi.

4. L'enfant autiste et le groupe

« Le groupe est une situation dans laquelle les phénomènes d'adhésivité, de projection, la construction des enveloppes sont éminemment sollicités »[47] Le groupe thérapeutique offre un lieu d'expression pour l'enfant que le thérapeute va analyser. Le groupe thérapeutique expose au devant de la scène la construction des enveloppes corporelles et psychiques de même que la figuration de leur construction. Le groupe permet un support pour aborder le travail de l'intersubjectivité, plus ou moins précaire chez l'enfant autiste.

Dans Emergence du langage dans un groupe-analyse d'enfants autistes et psychotiques, S. Urwand dit que l'intérêt du groupe est que les enfants expriment très vite et très souvent leur désir de communiquer, leurs états psychiques, et des informations. Ils expriment rarement verbalement, mais plus particulièrement corporellement leurs états psychiques. C'est notamment ce que j'ai essayé de repéré chez Franck et Julien.

La socialisation passe d'abord par l'acceptation du cadre. La comparaison, la compétition, les jeux d'imitation, d'alliance, de rejet vont être des moyens de médiatiser la violence, qui grâce au cadre et au dispositif vont pouvoir être mis à jour d'une manière moins intense et destructrice.

Selon D. Courberand, « la séance en groupe est le rendez-vous des théâtres du corps de chacun qui deviendront théâtre de jeu puis enfin théâtre du je. » Le travail thérapeutique en groupe auprès des enfants autistes permet une mise en lumière des différentes étapes de l'organisation et de l'image du corps, de la constitution des enveloppes corporelles et psychiques, des niveaux d'identifications, la nature des angoisses et des mécanismes de défense utilisés.

« La substance corporelle constitutive du Moi des enfants n'étant pas suffisamment différenciée, c'est dans le groupal que va s'originer cette première étape de contenance,

[47] R. Kaes et P. Laurent *« Le processus thérapeutique dans les groupes »*

d'identification progressive à la fonction contenante des thérapeutes, du cadre et du dispositif, afin de cheminer lentement vers la séparation/individuation. »[48]

La prise en charge groupale semble être adaptée pour les enfants autistes, ceux-ci projetant dans le groupe leurs angoisses envahissantes et laissant entrevoir les mécanismes de défense utilisés, ils montrent plus facilement en présence de leurs pairs, en situation de partage, la possibilité de projeter.

Dans les séances, le groupe met en évidence l'état précaire des contenants psychiques et les failles et altérations des enveloppes individuelles et groupales, au travers d'angoisses violentes. « Il semble que l'aide du groupe est fondamentale pour les enfants, pour les aider à construire leurs enveloppes psychiques en dérivation des enveloppes groupales »[49].

Si le travail autour de la socialisation est l'objectif principal de la prise en charge en groupe, il ne faut pas négliger les autres domaines du développement qui sont également affectés.[50]

La motricité globale : C'est à travers la mise en place de situations ludiques et adaptées aux compétences de l'enfant que celui-ci va peu à peu élargir son panel de compétences psychomotrices. Les situations et activités proposées devront être modifiées et réadaptées suivant le développement de l'enfant. Dans le groupe, c'est par l'observation des autres, voire par l'imitation que l'enfant va progresser dans le domaine moteur. En effet, l'imitation des pairs favorise l'émergence des apprentissages moteurs et cette transmission de nouveaux schèmes moteurs est un argument en faveur d'une approche groupale, d'après M. Lemay.

L'engagement de l'action : L'enfant autiste a des difficultés dans l'intention d'effectuer une action étant donné que la planification et l'anticipation des effets de cette action sont affectées. En situation de groupe, il peut s'appuyer sur ses pairs afin de trouver la motivation et l'envie d'engager une action. En voyant les autres, il va mieux comprendre ce qu'on attend de lui.

L'imitation : c'est le premier moyen de communication développé par l'enfant lorsqu'il n'a pas encore accès au langage. En effet, l'imitation permet de montrer que l'enfant s'intéresse à l'autre. L'enfant autiste présente des difficultés d'imitation (dues, selon Gallese, à un déficit des neurones miroirs). L'imitation en situation de groupe, favorise la communication ainsi que les apprentissages et permet donc l'émergence des interactions entre pairs. L'imitation

[48] S. Urwand *« Le groupe-analyse pour des enfants autistes et psychotiques »*
[49] R. Kaes et P. Laurent *« Le processus thérapeutique dans les groupes »*
[50] F. Bruandet *« Groupe à médiation psychomotrice »* extrait de *« Autisme et psychomotricité »* J. Perrin

peut se faire à n'importe quels moments de la séance, qu'ils soient dynamiques ou plus statiques.

La gestion des émotions : L'enfant autiste a du mal à gérer ses émotions, à décoder et comprendre celles d'autrui. En situation de groupe, il doit faire face à ses propres émotions mais aussi à celles des autres. Il va peu à peu apprendre à les décoder à s'y ajuster à travers un travail autour des émotions par la verbalisation, le récit d'histoire ou la découverte d'image.

Le jeu : Le jeu fait appel à de nombreuses compétences : attention conjointe, imitation, interactions sociales, capacités motrices, fonctions exécutives, schéma corporel, langage. Le jeu chez l'enfant autiste, est généralement stéréotypé, se réduisant à 1 ou 2 jeux seulement. L'objectif va être d'enrichir les jeux sensori-moteurs en variant les modalités sensorielles. Les jeux avec autrui vont être source d'interactions. Cependant, le jeu doit être progressif avec l'enfant autiste. Il s'agira de lui proposer des jeux où il pourra d'abord expérimenter seul, puis en parallèle avec ses pairs pour enfin pouvoir partager un jeu et intégrer le tour de rôle.

Les interactions : Le groupe offre un contexte social adéquat à l'émergence des interactions. Les interactions sont plurielles, entre enfants et adultes, entre adultes eux-mêmes, entre enfants eux-mêmes. Tout cela contribue à l'élaboration d'un panel de sollicitations sociales et d'apprentissage sociaux.

La socialisation : La socialisation découle de la mise en place et de l'entretien des diverses interactions. Le groupe favorise l'intégration de l'enfant en collectivité en servant de base aux apprentissages sociaux et habiletés sociales.

Trouver sa place : L'enfant autiste est souvent isolé, décrit comme « dans sa bulle ». Ce phénomène est majoré en situation de groupe, face à une organisation de l'espace physique et social qu'il ne comprend pas et qui le met en difficulté pour trouver sa place. Le groupe en psychomotricité va lui donner des repères quant à l'espace qu'il occupe et qui l'entoure afin de l'aider à trouver sa place, à travers un aménagement spatial de la salle. Certaines activités se feront dans le grand espace de la salle, d'autres se feront dans un espace plus restreint du tapis, ou encore plus restreint de la table.

IV. Cas clinique : le groupe, un soutient au sentiment d'existence de l'enfant autiste ?

A. Présentation de l'institution

J'effectue mon stage en hôpital de jour suite à une volonté de ma part.

Cette institution est rattachée au Centre Hospitalier départemental prenant en charge des patients d'un territoire déterminé. Ce Centre Hospitalier est un établissement public de santé, spécialisé en santé mentale. L'hôpital de jour est rattaché au pôle 4 de psychiatrie infanto-juvénile et accueille des enfants, âgés de 3 à 9 ans, nécessitant une prise en charge globale dans un cadre institutionnel. Ils sont reçus séquentiellement sur la journée ou sur demi-journée afin de conserver une scolarisation en milieu ordinaire. Les enfants bénéficient de temps pédagogiques et de divers ateliers par groupe ainsi que des temps de prise en charge individuels. L'équipe pluri disciplinaire se compose d'infirmières, psychologues, psychomotricienne, orthophoniste, éducatrice spécialisée, instituteur, médecin et cadre de santé. L'ensemble de l'équipe soignante se réunit une fois par semaine afin d'échanger autour de deux cas d'enfants. Il s'agit d'un travail en complémentarité où chaque professionnel apporte des éléments de son point de vue professionnel et permet d'avoir une vision globale de l'enfant. Le psychomotricien doit lui aussi faire part de son travail. Pour cela, il possède deux outils, un œil avisé et le bilan psychomoteur qui permet de repérer et évaluer les compétences et difficultés psychomotrices du sujet et d'observer son corps en action et en relation. La spécificité de la psychomotricité étant sa médiation : le corps en relation et en action.

L'hôpital de jour se situe dans une démarche thérapeutique et cette position influence, comme dans toute institution, le travail du psychomotricien. Son travail est ici, le résultat d'une intrication entre le champ de la rééducation (prise en charge des troubles instrumentaux) et le champ de la thérapie (compréhension du sujet prise dans le lien corps-psyché) avec une nette prépondérance de celui-ci. La psychomotricité tire son originalité du lien entre le corps et la psyché. En effet, l'indissociabilité du corps et de la psyché est un principe fondateur de cette pratique.

Au cours de mon stage, je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer de bilan psychomoteur ni d'assister à la passation de ceux-ci. Mon travail s'est tourné vers une observation attentive, une implication dans la séance, une interprétation et mise en sens de mes observations et un travail de régulation avec les membres de l'équipe (visant à partager les faits et contrôler les affects).

La totalité des séances auxquelles j'ai participé se déroulaient en groupe. Je parlerai, ici, de chacun des deux groupes respectifs de Franck, 3 ans et 7 mois, et Julien, 6 ans (cf. cas cliniques). L'approche groupale est privilégiée dans cette institution, d'une part pour des raisons institutionnelles, en conséquence du nombre important de demandes de prise en charge ; d'autre part, dans le but travailler directement sur la situation problématique. Généralement, l'école ou la crèche sont à l'origine de la demande, les enfants ayant des difficultés à fonctionner en groupe à l'âge de fréquentation des premiers lieux sociaux et du début des apprentissages. La plupart des enfants que je vois en séances groupales ont, en parallèle, des prises en charge individuelles avec d'autres professionnels. Le type de prise en charge dépend aussi de l'aptitude de l'enfant à accéder à un travail individuel ou non. Ce stage me permet donc d'appréhender un travail en groupe avec des enfants aux pathologies diverses.

B. Ma place

La première prise de contact avec les enfants (2 dans le premier groupe et 3 dans le second) s'est faite naturellement mais différemment dans les deux groupes. Je constate très vite que la psychomotricienne occupe une place centrale (comparable au « squelette du groupe »), tandis que l'infirmière à un rôle de supervision et exerce une fonction de contenance du groupe (comparable à l' « enveloppe du groupe »). Il est donc de mon ressort de trouver ma place dans le groupe, entre enfants et adultes.

Lorsque je suis arrivée dans le groupe de Franck, je ne savais comment me positionner face à un tel archaïsme de ces garçons (absence de langage). Selon moi, je représentais une adulte supplémentaire face à ces deux enfants et je redoutais que ma présence soit de trop, vécue comme envahissante voire étouffante. Je me suis donc laisser du temps pour observer la manière d'être et d'agir de ces deux garçons dans le groupe et c'est progressivement qu'ils m'ont accordé une place. Je n'ai pas eu l'impression de me faire une place, mais plutôt que les enfants me l'ont faite d'eux-mêmes en s'approchant de moi, m'envisageant par le regard ou

par des gestes, en me touchant. Mon implication active dans les séances s'est donc faite rapidement et j'ai pu m'adapter aux différents temps de celles-ci. Ceci m'a permis de développer des capacités d'observation et d'analyse et d'occuper une place similaire à celle des thérapeutes.

Lorsque je suis arrivée dans le groupe de Julien, je me suis sentie plus à l'aise face à ces enfants qui s'expriment librement tant corporellement que verbalement. Même si un des garçons du groupe, Mathis, n'a pas accepté ma venue d'emblée (coup de pieds, refus de m'écouter, me ferme la porte au nez, crachat au sol), j'ai su trouver ma place en me référant au cadre et m'appuyant sur les thérapeutes présentes. Etait-ce une manière pour Mathis de tester ma contenance et ma fiabilité ? Allais-je résister à ces « menaces » ? Voyant que malgré tout, je restais solide et présente chaque vendredi, ma présence fut vite acceptée par Mathis et le reste du groupe. A travers mon engagement corporel, ma verbalisation, mes mises en sens et en mots, ma créativité, mes propositions ludiques, mes ajustements (proximité ou retrait), ma contenance, les enfants m'ont repéré en tant que thérapeute, garante du cadre et de leur sécurité physique et psychique.

Dans le groupe, je me rends compte qu'il n'est pas évident d'être attentive à ce que vit chacun des enfants. En se focalisant sur un enfant, on peut « louper » certaines choses avec un autre. C'est pourquoi la présence d'au moins deux thérapeutes est privilégiée et me rassure tant au niveau de cette contenance qu'au niveau de possibles débordements. La nouveauté qu'entraîne ma présence, suscite excitations et agitations face auxquelles je me suis parfois trouvée dépassée. Au fil du temps et des expériences, j'ai pu m'adapter et m'ajuster aux diverses situations rencontrées au travers du cadre physique, du cadre psychique, d'un retour éventuel vers l'adulte, mais surtout grâce à l'écoute de mes propres affects.

C'est maintenant vers Franck et Julien que mon attention va se tourner, ces enfants autistes dont le fonctionnement m'interroge et que je considère comme des énigmes.

Ma première rencontre avec ces deux enfants autistes a suscitée en moi beaucoup de réflexions et d'appréhensions. Comment entrer en contact avec ces enfants qui semblent coupés de l'extérieur (Franck) ? Comment approcher ces enfants pour qui le moindre changement peut entrainer de vives réactions (Julien) ? Qu'est ce que mes mots, mes actes ou encore mon toucher renvoient chez eux (question du transfert) ? C'est une rencontre particulière qui s'opère dans l'ici et maintenant de ces séances. De la même manière que je me suis adaptée au groupe en général, je me suis adaptée (avec plus de temps peut-être) à ces deux enfants autistes.

J'ai alors, tenté de comprendre le fonctionnement de Franck et Julien, afin de m'approcher au plus près du lien existant entre leur corps et leur organisation psychique à chacun. J'ai souhaité rencontrer les enfants dans un premier temps, puis lire leur dossier dans un second temps pour ne pas avoir d'aprioris et partir de mes ressentis pour établir cette première rencontre. Le but n'est pas pour moi de comprendre l'étiologie de leur pathologie autistique mais plutôt d'obtenir une vision plus claire du monde dans lequel ils évoluent et la manière dont ils y évoluent.

Je me suis parfois sentie impuissance face à eux tant ils donnent l'impression d'être prisonniers de leur mal-être, seuls, enfermés dans des activités restreintes, coupés du monde. Alors pourquoi les plonger dans un environnement où leur mal-être est mis à rude épreuve, où le nombre de partenaires est multiplié, où les activités proposées sont diverses et variées, où les émotions peuvent être vivement et rapidement sollicitées ? Dans ces conditions, le sentiment d'existence, déjà précaire, ne risque t'il pas de disparaitre ?

La sensorialité prévalente et les clivages corporels persistants qui ne demandent qu'à être réduits ; l'image du corps évanescente qui ne demande qu'à être permanente ont été, pour moi, des outils importants à repérer afin d'adapter ma position et mes propositions à chaque enfant.

C. L'expérience de Franck dans le groupe thérapeutique

1. Anamnèse

Franck est né le 18 Octobre 2010. Il a donc 3 ans et 7 mois. Il a un frère de 5 ans et demi diagnostiqué autiste. Franck est né à terme par voies basses. La grossesse de Madame L, la maman, s'est déroulée sans problème, même si elle dit ne pas aimer être enceinte car elle prend beaucoup de poids. Au moment de l'accouchement, Franck n'a pas respiré immédiatement car le cordon était enroulé autour de son cou. Il pesait 3,98 kg, mesurait 51 cm et son périmètre crânien était de 37,5 cm. Le score d'Apgar était de 10/10.

Parmi les éléments post-nataux, Franck présente de bonnes interactions avec un regard présent et de qualité. A 9 mois, il tient mal assis, en cause, une hypotonicité des jambes rentrée dans l'ordre par la suite. Franck a acquis la marche à 15 mois et les premiers mots sont apparus à 16 mois « papa, maman, chat ». Il est décrit comme un bébé joueur, intéressé par les jeux. Rien de particulier n'est donc à signaler au cours de la 1ere année.

Au mois de Février 2012, Franck a alors 18 mois, lorsqu'il fait une crise convulsive fébrile. Avant cette crise, il était décrit présent dans la relation mais depuis il s'isole. Devant une stagnation du langage, les parents s'inquiètent. Ils rapportent chez leur enfant peu d'intérêt pour les objets et les personnes, une absence de pointage, une absence de câlins et de bisous. Franck ne se retourne pas à l'appel de son prénom et lorsque sa mère le prend dans les bras, il se raidit et se recule. A l'époque, Mr et Mme L pensent que Franck imite son frère et que ça passera. Mais, ils notent également la présence de stéréotypies, un isolement et des conduites asociales ainsi qu'une insensibilité à la douleur.

Plus tard, le diagnostic évoquera un trouble du spectre autistique chez Franck avec un retard de langage et de parole, des troubles de la relation et de la communication, des intérêts restreints et répétitifs, une auto et hétéro agressivité et une intolérance à la frustration. Un suivi est préconisé par un neuropédiatre, une orthophoniste, une psychomotricienne et un psychologue. Madame L s'appuie sur l'évolution de son premier fils pour envisager la prise en charge et l'avenir de Franck.

Depuis ses 2 ans, Franck va au jardin d'enfants 4 demi-journées par semaine. Au début, il ne présente aucun intérêt pour ses pairs et se tient à l'écart du groupe. Il se montre capricieux et s'énerve facilement. Les adultes observent des stéréotypies, des activités d'alignements d'objets, de remplissages et vidages de contenants. A présent, il prend de plus en plus ses pairs en considération et peut accepter une relation avec un enfant à la fois. Un groupe d'enfants trop nombreux semble difficile à supporter pour Franck. Il est intéressé par les activités de ses pairs et voudrait les faire lorsque ces derniers s'arrêtent. Franck est constamment en possession de son doudou, qu'il semble avoir investi d'une manière particulière. Il passe par celui-ci pour faire des choses nouvelles et l'utilise pour « se ressourcer ».

Depuis Septembre 2013, Franck est accueilli à l'hôpital de jour où j'effectue mon stage. Le lundi matin et le vendredi matin, il participe à un groupe psychomotricité-comptines suivi d'un goûter.

2. Les objectifs

Le médecin n'avait au départ pas préconisé un suivi en hôpital de jour pour les deux enfants accueillis dans ce groupe (Franck et Pierre ayant un TED léger). Un travail préalable en C.M.P dans un « groupe maturation » aurait du être établi autour de la rencontre avec

l'autre et du partage. Un petit groupe, dans un même lieu, en accueil ambulatoire, avec un seul thérapeute perçu comme point fixe et fiable ; mais ce travail n'a pas eu lieu, pour des raisons que j'ignore. Ces deux enfants sont alors accueillis en hôpital de jour, en ambulatoire, avec un projet global axé sur une approche de l'hôpital de jour, et une séance portée sur un travail autour du cadre et de la contenance. Des projets individuels, plus précis et détaillés seront élaborés pour chacun de ces enfants, pour la rentrée prochaine.

Actuellement, ils sont accueillis dans un lieu repéré, avec une même chronologie de séance qui leur apporte sécurité et prévisibilité. L'idée dans ce groupe est de favoriser les moments de rassemblements, tant calmes (comptines, coloriages) que dynamiques (déplacements, jeux de ballon) sans les y contraindre. Au niveau corporel, chacun de ces deux enfants a une défaillance à récupérer au niveau de l'enveloppe, Franck notamment est à la recherche de beaucoup de contenance.

3. Le cadre

La séance a lieu tous les vendredis matin, à 9h30 et se déroule sur une durée de 45 min dans la salle de psychomotricité. Elle est co-animée par une infirmière et une psychomotricienne. Les enfants sont invités à y aller dès leur arrivée sans passer par la salle d'accueil sinon les changements de lieux sont trop difficiles et entrainent crises et frustrations.

L'organisation spatiale de la séance nous exige d'être très rigoureuses pour que les enfants retrouvent la salle à l'identique. La disposition du matériel, la fermeture des placards pour supprimer toute source de dispersion, la mise en place des coussins au sol constitue une grande immuabilité, fiabilité et prévisibilité pour ces enfants. Ce n'est que progressivement que nous pouvons introduire quelques petits changements.

Le temps de la séance est divisé en 4 temps, ces différents temps étant spatialisés :

- Un temps de comptine pour être ensemble et se retrouver. Nous sommes tous assis sur des coussins au sol. La plupart du temps Franck se tient un peu à l'écart du groupe mais nous observe à distance.
- Un temps de jeux moteur où les enfants peuvent occuper tout l'espace de la salle ainsi que les objets qui sont à leur disposition (tunnel, ballon, cerceaux, caisses, structure en mousse).
- Un temps de manipulation au sol, où plus récemment autour de la table. Les enfants font des constructions, jouent aux legos ou avec des petits personnages et animaux.

- Un dernier temps de balancement dans un drap, qui évoque la fin de la séance pour les enfants. Chacun leur tour, ils sont confinés et balancés dans un grand drap, au rythme d'une petite chanson, afin de se quitter sur un moment calme et rassemblant.

4. Première rencontre

Je rencontre Franck la première fois le 11 Octobre 2013 à 9h30. Comme tous les vendredis, il arrive à l'hôpital de jour en taxi. La psychomotricienne et moi, sommes dans le hall, prêtes à l'accueillir. L'accompagnatrice du taxi le porte dans ses bras (c'est une demande de la maman dit-elle) et le pose au sol, devant nous. Franck ne semble pas nous voir et se dirige dans le couloir, au bout duquel se trouve la salle de psychomotricité. **Je constate alors que Franck est bien repéré, il sait que le vendredi matin c'est là-bas que ça se passe. Mais il fait une totale abstraction des personnes qui l'entourent, pas même un croisement de regard n'est possible (état autistique sévère). Je fais le lien ici avec les troubles des interactions sociales retrouvés chez l'enfant autiste qui me laisse à ce moment là le sentiment de ne pas exister, d'être totalement transparente.**

Pour mieux comprendre la manière dont Franck vit son corps et quel lien il établit entre son corps et son organisation psychique, je me suis appuyée sur mes éléments d'observation et sur la *« grille de repérages cliniques des étapes évolutives de l'autisme infantile traité »* de G. Haag. Cette grille propose une lecture psychodynamique de la structure autistique passant par diverses étapes, 5 au total (état autistique sévère, étape de récupération de la « peau » : enveloppe, entourance, contenance, réduction du clivage vertical, réduction du clivage horizontal, étape d'individuation). Je l'ai rempli avec l'aide de la psychomotricienne le 20 Novembre 2013, soit un mois après ma rencontre avec Franck (cf. annexe 1). Puis, cette même grille sera à nouveau remplie le 27 Février 2014 pour noter une certaine évolution (cf. annexe 2).

5. Mes observations et hypothèses

Cette année est la première expérience en groupe pour Franck. Il semble avoir quelques difficultés à trouver sa place et les premières relations sont vécues comme intrusives. Franck se présente avec un visage lisse, sans expressivité ni émotion. Son regard est fuyant et périphérique, aucun contact visuel n'est possible. Il renvoie l'image d'un petit

garçon seul, voulant s'autosuffire et se maintenir dans sa propre sphère, son monde qu'il s'est construit et qui semble lui convenir ; stérilisant tout échange avec l'entourage et l'environnement extérieur (état autistique sévère). Je note que son doudou, qu'il apportera à chaque séance, occupe une place bien particulière et remplit plusieurs fonctions. Une fonction de réassurance (Franck se retire du groupe, s'isole et s'apaise en se frottant le nez avec), une fonction de soutien (il est parfois confondu avec une partie de son corps, il le garde sous le bras jusqu'à ne plus s'en rendre compte et le chercher), une fonction de faire face à la nouveauté (Franck fait souvent faire les choses à son doudou avant de les faire lui-même), une fonction de personnage ludique (il lui met un chapeau), et je me questionne même sur une fonction de personnage « presque réel » (Franck souhaite que son doudou fasse partie de la ronde). **L'objet transitionnel « doudou » doit répondre à une présence rassurante assimilable à celle de la mère et avoir une fonction essentielle de défense contre l'angoisse. Que signifie alors cet investissement particulier de l'objet transitionnel ? Est-il considéré comme une partie de lui ? Une partie de sa mère ?**

A ce moment là, je me questionne sur la pertinence du groupe pour cet enfant qui parait coupé de son monde extérieur. Je me laisse penser que le temps et la régularité des séances y changeront quelque chose.

Franck s'inscrit dans un besoin remarquable d'immuabilité et de rituels, tant dans ces déplacements circulaires, que dans ses manipulation d'objets qui donnent l'impression qu'il s'y enferme lentement (état autistique sévère). Il a pour habitude, prenant son ballon entre ses deux mains, de s'approcher de chacune d'entre nous, tendre son ballon, le lâchant quelques secondes dans les mains de l'adulte et le récupérant aussitôt. **A ce moment là Franck semble s'assurer de pouvoir partager quelque chose, qui lui appartient (chaque enfant ayant un ballon de couleur qui est le sien), et de pouvoir le récupérer tel qu'il nous l'a confié. Où bien, cet objet tiers est-il un moyen d'éviter le face à face direct ?** Au fil du temps, ces rituels sont devenus moins fréquents jusqu'à ne plus exister. **J'émets alors l'hypothèse que ce possible partage entre nous est suffisamment assuré et intériorisé pour ne plus être scénarisé systématiquement ; et que la relation duelle est maintenant possible et envisageable.**

Je note que la modalité sensorielle visuelle est très nettement dominante chez Franck, au détriment des autres (démantèlement, état autistique sévère). Lorsque son regard croise un objet ou un jouet, il est comme « appelé » voire happé par celui-ci. Il abandonne la tâche en cours quelle qu'elle soit et se dirige vers ce dernier, comme si seul cet objet existait et faisait disparaitre tout le reste. De même, c'est seulement lorsqu'il voit l'accompagnatrice du taxi

qu'il comprend qu'il est l'heure de partir. Franck peut rester un moment les yeux rivés sur les néons de la salle (accrochage visuel à la brillance quand l'arrière fond fait défaut) et se montre très attiré par ma pince à cheveux qui reflète la lumière des néons (son regard est fixé sur celle-ci et sa tête s'agite dans une auto stimulation sensorielle). Dans la même idée, la permanence de l'objet n'est pas en place chez Franck. C'est-à-dire qu'un ballon avec lequel il joue et qui disparait de son champ visuel, n'existe plus. Il n'est plus soumis à la sensation visuelle alors l'objet n'existe plus (absence de trace dans le psychisme).

Dans ce contexte, les thérapeutes et moi-même devons créer et maintenir un cadre ainsi qu'adopter une attitude qui permette à Franck, d'élargir ses champs d'intérêts et se découvrir existant dans sa totalité.

D'après la grille de repérage du 20 Novembre 2013, concernant les différents domaines, la plupart de mes observations se situent dans l'étape I « état autistique sévère », certaines dans l'étape II « récupération de la peau », un nombre minime dans les étapes III et IV des clivages verticaux et horizontaux, et aucune ne se trouve dans l'étape V «étape d'individuation ».

Je découvre finalement un petit garçon seul, voulant s'autosuffire. Franck étant coupé de tous contact avec ses pairs et l'adulte, la prise en charge en groupe devrait lui permettre de trouver la contenance qu'il recherche afin d'accéder à une récupération d'enveloppe, primordiale au sentiment d'existence et à la réduction des clivages corporels. A mon arrivée, Franck se situe donc entre l'étape de l' « état autistique sévère » et celle de « récupération de la peau ».

6. Le groupe thérapeutique pour Franck

Cette approche groupale semble être adaptée pour Franck puisque elle le plonge dans un environnement de socialisation, d'échanges, d'interactions et de rencontres. Afin que ce dispositif lui soit supportable, la présence d'un seul enfant est privilégiée.

Faisant preuve d'une totale impassibilité à toutes tentatives de rencontre au début, Franck semble aujourd'hui laisser l'impression à l'autre d'exister comme sujet. C'est ce que j'ai moi-même éprouvé. Après avoir eu le sentiment d'être réduite à une seule partie de mon corps, ma main qui fait et exécute, (collage pathologique à l'adulte) j'ai désormais l'intime conviction que Franck m'envisage plus globalement, comme une personne à part entière. Je ne pense pas encore que Franck distingue différemment chaque personne du groupe mais les

considère du moins comme sujet. Grâce à l'expérience collective, l'autre commence à exister. **Peut être est ce en parallèle avec ce que vit Franck ? Se sent-il plus vivant, donc considère-t-il d'avantage les autres ?**

Les manipulations de Franck qui, au départ, se résument à des constructions verticales sur le support « table », support limité et défini dans l'espace, pouvant résister aux tours érigées, (intérêt pour la verticale assimilable à l'axe du corps) et des alignements ou accrochages horizontaux au sol. Il n'est pas concevable d'y toucher, ni même de s'en approcher. Non seulement pour ne pas modifier l'espace de Franck, ni pour tenter d'attirer son attention puisque ces activités répétées à l'infini l'enferment progressivement et le coupe de tout et tous. Franck déconstruit ses tours et alignements en reprenant le schéma identique adopté pour les construire. C'est-à-dire que les cubes ou les perles sont enlevés un par un, dans un ordre immuable. L'erreur est inacceptable et l'entraine sinon dans une grande frustration (tantrum autistique manifesté par des cris perçants, pleurs, stéréotypies des mains, effondrement tonique). Petit à petit, ses constructions ont pu être détruites, d'abord par l'adulte puis par Franck lui-même. Pierre étant dans une période de destruction/démolition, je suppose alors que Franck en a observer quelque chose et l'a conduit à le reproduire. Visiblement, au début, il n'ose pas le faire seul. **J'émets l'hypothèse que peut-être avait-il peur qu'en détruisant sa tour, lui aussi ne se détruise ? Cela fait écho à ses angoisses de chute et de liquéfaction (actives chez l'enfant autiste), qu'il met parfois en scène.** En effet, Franck fait mine de glisser sur le ballon. Ses jambes s'écroulent alors brusquement, le lâchant sur le sol, en émettant un cri très aigu qui raisonne dans la tête (état autistique sévère). Il se relève et recommence à 2-3 reprises, jusqu'à la prochaine fois (pas de contexte particulier). Je lui fais alors remarquer *« Je crois que tu essaie de nous montrer quelque chose, peut être que tu as peur que tes jambes ne te portent plus mais tes jambes elles sont solides, elles ne te font pas tomber »*. **Le psychomotricien doit, à ce moment là, être au plus près de l'expérience de Franck, mettre en sens les éléments qu'il nous donne à voir et tente, à travers la verbalisation, de le rassurer et mettre en mot ses angoisses.** A cette même période, j'observe que Franck pousse Pierre, par de petits mouvements brusques comme pour tester la solidité de son camarade.

Ce mouvement de destruction (des tours) fut dans un premier temps accompagné par l'adulte qui le tenait physiquement en plaçant une main sur son dos (un fond qui tient). **Ainsi, avec ce soutien, cette solidité et cette consistance ressentie dans son dos, Franck a pu détruire ses constructions ; et non les déconstruire (réduction du clivage vertical).** Cette expérience a probablement permis à Franck de se sentir résistant face à son environnement

extérieur et surtout indivisible (sentiment d'une enveloppe corporelle satisfaisante) Suite à ces activités, de petites séquences ont pu être mises en scène par l'intermédiaire de petits personnages et animaux. Des personnages sont assis dans une calèche menée par un cheval, une dame (que je suppose être une maman) pousse une poussette dans laquelle se trouve un bébé etc. évoquent des situations factuelles et marquent une évolution dans le sens d'un élargissement des centres d'intérêts de Franck. Parallèlement, les contacts de Franck envers Pierre sont différents, ils n'ont plus valeur de tester la solidité. **Ils n'ont toujours pas de valeur interactive, mais je les interprète comme une tentative, certes maladroite mais volontaire, d'entrer en contact avec lui : il l'enlace entre ses bras dans un élan soudain, inanticipable, et socialement inadapté.**

C'est à cette même période que je note chez Franck la mise en place de la permanence de l'objet, où il peut jouer à un jeu de cache-cache avec son ballon, soutenue par le thérapeute ou moi-même. La découverte du miroir et la jouissance devant son reflet (a-t-il conscience que cette image est la sienne?) le mènent vers **une consolidation du sentiment d'existence concomitant à une récupération de la peau et une réduction des clivages corporels.**

Dès le moi de Décembre, Franck enroule son corps dans les rideaux et l'inclue dans des contenants, à disposition dans la salle (caisse en bois, tunnel, rideau, s'engouffre sous un tapis, recherche de serrage entre le mur et la structure en mousse) ce qui lui permet de libérer son regard et d'envisager ainsi la totalité du groupe (étape de récupération de la peau). **La tenue du dos permet à Franck d'élargir son champ de relation (étape de maitrise du buste, réduction du clivage arrière/avant).** C'est notamment lors des comptines douces que Franck s'assoit dans la caisse, nous observe avec un regard de qualité et peut même participer (avec un fond qui tient, il semble pouvoir accepter ce que nous lui apportons : nos sons et nos gestes). Franck est en quête d'un appui dos et d'un appui ventre qu'il compense à l'aide de choses matérielles ou de contacts physiques avec l'adulte. Il est à la recherche de contenance à travers des objets généralement mous et chauds (ballon assimilable au sein maternel, structure en mousse où il adopte des positions qui interpellent) où, plus récemment, par le contact physique. Ces contacts corps à corps ne sont tolérables uniquement lorsqu'initiés par Franck. Il se blotti dans les bras de l'adulte (se couche sur moi, ou encore s'assoit sur mes genoux) donnant l'impression de ne vouloir faire qu'un avec le corps de l'autre et retrouver une certaine enveloppe protectrice. **Franck semble rechercher une contenance similaire à la contenance maternelle autour de la chaleur humaine et du corps maternel (les deux thérapeutes sont des femmes).**

Parallèlement à cette récupération de la peau, j'observe certains éléments, signant une réduction des clivages verticaux et horizontaux. J'offre à Franck, assis sur mes genoux, un appui dos en approchant mon buste de son dos, afin de libérer mes mains pour jouer avec lui. Franck tient un ballon dans chaque main et par l'intermédiaire de la valve de gonflage, présente sur chacun d'eux, il les colle l'un à l'autre, les rassemble au milieu. **En lui offrant un appui dos ferme et contenant, Franck établit une jonction entre les deux ballons que je rapproche de la jonction entre les deux moitiés du corps.** Les jeux en double syllabes (bambam, dada) et les jonctions intracorporelles des mains (applaudissements) semblent également traduire des étapes brèves (mais non négligeables) vers **la réduction du clivage vertical.**

Les mises en scènes de chutes ne font aujourd'hui plus parties des séances et Franck met désormais son « bas du corps » en mouvements lors de comptines ou déplacements dynamiques. Il aime sauter sur place, faire le cheval, faire la ronde ou encore le petit train à la queue leu leu. **Dans ces moments, Franck semble mobilisé activement son « bas du corps » lui donnant un sentiment de consistance et de solidité des membres inférieurs pouvant le porter, le déplacer, le tenir debout. Cela semble traduire une étape vers la réduction du clivage horizontal.**

Synthèse :

Désormais, Franck ne donne plus l'image d'un petit garçon isolé du groupe. Il prend part aux activités proposées (quand il le décide), qu'il semble avoir repéré et pouvoir anticiper. La recherche de contenance (maternelle) est toujours présente mais se satisfait peu à peu dans des moments de partage et contact avec l'adulte, alternés avec des moments de retrait durant lesquels Franck se « récupère » en s'allongeant, à distance du groupe, avec son doudou (diminution de l'angoisse).

Beaucoup de choses laissent penser que Franck est en train de se construire une enveloppe corporelle (inclusion du corps dans des contenants faisant écho au portage maternel) et accède à la réduction des clivages corporels à travers des éléments furtifs ou des situations brèves, que j'ai attentivement repérées et mises en sens. De ce fait, Franck vit progressivement son corps comme étant fiable et sécure développant ainsi un sentiment d'existence propre et différencié des autres.

La prise en charge groupale pour cet enfant, bien que non prévue comme telle au départ, lui offre une contenance et un cadre à l'identique à partir duquel il peut projeter ses

angoisses, qui seront partagées, assimilées et détoxiquées par les thérapeutes. La constitution du groupe thérapeutique fait écho à la constitution du groupe familial : le binôme thérapeutique assimilable au binôme parental et le pair résonnant avec la fratrie permettant certainement à Franck de revivre une expérience maternante.

Il n'est pas encore véritablement en relation mais de brefs échanges, des ébauches de créations à deux, des actes imités ou des sons répétés émergent lentement dans le groupe et doivent être soutenus et valorisés par les thérapeutes afin de permettre à chacun d'éprouver « le sentiment continu d'exister » pour reprendre les termes de D. Winicott.

A mon arrivé, Franck se situait entre l'étape de l' « état autistique sévère » et celle de « récupération de la peau », il se situe maintenant entre l' « étape de récupération de la peau » et celle de la «réduction du clivage vertical». L'image du corps se structure (recherche de l'appui-dos, recherche de serrage, jonctions entre les deux côté droit et gauche, exploration des membres inférieurs) et le sentiment d'existence se confirme.

Pour la rentrée de Septembre 2014, une intégration à l'école, en classe de Moyenne Section est envisagée.

D. L'expérience de Julien dans le groupe thérapeutique

1. Anamnèse de Julien

Julien est un petit garçon âgé de 6 ans. Il est né le 26 Mars 2008 au Chili. Sa famille est arrivée en France en Juin 2009. Les parents sont mariés, la mère est d'origine péruvienne, et exerce la profession de pharmacienne en laboratoire. Le père est français et ingénieur agronome. Le couple a vécu 10 ans au Chili où sont nés leurs deux enfants. La sœur aînée de Julien est née le 27 Juillet 2003, elle a donc 10 ans et demi.

Madame B. a mal vécue sa grossesse puisqu'elle est survenue après une fausse couche à 25 semaines de grossesse. Julien était tout de même un bébé très désiré. Durant ces 9 mois de grossesse, la mère dit avoir été très anxieuse, craignant de perdre à nouveau le bébé. L'accouchement s'est bien déroulé.

L'allaitement a été difficile, Julien semblait affamé et Madame B. avait peu de lait. Au bout d'un mois et demi, une introduction de lait maternisé a été faite mais a déclenché une rhinite allergique chez Julien. Un changement de lait a ensuite réglé le problème.

Julien est arrivé en France lorsqu'il avait 15 mois et était jusqu'alors gardé par sa nourrice au Chili. Il était décrit comme un bébé passif, paresseux et peu dynamique, il ne voulait pas tenir debout. Les parents rapportent que « tout ce qui était moteur ne l'intéressait pas ». Il attrapait des objets et se contentait de les agiter. L'accrochage du regard était rare et Julien semblait peu intéressé par ce qui lui été proposé, ses centres d'intérêts restant assez restreints et répétitifs (interrupteurs, mouvement rotatif tels que ceux des roues de bicyclette). Il n'a pas eu de doudou, ni de sucette et n'a pas non plus, sucer son pouce. Julien présente une béance de la bouche, encore légèrement observable aujourd'hui, qui a pour conséquence un écoulement de bave où des mordillements fréquents de ses vêtements.

Très tôt, il a été constaté chez cet enfant un comportement insécure avec un certain repli sur soi-même. La marche a été acquise à l'âge de 16 mois, Julien n'a pas présenté de 4 pattes auparavant. A 1 an, Julien présente une avance staturo-pondérale puisqu'il pèse 13 kg et mesure 81 cm.

Sur le plan du langage, à 18 mois, Julien commence à dire « papa, maman » puis progresse lentement, avec à 3 ans, une expression de mots isolés et des constructions de phrases de 2 à 3 mots. A 3 ans et demi, il parle de lui à la 3ème personne. De plus, Julien présente un bilinguisme espagnol-français.

Sur le plan du sommeil, Julien ne pouvait s'endormir qu'en présence d'un adulte, son sommeil étant agité au cours duquel il criait souvent. Aujourd'hui, son sommeil est de qualité et ses angoisses semblent avoir disparues.

A l'âge de 2 ans et demi, Julien intègre la crèche, où il présente de remarquables difficultés de séparation avec sa mère. Il pleure, réclame sa mère et se cramponne à elle.

Julien est autonome au niveau de la propreté depuis peu. Selon les dires de la maman, cette propreté serait apparue au cours d'un voyage de 6 semaines au Pérou, chez la famille de Madame.

Julien est intolérant à la frustration, se mettant en colère face à de nouvelles situations ou de nouveaux lieux ou lorsqu'il ne parvient pas à réaliser certaines activités ou qu'il n'obtient pas ce qu'il veut. Ces crises laissent parfois étrangement place à des rires inexpliqués. De plus, sont également notées des stéréotypies verbales reprises à chaque fin d'activités « bravo Julien ». Le langage spontané est absent et Julien ne s'exprime qu'à travers des cris, il n'y a pas de réelle tentative de communication ni de désir d'entrer en contact avec autrui.

Pour conclure, les relations sociales sont inappropriées, le regard est fuyant, la communication verbale est pauvre semblant laisser place à une écholalie ou à des cris. Julien n'utilise aucun geste compensatoire pour se faire comprendre. Ces difficultés l'empêchent d'entrer en relation avec autrui.

A 2 ans et 11 mois, Julien obtient un score total de 36/60 à l'échelle de CARS (Childhood Autism Rating Scale) situant ses comportements comme moyennement autistiques dans le sens d'un Trouble Envahissant du Développement. Un bilan au Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) effectué en Juin 2011 suspecte un trouble envahissant du développement, confirmé ensuite par le Centre Ressource Autisme (CRA) en fin d'année 2013, par le diagnostic d'un trouble du spectre autistique. Après un suivi en Centre Médico Psychologique (C.M.P), Julien a été pris en charge à l'hôpital de jour à compter de la rentrée de Septembre 2012, c'est donc sa deuxième année de prise en charge.

Julien est actuellement scolarisé en Grande Section Maternelle avec la présence d'une AVS 12 heures par semaine. De plus, il bénéficie de la présence d'une éducatrice à domicile 1 fois par semaine dont le travail est axé sur les pré apprentissages scolaires, ainsi qu'une prise en charge psychologique en libéral 2 fois par mois.

2. Objectifs et suivi de prise en charge

Julien est un enfant qui a pour habitude de fonctionner en miroir, en adhésivité, dans d'incessantes réactions de collage, à sa maman notamment. Il est entré à l'hôpital de jour au mois de Septembre 2012, lorsqu'il avait 4 ans et demi. Le projet de prise en soin pour l'année 2012/2013 était un groupe psychomotricité, un atelier « petites histoires » ainsi qu'un atelier « chant et rythme ». Le projet de soin pour l'année en cours 2013/2014 est plus complet. Le lundi midi, Julien participe au repas puis un atelier « petites histoires ». Le mardi matin, il dispose d'un temps « pataugeoire », suivi d'un gouter puis d'un temps pédagogique en groupe. Enfin, le vendredi matin, Julien participe à un atelier « chant et rythme », puis un gouter et au groupe psychomotricité auquel j'assiste. L'objectif principal pour Julien étant l'accès à un processus d'individuation et de favoriser la socialisation. Le groupe semble un dispositif adaptée à ces objectifs de prise en charge.

<u>Atelier « petites histoires »</u> : Le groupe est composé de 4 enfants. Julien reste en périphérie du groupe, plutôt à distance. Il est dans l'écoute, mais les thérapeutes s'interrogent sur ce qu'il

expérimente réellement. Il semble s'accrocher à l'histoire de manière mécanique en l'absence d'émotion. Il reste imperturbable par l'agitation de ses pairs.

Atelier pataugeoire : Julien participe à cet atelier depuis 1 an et demi. Ce moment est plutôt calme et tranquille pour Julien, en décalage avec ce qu'il a l'habitude de vivre. Dans ce temps de rencontre, les thérapeutes perçoivent la fragilité de l'être chez Julien. Ils ne se positionnent pas dans une attente de production, le travail se fait autour de ce que Julien amène et propose (ce qui paraissait assez déstabilisant pour lui au début : il pouvait rester une 20aine de minutes enveloppé dans l'eau chaude, à ne rien faire). Depuis peu, Julien se montre plus sécure et plus acteur.

Temps pédagogique : Il s'agit d'un groupe de 3 enfants pour une durée d'1h. Lorsqu'il va à ce temps pédagogique, il dit qu' « il va travailler ». Au départ, il était terrorisé, dans un besoin incessant d'être rassuré « Est-ce que j'ai bien fait ? ». L'immuabilité le rassure, et faire un choix reste difficile pour lui. Autrement dit, se positionner en tant que sujet est compliqué. Julien a pour habitude de faire son « travail » à haute voix, n'intériorisant pas ce qu'il fait. Une erreur de sa part peut entrainer un effondrement. Julien fonctionne en se nourrissant de ce que lui apporte l'environnement extérieur puisque ce qui vient de lui l'angoisse. Les thérapeutes sont bien attentifs à ne pas le nourrir mécaniquement bien que ce soit ce qu'il recherche.

Atelier « chants et rythme » : Au début, Julien était dans le collage avec ses pairs. Ceci entrainant une certaine confusion entre ce qui pouvait potentiellement venir de lui ou pas. Il s'exprimait peu lors du temps de paroles mais plus récemment, il peut rebondir et amener des éléments de lui-même. Il semble prendre plaisir à partager ce temps et peut même verbaliser qu'il « aime cet atelier ». Le groupe antérieurement assimilé à une cacophonie, fonctionne maintenant dans une harmonie de groupe autour des instruments de musique.

3. Le cadre du groupe

La séance de psychomotricité à laquelle je participe a lieu tous les vendredis matin à 10h45, dans la salle de psychomotricité. Ce groupe réunit 3 enfants, deux garçons et une fille, âgés de 6 ans. Le groupe est co-animé par une psychomotricienne et une infirmière. J'ai eu l'occasion d'animer plusieurs de ces séances. Les enfants participent à cet atelier après un court temps informel dans la salle de jeux, les obligeant parfois à délaisser sans l'achever, une activité qu'ils venaient d'entreprendre.

La séance est divisée en 3 temps :

- Les enfants arrivent, la salle est généralement aménagée à l'avance. Chaque enfant s'assoit sur une chaise, la même à chaque séance et un premier temps d'échanges et de verbalisations débute la séance. Les enfants ne s'expriment que s'ils le désirent.
- Un temps de rassemblement autour d'un jeu de ballon ou d'une corde tenu par l'ensemble des membres permettant de se retrouver et de se recentrer sur la séance. Ce temps a progressivement été supprimé au cours de l'année, le temps de discussion semblant suffisant pour retrouver la cohésion du groupe.
- Un temps de parcours moteur, préparé à l'avance, où, à tour de rôle, les enfants mettent leur corps en mouvement. Nous pouvons observer à ce moment là, les coordinations générales, le tonus, les stratégies d'adaptation, la vitesse d'exécution, la concentration etc.
- Pour finir, un nouveau temps de rassemblement autour de la table, à travers un petit jeu de société, permet de terminer la séance sur un moment calme et commun.

4. Ma première rencontre

Je rencontre Julien pour la première fois le 11 Octobre 2013. Physiquement, Je remarque que Julien est plutôt grand pour son âge, et son teint mat m'interroge sur ses origines. C'est seulement plus tard, que je découvrirai dans son dossier ses origines péruviennes. Je remarque que Julien déambule dans la salle d'accueil et ne joue pas avec les autres enfants. La déambulation procure, chez l'enfant autiste, un sentiment d'existence (défaillance de l'image du corps). Dès ce premier jour, Julien se présente devant moi et me dit « bonjour » avec un accrochage du regard inhabituel. Je trouve assez signifiante la métaphore qu'utilise l'équipe soignante qui compare cet accrochage du regard à des accoudoirs, qui soutiennent ce bref moment d'interaction. Assez rapidement, Julien m'accorde une place dans le groupe en me nommant et m'envoyant le ballon au cours du premier temps de la séance. **Etait-ce simplement parce que je faisais partie du cercle, ou m'a-t-il réellement attribué une place en tant que personne dans l'atelier ?**

Durant les 4 premières séances, Julien répétait en boucle mon prénom, dans un contexte peu approprié. **Il semble se dire à lui-même et se répéter les choses pour les avoir en tête et se les approprier (idée qu'elles peuvent lui échapper). A-t-il peur que certaines choses ne soient pas contenues (enveloppe psychique défaillante) ?** Ou bien est-ce la sensation que cela lui procure en bouche qui l'intéresse ? Peut être y trouve t'il un certain

plaisir à énoncer mon prénom. Depuis, chaque vendredi matin, Julien vient vers moi et me dit de manière très conforme « bonjour Estelle ». Il peut me dire bonjour plusieurs fois dans la matinée.

Cette manière de dire bonjour reflète t'elle un apprentissage social qu'il applique comme un automatisme dès qu'il voit une personne ? Est-ce le signe d'un trouble des interactions sociales réciproques ?

La *« grille de repérage cliniques des étapes évolutives de l'autisme infantile traité »* de G. Haag n'a pas été remplie pour Julien car elle me paraissait moins évocatrice, Julien se situant déjà entre l'étape de « réduction du clivage vertical » et l' « étape d'individuation ».

5. Mes observations et hypothèses

Les 3 enfants qui participent à ce groupe se connaissent depuis plusieurs années, et connaissent également les thérapeutes, ce qui créé dès le début un cadre plus sur et sécurisant. Je remarque que, parmi ses pairs, Julien reste silencieux et a tendance à rester en retrait. Il est cependant attentif et à l'écoute de ses camarades et peut parfois rebondir ce qui vient d'être dit pour se l'approprier « moi aussi j'ai déjà fait ça !». **Il s'identifie et se compare à ses camarades.**

Julien répète fréquemment au cours de l'atelier « après y'a le taxi qui vient me chercher et je vais manger à la cantine » (temps circulaire). Dès le commencement de la séance, il se projette dans l' « après ». Il éprouve le besoin d'avoir un planning, un programme pré établi des moments de sa journée à venir « bon on y va ! ». **Ceci fait écho pour moi aux troubles de la séparation avec sa mère, et les réactions de collage que ceux-ci suscitent. Certainement que Julien, en ayant en tête l'enchainement des évènements de sa journée, rapproche le moment des retrouvailles avec sa mère. Il semble être, à ce niveau également, dans un collage, un accrochage, une rythmicité des moments de sa journée, la fin étant évocatrice de retrouvailles. Julien a déjà subi de nombreuses séparations (avec la famille maternelle et sa nourrice du Chili, séparation du sein maternel suite aux allergies), craint-il une nouvelle séparation, avec sa mère cette fois-ci (vécu de perte) ?**

Je note cet accrochage dans le temps mais également dans l'espace. Au niveau des parcours ou de tout autre déplacement, Julien est précipité, il enchaine les différentes étapes du parcours, comme un automatisme. Là aussi, il semble être dans un enchainement qui lui

permet d'accéder rapidement à la fin du parcours ou de l'activité. **Julien nécessite un besoin d'accrochage, de chronologie des choses et un besoin de sursignifier les liens dans le temps et dans l'espace. Il est dans la maitrise du temps. Autrement dit, les choses s'organisent autour du temps et non pas autour du vécu corporel.**

Au niveau corporel, je note que les coordinations haut/bas sont difficiles pour Julien. Il présente un certain clivage horizontal. (Lors de l'atelier pataugeoire, il est rapporté que Julien est très intrigué par ses orteils). **Julien ayant accédé directement à la marche sans passer par le quatre pattes, j'émets l'hypothèse d'un possible défaut d'investissement des membres inférieurs et de cette compétence motrice. L'acquisition de la marche serait alors plutôt synonyme d'une acquisition automatique neuro-motrice non couplée à l'expérience d'exploration.**

Au niveau du graphisme, son dessin ne présente aucune forme. Ses traces se résume à des gribouillis, des va-et-vient similaires à du coloriage. Il y a une absence de geste spontané, de forme et de symbolisme. La feuille blanche face à laquelle il se retrouve le plonge dans une sensation de vide, sans bords et sans limites. Cependant, Julien dit beaucoup apprécier les coloriages (surtout les coloriages magiques qui réfèrent à un code couleur) où cette activité lui permet de remplir des formes, combler du blanc, recouvrir du vide. **Je fais une analogie, ici, avec sa nécessité de remplir le temps, de combler l'attente.**

Au cours du jeu des « 4 maisons », qui consiste à courir et se réfugier dans un cerceau pour ne pas se faire attraper, il est quasiment impossible pour lui, de « changer de maison » ne pouvant s'imaginer que c'est un jeu. Il se réfugie sans cesse dans le même cerceau, se montrant angoissé lorsque qu'une autre personne le lui prend. **Julien fonctionne en permanence dans le réel et dans le vécu (déménagement en France), sans ouvrir ses représentations vers un monde de l'imaginaire, du jeu, du faire semblant. Ce jeu a été l'occasion pour Julien de nous montrer ses peurs et ses angoisses, ainsi que l'existence d'une confusion entre monde réel et monde imaginaire. Les limites entre l'intérieur et l'extérieur (du cerceau) sont établies mais Julien ne peut concevoir que plusieurs cerceaux (contenant) puissent être les siens (comme une maison ou une maman, on n'en a qu'une seule).**

Julien dispose d'une quantité de connaissance sur divers concepts. Il est performant dans les jeux d'associations d'images, de repérage d'images, de sériations par forme ou par couleur, de connaissances des animaux et de leurs bruits, des émotions. **Je pense, cependant, que les acquisitions dans certains domaines relèvent d'un simple apprentissage et non de ses propres représentations.**

6. Le groupe thérapeutique pour Julien

Sur le trajet allant de la salle de jeux à la salle de psychomotricité, la main de Julien reste collée au mur. Au moment de changement de lieu, Julien met en place une solution concrète et corporelle de continuité, en l'absence de solution représentative. **Il établit en quelque sorte une continuité entre ces deux lieux qui rend certainement le changement plus tolérable.**

Dans le groupe, je trouve que Julien est effacé par rapport à ses camarades. Il les envisage, les regarde, les écoute, mais ne s'affirme pas si on ne le sollicite pas. Lors d'échange de ballon, où tout le monde est en cercle, Julien l'envoie toujours en direction de l'adulte. Son regard est présent, le geste est adressé, mais une fois que le ballon quitte ses mains, son regard quitte celui l'adulte. **Ce contact, furtif mais de qualité, ne peut s'établir qu'en présence d'un objet médiateur, faisant le lien entre les personnes (évite le face à face direct).**

Lorsque la séance présente quelques changements, dans l'aménagement de l'espace ou dans les consignes, Julien paraît embêté, sans toutefois être totalement désemparé. Les changements de consignes dans un même jeu, ou la coexistence de deux consignes sont difficiles. Il a tendance à s'accrocher à la première consigne. Julien requiert une certaine répétition des choses pour se les approprier et anticiper un changement ultérieur. Dans ces moments, Julien s'appuie sur l'observation de ses pairs pour s'adapter et s'engager dans une action. **Ainsi, par ce phénomène d'imitation, il comprend mieux ce que l'adulte attend de lui sans que cette demande soit vécue comme intrusive. Cependant, elle peut donner au thérapeute l'impression que l'enfant a compris la consigne, bien que ce ne soit pas toujours le cas.** Il est difficile pour Julien d'amener ses propres idées et faire preuve de créativité, il est inquiet et dit ne pas avoir d'idées. **Ce qui vient de lui (de l'intérieur) l'angoisse, ce qui vient des autres (de l'extérieur) le rassure.**

Petit à petit Julien trouve sa place dans le groupe. Il a d'ailleurs besoin de repérer et signifier sa place dans le tour de rôle. Il souligne « Je suis le unième » (pour le premier) ou bien « Je suis en dernier aujourd'hui ». **Il s'attribue une place par rapport à ses pairs et le signifie**. Egalement, lorsqu'il s'exclame « moi aussi je saute bien ! », Julien se fait exister. D'ailleurs, l'accrochage aux mots semble indispensable pour lui. Ce qu'il fait doit être accompagné de mots ponctuant ces gestes dans des termes qualitatifs «T'as vu, je le fais bien ». **Le thérapeute se doit, dans ces moments là, d'être au plus près de ce que vit Julien et de le soutenir verbalement.**

Au niveau corporel, je remarque une réduction du clivage haut/bas chez Julien, qui semble davantage investir ses membres inférieurs. Les temps de parcours psychomoteurs sont moins précipités, Julien regarde beaucoup ses pieds et s'adapte aux différents supports, ainsi qu'à ses sensations. Il peut me demander de l'aide ou me tendre la main lorsque le franchissement d'un obstacle lui semble difficile. Son enchainement automatique et sa précipitation ont laissé place à une prise de conscience et un ajustement de ses sensations. Il est arrivé récemment que Julien arrive dans la salle de psychomotricité, l'air guilleret, en courant, (sa main ne restant plus collée le long du mur du couloir), et nous dit « Salut ! » puis s'amuse à tomber au sol. **Ceci me laisse penser à une prise en compte de son « bas du corps » qu'il est en train d'éprouver par diverses manifestations. De plus, sa manière de nous saluer « Salut ! » me semble bien plus adaptée que le « bonjour Estelle » qu'il peut m'attribuer. Julien semble récupérer progressivement le « bas du corps » et de ce fait, donne le sentiment d'être moins « accroché » par le contact visuel, et se présente de manière plus authentique.**

Plus que dans l'imitation de l'action, Julien est aussi dans l'écholalie, l'imitation de paroles de l'adulte ou de ses camarades. Il y a peu de temps, ces mots ou phrases, sorties de leur contexte, n'étaient pas appropriées. Désormais, elles sont justes, pertinentes et appropriées à l'action « je monte, je descends ». **Julien semble aujourd'hui établir un lien de qualité entre son vécu, ses représentations et ses verbalisations.** « Tu vas trop vite Inès » dit-il lorsqu'Inès effectue le parcours. Ce sont des paroles qu'il a déjà entendues venant de l'adulte mais qui restent appropriées à la situation et entretiennent l'interaction. Le tour de rôle a aussi cette fonction **d'observer l'autre, reconnaitre ses erreurs ou ses réussites** « Bingo ! Tu l'as bien lancé Mathis ! », **de constater que des difficultés existent aussi chez l'autre (effet miroir), de les partager ensemble et de les reprendre pour soi, par le phénomène d'introjection. Ceci contribue certainement à la création et au maintient d'une cohésion de groupe. Ainsi, Julien peut éprouver, un sentiment d'appartenance au groupe en tant que personne différente des autres.**

J'ai pu observer que Julien n'est pas indifférent aux émotions et aux expériences vécues par ses pairs, contrairement à ce qu'il est possible de lire parmi les symptômes retrouvés chez les enfants atteints d'autisme (théorie de l'esprit). Suite à cela, j'ai décidé d'entreprendre un travail autour des émotions, plus précisément sur la reconnaissance des émotions par l'intermédiaire d'images, la mise en situation de ces émotions et le mime de celles-ci. Ce fut un travail très intéressant au cours duquel je m'aperçus que Julien reconnaissait sans difficulté un certain nombre d'émotion, pouvait échanger autour de celles-

ci avec ses pairs de manière judicieuse, et imaginer des situations avec telle émotion ou telle autre. **Un travail d'élaboration d'histoire a pu s'établir, probablement facilité par le phénomène de groupe.**

Les petits jeux autour de la table, pour terminer la séance, on été l'occasion pour Julien de nous montrer sa manière de fonctionner. La forme de celui-ci semble plus importante que le fond. **Le cadre et la forme (les règles) donnés à une activité sont privilégiés au détriment du reste.**

Synthèse :

Désormais, Julien a trouvé sa place au sein du groupe et peut l'affirmer contribuant à une consolidation du sentiment identitaire. Les échanges avec ses pairs ou avec l'adulte sont plus présents, cependant généralement initiés par autrui. Julien investi la relation et peut élargir son discours avec l'adulte et avec ses pairs « et toi ? » « Et toi Inès ? » L'autre existe comme extérieur à soi et cette prise en compte d'autrui caractérise la constitution d'une enveloppe psychique avec un espace interne différencié (tridimensionnalité). Julien est également plus spontané et peut faire des propositions, amener de nouvelles idées dans un jeu qu'il connait.

Dans cet environnement contenant que lui offre l'espace-temps de la séance de psychomotricité, autour d'un travail de réassurance, Julien a pu se dégager peu à peu du fonctionnement en adhésivité qu'il entretenait. Il s'appuie toujours sur l'adulte et sur ses camarades mais s'approprie les choses et peut les réutiliser dans un contexte adapté. Il peut se décaler des autres en s'opposant ou se montrant parfois rebelle ou coquin. L'attente est plus tolérable, même si Julien présente une petite inquiétude si son taxi est en retard « il est où mon taxi ? ».

Julien est sur le chemin de l'individuation. Il fonctionne moins en adhésivité ou en écholalie et peut se positionner dans un groupe. Son sentiment d'existence se confirme.

« Ça va vite l'idée ! » me dit Julien lors des dernières séances où nous évoquons mon futur départ. **L'idée cherche visiblement à être contenue. Cela semble traduire la construction d'une enveloppe psychique qui contient les pensées, les idées et les affects.** En effet, Julien semble à la recherche de limites, de règles, de lois, c'est-à-dire de choses qui tiennent et qui contiennent, comme un cadre auquel il se réfère parfois « C'est pas toi qui

décide ! » « Il a pas le droit ! » (Fonctions du cadre qui détermine une intériorité et une extériorité corporelle puis psychique).

Pour la suite, un passage en CP est envisagé au niveau scolaire avec présence d'une AVS. La prise en charge à l'hôpital de jour se poursuivra mais dans un allègement d'emploi du temps. Le temps de pataugeoire et de psychomotricité en groupe seront très certainement conservés, l'équipe étant en discussion autour des autres ateliers.

Conclusion

Mon terrain de stage en hôpital de jour, au cours de cette 3ème année de psychomotricité, a été source de questionnements et d'interrogations qui m'ont permis, dans un second temps, de construire mes hypothèses de réflexions.

Confrontée au départ à un paradoxe, celui d'inclure un enfant autiste dans une prise en charge groupale alors que celui-ci présente au premier plan une altération de la relation et de la communication avec ses pairs, j'ai tenté de comprendre l'objectif de ce type de prise en charge auprès de cette population d'enfant. Autrement dit, comment l'enfant autiste accède progressivement au sentiment d'être soi, afin de pouvoir évoluer parmi les autres.

A travers ce mémoire, j'ai donc essayé d'articuler les notions du sentiment d'existence chez l'enfant ayant un développement normal, celui d'un enfant diagnostiqué autiste et les effets du groupe sur ce dernier. J'ai choisi de décrire le développement de l'enfant par le biais des enveloppes psychique et corporelle, celles-ci présentant quelques particularités dans la pathologie autistique, entrainant un sentiment du corps inquiétant et insécurisant. Les mises en place des enveloppes corporelle et psychique sont évidemment concomitantes. L'autisme se révélant comme un syndrome neuro-développemental qui perturbe le développement et le fonctionnement du tout-petit et affecte ses relations avec le monde extérieur, la pratique psychomotrice a donc sa marge de manœuvre auprès de cette pathologie.

Rares sont les syndromes ayant fait l'objet d'autant de prises de positions contradictoires que l'autisme. De nombreux auteurs issus de plusieurs courants de pensées ont écrit sur la pathologie autistique, mettant en avant différentes étiologies et diverses possibilités de prise en charge. J'ai choisi comme axe de lecture de cette pathologie, l'approche sensori motrice d'A. Bullinger et la description des clivages corporels précoces de G. Haag que je trouve intéressante et correspondant à mes observations auprès de Franck et Julien, rencontrés en hôpital de jour.

A travers le cadre physique de la prise en charge groupale et le cadre psychique du psychomotricien, l'enfant autiste se sent contenu par l'enveloppe groupale et s'appropriera progressivement une enveloppe individuelle à partir de laquelle émane le sentiment d'existence. Le support solide du groupe que représentent les règles et les lois (squelette du

groupe) fait écho au squelette du corps que l'enfant autiste doit percevoir comme solide et consistant.

Le groupe est un support de choix pour accueillir les projections, les angoisses mis en scène par les enfants autistes et les mécanismes de défense utilisés. En effet, en situation de partage, de relations et d'échanges, les enfants laissent plus facilement entrevoir leurs difficultés de relation, de communication et d'intérêts. Le groupe est pour un eux un support d'étayage et une source riche d'expériences relationnelles, émotionnelles, affectives, physiques etc. Le groupe est en fait un lieu de rencontres, de pensées, d'émotions, de comportements qui soutient le développement de l'individualité de chacun et renforce le sentiment d'existence.

Le psychomotricien doit être attentif à tous les phénomènes ayant lieux au sein du groupe et être au plus près de ce que vit l'enfant. Pour reprendre les termes de W. Bion, il doit être dans une « capacité de rêverie » en écho avec la capacité de rêverie maternelle dans les relations précoces. Ainsi, l'enfant autiste vit une expérience de cohérence dans un espace-temps qui lui est propre, dans un « environnement suffisamment bon », repéré comme fiable, stable et résistant face à ses projections, qu'il aura ensuite l'occasion de généraliser à l'extérieur. Il y a des analogies repérables entre les mécanismes physiques et psychiques du psychomotricien et ceux de la mère lors des interactions précoces. Le thérapeute doit s'ajuster et s'adapter à l'enfant, le respecter dans sa globalité dans le but de le soulager de sa pathologie.

La présence de pairs incite l'enfant autiste à trouver sa place dans le groupe et à la garder contribuant ainsi à une consolidation du sentiment identitaire. A travers l'imitation, le jeu, la socialisation, la gestion des émotions, l'identification, l'introjection, la projection, l'enfant pourra s'approprier certaines sensations et accéder à l'individuation et à l'intersubjectivité, précaire chez l'enfant autiste.

Cependant la prise en charge en groupe présente quelques limites pour les enfants atteints d'autisme. Il peut être anxiogène pour certains enfants de se trouver confronter à la présence de plusieurs partenaires ; ceci pouvant entrainer le sentiment d'un envahissement psychique. Je pense important de laisser la possibilité à l'enfant de s'extraire du groupe, (comme c'est le cas pour Franck) afin de prendre une certaine distance lors d'une situation vécue comme trop excitante ou anxiogène. C'est pourquoi le nombre de partenaires et le type de pathologies des enfants constituant le groupe sont des éléments nécessaires à prendre en compte par le psychomotricien dans le projet de ce type de prise en charge.

Franck et Julien ne se positionnent pas au même stade d'après la *« grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité »*. Franck se situe entre l' « étape de récupération de la peau » et celle de « réduction du clivage vertical », tandis que Julien parvient à l' « étape d'individuation ». Pour reprendre l'idée de D. Anzieu, l'enveloppe groupale offerte par ce type de prise en charge fait écho à l'enveloppe corporelle représentée par la peau (que Franck retrouve) et à l'enveloppe psychique représentée par le Moi (que Julien s'approprie). « Le groupe est réparateur d'un holding initial défaillant »[51].

Sur une durée de 7 mois, j'ai observé certains changements dans la manière d'être et d'agir de ces deux garçons au sein de leur groupe respectif. Cependant, leur pathologie nécessite une prise en charge sur le long terme afin de noter une plus nette évolution.

[51] Privat P. *« L'enfant en psychothérapie de groupe »*

Bibliographie

ANZIEU D. 2000. *La dynamique des groupes restreints.* Paris, Presse universitaire de France, coll. Le psychologue.

ANZIEU D. 1995 *Le Moi-peau*. Paris, Dunod, coll. Psychisme.

ANZIEU D. 2003. *Les enveloppes psychiques.* Paris, Dunod, coll. Inconscient et culture.

BERTIN C. 2010. *Corps en groupe-corps groupal.* Thérapies psychomotrice et recherches n°163. p36-49

BION W. 1979. *Aux sources de l'expérience.* Paris, Presse universitaire de France, coll. Bibliothèque de psychanalyse.

BLOSSIER P. 2002. *Groupe et psychomotricité : le corps en jeu*. Marseille, Solal, coll. Psychomotricité.

BOUTINAUD J. 2013. *Psychomotricité, autismes et psychoses infantiles.* Paris, In press, coll. Psycho.

BULLINGER A. 2009. *Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères I & II*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 57. P154-165

BULLINGER A. 2004. *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars.* Ramonville-Saint-Agne, Erès, coll. La vie de l'enfant.

CICCONE A. 2001. *Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques*. Cahier de psychologie clinique n°17.p61-98

COURBERAND D. 2010. *Les groupes thérapeutiques en psychomotricité.* Thérapie psychomotrice et recherches n°163.

DELION P. 2005. *L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique.* Paris, Presse universitaire de France, coll. Le fil rouge

DION C. 1993. *Un groupe = un corps. Le groupe restreint en psychomotricité.* Travaux universitaires.

DOLTO F. 1997. *Le sentiment de soi : aux sources de l'image du corps*. Paris, Gallimard, coll. Collection Françoise Dolto.

FEDERATION FRANCAISE DE PSYCHIATRIE *Recommandation pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme.*

GEORGE F. 2011. *Actualité sur la prise en charge des troubles envahissants du développement*. Marseille, Solal. Chapitre 1,2,3

GOLSE B. 2013. Conférence Corps & Psyché, Autisme et langage.

GRABOT D. 2002. *Le psychomotricien et les groupes.* Enfances et Psy n°19. p109-115

HAAG G. *Psychopathologie de la petite enfance. Les apports de l'expérience clinique des psychoses infantiles*. Exposé de Geneviève HAAG.

HOCHMANN J. 2013. *Pour soigner l'enfant autiste*. Paris, O. Jacob

JOLY F. 2007. *Sa majesté le bébé.* Erès

KAES R. & LAURENT P. 2009. *Les processus thérapeutiques dans les groupes.* Toulouse, Erès, coll. Groupes thérapeutiques.

KRAUSS S.2007. *L'enfant autiste et le modelage. De l'empreinte corporelle à l'empreinte psychique.* Ramonville-Saint-Agne, Erès, coll. La vie de l'enfant.

LARROCHE M. 2012. *L'engagement corporel du psychomotricien dans la relation thérapeutique avec des adultes autistes*. Travaux universitaires. p33-47

LATOUR A.M. 2005. *Idées simples... à propos du travail en psychomotricité auprès des autistes*. Thérapies psychomotrices et recherches n°142

LATOUR A.M. 2007. *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques.* Ramonville-Saint-Agne, Erès, coll. La vie de l'enfant.

LEMAY M. 2004. *L'autisme aujourd'hui*. Paris, O. Jacob. Chapitres 1, 2, 4, 6

MANGENOT L. 2012. *Illustration d'une prise en charge psychomotrice en groupe pour un enfant porteur d'autisme.* Travaux universitaires.

OTERO M. 2013. *A ciel ouvert*. Film Happiness Distribution

OUSS L. 2008. *L'enfant autiste*. Montrouge, J. Libbey, coll. Guide pratique de l'aidant.

PERRIN J. 2013. *Autisme et psychomotricité*. Marseille, Solal, coll. Psychomotricité p447-467 et p77-102

PIREYRE E. 2011. *Clinique de l'image du corps : du vécu au concept.* Paris, Dunod, coll. Psychothérapies : pathologies.

POPPER-GURASSA H. 2002. *De l'indifférenciation à l'individuation*. Enfances et Psy n°19. p29-35

PRIVAT P. 2002. *Penser le groupe*. Enfances et Psy n°19. p8-21

PRIVAT P. 2000. *L'enfant en psychothérapie de groupe*. Paris, Dunod, coll. Thérapie.

SELLINGUE-ITEMA M. 2013. *« Tisser des liens au fil du groupe ». Le groupe thérapeutique : une enveloppe contenante pour l'enfant instable.* Travaux universitaires.

TUSTIN F. 2003. *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris, Seuil, coll. Couleur Psy.

URWAND S. 2002. *Le « groupe-analyse » pour des enfants autistes et psychotiques.* Enfances et Psy n°19. p54-61

WINNICOTT D. 1999. *L'enfant, la psyché et le corps*. Paris, Payot et rivages, coll. Bibliothèque scientifique Payot. Chap. 2 & 8.

www.sospsychomotricite.com/ted-enveloppe-corporelle

http://www.craif.org/6-generalites.html

Table des matières

Introduction ……..……..... 1

I. Etre soi : les enveloppes dans le sentiment du corps 4
A. Le corps potentiel 5
1. Les compétences innées du nourrisson 5
2. Fonctionnement réflexe et archaïque du nouveau-né 7
3. Le dialogue tonico-émotionnel 8
B. Le corps pensable 9
1. Une réponse adaptée de la figure maternelle 9
2. Les proto pensées 10
3. La construction d'une peau psychique 11
C. Le corps trouvé-créé 12
1. Réflexivité et analogie de la peau et du psychisme 12
2. Un environnement satisfaisant 14
D. Le corps investi 15
1. Le sentiment d'enveloppe 15
2. Le « je » et l'image du corps 15
3. L'acquisition des compétences psychomotrices 16

II. L'autisme : quel sentiment du corps ? 18
A. Généralités 18
1. Historique 18
2. Définition 19
3. Sémiologie de l'autisme selon le DSM IV 21
4. Les différentes étiologies 23
5. Le diagnostic 26
6. Possibilités de prises en charge 27
B. Approche sensori motrice de l'autisme 31
C. Un recours permanent aux sensations 36
D. Un défaut d'investissement du corps : l'image du corps chez l'enfant autiste 38
E. Approche psychomotrice de l'autisme 39

III. Parmi les autres : du groupe social au groupe thérapeutique 41
A. Quelques généralités 41
1. Définition 41
2. Historique 41
3. Intérêts fonctions et objectifs du groupe 43
4. Risques et limites du groupe 43
B. Les phénomènes au sein d'un groupe 44
1. L'angoisse identitaire 44
2. L'illusion groupale 44
3. L'introjection et la projection 45
4. L'imitation et l'identification 45
5. De l'indifférenciation à l'individuation 46
C. Le sentiment d'existence dans le groupe 46
1. L'intersubjectivité 46
2. L'échange par le langage et la narrativité 47
D. Le groupe thérapeutique en psychomotricité 48
1. Pré-requis à la constitution d'un groupe 49
2. Le cadre comme enveloppe contenante 51
3. Le processus groupal 53
4. L'enfant autiste et le groupe 56

IV. Cas clinique : le groupe, un soutient au sentiment d'existence de l'enfant autiste ? 59
A. Présentation de l'institution 59
B. Ma place 60
C. L'expérience de Franck dans le groupe thérapeutique 62
D. L'expérience de Julien dans le groupe thérapeutique 71

Conclusion……...82

Bibliographie……85

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille de repérages cliniques des étapes évolutives de l'autisme infantile traité de G. Haag.

- Patient : Franck
- Date : 20 Novembre 2013

Annexe 2 : Grille de repérages cliniques des étapes évolutives de l'autisme infantile traité de G. Haag.

- Patient : Franck
- Date : 27 Février 2014

Annexe 1

I – ETAT AUTISTIQUE SEVERE

Expressions émotionnelles dans la relation	0	1	2	3
Recherche de sensations plutôt que d'émotions : autostimulations sensuelles et sensorielles.				
Tantrum : **crise de rage** correspondant à une crise **d'angoisse** avec **désorganisation corporelle**, survenant dans les tentatives forcées de mise en relation ou lorsque l'on empêche les manœuvres autistiques (stéréotypies) : hurlements, agitations désordonnées, gestes d'agression ou auto-agression.			X	
Hypersensibilité de type très primitif à **l'état émotionnel ambiant** : signes indirects par accentuation des stéréotypies ou rituels, voire déclenchement d'un tantrum en cas de tensions et soucis chez des personnes proches : détente dans le cas contraire.				
Regard				
Absent.				
Fuyant, évitant, collé sans pénétration, traversant.			X	
Périphérique, ou regard dévié (à la recherche du contour du corps propre et du collage à l'autre ou aux objets) à différencier du regard en coin paranoïaque (où le persécuteur est dans le dos).			X	
Image du corps				
Entretient de **stéréotypie** quasi permanentes : stimulations **visuelles, auditives, tactiles, respiratoires, labyrinthiques, coenesthésiques** (ex : mérycisme)		X		
Ritualisations intenses avec des objets, trajets, organisation temporelle.			X	
Hypertonie (hyper extension **de l'axe, marche sur la pointe des pieds**).				
Hypotonie jusqu'à l'écroulement (base du vécu de liquéfaction).			X	
Angoisses de **chute** et de **liquéfaction**, projetées sur l'environnement sensoriel ; par exemple les terreurs à l'écoulement du lavabo, de la chasse d'eau, les peurs de la pente.			X	
Tourbillons pour lutter contre ces angoisses (surtout vertige spatial)				
Bouche amputée : bouche molle et flasque, écoulement de salive, bouche sphinctérisée.				
Visage lisse (possibilité aussi de visage **ridé** ou **crispé**).			X	
Langage verbal				
Langage **inexistant**.				
Echolalie en adhésivité **immédiate**.		X		
Tonalité de voix en général **monocorde** et/ou **haut perchée**.				
Cris perçants. Chantonnements monotones et continus (enveloppe sonore pathologique).			X	
Graphisme				
Inexistant.				
Traces lancées sans retour ou dégoulinantes, en général dépourvues de l'élémentaire rythmicité. Particulière opposition aux traces sur un support détachable. Besoin de **support dur**.				
Exploration de l'espace et des objets				
Exploration des objets (en règle absente dans cette dimension).				
Objets pris comme objets **autistiques** (ex : petit objet dur dans creux de la **main**, dans la **bouche**, selles dans **l'anus**).				
Espace unidimensionnel : enfant figé, entretenant une **stéréotypie unisensorielle** bien particulière (ex : regard accroché à la lumière du plafond).				
Espace bidimensionnel : - fonctionnement sur **deux canaux sensoriels** (ex : enfant accroché à la vision, au son) - lutte contre les formes tridimensionnelles : défait tout ce qui est creux pour **rendre plat ou lisse** - exploration évitante : **évitement des orifices et extrémités** (« trous et bouts »)				
Repérage temporel				
Temps unidimensionnel : abolition du temps : concentration sur **un seul canal sensoriel** (ex : enfant perdu dans la contemplation d'un point). **Accrochage sur un point fixe ou mobile.**				
Temps bidimensionnel : **temps circulaire** ; ritualisation avec recherche d'invariants et **repérage des cycles** (« retour du même »).				
Manifestations agressives				
Auto ou hétéroagressives, elles sont souvent indifférenciées.				
Automutilation par augmentation de l'intensité d'une autostimulation sans mise en jeu d'une véritable pulsion agressive. Elle peut être très dangereuse (hématome par **autocognage** pour provoquer des vibrations osseuses, **lésions oculaires** par accentuation d'une pression des globes pour obtenir une autostimulation lumineuse, **lésions cutanées** par accentuation progressive d'un effleurement stéréotypé, **stéréotypies respiratoires** avec alternance hyperpnée/apnée pouvant entrainer une variation du niveau de conscience ou des crises comitiales si l'enfant est épileptique.				

II- ETAPE DE RECUPERATION DE LA « PEAU », ENVELOPPE/CONTENANCE/ENTOURANCE

Expressions émotionnelles dans la relation	0	1	2	3
Lien émotionnel dans les **couleurs**, la **musique**, liens émotionnels autres dans **l'imitation type précoce**.		X		
Conduites de **grattage/arrachage** (démonstrations et communication d'angoisse de re-perte de l'enveloppe).				
Crises de rage – angoisses corporelles (**tantrum** des anglo-sanxons) : au moment où l'enfant quitte le corps de l'adulte, à la frustration de contacts ou de désirs pulsionnels (plus seulement au dérangement des stéréotypies).			X	
Attaques possessives du visage généralement jubilatoires (tirer le nez, les cheveux, griffer, mordre, doigts dans les yeux).				
Alternance de jubilations et de craintes dans la retrouvaille du regard.				
Regard				
Va-et-vient entre l'**hyperpénétration** et le retrait : alternance regard de fuite et hyperpénétrant.				
Souvent pénétration directe dans le regard de l'autre, visage contre visage jusqu'à **l'effet** cyclope (impression d'un 3° œil au milieu du front)				
Démonstration du fantasme de se coller au fond : **se coller derrière la tête après être « rentré dans les yeux ».**				
Parfois indices indirects d'un désir de piquer dans l'œil pour traverser (œil-bec), par exemple pointe de crayon dans l'œil des poupées (**pénétration indirecte**).				
Pénétration/plongée avec appui-dos.				
Image du corps				
Recherche de l'appui-dos (combiné ou non à la pénétration dans le regard).				
Inclusion du corps propre dans des **contenants circulaires** (pneus, cerceaux, enroulement dans les rideaux) signant la récupération en cours du sentiment d'enveloppe.			X	
Recherche du serrage (être serré dans les bras, entre chaises et tables, dans les espaces étroits).				
Signes de **claustrophobie :** claustrophobie des **vêtements,** des **contenants,** des **groupes** (angoisse du serrage écrasant, étouffant).				
Signes de récupération du pourtour de la bouche : - ils vérifient le ressenti du pourtour de la bouche en la plaquant partout sur l'environnement, en se palpant la bouche avec les doigts ; exploration du craché, bruits de bouche explosifs - signes d'angoisse de re-perte : se rattraper la bouche en hurlant ; contorsions et grimaces intenses de la bouche.				
Investissement particulier de la **main**. Contemplation. Faire dessiner le contour.				
Investissement des **tuyaux** en projection d'une perception du corps comme tuyau ou système de tuyaux.				
Langage verbal				
Exercice vocalique spontané avec très peu d'imitations : jeux vocaliques semblent exprimer l'intériorisation des « boucles de retour » relationnelles dans le théâtre de la bouche.			X	
Graphisme				
Parfois **inexistant.**				
Traces devenant possibles sur un **support dur** ou quand **contact physique** (ex : soutien de sa main, de son dos). Contour de la main possible chez certains enfants plus évolués.				
Balayages rythmés simples, **pointillage** et **déroulement spiralés** le plus souvent sur support plein.				
Exploration de l'espace et des objets				
Apparition d'un repérage de l'espace tridimensionnel :				
• **exploration** avec l'index bien séparé des creux, plis, saillies et **contenants** ; début des activités d'encastrement. • Explorations de **l'espace architectural** : contour des pièces, rebords des meubles. • Fabrication de **territoires** : l'enfant s'encercle à l'aide d'objets ou de pièces de mobilier. Forte réaction si quelqu'un pénètre cette limite. **Déplacement** dans l'espace **bras tendu en avant, main dressée** en limite de l'espace entourant.			X	
Repérage temporel				
Le temps circulaire : retour du même **Début du temps oscillant** : tentative de maitrise du recommencement, croyance en la réversibilité du temps avec sentiment de maitrise et mégalomanie.			X	
Manifestations agressives				
Apparente hétéro-agressivité, plus particulièrement **vers le visage**, dans des mouvements correspondant au dégel pulsionnel oral et à l'intense possession du visage qui lui est lié (destructivité liée à la pulsion orale). Ces attaques réagissent bien aux jeux transformateurs et dramatisants introduisant le faire-semblant (jeux de lion, transformation des arrachages des yeux ou de nez en caresses). Cette transformation est essentielle pour la bonne évolution de l'enfant vers des relations tendres et l'acceptation des rituels sociaux.				

III- REDUCTION DU CLIVAGE VERTICAL

Expressions émotionnelles dans la relation	0	1	2	3
Etat hypomane assez joyeux avec élan, envie de chanter. Subexcitation.				
Manifestations d'envie destructrice : arracher les possessions des autres, empiéter sur leur territoire.				
Regard				
Strabisme pour éviter la binocularisation, la vision à distance.				
Regard oral : assimilation des yeux à la bouche (« manger des yeux »), **mimes de dévoration** avec la main ou des figurines animales. Pointage de scènes de dévoration sur des livres d'images. Regard pris dans la problématique de la pulsion orale : danger de manger, **être manger avec les yeux.**				
Image du corps				
a) Coté pathologique : prendre la mai n pour faire. **Se coller le coté sur le coté de l'autre.** Collage d'un hémicorps. Possibles attitudes d'hémiplégie ou d'hyperserrage autour de l'axe, etc. b) Coté réparation-restauration : **jonctions entre les deux cotés**, mains jointes, taper des mains, auto-tenue, auto-emprise. Si activité graphique préalablement sur une demie feuille, débordement et occupation de l'autre champ, etc. (voir graphisme).		X		
Langage verbal				
Langage possible en **écholalie** plutôt **différée.**				
Clivages variés : - **Démutisation en demi-mots**, attendant le complément de la part de l'adulte. - **Démutisation en voyelles** (sons vocaliques avec évitement des consonnes). - **Jeux avec les doubles syllabes** (papa, dada, titi…) avec une voix de tonalité normale.				
Graphisme				
Graphisme possible sur **support détachable**.				
Verticalisation de l'axe des spirales ou du balayage.				
Représentation en « **hémi dessins**» de figure géométrique ou représentative sur moitié de la feuille, appelant notre complément. Ou dessins fait à cheval sur deux feuilles jointes de sorte que la figure est coupée en deux longitudinalement si l'on sépare les feuilles.				
Intérêt pour la duplication (photocopie, papier Carbonne…)				
Exploration de l'espace et des objets				
Intérêt pour les articulations verticales fixes des éléments du décor (enfant se callant dans les angles de deux murs). (démonstration de la projection de la perception de l'axe du corps propre sur les angles architecturaux et mobiliers).				
Intérêt pour la verticale exercée dans les pliages et découpages longitudinaux des papiers, tissus…				
Intérêt pour les **objets doubles et comparaison du pareil/pas pareil.**				
Intérêt pour les **articulation**s mobiles des éléments du décor : jeux avec les **charnières des portes** (à différencier des jeux d'ouverture/fermeture correspondant plus à un exercice de maitrise contemporain de la maitrise sphinctérienne anale). Manipulations des **reliures de livres.**				
Intérêt pour les **encastrements.**				
Repérage temporel				
Alternance du temps circulaire (retour du même) et du temps oscillant.				
Temps oscillant : maitrise du recommencement, croyance en la réversibilité.				
Manifestations agressives				
Conduites auto-agressives : attaques du coté du corps confondu avec celui de l'adulte.				
Cognage d'éléments médians du corps propre (milieu du front, milieu de la poitrine) sur les **angles et les bords** du mobilier.				

IV-REDUCTION DU CLIVAGE HORIZONTAL

Expressions émotionnelles dans la relation	0	1	2	3
Ebauche d'une conscience de séparation, d'une identité séparée. Emergence de moments relationnels en **mutualit**é avec **échanges tendres**.			X	
Expression d'une certaine toute-puissance infantile avec besoin de **possession maîtrisante.**				
Auto-dévalorisation : peut d'être écrasé, de se sentir bon à rien, trop petit, trop faible, nul.				
Fluctuations thymiques franchement maniaco-dépressives : **Etat maniaque** toujours avec plus d'implication sexuelle et anale. Erotisation de plus en plus forte dans les moments maniaques. Maitrise possessive euphorique avec des éléments tyranniques.				
Moments dépressifs de type mélancolique très peu visibles (enfants prostrés, atoniques).				
Regard				
Lumineux, renvoyant.				
Parfois **regard « malin »** recherchant la connivence dans les recherches de co-excitation sexualisée ou certaines activités destructrices.				
Image du corps				
Confirmation de l'**investissement** de la moitié inférieure du corps : exploration des **membres inférieurs** et des **zones anales et sexuelles.**				
Propreté sphinctérienne acquise ou mieux intégrée.				
Troubles de type **rétentionnel** : constipation, refus de lâcher les selles en dehors des couches ou autres.				
Possibles **masturbations compulsionnelles génitales.**				
Possibles **masturbations anales** patentes (main pénétrant l'anus, possibles jeux fécaux).				
Parfois démonstration de **l'éprouvé de la charnière haut/bas**, par ex pliage en deux du corps dans différentes positions.				
Claustrophobie possible des lieux, surtout si éléments de masturbation anale.				
Langage verbal				
Imitations de la mélodie de la structure entière de la phrase remplie de jargon avec émergence de mots.				
Clivage possible : **mots-mélodies** ou clivage horizontal selon tonalité : **voix du haut/voix du bas**.				
« **Les mots ficelles** » = prolongements sonores de certains mots dans une tentative d'atteindre l'autre (ex : chien :in..in..)				
Avidité pour l'acquisition du vocabulaire avec répétition des mots.				
Graphisme				
Horizontalisation de l'axe des spirales ou du balayage (spirale de maitrise dans le sens horaire).				
Hémi-dessins des figures géométriques ou représentatives **coupées horizontalement** soit sur les moitiés supérieures/inférieures de la feuille, soit à la limite de deux feuilles jointes puis séparées.				
Poursuite du pointillage et jeux d'inclusion du pointillage dans les lignes du contour.				
Utilisation plus fréquente des couleurs reliées à des expressions émotionnelles.				
Exploration de l'espace et des objets				
Intérêt pour le dessus/dessous des espaces, objets et contenants.				
Découpages et pliages horizontaux.				
Constructions emboitées plus complexes.			X	
Jeux répétitifs **d'ouverture/fermeture** des **portes**, maitrises des **interrupteurs,** des **clés**.				
Possibilité d'alignements et d'assemblages obsessionnels des objets avec répétition indéfinies sans grande variation.		X		
Repérage temporel				
Temps oscillant : illusion de la réversibilité.				
Temps linéaire : conception et acceptation de l'irréversibilité.				
Manifestations agressives				
L'hétéro-agressive inclue des éléments du niveau de la construction anale normale et pathologique : possession maniaque (ligoter l'autre, l'écraser, le coincer), états d'excitation parfois sexualisé, possession tyrannique, actes de cruauté sur des animaux, sur de plus jeunes enfants...				
Automutilation possible des membres inférieurs : coups sur le tibia, genoux, arrachages de peau, et ongles des orteils.				

V-ETAPE D'INDIVIDUATION

Expressions émotionnelles dans la relation	0	1	2	3
La mutualité s'améliore avec recherche plus assurée de **vrais échanges relationnels.**				
Moments de **vraie tendresse** possibles, avec souci de l'autre.				
Possibilités de colères violentes (type 2ème année de la vie).				
Phase plus ou moins longue de **rivalité** à l'égard des **égaux** ou **plus petits**, dans et hors de la famille.				
Manifestations de la **rivalité œdipienne** (possession amoureuse d'un parent et exclusion de l'autre).				
Regard				
Pétillant, avec une bonne tonalité d'échange.				
Recherche du regard de l'autre pour **l'attention conjointe.**				
Développement du **pointage proto-déclaratif.**				
Image du corps				
Capacité de **séparation corporelle totale**.				
Le **stade du miroir** se confirme.				
Investissement de l'espace et plaisir de la déambulation, du grimper délivrés des angoisses spatiales préalables.				
Sphinctérisation anale : **acquisition de la propreté** se confirme sans problème.				
Symptômes de **rétention** : constipation-refus de l'émission des selles en dehors de la couche.				
Recherche d' « **échanges en face** » avec un espace entre les deux corps (perception de deux personnes totalement séparées) : échange d'objets donnés et repris dans la main.				
Langage verbal				
L'apparition du **NON** signe une bonne organisation.				
Articulation de deux mots (apparait normalement de 18 à 24 mois).				
Complexification progressive de **l'organisation grammaticale**.				
Perfectionnement de la prosodie (mélodie de la phrase, avec intonation et accents).				
Monologues à plusieurs voix signant l'intériorisation du lien de dialogue.				
Apparition d'un **langage gestuel socialisé** (bravo, au revoir…).				
Certaines **anomalies** peuvent persister (précocité, tonalité : voix trop haute ou trop basse).				
Graphisme				
Fermeture du cercle.				
Installation de formes radiaires, **formes solaires**, **bonhomme têtard**.				
Traces plus évoluées possibles, selon l'étape maturative atteinte : **remplissage, croisement des axes, carrés, rectangles, maison.**				
Dédoublement de l'horizontale en ligne de terre et ligne de ciel dégageant le **fond** blanc **des paysages** avec scènes figuratives.				
Traits pathologiques persistants : **évitements** soigneux des **figurations humaines**, prédominance de jeux plastiques abstraits, **remplissages obsessionnels** exagérés des **fonds**.				
Exploration de l'espace et des objets				
Quasi **disparition de stéréotypies** et **apparition des jeux symboliques** mieux développés notamment avec des figurations humaines et animales.				
Intérêt pour les **jeux de cache-cache** (notion de permanence de l'objet).				
Jeux de **contenu/contenant** avec transvasements, empaquetages et enfoncements (jeux de la 2ème année de la vie).				
Fermeture/ouverture des objets (**fenêtres, portes, boites**) qui peut se développer parallèlement à la maitrise sphinctérienne et au souci de séparation de dedans/dehors.				
Conduites d'offrandes avec expérimentation du circuit **donner-reprendre** : mettre les objets dans la main de l'autre et les reprendre.				
A titre de « **séquelles** », manipulations d'objets obsessionnelles et persistantes.				
Repérage temporel				
Temps linéaire, temps de la séparation avec notion d'écoulement inéluctable du temps. Meilleure tolérance à la séparation.				
Manifestations agressives				
Hétéro-agressivité vraie de la rivalité, compétition pour une personne, un objet (mordre, tirer les cheveux, taper pour une possession d'objets ou de territoires et non plus dans la possession primitive du visage ou d'autres parties du corps en objets partiels).				
Auto-agressivité possible, par **retour sur soi** d'une hétéro-agressivité réprimée, avec des mouvements **d'identification à l'agresseur**.				

Annexe 2

I – ETAT AUTISTIQUE SEVERE

Expressions émotionnelles dans la relation	0	1	2	3
Recherche de sensations plutôt que d'émotions : autostimulations sensuelles et sensorielles.				
Tantrum : **crise de rage** correspondant à une crise **d'angoisse** avec **désorganisation corporelle**, survenant dans les tentatives forcées de mise en relation ou lorsque l'on empêche les manœuvres autistiques (stéréotypies) : hurlements, agitations désordonnées, gestes d'agression ou auto-agression.				
Hypersensibilité de type très primitif à **l'état émotionnel ambiant** : signes indirects par accentuation des stéréotypies ou rituels, voire déclenchement d'un tantrum en cas de tensions et soucis chez des personnes proches : détente dans le cas contraire.				
Regard				
Absent.				
Fuyant, évitant, collé sans pénétration, traversant.		X		
Périphérique, ou regard dévié (à la recherche du contour du corps propre et du collage à l'autre ou aux objets) à différencier du regard en coin paranoïaque (où le persécuteur est dans le dos).			X	
Image du corps				
Entretient de **stéréotypie** quasi permanentes : stimulations **visuelles, auditives, tactiles, respiratoires, labyrinthiques, coenesthésiques** (ex : mérycisme)		X		
Ritualisations intenses avec des objets, trajets, organisation temporelle.			X	
Hypertonie (hyper extension **de l'axe, marche sur la pointe des pieds**).				
Hypotonie jusqu'à l'écroulement (base du vécu de liquéfaction).		X		
Angoisses de **chute** et de **liquéfaction**, projetées sur l'environnement sensoriel ; par exemple les terreurs à l'écoulement du lavabo, de la chasse d'eau, les peurs de la pente.		X		
Tourbillons pour lutter contre ces angoisses (surtout vertige spatial)				
Bouche amputée : bouche molle et flasque, écoulement de salive, bouche sphinctérisée.				
Visage lisse (possibilité aussi de visage **ridé** ou **crispé**).		X		
Langage verbal				
Langage **inexistant**.				
Echolalie en adhésivité **immédiate**.		X		
Tonalité de voix en général **monocorde** et/ou **haut perchée**.				
Cris perçants. Chantonnements monotones et continus (enveloppe sonore pathologique).		X		
Graphisme				
Inexistant.				
Traces lancées sans retour ou dégoulinantes, en général dépourvues de l'élémentaire rythmicité. Particulière opposition aux traces sur un support détachable. Besoin de **support dur**.				
Exploration de l'espace et des objets				
Exploration des objets (en règle absente dans cette dimension).				
Objets pris comme objets **autistiques** (ex : petit objet dur dans creux de la **main**, dans la **bouche**, selles dans **l'anus**).				
Espace unidimensionnel : enfant figé, entretenant une **stéréotypie unisensorielle** bien particulière (ex : regard accroché à la lumière du plafond).	X			
Espace bidimensionnel : - fonctionnement sur **deux canaux sensoriels** (ex : enfant accroché à la vision, au son) - lutte contre les formes tridimensionnelles : défait tout ce qui est creux pour **rendre plat ou lisse** - exploration évitante : **évitement des orifices et extrémités** (« trous et bouts »)				
Repérage temporel				
Temps unidimensionnel : abolition du temps : concentration sur **un seul canal sensoriel** (ex : enfant perdu dans la contemplation d'un point). **Accrochage sur un point fixe ou mobile.**				
Temps bidimensionnel : **temps circulaire** ; ritualisation avec recherche d'invariants et **repérage des cycles** (« retour du même »).				
Manifestations agressives				
Auto ou hétéroagressives, elles sont souvent indifférenciées.				
Automutilation par augmentation de l'intensité d'une autostimulation sans mise en jeu d'une véritable pulsion agressive. Elle peut être très dangereuse (hématome par **autocognage** pour provoquer des vibrations osseuses, **lésions oculaires** par accentuation d'une pression des globes pour obtenir une autostimulation lumineuse, **lésions cutanées** par accentuation progressive d'un effleurement stéréotypé, **stéréotypies respiratoires** avec alternance hyperpnée/apnée pouvant entrainer une variation du niveau de conscience ou des crises comitiales si l'enfant est épileptique.				

II- ETAPE DE RECUPERATION DE LA « PEAU », ENVELOPPE/CONTENANCE/ENTOURANCE

Expressions émotionnelles dans la relation	0	1	2	3
Lien émotionnel dans les **couleurs**, la **musique**, liens émotionnels autres dans **l'imitation type précoce**.		X		
Conduites de **grattage/arrachage** (démonstrations et communication d'angoisse de re-perte de l'enveloppe).				
Crises de rage – angoisses corporelles (**tantrum** des anglo-sanxons) : au moment où l'enfant quitte le corps de l'adulte, à la frustration de contacts ou de désirs pulsionnels (plus seulement au dérangement des stéréotypies).			X	
Attaques possessives du visage généralement jubilatoires (tirer le nez, les cheveux, griffer, mordre, doigts dans les yeux).				
Alternance de jubilations et de craintes dans la retrouvaille du regard.		X		
Regard				
Va-et-vient entre l'**hyperpénétration** et le retrait : alternance regard de fuite et hyperpénétrant.				
Souvent pénétration directe dans le regard de l'autre, visage contre visage jusqu'à **l'effet** cyclope (impression d'un 3° œil au milieu du front)				
Démonstration du fantasme de se coller au fond : **se coller derrière la tête après être « rentré dans les yeux ».**				
Parfois indices indirects d'un désir de piquer dans l'œil pour traverser (œil-bec), par exemple pointe de crayon dans l'œil des poupées (**pénétration indirecte**).				
Pénétration/plongée avec appui-dos.			X	
Image du corps				
Recherche de l'appui-dos (combiné ou non à la pénétration dans le regard).			X	
Inclusion du corps propre dans des **contenants circulaires** (pneus, cerceaux, enroulement dans les rideaux) signant la récupération en cours du sentiment d'enveloppe.			X	
Recherche du serrage (être serré dans les bras, entre chaises et tables, dans les espaces étroits).		X		
Signes de **claustrophobie :** claustrophobie des **vêtements,** des **contenants,** des **groupes** (angoisse du serrage écrasant, étouffant).				
Signes de récupération du pourtour de la bouche : - ils vérifient le ressenti du pourtour de la bouche en la plaquant partout sur l'environnement, en se palpant la bouche avec les doigts ; exploration du craché, bruits de bouche explosifs - signes d'angoisse de re-perte : se rattraper la bouche en hurlant ; contorsions et grimaces intenses de la bouche.				
Investissement particulier de la **main**. Contemplation. Faire dessiner le contour.				
Investissement des **tuyaux** en projection d'une perception du corps comme tuyau ou système de tuyaux.				
Langage verbal				
Exercice vocalique spontané avec très peu d'imitations : jeux vocaliques semblent exprimer l'intériorisation des « boucles de retour » relationnelles dans le théâtre de la bouche.			X	
Graphisme				
Parfois **inexistant.**				
Traces devenant possibles sur un **support dur** ou quand **contact physique** (ex : soutien de sa main, de son dos). Contour de la main possible chez certains enfants plus évolués.				
Balayages rythmés simples, **pointillage** et **déroulement spiralés** le plus souvent sur support plein.				
Exploration de l'espace et des objets				
Apparition d'un repérage de l'espace tridimensionnel :				
• **exploration** avec l'index bien séparé des creux, plis, saillies et **contenants** ; début des activités d'encastrement. • Explorations de **l'espace architectural** : contour des pièces, rebords des meubles. • Fabrication de **territoires** : l'enfant s'encercle à l'aide d'objets ou de pièces de mobilier. Forte réaction si quelqu'un pénètre cette limite. **Déplacement** dans l'espace **bras tendu en avant, main dressée** en limite de l'espace entourant.			X	
Repérage temporel				
Le temps circulaire : retour du même **Début du temps oscillant** : tentative de maitrise du recommencement, croyance en la réversibilité du temps avec sentiment de maitrise et mégalomanie.		X		
Manifestations agressives				
Apparente hétéro-agressivité, plus particulièrement **vers le visage**, dans des mouvements correspondant au dégel pulsionnel oral et à l'intense possession du visage qui lui est lié (destructivité liée à la pulsion orale). Ces attaques réagissent bien aux jeux transformateurs et dramatisants introduisant le faire-semblant (jeux de lion, transformation des arrachages des yeux ou de nez en caresses). Cette transformation est essentielle pour la bonne évolution de l'enfant vers des relations tendres et l'acceptation des rituels sociaux.				

III- REDUCTION DU CLIVAGE VERTICAL

Expressions émotionnelles dans la relation	0	1	2	3
Etat hypomane assez joyeux avec élan, envie de chanter. Subexcitation.		X		
Manifestations d'envie destructrice : arracher les possessions des autres, empiéter sur leur territoire.			X	
Regard				
Strabisme pour éviter la binocularisation, la vision à distance.				
Regard oral : assimilation des yeux à la bouche (« manger des yeux »), **mimes de dévoration** avec la main ou des figurines animales. Pointage de scènes de dévoration sur des livres d'images. Regard pris dans la problématique de la pulsion orale : danger de manger, **être manger avec les yeux.**			X	
Image du corps				
c) Coté pathologique : prendre la mai n pour faire. **Se coller le coté sur le coté de l'autre.** Collage d'un hémicorps. Possibles attitudes d'hémiplégie ou d'hyperserrage autour de l'axe, etc. d) Coté réparation-restauration : **jonctions entre les deux cotés**, mains jointes, taper des mains, auto-tenue, auto-emprise. Si activité graphique préalablement sur une demie feuille, débordement et occupation de l'autre champ, etc. (voir graphisme).			X X	
Langage verbal				
Langage possible en **écholalie** plutôt **différée.**			X	
Clivages variés : - **Démutisation en demi-mots**, attendant le complément de la part de l'adulte. - **Démutisation en voyelles** (sons vocaliques avec évitement des consonnes). - **Jeux avec les doubles syllabes** (papa, dada, titi…) avec une voix de tonalité normale.				
Graphisme				
Graphisme possible sur **support détachable**.				
Verticalisation de l'axe des spirales ou du balayage.				
Représentation en « **hémi dessins**» de figure géométrique ou représentative sur moitié de la feuille, appelant notre complément. Ou dessins fait à cheval sur deux feuilles jointes de sorte que la figure est coupée en deux longitudinalement si l'on sépare les feuilles.				
Intérêt pour la duplication (photocopie, papier Carbonne…)				
Exploration de l'espace et des objets				
Intérêt pour les articulations verticales fixes des éléments du décor (enfant se callant dans les angles de deux murs). (démonstration de la projection de la perception de l'axe du corps propre sur les angles architecturaux et mobiliers).		X		
Intérêt pour la verticale exercée dans les pliages et découpages longitudinaux des papiers, tissus…				
Intérêt pour les **objets doubles et comparaison du pareil/pas pareil.**				
Intérêt pour les **articulation**s mobiles des éléments du décor : jeux avec les **charnières des portes** (à différencier des jeux d'ouverture/fermeture correspondant plus à un exercice de maitrise contemporain de la maitrise sphinctérienne anale). Manipulations des **reliures de livres.**				
Intérêt pour les **encastrements.**			X	
Repérage temporel				
Alternance du temps circulaire (retour du même) et du temps oscillant.			X	
Temps oscillant : maitrise du recommencement, croyance en la réversibilité.				
Manifestations agressives				
Conduites auto-agressives : attaques du coté du corps confondu avec celui de l'adulte.				
Cognage d'éléments médians du corps propre (milieu du front, milieu de la poitrine) sur les **angles et les bords** du mobilier.			X	

IV-REDUCTION DU CLIVAGE HORIZONTAL

Expressions émotionnelles dans la relation	0	1	2	3
Ebauche d'une conscience de séparation, d'une identité séparée. Emergence de moments relationnels en **mutualit**é avec **échanges tendres**.			X	
Expression d'une certaine toute-puissance infantile avec besoin de **possession maîtrisante.**			X	
Auto-dévalorisation : peut d'être écrasé, de se sentir bon à rien, trop petit, trop faible, nul.				
Fluctuations thymiques franchement maniaco-dépressives : **Etat maniaque** toujours avec plus d'implication sexuelle et anale. Erotisation de plus en plus forte dans les moments maniaques. Maitrise possessive euphorique avec des éléments tyranniques.				
Moments dépressifs de type mélancolique très peu visibles (enfants prostrés, atoniques).				
Regard				
Lumineux, renvoyant.		X		
Parfois **regard « malin »** recherchant la connivence dans les recherches de co-excitation sexualisée ou certaines activités destructrices.		X		
Image du corps				
Confirmation de l'**investissement** de la moitié inférieure du corps : exploration des **membres inférieurs** et des **zones anales et sexuelles.**		X		
Propreté sphinctérienne acquise ou mieux intégrée.		X		
Troubles de type **rétentionnel** : constipation, refus de lâcher les selles en dehors des couches ou autres.				
Possibles **masturbations compulsionnelles génitales.**				
Possibles **masturbations anales** patentes (main pénétrant l'anus, possibles jeux fécaux).				
Parfois démonstration de **l'éprouvé de la charnière haut/bas**, par ex pliage en deux du corps dans différentes positions.				
Claustrophobie possible des lieux, surtout si éléments de masturbation anale.				
Langage verbal				
Imitations de la mélodie de la structure entière de la phrase remplie de jargon avec émergence de mots.		X		
Clivage possible : **mots-mélodies** ou clivage horizontal selon tonalité : **voix du haut/voix du bas**.				
« **Les mots ficelles** » = prolongements sonores de certains mots dans une tentative d'atteindre l'autre (ex : chien :in..in..)		X		
Avidité pour l'acquisition du vocabulaire avec répétition des mots.				
Graphisme				
Horizontalisation de l'axe des spirales ou du balayage (spirale de maitrise dans le sens horaire).				
Hémi-dessins des figures géométriques ou représentatives **coupées horizontalement** soit sur les moitiés supérieures/inférieures de la feuille, soit à la limite de deux feuilles jointes puis séparées.				
Poursuite du pointillage et jeux d'inclusion du pointillage dans les lignes du contour.				
Utilisation plus fréquente des couleurs reliées à des expressions émotionnelles.				
Exploration de l'espace et des objets				
Intérêt pour le dessus/dessous des espaces, objets et contenants.			X	
Découpages et pliages horizontaux.				
Constructions emboitées plus complexes.				
Jeux répétitifs **d'ouverture/fermeture** des **portes**, maitrises des **interrupteurs,** des **clés**.		X		
Possibilité d'alignements et d'assemblages obsessionnels des objets avec répétition indéfinies sans grande variation.			X	
Repérage temporel				
Temps oscillant : illusion de la réversibilité.				
Temps linéaire : conception et acceptation de l'irréversibilité.				
Manifestations agressives				
L'hétéro-agressive inclue des éléments du niveau de la construction anale normale et pathologique : possession maniaque (ligoter l'autre, l'écraser, le coincer), états d'excitation parfois sexualisé, possession tyrannique, actes de cruauté sur des animaux, sur de plus jeunes enfants...				
Automutilation possible des membres inférieurs : coups sur le tibia, genoux, arrachages de peau, et ongles des orteils.				

V-ETAPE D'INDIVIDUATION

Expressions émotionnelles dans la relation	0	1	2	3
La mutualité s'améliore avec recherche plus assurée de **vrais échanges relationnels.**		X		
Moments de **vraie tendresse** possibles, avec souci de l'autre.				
Possibilités de colères violentes (type 2ème année de la vie).				
Phase plus ou moins longue de **rivalité** à l'égard des **égaux** ou **plus petits**, dans et hors de la famille.				
Manifestations de la **rivalité œdipienne** (possession amoureuse d'un parent et exclusion de l'autre).				
Regard				
Pétillant, avec une bonne tonalité d'échange.		X		
Recherche du regard de l'autre pour **l'attention conjointe.**				
Développement du **pointage proto-déclaratif.**				
Image du corps				
Capacité de **séparation corporelle totale**.				
Le **stade du miroir** se confirme.				
Investissement de l'espace et plaisir de la déambulation, du grimper délivrés des angoisses spatiales préalables.				
Sphinctérisation anale : **acquisition de la propreté** se confirme sans problème.				
Symptômes de **rétention** : constipation-refus de l'émission des selles en dehors de la couche.				
Recherche d' « **échanges en face** » avec un espace entre les deux corps (perception de deux personnes totalement séparées) : échange d'objets donnés et repris dans la main.				
Langage verbal				
L'apparition du **NON** signe une bonne organisation.				
Articulation de deux mots (apparait normalement de 18 à 24 mois).				
Complexification progressive de **l'organisation grammaticale**.				
Perfectionnement de la prosodie (mélodie de la phrase, avec intonation et accents).				
Monologues à plusieurs voix signant l'intériorisation du lien de dialogue.				
Apparition d'un **langage gestuel socialisé** (bravo, au revoir…).				
Certaines **anomalies** peuvent persister (précocité, tonalité : voix trop haute ou trop basse).				
Graphisme				
Fermeture du cercle.				
Installation de formes radiaires, **formes solaires**, **bonhomme têtard**.				
Traces plus évoluées possibles, selon l'étape maturative atteinte : **remplissage, croisement des axes, carrés, rectangles, maison.**				
Dédoublement de l'horizontale en ligne de terre et ligne de ciel dégageant le **fond** blanc **des paysages** avec scènes figuratives.				
Traits pathologiques persistants : **évitements** soigneux des **figurations humaines**, prédominance de jeux plastiques abstraits, **remplissages obsessionnels** exagérés des **fonds**.				
Exploration de l'espace et des objets				
Quasi **disparition de stéréotypies** et **apparition des jeux symboliques** mieux développés notamment avec des figurations humaines et animales.				
Intérêt pour les **jeux de cache-cache** (notion de permanence de l'objet).				
Jeux de **contenu/contenant** avec transvasements, empaquetages et enfoncements (jeux de la 2ème année de la vie).				
Fermeture/ouverture des objets (**fenêtres, portes, boites**) qui peut se développer parallèlement à la maitrise sphinctérienne et au souci de séparation de dedans/dehors.				
Conduites d'offrandes avec expérimentation du circuit **donner-reprendre** : mettre les objets dans la main de l'autre et les reprendre.				
A titre de « **séquelles** », manipulations d'objets obsessionnelles et persistantes.				
Repérage temporel				
Temps linéaire, temps de la séparation avec notion d'écoulement inéluctable du temps. Meilleure tolérance à la séparation.				
Manifestations agressives				
Hétéro-agressivité vraie de la rivalité, compétition pour une personne, un objet (mordre, tirer les cheveux, taper pour une possession d'objets ou de territoires et non plus dans la possession primitive du visage ou d'autres parties du corps en objets partiels).				
Auto-agressivité possible, par **retour sur soi** d'une hétéro-agressivité réprimée, avec des mouvements **d'identification à l'agresseur**.				

Commentaires

Cette *grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité* a été élaborée entre 1987 et 1995 par un groupe de psychothérapeutes de formation psychanalytique. A travers les 5 étapes évolutives et les 8 domaines d'observations, cette grille permet une analyse de la formation du Moi corporel chez l'enfant autiste. Elle met en évidence la structuration de l'image du corps et les vécus corporels de l'enfant (angoisses corporelles, expressions émotionnelles, exploration de l'espace et des objets).

Cet outil retrace le chemin établi par l'enfant autiste depuis la fusion avec la figure maternelle jusqu'à la séparation et l'individuation. Les étapes d'évolution ne sont pas homogènes, ni linéaires.