



HAL
open science

Aqua sert le psychomotricien : expérience auprès de patients adultes avec autisme déficitaires à travers la médiation eau

Sarah Pignol

► **To cite this version:**

Sarah Pignol. Aqua sert le psychomotricien : expérience auprès de patients adultes avec autisme déficitaires à travers la médiation eau. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01018662

HAL Id: dumas-01018662

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018662v1>

Submitted on 4 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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien**

Aqua sert le psychomotricien

Expérience auprès de patients adultes avec autisme déficitaires à
travers la médiation eau

PIGNOL Sarah

Née le 18.09.1990 à Paris 12^e

Juin 2014

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
Psychomotricien**

Aqua sert le psychomotricien

Expérience auprès de patients adultes avec autisme déficitaires à
travers la médiation eau

PIGNOL Sarah

Née le 18.09.1990 à Paris 12^e

Juin 2014

Remerciements

Je tiens à remercier en tout premier lieu Anne-Sophie Chevreau et Christiane Lacoste, maître de stage et toutes deux maîtres de ce mémoire, qui m'ont guidée dans la réflexion et la finalisation de cet écrit. Je les remercie de m'avoir fait découvrir une partie du monde de l'autisme.

Je remercie également Laëtitia Briand et Aude Duphil, maîtres de stage et psychomotriciennes ayant suivi de près mon évolution tout au long de cette troisième année. Elles m'ont beaucoup apporté, chacune par sa singularité et son expérience professionnelle.

Je remercie Jean-Pierre Zana, relecteur exigeant mais aussi encourageant, pour ses remarques constructives, et la confiance qu'il porte en moi.

Je remercie également Jean-Michel Couvidat, pour ses remarques et ses explications, ainsi que la considération et la bienveillance qu'il accorde au statut de stagiaire.

Je tiens également à remercier Maïlys Larrebourg, marraine de cœur durant mes trois années de formation à l'Institut, qui m'a soutenue dans mes démarches et donné envie de m'orienter vers cette voie.

Je remercie également l'ensemble des enfants, adolescents et adultes accueillis dans les différentes institutions dans lesquelles j'ai été amenée à réaliser mes stages de formation. Merci à ces personnes croisées pour m'avoir permis de me remettre en question, de découvrir, de rebondir, d'écouter et d'être.

Je remercie l'ensemble des professionnels rencontrés au cours de ces trois années de formation, pour leur ouverture et leur disponibilité.

Je remercie l'ensemble des professeurs de l'I.F.P. de Bordeaux dont j'ai eu l'occasion de suivre les enseignements et leur volonté de transmettre et de partager des connaissances, mais également un savoir-faire et un savoir-être.

Enfin, un grand merci à toute ma famille pour leur présence, leur écoute et leur soutien tout au long de mon parcours étudiant, ainsi qu'à mon ami pour m'avoir épaulée depuis le début de mon aventure psychomotrice.

Avant-propos

« La rencontre avec les personnes autistes nous renvoie constamment face à nos doutes et aux limites de nos connaissances, que nous tentons de réduire pas à pas en explorant leur fonctionnement social, cognitif, communicatif, mais aussi leur état mental, leur fonctionnement cérébral ou encore leur patrimoine génétique. Pour poursuivre ce travail immense et qui nécessite beaucoup d'humilité, il est crucial d'éviter toute position intellectuelle dogmatique ou rigide qui nuirait à l'avancée des recherches, des pratiques et donc à l'intérêt des personnes autistes et leurs familles ».

Carole TARDIF et Bruno GEPNER¹,

Ces quelques lignes ont guidé mes pas sur les chemins de l'acquisition des connaissances psychomotrices et m'ont servie de point de repère au fur et à mesure de mon avancée dans le travail que j'ai souhaité accomplir autour de la psychomotricité et des adultes avec autisme déficitaires. Elles participent à la construction de ma jeune pratique professionnelle.

¹ Carole TARDIF et Bruno GEPNER, *L'autisme*, Editions Armand Colin, sept 2010.

Sommaire

Remerciements	2
Avant-propos	3
Sommaire	4
Introduction	5
Chapitre 1 : A la rencontre de l'autisme	8
I – L'autisme	8
II – Le sujet avec autisme	22
III – Le bilan psychomoteur adapté au sujet avec autisme	32
Chapitre 2 : L'eau dans tous ses états	38
I – Généralités sur l'eau	38
II – Les caractéristiques physiques de l'eau ayant un effet sur le corps	44
Chapitre 3 : L'eau, médiation psychomotrice auprès du sujet avec autisme	46
I – L'eau : un médiateur	46
II – L'eau : médium malléable partiel	47
III – Les concepts fondamentaux psychomoteurs abordés à travers l'eau	49
IV – Des pratiques psychomotrices adaptées au sujet avec autisme déficitaire	61
Chapitre 4 : Approche clinique de l'autisme au travers d'un parcours de formation professionnelle	68
I – Un Foyer d'Accueil Médicalisé	68
II – Deux cas cliniques	72
Conclusion	85
Bibliographie	87
Annexes	90
Table des matières	95

Introduction

J'ai découvert l'autisme au travers de l'accompagnement de patients, lors d'un stage réalisé en fin de première année, dans le cadre de ma formation à l'I.F.P. de Bordeaux, avec une population adulte résidant dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.). Ce stage fût court mais cependant enrichissant et questionnant à la fois. Ma rencontre avec des personnes avec autisme a bousculé les quelques idées vagues que je pouvais me faire de ce public, car elle m'a conduit à de nombreux questionnements concernant les différents niveaux d'approches, le travail que peut réaliser le psychomotricien auprès de ces personnes.

Dans le cadre de ma troisième année de formation à l'Institut, j'ai été acceptée pour un stage long dans le même lieu de stage que celui de fin de première année. Par ailleurs, j'ai également été acceptée dans un second stage dans un Institut Médico-Educatif (I.M.E.), qui travaille en continuité avec le F.A.M. puisque certains jeunes de l'I.M.E. peuvent y être orientés une fois leur cursus en I.M.E. achevé. J'ai ainsi pu suivre mes maîtres de stage lors de leurs divers accompagnements en psychomotricité, durant toute ma troisième année, où j'ai été amenée à observer et à réaliser des accompagnements d'adolescents et d'adultes avec autisme.

Ce mémoire, me permet d'aborder la problématique suivante : le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement du sujet adulte avec autisme déficitaire à travers la médiation eau. C'est pourquoi j'ai choisi comme titre de mémoire : « **Aqua sert le psychomotricien** ». Son jeu de mot s'appuie sur la racine latine « *aqua* » qui signifie « eau », introduisant un double sens. Le premier sens, sous forme de question : « à quoi sert le psychomotricien ? » vient plus largement questionner le rôle du psychomotricien. Le second sens qui est : « l'eau « sert » le psychomotricien », dans le sens où l'eau est un médiateur dont ce dernier peut se saisir au cours de son travail. La suite du titre : « Expérience auprès de patients adultes avec autisme déficitaires à travers la médiation eau » vient souligner d'une part la population retenue pour ce mémoire, et d'autre part, elle confirme le médiateur sous-entendu dans le titre principal.

En faisant le choix du public adulte avec autisme déficitaire pour la problématique de mon mémoire, je ne savais ni par où commencer, ni à quelle source me fier afin de trouver un éclairage sur ce que l'on sait actuellement de l'autisme avec un grand A.

A travers les recherches sur le sujet, et une prise de recul nécessaire, j'ai mesuré que les personnes avec autisme ont certes, des signes cliniques communs (décrits au cours de ce mémoire dans les diverses classifications abordées), mais également de grandes divergences. Il me semble qu'on ne devrait pas parler d'un autisme, mais des autismes car il existe de nombreuses sous-catégories de l'autisme. Pour illustrer mon propos, un

adulte avec un autisme de Kanner n'est pas confronté aux mêmes problématiques qu'un adulte avec un syndrome d'Asperger.

Quant à l'accompagnement de ces sujets avec autisme, il me semble qu'il ne peut pas y avoir un modèle unique d'approche ou d'accompagnement, l'individu étant un être unique et différencié des autres.

Tout au long de ce mémoire, je fais le choix de m'appuyer sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), considérant alors le sujet avec autisme comme porteur d'un handicap et non d'une pathologie. Je rappelle la définition du handicap et celle de la pathologie pour veiller à une distinction suffisante, amenant secondairement à une compréhension de l'autisme.

En 1980, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) déclare au niveau du handicap que : *« est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise. »*.

Toujours selon l'O.M.S. : *« Le handicap n'est pas simplement un problème de santé. Il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. Pour surmonter les difficultés auxquelles les personnes handicapées sont confrontées, des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaires »*².

La pathologie, quant à elle, serait un dysfonctionnement d'origine psychologique, physique ou/et sociale, qui se manifeste sous différentes formes.

La profession de psychomotricien est particulièrement concernée par les recommandations de la H.A.S. qui encadrent en principe l'activité des praticiens, y compris les psychomotriciens.

J'ai été amenée, tout au long de mon cursus de formation, à me poser de nombreuses questions autour de ce qu'est la psychomotricité. *Quelle est cette discipline ? Quel est le rôle d'un professionnel psychomotricien ? Auprès de quelles populations intervient-il ? Quelle est sa spécificité ainsi que sa place dans une équipe pluridisciplinaire ?*

Aujourd'hui, il me semble difficile en trois années de formation d'avoir fait le tour de la question tant la psychomotricité est une discipline vaste, ce qui en fait sa principale richesse.

Pour revenir au sujet de ce mémoire, il traite du rôle du psychomotricien à travers l'eau, auprès d'une population adulte avec autisme déficitaire. Concernant le choix de ce médiateur, les accompagnements réalisés autour de la médiation eau, dans le cadre de la thérapie psychomotrice, m'ont beaucoup questionnés et intrigués. Mes questionnements étaient les suivants :

Quel est le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement de patients avec la médiation eau ?

² <http://www.who.int/topics/disabilities/fr/>

Comment le psychomotricien se saisit de cette médiation pour mener à bien ses projets thérapeutiques ?

Comment l'interaction peut survenir avec le sujet porteur d'autisme à travers l'eau ?

Quelles évolutions possibles pour les patients accompagnés ?

De quels bénéfices peuvent-ils profiter ?

La problématique centrale de ce mémoire est : ***Comment le psychomotricien utilise le médiateur eau pour travailler et accompagner des sujets adultes avec autisme déficitaires ?***

Pour tenter un éclairage autour de la pratique de la psychomotricité avec un médiateur telle que l'eau, auprès d'adultes avec autisme déficitaire, je vais développer le plan suivant :

- une première partie dans laquelle nous évoquerons ce trouble ainsi que la population dans les grandes lignées ;
- une seconde partie qui porte sur les grandes généralités sur « l'eau », et des questionnements autour de ce médiateur ;
- une troisième partie mêlant théorie et pratique avec le questionnement principal du rôle du psychomotricien auprès de la population avec autisme, avec le médiateur eau ;
- une quatrième partie explicitant mon approche clinique autour de la problématique principale. Ainsi je présenterai le terrain de stage dont sont issues mes deux études de cas, puis les deux études en elles-mêmes, issues de projets différents avec un médiateur commun : l'eau.

Je tirerai enfin les conclusions de ces expériences et de mes lectures, de mes questionnements qui ont conduit à ce travail.

Chapitre 1 : A la rencontre de l'autisme

Pour tenter de comprendre ce qu'est l'autisme, il faut se pencher sur l'origine de ce terme, l'historique, les différentes théories et découvertes qui ont évoluées au fil du temps. Sans se noyer dans cette profusion d'informations, il me semble que présenter les différentes approches de ce trouble, permet de considérer toute sa diversité et sa complexité.

I – L'autisme

A. Approche historique

La première utilisation du terme d'« autisme » a été faite par le médecin psychiatre suisse Eugène BLEULER en 1911 lors de la description du repli sur soi dans la schizophrénie. Le choix de ce terme par BLEULER peut amener une confusion car l'autisme et la schizophrénie sont deux troubles bien distincts malgré des similitudes dans leur description clinique.

Léo KANNER, pédopsychiatre américain, a repris le terme d'autisme en 1943 dans son article intitulé « *Autistic Disturbances of Affective Contact* » (« Perturbations autistiques du contact affectif »), paru dans la revue *Nervous Child*, aujourd'hui disparue, où il décrit « l'autisme infantile précoce »

Selon Uta FRITH³, « *Depuis 1938, nous avons rencontré un certain nombre de cas d'enfants dont l'état est si singulièrement différent de tout ce que nous connaissons jusqu'ici que chacun de ces cas mérite que l'on étudie en détail ses surprenantes particularités – ce qui sera fait un jour, je l'espère* ».

Ainsi, Uta FRITH explique dans son ouvrage [10] que Léo KANNER aurait réalisé une description initiale de l'autisme à partir d'une population de onze enfants dont les caractéristiques principales étaient :

- L'« isolement autistique » : qui développe les incapacités de l'enfant à interagir avec les autres personnes, un extrême isolement, un intérêt plus grand pour les objets que pour les personnes. « *Il existe d'emblée un extrême isolement autistique qui, dès que possible, néglige, ignore, exclut tout ce qui parvient à l'enfant de l'extérieur.* ».

³ Uta FRITH dans son ouvrage : *L'énigme de l'autisme*, Editions Odile Jacob, 1996, p. 29, décrit dans le chapitre « L'autisme selon Kanner et Asperger » l'historique et les recherches pionnières sur l'autisme.

- Le « désir d'immuabilité » : avec la description de gestes et bruits répétitifs chez l'enfant, des activités spontanées extrêmement peu variées, ainsi que « *le comportement de l'enfant est régi par un désir anxieux, obsessionnel, d'assurer l'immuabilité des choses [...]* ».

- Les « îlots d'aptitude » : Léo KANNER parle ici de « *l'ahurissant vocabulaire des enfants qui parlent, de leurs capacités à se rappeler des évènements remontant à plusieurs années* », des capacités mnésiques et de perceptions visuelles étonnantes, etc.

Selon lui, l'autisme est responsable d'une incapacité innée à établir des relations normales avec les personnes.

Hans ASPERGER, psychiatre autrichien, parle en 1944 de la « psychopathie autistique » de l'enfance. Il définit l'autisme comme : « *un manque d'empathie, une faible capacité à se faire des amis, une conversation unidirectionnelle, une forte préoccupation vers des intérêts spéciaux, et des mouvements maladroits* ». Il évoque donc : les modes relationnels inappropriés, une utilisation inappropriée du langage, une restriction de centres d'intérêts et une maladresse motrice. Cependant, les personnes décrites par Hans ASPERGER étaient toutes excessivement douées dans un domaine préférentiel.

B. Définitions et classifications

Dans ce sous-chapitre, il s'agit de donner un sens étymologique au mot « autisme », ainsi que de décrire dans les grandes lignes la classification française et les deux classifications internationales, donnant les signes diagnostiques retenus dans l'autisme.

Le mot « autisme » est un nom masculin, venant de l'allemand *Autismus*, et du grec *autos*, qui veut dire soi-même. Le Dictionnaire des termes de médecine définit l'autisme comme le : « *Degré le plus avancé de la schizophrénie ; développement exagéré de la vie intérieure et perte de tout contact avec la réalité. L'autisme infantile est le syndrome de Kanner. Syndrome autistique apparaissant avant l'âge de deux ans.* »⁴.

En France, une classification a été établie dans une approche psychopathologique : la **Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent** ou CFTMEA [25]. Dans cette classification, l'autisme est placé dans la catégorie 1 : « *Troubles Envahissants du Développement (TED), Schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescence* ». Dans la catégorie TED, on distingue :

- L'autisme infantile précoce – type Kanner ;
- Les autres formes de l'autisme ;

⁴ DELAMARE Garnier, Dictionnaire des termes de médecine, 26^e édition, Editions Maloine, 2000.

- L'autisme ou TED avec retard mental précoce ;
- Le syndrome d'Asperger ;
- Les dysharmonies multiples et complexes du développement – dysharmonies psychotiques ;
- Les troubles désintégratifs de l'enfance ;
- Les autres troubles envahissants du développement ;
- Les troubles envahissants du développement non-spécifiés.

Il existe également deux autres références, en matière de classification, reconnues aujourd'hui sur le plan international dans le but de classer les troubles mentaux : le DSM et la CIM, que nous allons développer ci-dessous.

Le **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** ou **DSM** est le manuel de psychiatrie qui a été fondé par l'A.P.A. (Association Psychiatrique Américaine).

La version du DSM utilisée jusqu'alors en France et sortie en 2000 est : le DSM-IV-TR (Text Revised), la version révisée du DSM-IV.

Selon le DSM-IV⁵, la triade clinique de l'autisme est définie par les symptômes suivants :

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

On note par ailleurs une association fréquente à un fonctionnement cognitif particulier avec ou sans retard mental. Cette symptomatologie se retrouve avant l'âge de 3 ans.

En mai 2013 est sortie une nouvelle version : le DSM-V⁶, dans cette dernière version, les sous-groupes connus dans le DSM-IV-TR ont été rassemblés en une seule catégorie nommée : TSA ou Trouble du Spectre Autistique (ce terme remplace celui de TED). Dans les Troubles du Spectre Autistique, les sous-groupes disparaissent de la classification, et notamment le syndrome d'Asperger. Les deux premiers groupes de symptômes (interactions sociales et communication) sont réunis en un seul : « troubles de la communication sociale ». Le second reste « intérêts fixes et comportements stéréotypés ». La triade symptomatique devient donc une dyade.

La **Classification Internationale des Maladies** et des problèmes de santé connexes, 10^e révision (CIM-10), a été publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) en 1996.

Pour l'autisme, il faut se référer au chapitre V de la CIM-10 nommé « Troubles mentaux et du comportement » (F00-F99). On retrouve l'autisme dans le sous-

⁵ <http://www.autisme.qc.ca/TSA/programmes-et-interventions/depistage-diagnostic/levaluation-diagnostique/les-criteres-diagnostiques-selon-le-dsm-iv.html>

⁶ Le DSM-V est la dernière version à ce jour et, bien qu'elle ne soit pas encore sortie officiellement en France, il est toutefois possible de se procurer, sur internet⁶, des écrits synthétisant les nouveaux apports du DSM-V.
Référence : <http://www.autisme.qc.ca/assets/files/recherche/20-Fev-2011-DSM-5-Catherine-Barthelemy.pdf>

chapitre : « Trouble du développement psychologique » (F90-F89), sous sous-chapitre 84 ou « Troubles Envahissants du Développement » [26].

Selon la CIM-10 : « *Les troubles envahissants du développement (TED) sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations* ».

Les catégories de TED (F84) identifiées dans la CIM-10 sont les suivantes :

F84.0	Autisme infantile
F84.1	Autisme atypique
F84.2	Syndrome de Rett
F84.3	Autre trouble désintégratif de l'enfance
F84.4	Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
F84.5	Syndrome d'Asperger
F84.8	Autres troubles envahissants du développement
F84.9	Trouble envahissant du développement, sans précision

Voyons à présent l'explication que recouvre chacune de ces appellations.

L'autisme infantile : est également appelé autisme ou psychose de la petite enfance, Syndrome de Kanner, ou trouble autistique. Il se caractérise par « *un développement anormal ou altéré et se manifeste avant l'âge de 3 ans* », avec trois symptômes principaux : perturbation du fonctionnement des interactions sociales, de la communication et du comportement. Selon nos enseignements de psychiatrie dispensés à l'Institut, dans 70% des cas, l'autisme infantile est associé à un retard mental.

Autisme atypique : nommé également psychose infantile atypique. Il se différencie de l'autisme infantile car il survient après trois ans. Il ne présente pas de « manifestations pathologiques suffisantes dans un ou deux des trois domaines psychopathologiques ». Le plus souvent, on retrouve un retard mental profond et un trouble de l'acquisition du langage, associés.

Syndrome de Rett : ce syndrome a été décrit en 1966 par Andréas RETT. Il touche uniquement les personnes de sexe féminin après six à dix-huit mois de développement normal. On y associe une décélération de la croissance crânienne, une perte des compétences manuelles, des mouvements stéréotypés, une perte de la socialisation, une incoordination de la marche ou des mouvements du tronc, une altération grave du langage, ainsi qu'un retard psychomoteur sévère.

Autre trouble désintégratif de l'enfance : le développement est normal jusqu'à l'âge de deux ans environ, cela pouvant aller jusqu'à 10 ans. Le trouble débute en général vers l'âge de trois à quatre ans. La désintégration est rapide et spectaculaire.

Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés : il s'agit d'un trouble majeur de l'attention avec une hyperactivité importante, d'un retard intellectuel sévère et des mouvements stéréotypés.

Syndrome d'Asperger : décrit par Hans ASPERGER en 1944 sous le nom de « psychopathie autistique ». Il diffère de l'autisme par l'absence de retard de langage et de trouble cognitif. La motricité est affectée, et les mouvements stéréotypés sont présents. Ces enfants sont souvent décrits comme présentant une bizarrerie. Ce trouble est souvent diagnostiqué bien plus tard que l'autisme typique de KANNER. Il n'y a pas de retard mental associé dans le syndrome d'Asperger.

Ces troubles sont classés dans la catégorie de l'autisme mais sont des sous-catégories car ils présentent tous une symptomatologie commune à l'autisme.

Une nouvelle version de la CIM va être proposée à l'Organisation Mondiale de la Santé avec une prochaine publication (prévue en 2015).

Pour illustrer la diversité des trois classifications présentées ci-dessus, voici un tableau synthétique qui me paraît assez représentatif de la disparité de tous ces termes⁷.

Dans ce mémoire, je m'appuie sur la description clinique de la CIM-10, classification de référence des TED selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Les troubles associés aux TED :

- Les troubles psychiatriques : Environ 30% des TED présentent des pathologies psychiatriques associées, et ce pourcentage augmenterait encore dans les cas d'autisme typique. Selon Jacques CONSTANT dans son ouvrage [8], les variations sont très grandes de 45 à 86% des cas selon les études. De nos enseignements à

⁷ Cf. **Annexe 1** : Tableau de correspondance des catégories cliniques dans les classifications, tableau est extrait de l'ouvrage de GOLSE B. et DELION P. *Autisme : état des lieux et horizons*, p.43.

l'Institut, je retiendrai principalement dans ces troubles psychiatriques associés : les troubles anxieux et les symptômes dépressifs.

- L'épilepsie : serait de 20 à 25% des cas selon les études, toujours selon Jacques CONSTANT.
- Le retard mental : dans l'ensemble des TED, la proportion de l'association avec la déficience intellectuelle est de 30%. Pour l'autisme infantile, la proportion est de 70 à 75%. A noter qu'il n'y a pas de retard mental dans le syndrome d'Asperger.
- Les troubles du sommeil, de l'alimentation.
- Les déficits sensoriels, telle que la surdité, la cécité, etc.

En conclusion, tous ces termes utilisés, dans les différentes classifications, rendent compte de la difficulté à définir avec précision l'autisme et de la diversité des tableaux cliniques.

L'un des objectifs principaux des classifications est de permettre à des cliniciens et à des chercheurs d'orientations théoriques différentes de communiquer à l'aide d'un même système de référence. Toutefois, on observe des limites à ces classifications, notamment des limites dans la description de populations hétérogènes, ainsi que des problèmes de dénomination, ce qui implique des variations dans les classifications actuelles.

C. Etiologie

Bien que l'accompagnement du psychomotricien auprès de sujets avec autisme ne se focalise pas sur les causes de l'autisme, il me paraît important de comprendre l'étiologie de ces troubles dans leurs dimensions plurifactorielles.

Depuis longtemps, les différents courants se livrent une bataille, les uns contre les autres, reflétant la difficulté d'un consensus commun autour du syndrome autistique. Aujourd'hui presque tous les professionnels s'accordent à dire qu'une étiologie plurifactorielle est à envisager. Notamment, Pierre DELION et Bernard GOLSE qui énoncent dans leur ouvrage [11] que : « *Le seul modèle plausible de l'étiologie de la pathologie autistique est un modèle poly factoriel qui nous impose d'ailleurs une prise en charge multidimensionnelle de celle-ci.* » (Ibid. p.30).

Olga BOGDASHINA écrit également dans son ouvrage [3] : « *Il est maintenant généralement reconnu qu'il existe de nombreuses causes possibles à l'autisme, et les chercheurs distinguent plusieurs types d'autisme (« autismes »), ayant tous comme point commun, d'entraîner les mêmes types de comportement* » (Ibid. p.29).

Je vais donc présenter brièvement certaines hypothèses, notamment les hypothèses psychanalytiques, génétiques, biochimiques, neurophysiologiques et environnementales. Elles ne prétendent pas refléter l'ensemble des recherches qui ont été publiées, elles pointent l'intérêt porté à la recherche de l'étiologie de l'autisme et l'aspect plurifactoriel de ce trouble.

1) Hypothèses psychanalytiques

A l'époque, Léo KANNER envisage une pluralité des causes étiologiques, et insiste sur le rôle défavorable de l'environnement familial dans lequel la majorité des enfants observés a grandi. Même si KANNER évoque un milieu familial carencé chez les enfants porteurs d'autisme avec un comportement des mères qui n'est pas toujours approprié, il met toutefois en garde contre la théorie psychanalytique selon laquelle l'autisme de l'enfant est dû aux mauvaises interactions de la mère avec son enfant. Il évoque déjà une dimension biologique dans l'apparition de l'autisme qu'il décrit ainsi comme : « *Trouble du contact affectif d'origine biologique* ». Il défend donc une cause innée de l'autisme. Cette hypothèse se détache de celle développée par Bruno BETTELHEIM en 1967 selon laquelle l'autisme de l'enfant serait dû aux mauvaises interactions de la mère avec son enfant. En effet, ce dernier associe l'autisme à une cause parentale et notamment aux mauvaises interactions de la mère avec son enfant. Dans son ouvrage⁸ il écrit : « *Tout au long de ce livre, je soutiens que le facteur qui précipite l'enfant dans l'autisme infantile est le désir de ses parents qu'il n'existe pas.* » Cette théorie prône la cause environnementale de l'autisme. Elle est aujourd'hui réfutée par la majorité de la communauté psychanalytique, bien que son impact reste encore présent dans les esprits de certaines familles ou associations parentales, faisant l'objet d'une guerre ouverte, allant jusqu'à entraver les accompagnements d'orientation psychanalytique. Aujourd'hui, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé : « *Les caractéristiques psychologiques des parents ne sont pas un facteur de risque dans la survenue des TED* »⁹.

2) Hypothèses génétiques

Actuellement, la recherche d'une cause génétique dans l'autisme est l'une des plus étudiées. La communauté scientifique n'a pu établir de lien de causalité assez fort, une étiologie multigénique et multifactorielle de l'autisme paraît, à l'heure actuelle, la plus probable.

Tout d'abord, il y a eu des recherches menées sur des jumeaux monozygotes et dizygotes et au sein de mêmes fratries. Ces études montrent que lorsque les chromosomes sont identiques, comme chez les jumeaux monozygotes (issus du même œuf fécondé), l'autisme se développe dans un pourcentage de 60 à 90%, alors que des jumeaux dizygotes (provenant de deux œufs différents) où des frères et sœurs ont un risque plus faible de développer tous les deux un autisme, le pourcentage est de 5-10%.

⁸ La Forteresse vide, NRF Edition Gallimard, Paris, 1969, p. 171.

⁹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/autisme_-_etat_des_connaissances_-_diaporama.pdf

Bertrand JORDAN, biologiste moléculaire et généticien aurait développé dans son ouvrage « Autisme, le gène introuvable, de la science au business », l'hypothèse d'une composante génétique très importante dans l'autisme, c'est « *une maladie génétique complexe* ».

Des recherches à l'Institut Pasteur à Paris, ont été réalisées par le professeur Thomas BOURGERON¹⁰ (professeur de génétique et directeur du département de neurosciences) et son équipe. Ces recherches ont permis d'identifier certains des premiers gènes impliqués dans l'autisme. En observant plusieurs enfants avec autisme d'une même famille, les chercheurs ont constaté que ces gènes présentaient les mêmes mutations qui affectent la formation des synapses. La suppression de l'un de ces gènes chez des souris, entraîne des comportements répétitifs, stéréotypés et elles deviennent hyperactives.

Selon une étude menée par le Professeur Arnold MUNNICH et son équipe, une cause organique est retrouvée dans environ 20% des autismes (il aurait mené cette étude sur 300 enfants avec autisme, accueillis en hôpital de jour).

Arnold MUNNICH est pédiatre généticien. Il plaide pour que les enfants présentant des troubles autistiques bénéficient d'examen cliniques et complémentaires précoces et répétés. Une démarche qu'il estime être un devoir pour le médecin et un droit pour l'enfant.

3) Hypothèses biochimiques

Des travaux ont été publiés récemment dans un article de la revue « Science » par une équipe française coordonnée par le Dr Yehezkel BEN-ARI, directeur de recherche à l'Inserm, et son équipe de l'Institut de neurobiologie. Ces chercheurs ont montré sur deux modèles expérimentaux d'autisme que les taux de chlore neuronaux sont élevés à la naissance et le restent après l'accouchement. Les chercheurs montrent en effet que cette hormone de l'accouchement qui produit une baisse du taux de chlore à la naissance, contrôle l'expression du syndrome autistique chez les animaux.

Les chercheurs ont démontré que « [...] les taux de chlore dans les neurones de souris modèles d'autisme sont élevés et le restent de façon anormale dès la naissance. Ces résultats valident le succès du traitement diurétique testé par les chercheurs et cliniciens chez des enfants autistes en 2012 et suggèrent chez la souris que le diurétique pris avant la naissance corrige les déficits chez les descendants. Ils montrent également que l'ocytocine, hormone de l'accouchement, produit une baisse du taux de chlore pendant la naissance qui contrôle l'expression du syndrome autistique »¹¹. Les chercheurs évoquent donc la piste

¹⁰ Reportage France 5 Planète Autisme 18 décembre 2012.

¹¹ <http://www.inserm.fr/index.php/espace-journalistes/autisme-l-hormone-de-l-accouchement-controlerait-l-expression-du-syndrome-chez-l-animal>

d'un traitement diurétique pour diminuer les troubles autistiques chez les sujets avec autisme. Selon Yehezkel BEN-ARI, « *Ces données valident notre stratégie thérapeutique et suggèrent que l'ocytocine agissant sur les taux de chlore pendant la naissance module/contrôle l'expression du syndrome autistique* ».

Cette hypothèse reste à confirmer car les seuls travaux présentés ne permettent pas, semble-t-il, de confirmer l'étiologie biochimique de l'autisme.

4) Hypothèses neurophysiologiques

Grâce aux progrès de l'imagerie médicale de ces dernières décennies, les chercheurs ont pu observer l'activité du cerveau. Ces recherches ont permis de montrer des divergences entre les cerveaux des personnes neurotypiques¹² et les cerveaux des personnes avec autisme.

- L'hypothèse d'une lésion du lobe temporal :

Selon Bernard GOLSE, chef du service de pédopsychiatrie hôpital Necker-Enfants malades, il y aurait actuellement une définition consensuelle pour définir l'autisme comme : « *l'échec de l'entrée dans l'intersubjectivité* »¹³. L'intersubjectivité s'entend comme, ce qui permet au bébé une fois qu'il naît, de pouvoir un jour se ressentir et se vivre émotionnellement comme une personne à part entière (phénomène de différenciation extra-psychique). Dans l'article, de Bernard GOLSE et Laurence ROBEL [13] il est expliqué que : « *Ce processus d'accès à l'intersubjectivité semble impliquer fortement le lobe temporal supérieur du fait des différentes fonctions qui s'y trouvent localisées : reconnaissance des visages, reconnaissance de la voix humaine, analyse des mouvements d'autrui et surtout articulation des différents flux sensoriels émanant de l'objet et permettant que celui-ci puisse être ressenti comme extérieur à soi-même.* ». (p. 45)

Des études récentes en neuro-imagerie cérébrale révèlent des anomalies anatomiques et fonctionnelles du lobe temporal supérieur chez les enfants avec autisme. Cette découverte pourrait donc expliquer certains fonctionnements autistiques.

- L'hypothèse d'un cerveau « social » :

Le Pr Catherine BARTHELEMY met en évidence le cerveau dit « social » qui est « *un circuit extrêmement spécialisé dans le décodage des informations visuelles et auditives. Le cerveau social sert à comprendre les autres et à partager les émotions avec les autres.* ». Lorsque les personnes avec autisme entendent un bruit de la vie quotidienne et la voix humaine, c'est la même zone du cerveau qui s'active, contrairement aux personnes

¹² Le terme de « neurotypique » a été créé par les personnes avec autisme de « l'Autisme Networks International » fondé par Jim Sinclair et Donna Williams en 1992, pour désigner les personnes non autistes.

¹³ GOLSE B., Conférence tenue à Bordeaux pour son ouvrage, *Mon combat pour les enfants autistes*, le 16 avril 2013

typiques. De plus lorsque la personne avec autisme entend un mot prononcé avec deux émotions différentes, il y a une différence de réaction du cerveau entre les deux mais cette différence n'est pas la même que pour une personne typique.

- **L'activation de zones du cerveau :**

Des travaux réalisés par Laurent MOTTRON ont montré que les ondes corticales liées à l'audition de la voix humaine apparaissent sur l'imagerie cérébrale dans les zones cérébrales traduisant des sons (liés à l'écoute des bruits), comme si ces enfants, lorsqu'ils entendent une voix humaine, la traitent comme un son environnant mais pas du tout avec sa qualité de voix humaine.

On a montré, de manière analogue, que les zones corticales liées à la reconnaissance des visages n'étaient pas actives chez les autistes, ce sont plutôt celles liées à la reconnaissance de formes géométriques, non humaine.

L'imagerie cérébrale met en évidence que, chez certains sujets avec autisme, des zones corticales fonctionnent mais ne sont pas celles auxquelles on s'attend habituellement chez un sujet neurotypique.

- **L'hypothèse des neurones miroirs :**

Les neurones miroirs sont utilisés dans la capacité à comprendre les états mentaux et émotionnels des autres et favorisent également le désir et l'intention de produire une action. Ils seraient, selon des études, défectueux chez une personne avec autisme.

En conclusion, l'imagerie cérébrale aura permis de démontrer une différence de fonctionnement au niveau du cerveau de personnes avec autisme et de personnes « témoins ».

5) Hypothèses environnementales

De nos enseignements à l'Institut, je retiens les facteurs de risques environnementaux précoces suivants : l'élévation de l'âge de la mère, la prématurité et post maturité, des saignements durant la grossesse ou encore la souillure du méconium (entraînant un liquide amniotique verdâtre) lors de l'accouchement.

Selon certaines hypothèses, ces facteurs environnementaux auraient causés des anomalies structurales dans le développement neurologique des enfants.

- **Une piste microbienne de l'autisme¹⁴ :**

Le Professeur Luc MONTAGNIER a réalisé des recherches autour de l'autisme qui serait lié selon lui à la maladie de Lyme due à des bactéries transmises par des tiques. Selon lui : *« Il existe dans le sang de la plupart des enfants autistes - mais pas chez les enfants non atteints - des séquences d'ADN émettant spécifiquement dans certaines conditions des*

¹⁴ <http://montagnier.org/Autisme-la-piste-microbienne>

ondes électromagnétiques. L'analyse par les techniques de biologie moléculaire à notre disposition nous permet de les identifier comme provenant d'espèces bactériennes connues. Cette corrélation, établie maintenant sur plus d'une centaine d'enfants d'origine européenne, ne prouve pas naturellement une relation de causalité. Cependant, une approche thérapeutique, d'abord commencée indépendamment par un groupe de cliniciens puis maintenant effectuée en conjonction avec les observations de laboratoire, renforce l'idée que des infections bactériennes systémiques jouent un rôle dans la genèse des symptômes d'autisme. »¹⁵.

Des médecins ont donc prescrit des antibiotiques chez des sujets avec autisme suite à cette étude dont les résultats se sont avérés prometteurs chez 200 sujets avec autisme, avec notamment des résultats au bout de trois mois sur des troubles du comportement. Les médecins précisent cependant, qu'il existe des rechutes, ce qui les amènent à reconduire le traitement sur plusieurs mois.

6) Autres approches possibles

Il existe également des hypothèses biochimiques que je ne développerai pas dans ce mémoire. Il faut toutefois souligner que les hypothèses et théories citées précédemment ne sont pas les seules théories existantes.

En conclusion, les hypothèses et découvertes autour de l'autisme sont nombreuses et ne cessent d'évoluer. Elles sont en accord avec l'hypothèse d'une origine plurifactorielle.

Actuellement, ces recherches ne permettent toujours pas d'établir d'étiologie de l'autisme, il n'existe pas de marqueur biologique de l'autisme reconnu. De plus, l'ensemble de ces hypothèses reste à nuancer car on ne peut pas dire aujourd'hui si les facteurs intrinsèques (déficit, raisons psychogènes) ou extrinsèques sont à l'origine ou bien la conséquence de l'autisme.

On peut toutefois parler d'une vulnérabilité neuro-développementale qui fera qu'un sujet aura plus de risques de développer un autisme qu'un autre sujet.

La Haute Autorité de Santé précise dans ses rapports qu'il y a des arguments en faveur de la multiplicité des facteurs étiologiques des Troubles Envahissants du Développement.

Bien que le psychomotricien ne travaille pas directement en fonction de la cause de l'autisme car il travaille plutôt sur les expériences du corps en relation, les différentes théories, hypothèses et découvertes autour de l'autisme forment un prérequis pour l'accompagnement du sujet avec autisme.

¹⁵ <http://www.reseauborreliose.fr/index.php/day/2012/04/15/Prof.-Montagnier-à-l-Académie-de-Médecine-La-piste-microbienne-de-l-autisme>

D. Epidémiologie

Dans ce sous-chapitre, nous allons décrire brièvement la prévalence, la proportion garçon/filles et les facteurs de risque connus dans l'autisme. Ces données se basent sur des chiffres donnés notamment par la Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁶.

La **prévalence** : est le nombre de cas d'une maladie donnée existant dans une population à un instant donné.

Selon la HAS, en 2009, la prévalence estimée des TED est de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de 20 ans. Pour l'autisme infantile, elle est de 2 pour 1000 personnes de moins de 20 ans. Pour le syndrome d'Asperger, elle est de 0,25 pour 1000.

La **proportion des garçons par rapport aux filles**, ou sex ratio, pour les TED est de 4 à 5 garçons pour 1 fille selon Jacques CONSTANT dans son ouvrage [8]. L'autisme est donc un handicap plus fréquent chez les garçons que chez les filles. En revanche, il est précisé que lorsqu'il s'agit d'une fille avec autisme, le retard mental associé est souvent plus sévère.

En suivant les enseignements reçus à l'Institut et les recommandations de la HAS, je retiens les **facteurs de risque** suivants :

Le sexe : comme nous l'avons vu par rapport à la proportion garçons/filles, les TED sont plus fréquents chez les garçons.

Les antécédents de TED dans la famille :

- La récurrence : elle est de 4% si l'enfant atteint est un garçon, de 7% si l'enfant atteint est une fille et de 25% si il y a déjà deux enfants atteints.
- La concordance : atteinte entre jumeaux homozygotes : de 70 à 90%.

E. Les plans autisme en France

En France, le plan autisme est un programme et un ensemble de mesures définis par le gouvernement français pour améliorer l'accompagnement des personnes avec autisme. Son champ d'application est au niveau national.

De 2005 à 2013, trois plans-autisme se sont succédés. Voici une brève description de chacun d'entre eux afin de comprendre les mesures principales appliquées et leurs progressions au fil des années.

- **Le premier plan autisme (2005 – 2007) :**

¹⁶ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/autisme_-_etat_des_connaissances_-_diaporama.pdf

Ce premier plan aura permis notamment : la mise en place d'une circulaire créant les Centres de Ressources Autisme (CRA) avec pour objectif d'en développer dans chaque région.

Ce plan aura également permis la publication en 2005 des premières recommandations nationales, pour le diagnostic précoce de l'autisme. Nous allons expliciter brièvement cette démarche dans le sous-chapitre suivant.

- **Le deuxième plan autisme (2008 – 2010)¹⁷:**

Ce second plan autisme se base sur trois volets avec huit objectifs que je vais simplement énoncer, sans rentrer dans les détails.

Le premier axe : Mieux connaître pour mieux former.

Objectif 1 : Elaborer et actualiser régulièrement le corpus de connaissances sur l'autisme.

Objectif 2 : Améliorer le niveau de formation des professionnels et des familles

Objectif 3 : Définir des critères de qualité des pratiques professionnelles en direction des personnes autistes.

Le deuxième axe : Mieux repérer pour mieux accompagner.

Objectif 4 : Améliorer le repérage des troubles et l'accès au diagnostic, avec notamment le dépistage précoce réalisé sur plusieurs périodes d'âge : 9, 15, 24 mois, ainsi que lors des examens de santé.

Objectif 5 : Mieux orienter les personnes avec autisme et leur famille.

Objectif 6 : Favoriser la vie en milieu ordinaire, à tous les âges de la vie.

Le troisième axe : Diversifier les approches dans le respect des droits fondamentaux de la personne.

Objectif 7 : Promouvoir une offre d'accueil, de services et de soins cohérente et diversifiée.

Objectif 8 : Expérimenter de nouveaux modèles de prise en charge, en garantissant le respect des droits fondamentaux de la personne.

- **Le troisième plan autisme (2013 – 2017)¹⁸ :**

Ce troisième et dernier plan autisme, dans lequel nous sommes actuellement, se centre sur une dizaine de mesures dont nous retiendrons :

Le premier axe développé dans ce 3^e plan est le dépistage et l'intervention précoce dès 18 mois.

Le second axe développe l'accompagnement tout au long de la vie.

Le troisième axe développe le soutien aux familles.

Le quatrième axe développe la poursuite de la recherche.

¹⁷ <http://www.sante.gouv.fr/l-autisme-et-les-troubles-envahissants-du-developpement.html>

¹⁸ <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-autisme2013.pdf>

Enfin, le cinquième axe, développe la sensibilisation et la formation de l'ensemble des acteurs autour de l'autisme.

F. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont des recommandations nationales de bonnes pratiques ayant pour objectif d'améliorer le repérage des troubles et le diagnostic des Troubles Envahissants du Développement.

Ainsi, on retrouve dans ces recommandations [9] que : « *Le repérage passe par l'amélioration des connaissances des professionnels, quelle que soit leur qualification et leur lieu de pratique (sanitaire, médico-social ou social). Le but est d'offrir, sur la base d'un diagnostic fiable et d'une évaluation personnalisée, des aides et des services spécifiques à toutes les personnes concernées par l'autisme et autres TED (réalisation des objectifs de la loi de 1996) ».*

Les recommandations ont été écrites par un comité d'éthique et de pilotage afin de guider les différents professionnels de santé dans leur travail auprès de la population avec autisme. Elles concernent notamment les psychomotriciens qui ont pour objectif de travailler avec leur spécificité, tout en suivant les recommandations de bonnes pratiques énoncées par la HAS. En effet, je cite : « *Les recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé et médico-sociaux impliqués dans la prise en charge des adultes avec TED, notamment par ordre alphabétique :*

- *ceux qui orientent les enfants au passage à l'âge adulte et ceux qui adressent les adultes pour diagnostic [...];*
- *ceux qui participent au diagnostic : éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, généticiens cliniques, infirmiers, médecins généralistes, neurologues, orthophonistes, psychiatres, psychologues, **psychomotriciens**, radiologues ;*
- *ceux qui accompagnent les personnes : médecins généralistes, personnel d'accompagnement du médico-social et personnel soignant du sanitaire. »¹⁹.*

Les recommandations encadrent donc l'activité des praticiens concernés, dont fait partie le psychomotricien.

Les recommandations (voir l'encadré ci-dessous) précisent que, dans l'autisme, la démarche diagnostique est interdisciplinaire et se situe dans trois registres : la triade autistique, le retard mental associé, les pathologies et troubles associés. Elles incitent donc les psychomotriciens à être dans cette démarche.

¹⁹ Recommandations de bonne pratique de la HAS, Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte, juillet 2011, p.23.

Recommandations de pratique clinique

Destinées à tous les acteurs qui participent au diagnostic *

**A
E** Il est souhaitable que la démarche diagnostique soit formalisée (avec un protocole) et coordonnée (avec tous les acteurs impliqués – cf. « Ceux qui participent au diagnostic* »)

* : éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, généticiens cliniques, infirmiers, médecins généralistes, neurologues, orthophonistes, psychiatres, psychologues, psychomotriciens, radiologues.

A partir d'un repérage, d'une évaluation fonctionnelle amenant à des axes de travail, le psychomotricien peut donc démarrer l'accompagnement du sujet avec autisme. Les recommandations sont donc un socle, un cadre légal dans lequel le psychomotricien travaille afin d'étayer l'accompagnement des sujets avec autisme.

II – Le sujet avec autisme

Tout d'abord, je souhaite évoquer quelques généralités sur le développement psychomoteur. Puis, je décrirai le développement d'un enfant « neurotypique » en parallèle de celui d'un enfant avec autisme. De plus, l'enfant étant un adulte en devenir, je mettrai en lien la complexité du développement d'un sujet avec autisme avec la tranche d'âge adulte. Enfin, j'évoquerai quelques particularités sensorielles et perceptives de l'autisme.

Ce chapitre a pour objectif de balayer de manière large l'aspect développemental « différent », qui ne veut certainement pas dire anormal ou déficient, dans l'autisme.

Il me semble intéressant d'aborder le thème du développement psychomoteur pour mieux comprendre par la suite les enjeux de la tranche d'âge adulte. En effet, avant d'être un adulte, l'enfant s'est construit à partir de son développement psychomoteur propre. Comme il nous l'a été enseigné à l'Institut de Formation, tout sujet se construit à partir d'expériences diverses et variées qui se succèdent tout au long du développement, ce qui forme le développement psychomoteur même du sujet. Voyons donc de manière plus approfondie ce développement.

A. Généralités sur le développement psychomoteur

Des enseignements de psychomotricité dispensés au cours de la formation à l'Institut, je retiens notamment les cinq lois du développement psychomoteur, partie intégrante de la sémiologie psychomotrice. En effet, ces lois sont des supports pour l'intégration des acquisitions psychomotrices, elles permettent de comprendre le développement global de l'enfant qui deviendra plus tard un adulte.

La première loi ou **loi de maturation progressive** dit que : l'acquisition d'une fonction dépend étroitement de l'élaboration des structures anatomiques et en particulier la myélinisation progressive (le fait que les neurones s'entourent d'une gaine de myéline pour devenir fonctionnels) du système nerveux cérébro-spinal est parallèle à l'utilisation fonctionnelle.

Cette loi se décompose en 2 sous lois qui sont la loi céphalo-caudale et la loi proximo-distale.

La loi céphalo-caudale : le contrôle volontaire va évoluer au pôle céphalique vers le pôle caudal (la queue de cheval de la moelle épinière). L'enfant contrôle d'abord sa tête, puis les membres (accède à la station assise, puis à la station debout).

La loi proximo-distale : le contrôle se fait à partir de la queue de cheval de la moelle épinière. Cette loi concerne tout ce qui est du côté proximal vers les extrémités distales avec l'accès à la préhension (l'opposition pouce/index). Elle concerne deux grandes fonctions : la locomotion et la préhension qui font partie des fonctions instrumentales.

La seconde loi ou **loi de différenciation** précise que : le développement neuropsychique représente une marche ascendante qui fait passer l'individu par des niveaux d'activité de plus en plus élevés, complexes et élaborés. Cette élaboration ne se fait pas par juxtaposition ou superposition successives. Chaque acquisition nouvelle s'incorpore à l'ensemble par une assimilation réciproque.

Donc, dès sa naissance, le sujet réalise en permanence de nouvelles acquisitions, de nouveaux progrès.

Selon la troisième loi ou **loi d'équilibration** : cette évolution neuropsychique du nourrisson se fait dans le sens d'un perfectionnement progressif ou marche ascendante mais chacun des moments de cette progression forme un ensemble harmonieux, complet et logique.

La quatrième loi ou **loi de variabilité de H. Wallon** stipule que : l'évolution de ce processus est dans son essence continue et régulière, cependant le rythme de son expression clinique est souple et changeante, progressions rapides, stagnations et régressions s'y succèdent.

Selon la cinquième et dernière loi ou **loi de succession** : l'ordre de succession qui préside à l'éclosion des différentes fonctions est d'une remarquable constance. Il se

retrouve avec la même rigueur chez tous les enfants et c'est cette loi fondamentale qui a permis l'établissement des tests de développement.

Ces lois s'appuient sur le fait que la majorité des enfants passe par les mêmes grandes étapes de développement. Elles sont donc importantes aux yeux du psychomotricien qui s'appuie sur ces bases pour accompagner le sujet avec autisme dans son développement. *Quelles sont les caractéristiques du développement psychomoteur de l'enfant neurotypique et de l'enfant avec autisme ?*

B. Parallèle entre le développement d'un enfant neurotypique et d'un enfant avec autisme

Dans le développement psychomoteur classique, une des premières compétences psychomotrices de l'enfant va être **la tenue de tête** aux environs du 3^e mois, qui est une intrication de la poussée neuro-développementale programmée avec des expériences de relation neuro-motrice programmées.

Certains enfants avec autisme vont passer par cette étape du développement psychomoteur, mais l'acquisition de cette compétence neuromotrice ne va pas toujours être l'occasion pour eux d'apprendre ni d'intégrer de nouvelles expériences.

Certains enfants avec autisme peuvent présenter dès leur plus jeune âge des signes d'appels²⁰ et notamment, en ce qui concerne la motricité globale : un pauvre contrôle de la tête au 3^e mois avec la tête qui peut tomber en arrière lorsque l'enfant est en position assise.

Le développement de l'enfant se poursuit ensuite par les **coordinations bimanuelles** et **oromanuelles**, vers 3 à 4 mois pour l'enfant tout-venant. Au départ, l'enfant voit son espace droit et gauche clivés. Par la suite, ils vont se rassembler.

Ce clivage peut persister chez l'enfant avec autisme.

Puis, la motricité s'organise vers 5 à 6 mois pour le **haut** et le **bas du corps**.

A partir de ses travaux, Geneviève HAAG a mené des observations qui ont permis de comprendre les phases précoces du développement chez les autistes. Elle a également parlé dans les années 1985 – 1990 des fameux « clivages corporels persistants ». Geneviève HAAG fait d'ailleurs référence à ces clivages dans la grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité [14].

Ainsi, elle émet l'hypothèse qu'il persiste des clivages corporels précoces dans le développement d'un enfant avec autisme, notamment le clivage vertical devant/derrière, le clivage vertical droite/gauche et le clivage horizontal haut/bas.

²⁰ <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/troubles-du-developpement/signes-dappel/signes-dappel-0-a-9-mois/>

Dans le clivage horizontal haut/bas, certains enfants avec autisme ne coordonnent pas les mouvements du haut et les mouvements du bas de leur corps. L'exemple le plus connu est celui d'un enfant avec autisme qui, pour attraper un objet au sol, va se plier au niveau du bassin, sans plier ses jambes, il n'y a donc là aucune coordination du haut et du bas du corps chez cet enfant.

S'en suit la phase développementale suivante, **la tenue du dos** vers le 7^e à 8^e mois. L'enfant ouvre alors son champ d'exploration. Une fois que l'enfant est assis et se sent tenu assis, il va pouvoir aller explorer et manipuler les objets de son environnement.

La tenue du dos chez l'enfant avec autisme, n'est pas toujours une acquisition lui permettant d'élargir son champ d'expérience. Il va avoir des conduites spécifiques et rester dans ce clivage qui est un clivage au début de type « neuromoteur » (fermeture-extension). Ce clivage va persister chez l'enfant avec autisme en un clivage devant/derrière. On observe d'abord des incapacités, puis des solutions compensatoires, comme, par exemple, une hypertonie postérieure pour mieux sentir leur axe.

L'acquisition psychomotrice suivante dans le développement classique est **l'intégration du bas du corps**, qui débute vers les 5 à 6 mois de l'enfant.

Cette maturation neuromotrice sera présente chez l'enfant avec autisme, avec l'acquisition de la station debout et de la marche. Cependant, ces acquisitions sont de type « automatiques » non-articulées avec l'environnement. Parfois, l'enfant avec autisme peut ne pas utiliser cette compétence au service d'une exploration et d'une découverte du monde qui l'entoure.

Dans le développement psychomoteur classique, l'enfant tient debout aux environs du 9^e mois. Au niveau des signes d'appels précoces de l'autisme, on observe parfois des enfants qui ne peuvent se supporter en position debout ni avec aide, ni avec appui au 9^e mois.

Quant à l'acquisition de la marche qui peut se développer entre 9 et 16 mois dans le développement psychomoteur d'un enfant neurotypique, certains enfants avec autisme présentent un « patron de marche instable » (mauvais équilibre) à 18 mois²¹.

Chez un sujet avec autisme, on observe parfois une différence de tonus entre le bas du corps qui est souvent plus hypertonique que le haut du corps.

Chez certains enfants, on peut constater des solutions de type compensatoires avec une marche singulière. Par exemple, la marche dite « équine » sur la pointe des pieds, entraînant une hypertonie des membres inférieurs qui donne une image robotisée. Cette solution offre à l'enfant une manière de se sentir tenu en contractant le bas du corps.

De plus, ces sujets avec autisme peuvent se retrouver en difficulté au niveau de la mise en pensée, de l'intégration des différentes perceptions sensorielles du bas du corps. On

²¹ <http://www.portailenfance.ca/wp/modules/troubles-du-developpement/signes-dappel/signes-dappel-1-a-2-ans/>

peut ainsi observer des chutes toniques, des manifestations corporelles (telles que des crispations, des accrochages, des stéréotypies, etc.).

L'intégration du bas du corps se poursuit vers les 18 à 20 mois avec **la sphinctérisation**. La maîtrise des sphincters va permettre à l'enfant de définir une limite entre l'intérieur et l'extérieur de son corps. Généralement les sujets avec autisme sont plutôt organisés autour de la constipation. Une des hypothèses serait que ces sujets s'accrochent d'une certaine manière à leurs matières fécales comme à un objet autistique, leur procurant des sensations de dureté, leur permettant de se sentir tenus, solides quelque part dans leur corps. L'action de déféquer reviendrait à perdre le « dur » et le « solide » contenu dans le corps, le relâchement pourrait donc être une source d'angoisses.

Selon Uta FRITH dans son ouvrage [10], « [...] *le tableau clinique de l'autisme infantile varie beaucoup avec l'âge. Il y a des changements inexorables : des hauts et des bas, des rechutes et des améliorations.* » (Ibid. p.26). Il y a donc, comme l'enfant neurotypique, une évolution du développement qui n'est pas continue et régulière, mais bien souple et changeante comme le décrit la loi de variabilité de Wallon.

Le développement de l'enfant avec autisme est, en général, hétérogène, qualifié par certains de « dysharmonieux ». En effet, on constate souvent une hétérogénéité de développement chez les enfants avec autisme avec des difficultés notables dans certains domaines, mais des pics de compétence dans d'autres.

C'est par l'expérience corporelle et l'investissement de ces différentes zones corporelles que l'enfant va pouvoir passer d'un ressenti sensoriel à une représentation mentale de ce qui se joue, et une intégration des fonctions psychomotrices.

Après avoir évoqué le développement de l'enfant dans ses grandes lignées, à partir de sa naissance jusqu'à son enfance, voyons de quoi il en retourne en ce qui concerne les âges de la vie conduisant le sujet à l'étape de l'adolescence, puis à l'âge adulte.

C. Le lien avec l'âge adulte

Dans ce sous-chapitre, nous allons rapidement décrire ce qu'est l'adolescence et quelles sont les difficultés rencontrées à ce stade du développement humain. Puis, nous développerons plus précisément la tranche d'âge adulte, sujet de ce mémoire.

Tout d'abord, **l'adolescence** est une étape de la vie a priori par laquelle passe tout un chacun. Elle est généralement déterminée par l'apparition de la puberté marquée par d'importants remaniements physiques, psychologiques, relationnels et comportementaux. En effet, la réalité d'un corps qui change, le bouleversement des relations sont autant de changements incertains et complexes à appréhender pour un sujet qui ne peut pas toujours être à même de les comprendre. Précisons également que

chez un sujet porteur d'un handicap, la période d'adolescence peut également être vécue comme troublante avec, selon le degré de handicap, des incompréhensions notables, amenant parfois à des troubles du comportement.

De plus, l'adolescence peut être marquée par une évolution des codes sociaux qui deviennent plus subtils avec notamment l'utilisation de métaphores, d'images mentales, d'intonations. Certaines subtilités des codes sociaux échappent aux sujets avec autisme de haut niveau. En effet, les intonations, les métaphores, les allusions, les doubles sens et autres sous-entendus ne seront pas compréhensibles spontanément chez les sujets avec autisme de bon niveau chez qui la pensée est automatique et concrète, « un mot est un mot ». Ceci peut conduire à des malentendus dans les rapports familiaux, amicaux et professionnels.

De plus, les sujets avec autisme présentent également des difficultés d'accès à l'implicite ainsi qu'à l'abstraction, ce qui peut entraîner des complications dans le domaine des apprentissages.

Cette évolution subtile des codes sociaux demande de gros efforts de compréhension et d'apprentissage des codes sociaux de la société neurotypique pour le sujet avec autisme.

Le passage de la fin de l'adolescence au début de l'âge adulte est une frontière difficilement saisissable et varie selon les pays et la culture. Il peut y avoir des âges différents au cours desquels un individu peut être considéré comme « adulte ».

Selon le dictionnaire Larousse, le mot « adulte »²² provient du latin « adultus », de « adolescere », signifiant « grandir ». La définition se spécifie comme « *ce qui est parvenu au terme de sa croissance, à son plein développement* ».

Dans notre société **l'âge adulte** représente une maturation, conséquence de toute une évolution de l'être, depuis sa naissance en passant par l'enfance, puis l'adolescence jusqu'à l'âge adulte où elle atteint son apogée.

Cette notion d'adulte est souvent reliée au comportement que l'on qualifie d'adulte par opposition à un comportement infantile, qui fait preuve d'équilibre, de maturité et de discernement. Cependant, l'âge adulte ne se limite pas qu'à une aptitude ou à des capacités que possède un individu, il faut également prendre en compte l'adulte avec ses caractéristiques hormonales amenant à un corps sexué, un corps qui s'est développé, ayant lui aussi atteint une forme de maturité.

Il est donc compliqué de déterminer les critères objectivant le passage à la tranche d'âge adulte.

Dans l'autisme, il s'avère que le handicap demeure. Un enfant avec autisme deviendra un adulte, toujours avec autisme. Bien qu'il puisse y avoir des évolutions dans l'autisme (notamment une diminution des traits autistiques), actuellement, il est reconnu que l'on ne peut pas guérir de l'autisme.

²² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adulte/1229>

Selon Uta FRITH [10], « *Non seulement le développement mental est perturbé et retardé, mais il ne peut atteindre son but (si but il y a) : la maturité. En revanche, l'individu atteint la maturité physique, et ses réussites sont remarquables dans certains domaines ponctuels.* » (Ibid. p.27).

Il apparaît une complexité de l'âge adulte chez la personne avec autisme. En effet, le développement morphologique a eu lieu mais le développement cognitif semble en décalage par rapport à l'âge chronologique.

Vignette clinique :

Pierre est un jeune homme de 21 ans, il est porteur d'un « Trouble Envahissant du Développement ». Il est actuellement en Institut Médico-Educatif. Après la passation de bilans divers, il présente selon l'équipe pluridisciplinaire un âge développemental inférieur à 3 ans. Or, en le voyant au premier abord, on peut constater un réel décalage entre son aspect physique et son développement cognitif. C'est « un enfant dans un corps d'adulte ».

D. Particularités du sujet avec autisme

Il est possible à présent d'émettre des hypothèses autour de l'autisme qui nous renseigne un peu plus sur les particularités des personnes avec autisme. Le psychomotricien doit tenir compte de ces particularités pour s'adapter au mieux à l'accompagnement du sujet avec autisme.

1) Les particularités sensorielles

Le sensoriel est par définition ce qui se rapporte aux organes des sens, aux structures nerveuses qu'ils mettent en jeu et aux messages qu'ils véhiculent. Le rôle des fonctions sensorielles est d'apporter des informations sur le monde qui nous entoure, mais également sur notre monde interne. Les sens nous permettent donc d'être ancrés dans la réalité et de vivre la relation à soi, aux autres et à l'environnement.

La sensation serait la conscience des variations des paramètres physico-chimiques dans le milieu interne et dans l'environnement. La sensation provient généralement d'un stimulus qui est un phénomène provenant de l'environnement, de nature physique ou chimique, capable d'être capté par un récepteur approprié, relayant l'information à notre cerveau. Je retiens le schéma dans lequel un stimulus entraîne une sensation, ce qui permet à l'individu de percevoir, amenant à la représentation.

Gilbert LELORD en 1990 avait avancé l'hypothèse d'un trouble de la neuro-modulation sensorielle chez les sujets avec autisme. La neuro-modulation sensorielle serait la

capacité d'un individu à filtrer de manière appropriée la multitude d'informations sensorielles qui stimule le système nerveux central.

De cette hypothèse en découleraient des difficultés de régulation et d'organisation des comportements. Ainsi, trois types de troubles sont identifiés : l'hyperréactivité, l'hyporéactivité et la recherche de sensation.

Des travaux ont été menés sur cette hypothèse. Ainsi, dans son ouvrage, Olga BOGDASHINA [3] met l'accent sur les problèmes sensoriels et perceptifs dans l'autisme, en s'appuyant sur des témoignages « des experts de naissance », sujets avec autisme. *« Ce livre est un essai de reconstruction du monde sensoriel de l'autisme afin de nous aider à comprendre de quelle façon les personnes autistes ressentent leur monde [...]. Ce livre est un essai pour décrire les expériences sensorielles possibles (pas nécessairement anormales), basé sur les récits personnels des personnes autistes. »* (Ibid. p.29)

Elle cite en début d'ouvrage Jim SINCLAIR : *« Pour les personnes autistes, l'autisme est une façon d'être, c'est envahissant, cela colore chaque expérience, chaque sensation, perception, pensée, émotion, en résumé, chaque aspect de l'existence »* (Ibid., p.26).

Olga BOGDASHINA explique également que ces expériences sensorielles, chez les personnes avec autisme, ne sont pas toutes « dysfonctionnelles » ou « défectueuses », mais plutôt « différentes » ou montrant une « sur-habilité ».

Ces expériences sensorielles se fondent sur les canaux sensoriels suivants :

- La vision qui est la faculté de voir,
- L'audition qui est la faculté de percevoir les sons,
- Le sens olfactif ou odorat qui est la faculté de sentir des odeurs et des parfums,
- Le système vestibulaire : se réfère aux structures qui détectent les mouvements et les changements de la position de la tête,
- Le sens gustatif ou le goût qui est la faculté de percevoir par la bouche et la gorge la sensation de substances solubles,
- Le système tactile qui est la faculté de percevoir le toucher, la pression, la douleur, la température,
- Le système proprioceptif qui est la faculté de percevoir les stimuli produits à l'intérieur de l'organisme et spécialement la position et les mouvements du corps.

Selon Olga BOGDASHINA [3], il existerait des expériences sensorielles et perceptives inhabituelles dans l'autisme, je cite : *« Il est largement établi que les personnes autistes (d'un point de vue neurotypique) ont des expériences perceptives et sensorielles inhabituelles. Ces expériences peuvent impliquer une hyper ou une hyposensibilité, une fluctuation entre différents volumes de perception, des difficultés à interpréter un sens, etc. »*. (Ibid. p.63).

L'hypersensibilité se traduirait par un canal sensoriel trop ouvert, donc trop de stimulations arrivent au cerveau pour être traitées.

L'hyposensibilité serait la situation inverse avec un canal sensoriel qui n'est pas assez ouvert, ainsi, trop peu de stimulations arrivent au cerveau qui en est privé.

En résumé, l'hypersensibilité signifierait une sensibilité intense, exacerbée, excessive, tandis que l'hyposensibilité signifierait une sensibilité située au-dessous de la normale. Les hyper ou hyposensibilités peuvent se distinguer au niveau des canaux sensoriels décrits précédemment (visuel, auditif, gustatif et olfactif, mais également tactile, vestibulaire et proprioceptif).

Dans l'article du psychiatre René TUFFREAU sur la sensorialité tactile et l'eau [34], ce dernier évoque des défaillances graves du traitement de l'information sensorielle, chez des personnes avec autisme, qui altèrent le sens du toucher : « *Nous observons fréquemment des hyperesthésies à certains textiles, une indifférence aux coupures même profondes, [...], des automutilations par grattage, une insensibilité au froid ou au chaud, ...* ».

Selon Olga BOGDASHINA, les sujets avec autisme décrivent souvent leurs stimulations comme des mécanismes de défense contre leur hyper ou hyposensibilité.

« *Très souvent, les comportements auto-stimulants (« sensorismes »), définis par les gens neurotypiques comme des comportements bizarres [...], peuvent être considérés comme des stratégies involontaires, que l'enfant a acquis pour faire face aux « stimulations parasites » (hypersensibilité) ou au manque de stimulation (hyposensibilité).* ». (Ibid. p.81).

Par ailleurs, certains sujets avec autisme peuvent présenter un profil de « recherche de sensations ». Lorsqu'ils sont hyposensibles, ils cherchent à parvenir eux-mêmes à atteindre leur seuil déclenchant la perception de sensation. Lorsqu'ils sont hypersensibles, ils vont mettre en place des comportements d'évitements, d'hétéro ou d'auto agressivité, de repli. Pour expliciter certains comportements, la vignette clinique est une illustration d'une personne possédant une hypersensibilité auditive.

Vignette clinique :

Aurélien est un jeune homme de 20 ans que j'ai rencontré lors de mon stage de troisième année en Institut Médico-Educatif. Il a été diagnostiqué comme ayant un Trouble Envahissant du Développement. En 2013, il a quitté l'I.M.E. en milieu d'année scolaire suite à de nombreux troubles du comportement. En effet, Aurélien allait jusqu'à des comportement auto et hétéro-agressifs tels que frapper, griffer, se gratter jusqu'au sang, se frapper jusqu'à se provoquer un hématome, frapper et casser les objets, des crachats, des cris, jeter des objets, un évitement, un repli sur soi, etc. Ses comportements étaient liés notamment à son hypersensibilité auditive qui n'a été décelée que quelques mois après son départ lors de visites à domicile que l'équipe a mis en place pour tenter un retour sur la structure.

Toutefois, il existe une variabilité interindividuelle qui ne permet pas de parler d'hyper ou d'hyposensibilité chez chaque sujet avec autisme, ni de la même nature, comme

l'explique Olga BOGDASHINA : « ... il n'y a pas deux personnes autistes semblant avoir exactement la même configuration d'expériences sensorielles et perceptives ». (Ibid. p.64).

Il peut également y avoir, chez un même sujet avec autisme, un canal sensoriel hypersensible et un autre hyposensible, ainsi qu'un défaut de modulation sur un même canal, ce qui peut entraîner, selon les circonstances, une hyper ou une hyposensibilité.

Il semble très important qu'un psychomotricien s'adressant, au cours de sa pratique, à une population avec autisme ait bien ces notions en tête, car ces particularités sensorielles peuvent, bien souvent, expliquer certains comportements chez des patients. Ainsi, connaître ces caractéristiques permet non seulement de donner du sens à certains comportements, mais également de s'adapter au sujet avec autisme et d'améliorer la qualité d'accompagnement de ce dernier.

Selon Céline LARANJEIRA et Julien PERRIN [23], « *En tant que spécialiste du développement psychomoteur de l'enfant, le psychomotricien tente, à l'aide des thérapies proposées, d'améliorer ou de restaurer l'adaptation de l'individu à son environnement par le biais d'apprentissages perceptivo-moteur spécifiques. En ce sens, le psychomotricien est un acteur incontournable de la prise en compte du fonctionnement sensoriel d'un individu.* » (Ibid. p.195).

2) Les particularités perceptives

La perception est la mise en relation de tous ces systèmes sensoriels qui conduit à une interprétation des stimuli. Pour une même sensation, la perception sera différente d'un individu à l'autre car elle dépendra notamment de l'histoire du sujet.

Il en va de même pour les sujets avec autisme qui, selon plusieurs études ou recherches, ont des particularités perceptives différentes de sujets neurotypiques.

Laurent MOTTRON, en 2004, dans son ouvrage : « L'autisme : une autre intelligence » avance **l'hypothèse du sur-fonctionnement perceptif** dans l'autisme. Selon lui, il n'y aurait pas de déficit du traitement global mais un sur-fonctionnement perceptif chez le sujet avec autisme, avec une discrimination perceptive visuelle et auditive supérieures.

L'hypothèse du défaut de la perception visuelle du mouvement, théorie qui a été avancée par Bruno GEPNER. Il évoque une anomalie du codage temporel qui entraînerait un désordre du couplage entre vision du mouvement et posture.

Uta FRITH dans son ouvrage [10] développe **l'hypothèse du défaut de la cohérence centrale**, hypothèse selon laquelle tout individu posséderait une capacité à élaborer une conception globale des informations reçues. Toutefois, il n'en irait pas de même pour les

sujets avec autisme qui auraient une approche fragmentée de l'information, l'importance du détail, ainsi, le sujet avec autisme resterait fixé à un niveau de traitement local de l'information qui serait « déficitaire ».

La méthode du « eye tracking » ou « poursuite du regard » :

Après des tests de captation du regard chez le sujet avec autisme, des chercheurs se sont rendus compte que le sujet avec autisme a des difficultés de captation du regard.

Selon Patrice GILLET [23] « *L'introduction à la méthode du eye tracking (ou « poursuite oculaire ») a permis de montrer que les personnes autistes exploraient les visages d'une manière particulière, différente de celle du sujet ordinaire normotypique.* » (Ibid. p.109). Il ajoute que le sujet avec autisme explore préférentiellement la bouche, le menton, voire les détails externes au visage, comparé au sujet neurotypique qui explore préférentiellement les yeux et l'axe central au niveau du nez.

Cette méthode expliquerait la difficulté chez les sujets avec autisme d'identifier les visages et leur intérêt pour les détails.

Cette étude pourrait également expliquer les difficultés chez certains sujets avec autisme d'identifier les expressions émotionnelles du visage chez autrui. En effet, le sujet avec autisme se retrouve en difficulté pour interpréter les émotions chez autrui. Ces éléments concourent également à entraver le développement de « la théorie de l'esprit »²³ qui serait une capacité à attribuer des états mentaux à autrui.

III – Le bilan psychomoteur adapté au sujet avec autisme

Il apparaît essentiel pour le psychomotricien d'aborder le bilan psychomoteur, outil précieux et essentiel, faisant partie intégrante de la pratique psychomotrice. Suite à la problématique de ce mémoire : « *Le rôle du psychomotricien avec les sujets porteurs d'autisme autour de la médiation eau* », il s'avère nécessaire de faire à ce stade de la théorie, un aparté sur l'utilisation du bilan psychomoteur, et plus spécifiquement du bilan avec des sujets porteurs d'autisme.

²³ **Théorie de l'esprit** : théorie avancée par l'équipe de la Cognitive Development Unit of London. Dans cette équipe se trouvait notamment Uta FRITH, Sacha BARON-COHEN.

Cette théorie de psychologie cognitive développe l'idée que : l'autisme serait lié à un déficit de la « théorie de l'esprit », qui serait une aptitude qui permet à l'enfant de prêter à autrui des désirs, des motivations, des intentions, des affects et de donner une signification aux actes et à l'expression émotionnelle de ses interlocuteurs. Cette capacité apparaît vers l'âge de 3 ans. L'enfant est, par la suite, en mesure de comprendre des comportements et des désirs différents des siens.

Selon la théorie de l'esprit, l'enfant avec autisme ne développerait pas cette aptitude ou la développerait en retard et de manière anormale. Il serait donc privé d'un instinct de cohérence.

A. Généralités sur le bilan psychomoteur

L'examen psychomoteur fait appel à des compétences spécifiques du psychomotricien, ainsi on le retrouve dans le décret d'actes du psychomotricien. C'est un outil clinique essentiel au sein même de la pratique psychomotrice. L'examen psychomoteur est le premier acte réalisé par le psychomotricien, qu'il soit en libéral ou en institution, avant un éventuel accompagnement.

L'examen psychomoteur permet d'envisager ou non une indication en psychomotricité, ainsi que d'orienter le projet thérapeutique du patient. Comme le disent à très juste titre Danièle CAUCAL et Régis BRUNOD dans leur ouvrage [7], « *Rappelons d'abord que le bilan psychomoteur n'est pas une aide au diagnostic proprement dit pour lequel il existe d'autres outils, mais que son but est d'explorer du mieux possible les capacités ou les potentialités d'un jeune atteint d'autisme* » (Ibid. p.119).

De plus, le bilan psychomoteur peut être un moyen d'objectiver le développement du sujet avec autisme, ainsi que d'évaluer les progrès du sujet.

Enfin, le bilan psychomoteur peut servir également à réajuster un accompagnement en psychomotricité.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'abord du sujet porteur d'autisme, il n'existe pas de bilan spécifique du psychomotricien adapté au sujet porteur d'autisme. Ces deux auteurs le précisent d'ailleurs dans leur ouvrage : « *[...] il n'existe pas de pratique spécifique codifiée pour l'autisme en matière de psychomotricité et donc pas de bilan étalonné pour ce syndrome, même si certaines études ont été réalisées avec des tests standardisés dans la littérature anglophone.* ». (Ibid. p.118)

Le psychomotricien doit donc adapter son outil tout en tenant compte du handicap du sujet. Par exemple, lorsque le psychomotricien se retrouve en difficulté à faire passer un protocole de bilan psychomoteur standard à un enfant avec autisme, il va s'ajuster au comportement de l'enfant. Il peut ainsi passer par l'imitation pour entrer en interaction avec l'enfant.

Durant le bilan, le psychomotricien va donc observer du mieux possible les compétences et difficultés psychomotrices du sujet avec autisme. Comme nous l'avons vu dans la première partie, l'une des particularités de l'autisme est la perturbation qualitative des interactions sociales, le psychomotricien va se retrouver face à une lecture corporelle symptomatique particulière. Il va donc devoir faire preuve d'une grande adaptabilité et d'une observation précise et bien spécifique du sujet avec autisme.

B. Les recommandations de la HAS en lien avec le bilan psychomoteur

Selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS 2012 [9], dans le domaine sensoriel et moteur : « *Le domaine sensoriel et moteur est un domaine dans lequel une évaluation par l'équipe d'interventions est recommandée pour tout*

enfant/adolescent/adulte avec TED, tout au long de son parcours. Cette évaluation fonctionnelle comprend :

- un **repérage des troubles sensoriels** comme pour tout enfant et une orientation le cas échéant vers des consultations médicales spécialisées (ORL, ophtalmologie);
- un **repérage des modalités sensorielles préférentielles**;
- un **repérage des réponses inhabituelles à certaines expériences sensorielles** tactiles, proprioceptives, auditives, visuelles, gustatives et olfactives;
- un **suivi du développement** : des acquisitions motrices globales (coordinations dynamiques générales, équilibre, posture), de la motricité fine et des coordinations visuo-manuelles, dont le graphisme, de la régulation tonique, du schéma corporel (connaissance du corps, latéralité et capacités imitatives), de l'organisation spatio-temporelle, des praxies et gnosies. »²⁴.

C. Expérience personnelle dans l'application du bilan psychomoteur classique

Au sein de l'Institut Médico-Educatif où j'effectue mon stage de troisième année, le bilan classique qui est utilisé notamment pour les adolescents et jeunes adultes présentant un Trouble Envahissant du Développement est présenté sous forme d'une trame évaluant un vaste panel de domaines. Ayant eu l'occasion de réaliser plusieurs passations de cette trame, j'expose ci-dessous l'essentiel de mon expérience avec des adolescents déficients intellectuels.

L'évaluation des **coordinations générales** passe par des épreuves de coordinations motrices (les coordinations oculo-manuelles, oculo-pédestre, les associations/dissociations de mouvements).

L'**équilibre** est également testé en statique et en dynamique.

L'évaluation du **tonus** passe tout d'abord par l'évaluation du tonus d'action (observation d'éventuelles syncinésies), du tonus postural (réaction à la poussée) et du tonus de fond (via la recherche de passivité, de relâchement, et d'extensibilité) une fois que le sujet est plus en confiance avec le psychomotricien.

Le **schéma corporel** s'évalue à travers un test de somatognosie, un test d'imitation de gestes et de postures (imitations simples puis complexes).

La **latéralité** avec la batterie HHR testant la latéralité innée et quelques items de la batterie Auzias pour tester la latéralité oculaire, pédestre et manuelle usuelle.

²⁴ HAS et Anesm / service Bonnes pratiques professionnelles (HAS) et service Recommandations (Anesm) / mars 2012, pp. 15-16.

La **graphomotricité** avec des réalisations graphiques diverses, une épreuve de pointillage, l'épreuve de la copie de figures issue de la NEPSY I, l'épreuve du dessin du bonhomme, ainsi qu'une épreuve de précision visuo-motrice.

L'évaluation de la **concentration** se fait via l'épreuve du Thomas, une épreuve de vigilance.

L'évaluation de la **mémoire** se fait à trois niveaux : la mémoire à court terme et de travail avec notamment l'épreuve du Stamback, la mémoire kinesthésique, la mémoire à moyen terme avec la reproduction de la figure de Rey de mémoire (Rey ou Baby Rey selon le niveau du jeune) et la mémoire à long terme si le bilan se fait au moins sur deux passations.

L'évaluation de **l'espace** est réalisée au travers de différents points : des épreuves sur la topologie, l'étoile de Marthe Vyl, le partage des distances, l'épreuve du Naville, ainsi que la transposition plan espace en statique comme en dynamique, la copie de la figure de Rey (Rey ou Baby Rey).

L'évaluation du **temps** avec l'épreuve intégrale du Stamback, les images séquentielles et le questionnaire sur le repérage dans le temps.

La **sensorialité** est également évaluée tout au long du bilan (visuelle, auditive, tactile, olfactive, gustative, vestibulaire et proprioceptive). Il faut donc mener une observation fine de la présence de signes évoquant une particularité sensorielle. S'il y a une suspicion quelconque de trouble sensoriel, cette particularité pourra être approfondie en réalisant une évaluation sensorielle (avec le profil sensoriel de Dunn qui sera explicité ci-après) en concertation avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

D. Autres approches utiles pour le sujet avec autisme

Bien qu'il n'existe pas de bilan psychomoteur spécifique pour l'autisme, les institutions s'appuient toutefois sur divers outils, en plus du bilan psychomoteur classique. Ainsi, j'ai pu découvrir sur mes terrains de stages, deux outils distincts : le bilan développemental de Gloria LAXER et le profil sensoriel de DUNN. Je n'ai pas eu l'occasion de mettre en pratique ces bilans, je tiens toutefois à expliciter leur contenu car il me semble que la richesse d'informations qu'ils apportent sur les personnes avec autisme sert de base au psychomotricien dans son travail.

1) Le bilan développemental LAXER

Le Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) utilise un « bilan développemental » développé par Madame Gloria LAXER.

Bien que cet outil ne soit pas spécifique au psychomotricien, il est apparu important d'évoquer l'intérêt de ce bilan avec la population porteuse d'autisme. En effet, ce bilan s'adresse à une population avec des troubles ou retards du développement. Concernant l'âge, ce bilan peut s'appliquer de la petite enfance à l'âge adulte et trouve également sa place en milieu professionnel protégé. A partir d'observations cliniques, il trace un profil de la personne facile à lire.

Ce bilan met l'accent sur le développement des aptitudes fondamentales, le comportement et les déficits spécifiques.

Le bilan LAXER est un moyen d'évaluation mais également de réévaluation périodique.

Selon Gloria LAXER [22], « *les intérêts du bilan sont :*

1° Ce bilan permet l'évaluation initiale et les réévaluations sans avoir à redouter les effets test – retest que l'on peut retrouver dans certains cas.

2° Il identifie les progrès, la stabilité, les sphères à problème, les régressions.

3° Il fournit le point de départ du projet individuel.

4° Il révèle également les succès ou les échecs des méthodes pédagogiques employées.

5° Il permet à l'ensemble des partenaires s'occupant de la personne en situation de handicap de parler d'une seule voix et d'avoir une vision consensuelle de celle-ci ».

Cet outil peut être utilisé par plusieurs professionnels de l'institution, dont le psychomotricien, mais également par la famille. Ceci permet d'aboutir à un travail pluridisciplinaire, avec un regroupement des observations provenant de divers observateurs.

Dans un premier temps, une fiche regroupe les indications sur l'identité civile, l'âge, le diagnostic, et les autres handicaps, le traitement, mais également une atteinte sensorielle est à renseigner avant de réaliser le bilan. L'ensemble de ces informations peut être très utile pour le bilan car influant sur les résultats.

Le bilan LAXER s'appuie sur 120 items d'observations cliniques associés à une cotation. Il est composé de quatre grandes parties dont je ne détaillerai pas les différents items, mais les thèmes principaux.

La première partie concerne **les aptitudes fondamentales** dans les domaines suivants : le développement moteur, le développement sensori-moteur, le développement de la communication, l'intégration motrice, le développement personnel et comportement social, l'autonomie personnelle, les aptitudes sociales.

La seconde partie concerne **les aptitudes scolaires, le développement intellectuel et la vie professionnelle**.

La troisième partie concerne **les problèmes de développement, et troubles du comportement**. On retrouve notamment dans cette partie des items sur lesquels le

psychomotricien peut être plus sensible : le contrôle moteur, les activités stéréotypées, la motricité pratique, les réponses bizarres aux stimuli sensoriels, etc.

La quatrième partie concerne **les profils de développement**. Cette dernière partie correspond à un rassemblement des résultats fournis par les trois précédentes parties, et donnera un « profil de développement ».

Selon Gloria LAXER, ce profil est « *une image très évidente des capacités de la personne* ».

2) Le profil sensoriel de DUNN

Au sein de l'Institut Médico-Educatif (I.M.E.), l'équipe paramédicale utilise un bilan sensoriel qui est le profil sensoriel de DUNN dans le cas d'une suspicion de troubles sensoriels chez un jeune, qu'elle soit auditive, tactile, olfactive, gustative, kinesthésique, proprioceptive ou vestibulaire. Ce bilan sensoriel est notamment utilisé à l'I.M.E. pour des adolescents avec autisme.

Les psychomotriciennes de l'institution ont été formées à cet outil et s'en servent au cours de leur pratique. Elles s'en servent surtout si un jeune a présenté une particularité sensorielle au cours du bilan et que cette dernière peut être problématique pour le quotidien du jeune. Cette question est donc discutée en équipe pluridisciplinaire et notamment avec les éducateurs référents du groupe sur lequel se trouve le jeune.

Le profil sensoriel de DUNN permet donc d'évaluer l'impact et la spécificité du traitement de l'information sensorielle d'un enfant ou adolescent sur ses performances dans la vie quotidienne.

Il se présente sous la forme d'un questionnaire qui peut être complété par toutes les personnes qui connaissent suffisamment l'enfant pour pouvoir répondre à ce questionnaire sans avoir l'enfant de visu (parents, professionnels, etc.). Il existe deux versions de ce bilan : la version complète avec 125 items pour la version complète et 38 items pour la version abrégée²⁵.

Ce bilan est étalonné et l'âge d'application peut aller de 3 ans à 10 ans et 11 mois (âge développemental). Le codage des réponses possibles est le suivant : « toujours », « fréquemment », « parfois », « rarement », « jamais ».

Il y a trois dimensions évaluées à travers ce bilan :

Le **traitement de l'information sensorielle** (évaluation qui se fait au niveau auditif, visuel, équilibre, tactile, multi sensoriel et oral)

La **modulation**, qui correspond à la régulation des messages neuronaux par facilitation ou inhibition des réponses (elle s'évalue à travers le traitement de l'information sensorielle liée au tonus, la position du corps et au mouvement, le niveau d'activité, l'affection sur les réponses émotionnelles, etc.

Les **réponses comportementales et émotionnelles** (émotionnelles, sociales, résultante du traitement de l'information sensorielle).

Une feuille de synthèse permet par la suite de regrouper l'ensemble des résultats.

²⁵ Cf. **Annexe 2** : Version abrégée du profil sensoriel de Dunn.

Chapitre 2 : L'eau dans tous ses états

L'eau s'inscrit dans une histoire, elle possède également ses propres caractéristiques. Il me paraît important de connaître l'ensemble des paramètres concernant l'eau dans sa globalité (historique, symbolique, la physique des fluides et les effets physiologiques), avant d'envisager l'accompagnement du psychomotricien dans le milieu aquatique.

I – Généralités sur l'eau

« Deçà, delà, en haut, en bas, courant, jamais elle ne connaît de quiétude, pas plus dans sa course que dans sa nature, elle n'a rien à soi mais s'empare de tout, empruntant autant de nature diverses que sont divers les endroits traversés, comme le miroir accueille en soi autant d'images qu'il y a d'objets passant devant lui. »

Léonard de Vinci

« De la nature de l'eau » carnets, 1508-1519

A. L'Homme, intimement lié à l'eau

L'eau, élément de la vie quotidienne, est si familière, que l'on en oublie souvent son importance et son originalité. La vie s'est développée il y a trois milliards et demi d'années dans les abysses des océans. Et c'est d'eau que les cellules sont principalement composées. Dès l'origine de la vie, l'embryon baigne dans le liquide amniotique qui est majoritairement composé d'eau.

L'eau recouvre actuellement les deux tiers de la surface de notre « planète bleue » bien que cette abondance soit un leurre car l'eau n'est pas inépuisable.

L'eau est partout autour de nous et joue dans le développement de la vie humaine, animale et végétale un rôle indispensable. L'eau constitue donc un préalable à toute existence. Serions-nous bien plus intimement liés à l'eau que nous le pensons ?

B. L'eau et le corps humain

Le corps humain est composé de 97 à 55% d'eau. Selon Bernard RIO [32], « *Ce volume d'eau représente environ 70% du corps de l'homme adulte. Ainsi, chez un homme*

de corpulence moyenne (70 kg pour 1,70m) le volume d'eau corporelle sera de 43 litres. ». A noter que ce volume fluctue en fonction de la taille et de la corpulence de l'individu. La teneur en eau varie également en fonction de l'âge : elle peut aller de 97% pour un embryon de trois jours à 75% pour un nourrisson et jusqu'à 55% pour une personne dite « âgée ». En effet, le vieillissement s'accompagne d'une déshydratation du corps. L'organisme ne pouvant stocker l'eau, l'Homme doit boire afin d'hydrater son corps. Les besoins en eau ne sont d'ailleurs pas exactement les mêmes en fonction de l'âge. En effet, les besoins en eau du nourrisson sont importants pendant sa croissance. Tandis que les besoins hydriques d'une personne âgée s'élèvent à 1,7 litre par jour. Enfin, pour un adulte, il est conseillé de boire en moyenne 1,5 litre d'eau tout au long de la journée. D'ailleurs, si l'homme peut vivre sans manger pendant plus de six semaines, il ne peut survivre plus de 3 jours sans boire... L'Homme qui ne s'hydrate pas est condamné, l'eau est donc un élément vital pour la survie de l'espèce. La peau est d'ailleurs une réserve d'eau. En effet, notre enveloppe externe est composée à 71% d'eau. Chez l'adulte, elle constitue une réserve d'environ 9 litres. La peau joue un rôle de barrière et de régulateur des échanges thermiques du corps (la régulation thermique est notamment permise par le phénomène de transpiration), c'est pourquoi elle doit être suffisamment hydratée.

C. Symbolisme de l'eau

L'eau porte une valeur symbolique très riche qui a de tout temps nourri et questionné l'imaginaire humain.

Au premier abord, le symbolisme de l'eau semble le type même du symbolisme pluriel : des eaux, voire du rassemblement de symboles contradictoires. Gaston BACHELARD a montré dans son ouvrage [2], combien les axes de symbolisation proposés par l'élément liquide étaient divergents. A l'eau calme s'oppose l'eau rapide comme à l'étang, la cascade...

L'eau est donc porteuse d'une infinité de sens et de représentations. Comme le soulignent SILVESTER [33], « [...] l'eau contient toutes les promesses de développement comme toutes les menaces de résorption ; car telle est la dualité de cet élément qui est à la fois symbole de vie ou source de mort, comme il peut être féminin ou masculin, bénéfique ou maléfique, désiré ou craint, banal ou énigmatique. » (Ibid. p.134).

En effet, l'eau peut être **porteuse de vie** car : elle enveloppe, elle porte, elle caresse, masse, elle donne une liberté du mouvement.

L'eau peut également être **porteuse de mort** car l'eau peut : aspirer, envahir, engloutir, noyer, dissoudre... elle peut donc également être source d'angoisses.

L'eau est également avec la terre, le vent et le feu, l'un des quatre éléments fondamentaux, essentiels à la vie, chacun représentant une force et chargé d'une valeur symbolique que l'on peut retrouver dans tout type de culture.

L'eau peut avoir une valeur **féminine** car elle nous porte, nous berce, nous caresse. Dans son ouvrage [2] Gaston BACHELARD écrit : « *Des quatre éléments, il n'y a que l'eau qui puisse bercer. C'est elle l'élément berçant.* » (Ibid. p.150). Il va jusqu'à parler du lait qui peut être assimilée à l'eau dans l'inconscient humain : « *Si maintenant nous poussons plus loin notre enquête dans l'inconscient, en examinant le problème dans le sens psychanalytique, nous devons dire que toute eau est un lait* » (Ibid. p.135). Elle peut également avoir une valeur **masculine** également de par sa force parfois destructrice.

Il me paraît difficile de parler du « symbolisme de l'eau » sans faire mention de la place de l'eau dans les religions. En effet, selon Sylvie BONIN [4] « *La notion d'eau originelle est universelle. Elle se retrouve dans les mythologies comme dans les religions. [...] A travers les textes sacrés, l'eau apparaît comme source de vie, de purification, de régénération* » (Ibid. p.31). Ces symboles liés à l'eau se retrouvent dans de nombreuses religions telles que, par exemple, la religion hindoue avec les bains rituels dans les eaux du Gange qui « lave » les individus de leurs impuretés et les fait renaître (rituel de purification intérieure). On retrouve également l'eau dans la religion Chrétienne, par exemple, lors du baptême qui est un sacrement. Dans la religion juive, les rites de purification liés à l'eau sont très nombreux, par exemple, des ablutions précèdent les prières et la bénédiction des repas. Pour les musulmans, également, le premier devoir est de se purifier en suivant les recommandations du Coran, etc. L'eau a donc nourri, et continue de nourrir, l'imaginaire collectif des Hommes. Elle ravive donc pour chacun de nous un vécu, une histoire personnelle, forte ou non.

D. Mythes, légendes et réalités autour de l'eau

L'eau est chargée de mythes et porteuse de rituels fondamentaux dans de nombreuses cultures.

L'eau est notamment très présente dans la mythologie grecque. En effet, nombreuses sont les divinités grecques liées à la mer (Océanos, Poséidon, Aphrodite), liées aux rivières et aux sources (Océanides, Néréides), ou encore liées aux fleuves et aux eaux sacrées (tel que le Styx qui était le fleuve sacré qui séparait le monde terrestre des Enfers).

Les anciens Egyptiens avaient eux aussi leur fleuve sacré : le Nil, né de l'océan originel qui encerclait le monde. Le Nil était avant tout un fleuve nourricier qui, par ses crues, fertilisait le pays.

On retrouve un peu partout des cérémonies rituelles célébrant la pluie ou implorant les dieux de la faire tomber pour assurer la fertilité des sols.

Pour les Indiens, le Gange vient du ciel pour purifier la Terre en passant dans la chevelure du dieu Shiva, qui l'empêche de déborder en le divisant en sept torrents coulant vers la mer.

Le déluge est un mythe universel et a une véritable valeur symbolique comme le souligne Sylvie BONIN [4] : « *Dans toutes les versions du Déluge, l'eau est, aux mains des dieux, l'instrument de la punition de l'humanité, et à travers la survie d'un seul juste, l'origine de son renouveau* » (Ibid. p.39). C'est donc une renaissance pour l'humanité.

Les légendes liées à l'eau sont également nombreuses, on y trouve notamment des créatures fantastiques telles que les sirènes, ou encore des monstres marins tel que le kraken, ou bien encore plus mystérieux et énigmatique, le monstre du Loch Ness.

D'ailleurs, de nombreux héros ont été sauvés des eaux tel que Moïse, Romulus et Rémus...

E. L'eau, source de plaisir

Bien avant notre ère, les Hommes ont découvert les plaisirs du bain si l'on en croit les vestiges retrouvés.

Selon Sylvie BONIN [4], « *En Grèce, dès le Ve siècle avant J-C [...] les bains se développent davantage dans l'optique de l'hygiène que du loisir* » (Ibid. p.129). Les Grecs croyaient d'ailleurs aux vertus purificatrices des bains.

Le bain était, une institution chez les romains et pour alimenter ces thermes immenses, ils avaient appris à capter l'eau acheminée par des aqueducs. Les bains publics à Rome n'étaient d'ailleurs pas réservés à une élite car ils étaient pratiquement gratuits et ouverts à tous, aussi bien hommes que femmes.

Aux débuts de l'ère chrétienne, l'Eglise condamna les bains qui étaient « l'odeur du péché », elle acceptait seulement le principe des bains par nécessité d'hygiène (« une fois par mois » autorisait Saint-Augustin).

La mauvaise réputation des étuves (ou bains publics) s'accroît au Moyen-Age car assimilée à des lieux de débauche. De plus, les grandes épidémies remettent en question l'hygiène liée au bain car les médecins pensent à l'époque que « le corps est poreux » et que l'eau chaude, en dilatant les pores, laisse entrer tous les « miasmes ». Ces raisons aboutissent à la fermeture progressive des étuves publiques dans toute l'Europe à la fin du XV^e siècle.

La Renaissance et le XVII^e siècle connaissent en suivant l'austérité de « la toilette sèche » qui consistait à se nettoyer sans eau, avec un linge imbibé de vinaigre ou bien de parfum. Cette période n'est pas en faveur du bain et d'ailleurs, les rares bains publics deviennent par la suite les instituts de beauté de l'époque.

L'eau reprend progressivement une place au sein de la toilette vers la fin du XVIII^e siècle, accompagnée parfois de mobilier telle que la petite table de toilette sur laquelle on peut poser des accessoires raffinés. La baignoire en métal fait alors son apparition. Le bidet, connu également sous le nom de « petit indiscret » fait également son entrée dans l'histoire du bain.

De nouveau au XIX^e siècle, les bains publics se développent car avoir un cabinet de toilette chez soi était un luxe et rares étaient les personnes qui pouvaient s'en offrir un.

Il faudra attendre la fin du XIXe siècle pour que les immeubles soient équipés d'arrivées d'eau.

Comme le précise dans son ouvrage Sylvie BONIN [4], « *La généralisation de la salle de bains, commencée dans les immeubles haussmanniens, a pris du temps. En 1950, seulement 10% des logements disposaient d'une salle d'eau. En 1960, 30%. En 2000, c'est la quasi totalité...* » (Ibid. p.137).

A l'heure actuelle, on ne se lave plus seulement par soucis d'hygiène, mais parce que la toilette est ressentie comme un moment de bien-être et de santé.

L'art du bain se décline aujourd'hui sous plusieurs formes : sauna, hammam, spa, jacuzzi, piscine... Les sels de bains, algues et huiles essentielles font maintenant partie des accessoires du bain chez la plupart des individus de notre époque.

F. L'hydrothérapie

L'hydrothérapie est une méthode qui utilise l'eau, par voie externe, sous toutes ses formes (bains, douches, jets d'eau, etc.) dans une perspective thérapeutique. Son utilisation a évolué au fil de l'histoire avec les avancées médicales, éthiques et culturelles. Aujourd'hui, elle peut se décliner sous diverses formes : le thermalisme, la thalassothérapie, la balnéothérapie, etc.

« *Depuis fort longtemps, l'eau est utilisée à des fins thérapeutiques. Celui qui choisit d'utiliser l'eau comme élément ou lieu de soin s'inscrit donc dans une continuité de temps, de culture, de tradition* »²⁶.

Concernant le thermalisme :

Depuis très longtemps, l'Homme a reconnu et utilisé les vertus de l'eau dans un objectif de soin et de bien-être. Sylvie BONIN [4] indique que « *Le thermalisme est l'utilisation à des fins thérapeutiques des eaux minérales telles qu'elles se présentent à la source. Mais n'importe quelle source n'est pas qualifiée de « thermale ».* » (Ibid. p.121). En effet, l'eau doit être reconnue par le ministère de la Santé comme étant pourvue de caractéristiques très précises. Les indications pour les cures thermales sont en générale : les affections respiratoires et ORL, les maladies artérielles, les rhumatismes, etc.

La reconnaissance du thermalisme ne date pas d'hier, en effet, elle est connue depuis des millénaires. Les romains, dans l'Antiquité, fréquentaient déjà les thermes. La période moyenâgeuse fut moins portée sur l'eau et ses bienfaits, mais certains écrits de l'époque relatent des bains d'eau chaude naturelle que prenait Charlemagne à Aix-la-Chapelle. La Renaissance renoue avec la tradition thermale, certains penseurs, rois ou reines de l'époque racontent leurs séjours dans des lieux de cure tels que Vichy ou encore Cauterets. Au XVIIe siècle, les stations thermales continuent à séduire de grands personnages tel que Louis XIII, bien que certains penseurs de l'époque portent un regard

²⁶ <http://www.chups.jussieu.fr/polypsSM/psychomot/TDvivreEau/POLY.Mini.html>

ironique sur les effets de la cure (tel que Diderot). Le XIXe siècle va être le siècle d'or du thermalisme français. En effet, les stations thermales se développent et s'organisent en « villes d'eaux ». Le second Empire, époque de prospérité et de dynamisme économique, donne un essor sans précédent aux stations thermales, rendues plus facilement accessibles grâce à la modernisation des transports. Les poètes romantiques iront également aux thermes soigner leurs maux. A la fin du XIXe et début du XXe siècle, les villes d'eaux s'agrandissent, accueillant toujours principalement la clientèle fortunée de l'époque.

Ce n'est pas seulement en France, mais également dans toute l'Europe du Nord et de l'Est que s'est étendue cette tradition thermale au cours des siècles, par exemple, Bath en Angleterre, ou encore Baden-Baden en Allemagne, etc.

Concernant la **thalassothérapie** :

Le Docteur de la Bonnardière d'Arcachon créa le terme de « thalassothérapie » à partir des mots grecs : *thalassa* signifiant la mer et *therapeia* signifiant le soin. Selon Sylvie BONIN [4], « *La thalassothérapie est un ensemble de soins utilisant les propriétés de l'eau de mer, des algues et des boues marines, conjuguées avec l'influence du climat* » (Ibid. p.114). Les soins et activités pratiqués en thalassothérapie font profiter l'organisme des propriétés de l'eau de mer qui est un véritable réservoir d'éléments vitaux (le chlorure de sodium qui la rend salée, les sels minéraux, les oligo-éléments, etc.).

Au départ, la thalassothérapie affiche une vocation médicale et curative (utilisation en rééducation, pour la convalescence), mais, peu à peu, elle va évoluer vers un rôle davantage préventif de rééquilibrage de l'organisme au contact de la mer. Actuellement, les cures sont motivées par la fatigue, le stress, le surmenage, l'amincissement... tout ceci, dans un objectif de bien-être et de plaisir. La cure de « remise en forme » devient un phénomène de société. Par la suite, on ne parle donc plus de thalassothérapie, mais de « thalasso ».

Il existe plusieurs approches possibles de l'hydrothérapie, notamment la **balnéothérapie**, que nous développerons plus en détail dans le Chapitre 3 : « L'eau, médiation psychomotrice auprès du sujet avec autisme ».

En conclusion, l'eau s'inscrit dans une histoire longue et riche qu'il apparaît important d'aborder avant d'envisager l'accompagnement aquatique en lui-même. L'utilisation de l'eau à des fins thérapeutiques a évolué au fil des siècles et connaît un plein essor.

II – Les caractéristiques physiques de l’eau ayant un effet sur le corps

L’eau possède plusieurs propriétés physiques, je vais en évoquer certaines brièvement, sans rentrer dans les détails physico-chimiques ainsi que leurs potentiels effets sur le corps.

L’eau est un corps liquide à la température et à la pression ordinaires, incolore, inodore, insipide, dont les molécules sont composées d’un atome d’oxygène et de deux atomes d’hydrogène : H₂O²⁷.

A. La résistance hydrodynamique

Cette résistance est liée à la densité de l’eau et oppose une résistance au déplacement du corps immergé. Elle nous contraint donc à développer d’autres types de mouvements pour nous adapter au milieu aquatique.

Cette résistance permet un approfondissement de la conscience du corps, des gestes que l’on peut être amené à réaliser dans l’eau.

B. La transparence

La transparence se définit comme la propriété d’une substance à transmettre la lumière. L’individu voit donc son corps dans l’eau par transparence. En revanche, cette transparence n’est pas nette et trouble l’image du corps renvoyée.

C. La poussée d’Archimède

La poussée d’Archimède est une force verticale, dirigée vers le haut, à laquelle est soumis un corps plongé dans un fluide.

La poussée d’Archimède est la force particulière que subit un corps plongé en tout ou en partie dans un fluide (liquide ou gaz) soumis à un champ de gravité. Cette force provient de l’augmentation de la pression du fluide avec la profondeur²⁸.

Ceci explique le phénomène d’apesanteur que nous ressentons lorsque nous sommes immergés. Le corps est plus léger, ce qui facilite le portage, les mouvements et l’immersion.

Dans le travail avec un public porteur de polyhandicap, l’eau s’avère être un milieu privilégié, car ces personnes sont souvent empêchées dans leur motricité globale.

²⁷ Antoine de Lavoisier a démontré en 1785 que l’eau était une combinaison de deux substances : l’oxygène et l’hydrogène, il formule alors la célèbre définition chimique de l’eau H₂O.

²⁸<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/poussée/63169/locution?q=la+poussée+d%27archimède#183445>

Vignette clinique :

Lors d'un stage court en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en pôle enfant, j'ai eu l'occasion d'assister à une séance groupale de psychomotricité en piscine avec un groupe de cinq enfants, atteints de maladies congénitales. J'ai pu observer plus spécifiquement le temps dans l'eau. Chaque enfant avait une bouée, utilisée en première intention dans un aspect sécuritaire, mais également avec l'objectif de soutenir l'axe et d'offrir des sensations de flottaison.

Cette séance dans l'eau m'a permis d'observer les interactions et échanges entre les enfants et les deux psychomotriciennes. Il y a avait notamment la mise en jeu des regards, la qualité de présence dans la relation, la tonicité et l'amplitude des mouvements malgré l'atteinte neurologique sévère. Parmi ces enfants, certains avaient une atteinte neurologique entraînant une tétraplégie. Mes représentations de l'atteinte neurologique me laissaient penser au début du stage que les éventuelles séquelles ne leur permettaient qu'une amplitude de mouvements très limitée...et pourtant, une fois leur corps immergé dans l'eau, l'amplitude de leurs mouvements était améliorée. A la suite de sollicitations des psychomotriciennes, au niveau des jambes, les enfants réalisaient des ébauches de mouvements, bien que non-coordonnés, au niveau des membres inférieurs.

D. La température

La température est une grandeur physique reliée à la sensation de froid et de chaud, provenant du transfert thermique entre le corps humain et son environnement, en l'occurrence, l'eau.

La température de l'eau exerce une action sédative et décontracturante sur le corps de l'individu immergé. En effet, les effets thermiques de la balnéothérapie sont aujourd'hui bien connus et très largement utilisés en rééducation. De nombreux auteurs s'accordent sur le fait que les bains chauds (au-dessus de 34° C) provoquent :

- Une vasodilatation périphérique responsable à son tour d'une baisse de la tension artérielle, d'une légère tachycardie et d'une petite augmentation du travail cardiaque.
- Une diminution généralisée du tonus musculaire, facilitant la mobilisation.
- Une élévation du seuil de la douleur autorisant la réalisation d'exercices trop agressifs lorsqu'ils sont effectués à sec.

C'est pourquoi l'eau des bassins en balnéothérapie est, en général, maintenue entre 34 et 36° C. A cette température, le bain est myorelaxant et antalgique.

En conclusion, les différentes caractéristiques de l'eau vont favoriser un enveloppement global du corps, modifiant les fonctions corporelles de base : le tonus, la respiration, l'équilibre, l'organisation du mouvement, et ainsi, la perception du corps.

Chapitre 3 : L'eau, médiation psychomotrice auprès du sujet avec autisme

Nous avons vu jusqu'alors l'autisme et l'eau dans une globalité. Venons-en maintenant au psychomotricien et à son rôle : *quel est le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement de patients avec autisme à travers l'eau ? Comment le psychomotricien peut se saisir de cet outil pour mener à bien ses projets thérapeutiques ? Qu'observe-t-il dans l'eau ?*

I – L'eau : un médiateur

Le mot médiateur vient du latin « *mediator* » et signifie ce qui produit une médiation. La médiation, quant-à-elle, vient du verbe latin « *mediare* » qui signifie diviser et désigne ainsi le fait de servir d'intermédiaire. Dans un sens plus large, la médiation, signifie s'interposer « entre ». Le médium sert donc d'intermédiaire entre soi et l'autre et plus précisément, dans le cadre de la thérapie, entre le patient et le thérapeute, c'est une attention conjointe entre le thérapeute et le patient.

Au cours de son travail et de sa pratique, le psychomotricien peut se saisir de la médiation comme d'un outil. Nous garderons cependant à l'esprit tout au long de ce mémoire que le premier outil de travail du psychomotricien reste en premier lieu son corps, j'entends par « corps » une notion plus large qu'est la corporéité. Cette notion de corporéité avait été développée par KANT qui était phénoménologue au cours du 19^e siècle. Les phénoménologues, sous le terme de « corporéité » entendent le fait pour l'homme d'être au monde, d'être regardé par autrui comme une personne, un être humain.

La médiation constitue donc un dispositif préétabli, matériel, technique, espace et temps, mais le réel intérêt se trouve dans le processus qui vient au déploiement de l'activité.

Tout est question de la sensibilité du thérapeute et de la sensibilité du patient, mais dans tous les cas, quelque que soit la médiation, la relation intersubjective va permettre de communiquer quelque chose qui était de l'ordre du non communicable, elle va permettre de symboliser.

Selon Catherine POTEL [30], « *les médiations ont comme objectifs :*

- *de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions,*
- *de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant, d'aider à la transformation des éprouvés en représentation » (Ibid. p.367).*

Le psychomotricien aide à la représentation, sans interpréter, mais en mettant du sens sur ce qui se joue dans la séance.

Selon D.W. WINNICOTT : « *Proposer une médiation, c'est donner une chance aux pulsions créatrices, motrices et sensorielles d'exister de se manifester, afin qu'elles participent à la construction dynamique du sujet* ».

Dans les thérapies à médiation, il y a donc l'idée d'une triple articulation :

- La part du thérapeute dans sa capacité à se montrer créatif et vivant,
- La confrontation aux choses au travers parfois du nécessaire passage par la manipulation, la transformation des objets concrets et matériels.
- L'utilisation de l'objet devient alors un moyen par lequel l'enfant va agir directement sur l'autre et découvrir le jeu subtil des relations intersubjectives.

En conclusion, l'eau est un médiateur qui s'inscrit dans un processus de médiation. C'est un lieu de rencontre favorisant la mise en place d'une relation autour d'un objet d'attention conjointe.

La médiation n'est pas spécifique à la pratique psychomotrice mais constitue un outil au service d'une rencontre entre le psychomotricien et le patient dans le cadre d'un accompagnement en psychomotricité.

II – L'eau : médium malléable partiel

Catherine POTEL, dans son ouvrage [29], s'appuie sur un article de René ROUSSILLON²⁹ qui refonde le concept d'objet malléable de Marion MILNER, psychanalyste anglaise. Cette dernière avait défini la notion de médium malléable comme « *objet transitionnel du processus de représentation* ».

Selon lui, la réalité psychique n'est pas immédiatement saisissable, pour se l'approprier, le sujet a besoin de se la donner en la matérialisant dans un « médium » suffisamment malléable pour en accueillir la forme sensorielle et permettre de la travailler pour produire une forme symbolique. Il a ainsi dégagé cinq caractéristiques pour définir le médium malléable : l'indestructibilité, l'extrême sensibilité, l'indéfinie transformation, la disponibilité et le caractère vivant. « *Le médium doit être interprète, transformeur, transmetteur, symboliseur entre la réalité psychique et la réalité externe. Pour cela, il doit être malléable, indestructible, sensible et transformable tout en restant lui même.* » René ROUSSILLON.

Nous allons approfondir les cinq caractéristiques décrites par René ROUSSILLON et comprendre la place de l'eau en tant que médium.

²⁹ ROUSSILLON R., « Un paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise », PUF, 1991.

L'indestructibilité : l'eau est indestructible car nous pouvons la frapper, la battre, la fragmenter, sans l'altérer.

L'extrême sensibilité : l'eau réagit au moindre mouvement du corps, aussi infimes soient-ils.

L'indéfinie transformation : l'eau est transformable dans le sens où elle prend forme dans n'importe quel contenant. Cependant, la mise en forme nécessite d'autres objets pour la contenir. Cela fait d'elle un objet malléable partiel, ce que Catherine POTEL a nommé « *trace éphémère* » (Ibid. p.58).

Par rapport au corps, elle le suit et le prolonge en se transformant sans cesse.

La disponibilité : l'eau est un élément disponible, puisque lorsque les résidents viennent en séance de balnéothérapie, l'eau est bien dans le bassin, enclin à les accueillir.

Le caractère vivant : l'eau possède une animation propre.

L'eau serait donc un médium plutôt caractérisé de « malléable partiel » car elle requiert les qualités essentielles à un objet malléable excepté l'indéfinie transformation n'étant possible que par la présence d'un contenant.

Catherine POTEL développe dans son ouvrage [29] un paragraphe sur les effets de l'eau sur le corps humain. Elle cite notamment :

L'enveloppement du corps et l'accompagnement du mouvement, ce que Catherine POTEL nomme « l'effet écho ou prolongateur du mouvement » puisqu'il accompagne et prolonge le mouvement du corps : « [...] *l'eau prolonge le mouvement tel un écho et les mouvements de l'eau sont témoins des mouvements du corps. Celui qui est à l'origine de cette onde touche ainsi ceux qui sont à proximité* » (Ibid. p.54).

Le portage, je décrirai ce point dans le chapitre suivant.

Le massage et la caresse.

L'allègement du corps dans l'eau, dû notamment à la poussée d'Archimède comme nous l'avons décrit précédemment.

Les sensations de limites du corps, « [...] *dans cet affrontement à la résistance de l'eau, avec en contrepartie, en apesanteur, un emprunt de la fluidité de l'eau qui peut faire éprouver des sensations de perte de ces limites corporelles* ». (Ibid. p. 62)

L'immersion qui est l'action d'être immergé, c'est-à-dire d'être plongé entièrement dans un milieu étranger, sans contact direct avec son milieu d'origine.

Les référentiels vestibulaires : dans le milieu aquatique, lorsque le sujet n'a pas pied, ses référentiels vestibulaires prennent le pas sur les référentiels habituels (articulaire, musculaires, etc.).

Dans le milieu aquatique, les repères proprioceptifs diffèrent du milieu aérien car ils se retrouvent quelque peu désorganisés. Ceci influe sur le tonus musculaire et par là même, sur la verticalité.

L'effet euphorisant de l'eau « [...] *soutenant une certaine excitation motrice, et en contrepoint son effet relaxant* » (Ibid. p. 63).

L'euphorie a habituellement plusieurs causes :

- l'exercice dans l'eau est, pour certains sujets, très inhabituelle prenant la valeur d'un exploit ;
- l'impression de sécurité ressentie est due, pour certains auteurs, aux similitudes présentées par le bain chaud avec la cavité utérine maternelle, dont notre subconscient garderait un souvenir rassurant :
- l'amélioration des possibilités fonctionnelles en immersion : le patient bouge, marche plus facilement et souffre moins. La sensation d'être momentanément libéré de son handicap entraîne chez le patient un désir de mouvement, prélude à la récupération de la fonction.

III – Les concepts fondamentaux psychomoteurs abordés à travers l'eau

Le travail avec l'eau est une pratique institutionnelle courante et nombre de professionnels peuvent l'intégrer lors de leurs accompagnements thérapeutiques, d'où le questionnement suivant : *quelle est la spécificité d'un psychomotricien dans l'eau ? En quoi son accompagnement peut-il varier et être complémentaire ou non d'un autre professionnel ?*

Dans ce chapitre, je souhaite évoquer des fondamentaux psychomoteur du corps, mis en jeu dans le milieu aquatique. Je ne prétends pas pouvoir faire un descriptif complet de toutes les notions abordées en psychomotricité, ce qui paraîtrait somme toute assez ambitieux. J'ai fait le choix de développer certains fondamentaux psychomoteurs du corps que j'ai pu observer plus spécifiquement dans ma pratique au cours de l'année. Je propose donc de revoir de façon succincte les notions particulièrement mises en jeu lors d'accompagnements dans l'eau, notions qui fondent les bases du psychomotricien, conditionnant son rôle.

Je retiens bien évidemment que d'autres axes de travail sont possibles en psychomotricité dans le milieu aquatique.

A. Le tonus musculaire

Le tonus est une dimension de base en psychomotricité. Tout au long de sa formation, l'étudiant en psychomotricité est sensibilisé sur ce sujet, tant lors des enseignements théoriques, que des enseignements de pratique divers et variés.

Des enseignements théoriques reçus à l'Institut, nous retiendrons que le tonus est au point d'articulation entre le physiologique et l'affectif, c'est la toile de fond du fonctionnement musculaire tant dans la motricité que dans le maintien de la posture,

que dans l'expression somatique de la vie émotionnelle et affective d'un sujet. Le tonus est une dimension de base en psychomotricité.

Si l'on reprend la notion même du tonus musculaire, il se définit ainsi : « *Le tonus musculaire de base est la contraction minimale ou la légère excitation d'un muscle au repos. Si l'on sectionne le nerf moteur ou la racine rachidienne dorsale d'un muscle ou d'un groupe de muscles, on supprime tout tonus musculaire. Ceci indique que le tonus musculaire dépend simultanément d'influences centrales et périphériques.* »

Le tonus est éminemment lié aux émotions et à l'activité du sujet. Selon Eric PIREYRE [28], « *Le tonus ne peut être compris, dans son lien à l'image du corps, que s'il est appréhendé comme relié à certains aspects de la vie psychique, par exemple comme mode d'expression ou comme trace physique de l'histoire relationnelle du sujet* » (Ibid. p.103).

Dans le même ouvrage, Eric PIREYRE [28] précise qu'Henri WALLON (1942) a jeté les bases du **dialogue tonico-émotionnel**. En effet, il a évoqué le rôle de l'émotion sur les états internes de l'organisme. Partant des hypothèses de dernier, Julian DE AJURIAGUERRA propose en 1974 une extension du concept, il parle de **dialogue tonique**. Il ajoute que « *les modifications toniques accompagnent normalement non seulement chaque affect, mais aussi chaque fait de conscience. Chaque affect produit une certaine variation tonique dans l'ensemble de la musculature ; la variation gagnant d'un muscle à l'autre, il en résulte, pour chaque état affectif, une certaine qualité du tonus qui le caractérise.* » (Ibid. p.104).

Eric PIREYRE explique qu'à partir de ce lien entre tonus, émotion et environnement humain, Julian DE AJURIAGUERRA va bâtir le concept de dialogue tonique, totalement intégré à la théorie et à la clinique, psychomotrice entre autre.

Le dialogue tonique est possible à distance, c'est là toute sa richesse et sa subtilité car lorsque nous observons des tensions toniques, même faibles, chez autrui, notre propre corps réagit toniquement. Il peut donc s'installer une forme de communication entre les deux protagonistes, le plus souvent inconsciente. Selon Eric PIREYRE : « *Autrement dit, certains aspects de notre tonus évoluent aussi en fonction des personnes que nous croisons au quotidien* » (Ibid. p.104).

Le tonus musculaire assure donc la préparation et l'harmonie du mouvement, le maintien de la posture et l'expression corporelle de notre vie émotionnelle.

Comme nous l'avons précisé précédemment, le milieu aquatique modifie le tonus et entraîne par là-même une libre mobilisation des articulations.

Tout au long de ses accompagnements, le psychomotricien est sensible à l'observation du tonus de chaque patient dans l'eau. En effet, à travers le dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien observe le langage du corps pour proposer une meilleure adaptation ou simplement, tenter de comprendre l'état interne de la personne.

Vignette clinique :

Monsieur A., 36 ans, que je rencontre dans un Foyer d'Accueil Médicalisé, participe à l'activité de balnéothérapie. Au cours d'une séance, Monsieur A. présentait des moments de forte tension et des passages de relâchement.

Pour réduire ses tensions, la psychomotricienne invite Monsieur A. à réaliser un portage-bras qui le détend et lui permet même de vocaliser quelques sons.

B. Le schéma corporel

Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soient le lieu, l'époque ou les conditions dans lesquels il vit. Il est en principe le même pour tous les individus (à peu près de même âge, sous le même climat) de l'espèce humaine. Le schéma corporel est une représentation mentale plus ou moins consciente de notre corps. Ce n'est pas un concept acquis, il évolue au fil du temps, en parallèle de la maturation neurologique. De plus, il n'est pas définitif.

De nos enseignements à l'Institut, je retiens la définition de Julian DE AJURIAGUERRA en 1970 : « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.* ».

Le schéma corporel serait donc au carrefour de notre connaissance de soi et de notre relation au monde. Il est une interface délimitée par nos limites corporelles, une entité conceptuelle dynamique.

Il est difficile d'évoquer le schéma corporel sans aborder le concept d'image du corps qui est propre à chacun. L'image du corps est liée au sujet et à son histoire. Elle est spécifique d'un type de relation libidinale. Elle est toujours inconsciente, c'est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. L'image du corps est à chaque moment, mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflage ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimiques et gestes.

L'image du corps est l'expérience psychologique du corps. C'est une représentation imagée qui rend compte des sentiments et de l'attitude du sujet vis-à-vis de son corps. C'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, précise Paul Ferdinand SCHILDER, la façon dont notre corps nous apparaît à nous même. L'auteur l'a considéré comme intégrant 3 niveaux différents de fonctionnement :

psychophysiologique, libidinal et social. Il critique une conception mécanique de l'instinct pour souligner la plasticité du comportement humain et son adaptation au milieu. C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel qu'il est possible d'entrer en communication avec autrui. Toute communication avec l'autre, est sous-tendue par l'image du corps ; car c'est dans l'image du corps, support du narcissisme, que le temps se croise à l'espace, que le passé inconscient résonne dans la relation présente comme le souligne Françoise DOLTO.

Le milieu aquatique permet une réorganisation du fonctionnement de notre propre schéma corporel. En effet, ce dernier se nourrit de stimulations particulières qui sont inhérentes au milieu dans lequel le sujet se trouve.

Si on décline la définition du schéma corporel donnée par Julian DE AJURIAGUERRA :

En ce qui concerne **les impressions tactiles**, elles sont constamment sollicitées dans l'eau par la diversité des sensations que provoque ce milieu : par les changements de température, de pression, de profondeur du bassin suivant l'endroit où l'on se trouve. De même, l'intensité des sensations ressenties est augmentée car nous y sommes soumis à chacun de nos mouvements (ou des mouvements d'autrui). La possibilité d'éprouver simultanément toutes les sensations tactiles sur la peau et le corps permet de se rendre compte de la modification de la perception sensorielle globale qui s'exprime sur l'ensemble du revêtement cutané.

Concernant **la kinesthésie**, en réaction avec l'eau, lorsque le corps est immergé le mouvement est à la fois facilité (par la fluidité du milieu, son caractère doux et enveloppant) et empêché par l'eau (de par la résistance du milieu). La répartition musculaire doit donc passer par un autre mode d'expression. Les tonus de fond et d'action se déclinent spécifiquement compte tenu notamment de l'allègement du poids du corps par la libération de la pesanteur. L'organisation tonique se trouve modifiée dans l'élément aquatique.

Par exemple lorsque je marche dans l'eau, la résistance du milieu est telle que cela entraîne un ralentissement si j'essaye d'aller vite (paradoxalement). En revanche, si je réajuste mon mode de déplacement en utilisant les membres supérieurs de façon plus exagérée ou en amplifiant globalement mes mouvements, je peux alors gagner en vitesse. Ce type d'exercice permet de prendre conscience de la disposition segmentaire lors de nos déplacements : en ralentissant le mouvement, nous pouvons alors prendre le temps de prendre en compte notre organisation gestuelle et corporelle à un moment donné et de mieux la ressentir.

En ce qui concerne **les systèmes labyrinthique et visuel**, les informations du milieu n'étant plus les mêmes (déséquilibre, freins au mouvement etc.), on assiste à une réorganisation des afférences et des traitements de l'information. Hors de l'eau, lorsque l'on se tient debout, nous recevons des informations provenant notamment de la voûte plantaire ancrée au sol, tout notre ajustement postural part de cette condition. Or l'eau nous allège de ce poids et les ajustements posturaux pour réguler les afférences visuelles et labyrinthiques vont alors être de nature différente car les afférences sensorielles sont elles mêmes de nature différente. De même, si nous plaçons un sujet en

position horizontale et décubitus dorsal, les afférences visuelles seront alors modifiées par le changement de direction du regard et d'un point de vue labyrinthique ce changement de position va entraîner un remaniement de nos ajustements par rapport à ceux qui sont mis en œuvre en station érigée, hors de l'eau.

Enfin, en ce qui concerne le « cadre spatial de référence », c'est un cadre passif. En milieu aquatique les actes que nous faisons, nos mouvements prennent dans ce cadre une ampleur, un poids et des sollicitations différentes. Toutefois, ce sont des mouvements que nous connaissons, que nous avons déjà effectués, l'eau permet donc de les ressentir différemment, d'enrichir la carte mémoire de nos sensations corporelles.

Le schéma corporel est donc une instance dynamique qui va, dans une « construction active », d'autant mieux intégrer des sensations diverses qu'elles sont nombreuses, intenses et présentes. Le milieu aquatique est donc un élément thérapeutique de choix en ce qui concerne l'étayage du schéma corporel.

La notion de schéma corporel est fortement liée à la notion d'image du corps qui pourrait être définie comme l'investissement inconscient du corps (une expérience inconsciente du corps enregistrée depuis la naissance). Elle peut avoir un lien avec la manière dont notre corps nous apparaît et dont on se l'imagine.

De fait, certaines personnes possèdent un schéma corporel bien intégré mais une image du corps altérée et inversement.

L'eau est un élément archaïque qui réactive notre histoire corporelle dans une dynamisation de ce que l'on a pu vivre auparavant.

Les ateliers aquatiques nous confrontent directement à la façon dont nous vivons notre corps. De plus, dans le milieu aquatique, la question de la nudité se pose, bien qu'il n'y ait que certaines parties de la peau qui soient découvertes. En effet, dans l'eau tout le monde est en maillot de bain, aussi bien les résidents que les encadrants. Dans l'eau, nous exposons une forme de nudité au regard de l'autre et cela peut parfois être difficile ou problématique dans l'image que l'on a de soi et que l'on renvoi aux autres.

Vignette clinique :

Dans le Foyer d'Accueil Médicalisé qui sert d'appui à la clinique, les encadrantes qui assurent les accompagnements en balnéothérapie sont en maillot de bain une pièce, il porte de plus un peignoir ceinturé chaque fois qu'ils se trouvent hors de l'eau. Cette précaution vestimentaire contribue à une protection de l'encadrant et du résident et participe à une représentation sociale du corps, acceptable en milieu institutionnel.

C. La verticalité

La verticalité contribue grandement à la structuration de l'individu et de l'espace autour de celui-ci. C'est un signe de structuration et de maturation psychomotrice et humaine.

La verticalité est un symbole fort pour l'humanité car elle permet à l'Homme de se redresser et d'explorer son environnement sous un autre angle. La verticalité nous permet ainsi de passer de quatre membres au contact du sol à deux. C'est notamment une étape importante dans l'émancipation du jeune enfant, qui va découvrir et explorer son environnement debout.

De plus, la verticalité va permettre à l'Homme de libérer ses membres supérieurs essentiellement pour manipuler des objets.

Dans le milieu aquatique, la verticalité permet à la personne de conserver une sécurité physique mais également psychique qui passe par l'appui des pieds sur le sol et l'appui du regard. Ces appuis permettent à l'individu rester debout, de tenir en équilibre face aux différentes sensations qu'offre l'eau.

Dans l'eau, la verticalité est possible sans appuis plantaires, ce qui est impossible en milieu aérien où le contact et l'appui sur le sol sont à l'origine du mouvement du redressement. L'appui plantaire va réorganiser l'ensemble du corps à partir de ce contact au sol. En effet, cet appui va amener une extension des genoux avec une antéversion du bassin qui provoque un alignement des vertèbres et un redressement de la colonne vertébrale et de la tête. C'est donc le transfert osseux qui permet d'engager les schèmes musculaires nécessaires au redressement en milieu aérien.

Dans le milieu aquatique, ce transfert va se transformer en transfert musculaire, les modalités de conduction énergétique ne sont pas les mêmes dans un milieu aquatique ou aérien.

La verticalisation, qui est l'action même de se mettre en position verticale, ne va pas engager les mêmes articulations dans ces deux milieux, car l'orientation corporelle dans l'eau est d'emblée différente. En effet, dans l'eau, nous nous déplaçons préférentiellement en position horizontale. Toutefois, il peut arriver que certaines personnes ne puissent pas rester dans cette position horizontale. Il est alors possible de proposer une activité de détente, en décubitus dorsal sur un tapis en mousse par exemple.

D. La relaxation aquatique

La relaxation est une approche permettant, par une prise de conscience de son corps, un accès à une forme de détente. Elle peut s'envisager dans le milieu aquatique à l'aide de différentes techniques. Pour cela, je vais m'appuyer sur les écrits de Catherine POTEL [29] qui distingue deux types de relaxation : la relaxation en position dorsale, où la personne relaxée est allongée sur le dos et se laisse guidée dans le bassin, et la

relaxation en position ventrale où la personne relaxée est sur le ventre et se laisse porter par l'eau ou le tapis. Ce deuxième type de relaxation demande d'être plus à l'aise avec sa propre respiration, il faut donc être vigilant car ce rapport à la respiration peut être source d'angoisses.

Dans les deux terrains de stage qui servent de support à ce mémoire, j'ai pu expérimenter la relaxation aquatique s'appuyant sur des techniques spécifiques portage. Je distingue deux types de portage : le portage-bras et le portage-tapis ou « frites ». La différence entre le portage-bras et le portage-tapis réside principalement dans la proximité entre le professionnel et le patient.

Dans le cas du portage-bras, il y a une proximité physique entre le patient, qui se laisse porté par l'eau, et le professionnel.

Dans le cas du portage-tapis, il existe une distance physique suffisante pour ne pas faire intrusion chez l'autre. C'est l'eau et le tapis qui portent le patient. Le professionnel impulse des mouvements pour amener un déplacement du tapis sur lequel repose le patient.

La situation de portage dans l'eau peut amener à la détente par les bercements du corps sur l'eau.

Le professionnel peut, suivant les conditions et l'état de disponibilité du patient, proposer des variantes dans le « porté ». Par exemple, il peut varier le déplacement lors du portage, la vitesse et l'intensité du déplacement, etc.

Catherine POTEL précise, que dans tout portage, une relation de confiance s'instaure entre les deux protagonistes : « *Le relaxant doit se sentir en sécurité et dans une position de confort dont dépendra sa détente. Le porteur doit avoir des appuis solides pour ne pas glisser ni perdre l'équilibre [...]. Lui-même est détendu mais tonique, son dos s'appuie sur l'eau.* » (Ibid. p.71). En effet, il demeure une forme de confiance lorsque le patient se laisse porté par le professionnel dans le cas d'un « porté ». Le patient se confie au thérapeute, il confie son corps et l'un des plus grands signes de confiance me semble-t-il, est lorsque le patient parvient à une forme de détente, tout en étant accompagné par le thérapeute.

Cette notion de « portage » permet un lien avec le holding de WINNICOTT. Par le concept de « holding » qui signifie « maintien », Donald Woods WINNICOTT désignait l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques selon ses propres sensibilités tactile, visuelle, auditive, etc. Selon lui, l'aspect essentiel du maintien est le fait de tenir physiquement l'enfant. Le holding met en place chez l'enfant le sentiment d'exister et de se sentir comme une unité différenciée. L'enfant en tire donc un sentiment de continuité d'être. Il me semble que les « porté » en milieu aquatique favorisent une forme concrète de holding, tant par le portage physique, que par la stabilité et le maintien du cadre thérapeutique.

Vignette clinique :

J'ai réalisé en fin de première année de formation à l'Institut, un stage en Foyer d'Accueil Médicalisé dans le but de découvrir la psychomotricité. C'est dans cette institution que j'ai découvert l'accompagnement du psychomotricien dans l'eau.

J'ai pu observer le démarrage d'un accompagnement groupal en balnéothérapie avec trois résidents. C'est dès la première séance que j'ai été sollicitée par une résidente pour réaliser un portage avec elle. Dans un écrit que je retranscris ici, j'avais noté : « J'ai donc vécu ce tout premier portage avec enthousiasme, j'ai trouvé ce moment riche et intense du point de vue relationnel, il s'agit pour moi d'un signe de confiance de la patiente à mon égard. ».

En conclusion, la relaxation aquatique peut s'envisager de diverses manières. Il convient de pouvoir la proposer en fonction du moment et de la disponibilité du patient. Lors de situations de « portage », l'action du psychomotricien se rapproche du concept du holding de WINNICOTT dans la relation qu'il fonde avec le patient.

E. La proxémie de HALL

Pour comprendre l'importance de la distance entre le psychomotricien et le patient, il convient de se référer à la notion de proxémie développée par Edward T. HALL [17] en 1978. Selon l'auteur, la proxémie est la distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction. La proxémie est donc utilisée en termes de gestion de la distance.

Selon ses recherches, les proxémies varient selon les cultures et les lieux où l'interaction se déroule. Il évoque également la notion de territorialité qui invoque la gestion de l'espace. Les individus ont tendance à posséder un espace personnel qu'ils utilisent en quelque sorte comme extension d'eux-mêmes.

Edward T. HALL précise que la plupart des mécanismes permettant la saisie des distances demeurent inconscients.

Il distingue dans son ouvrage quatre types de distance. Dans chacune des distances décrites, il distingue un mode « proche » et un mode « lointain ». Voici un bref descriptif qu'il réalise de ces quatre types de distance : la distance intime, la distance personnelle, la distance sociale et la distance publique. Voici comment Edward T. HALL les décrits :

La distance intime, du contact physique à une distance inférieure à 40 centimètres : c'est la distance qui met en jeu toutes les informations sensorielles produites par l'autre. Dans ce cas, la communication non verbale prend le pas sur la communication verbale.

La distance personnelle, de 45 centimètres à 1,25 mètres : pour les amis. On peut encore toucher l'autre. On n'est plus dans la vision globale de l'autre mais on distingue

les détails de façon nette. Cette distance permet une conversation sur des sujets personnels.

La distance sociale, allant de 1,20 mètres à 3,60 mètres : pour des connaissances. La communication verbale est prédominante. C'est la distance des rapports professionnels.

La distance publique, de 3,60 mètres à 7,50 mètres ou davantage: la distance publique se situe hors du cercle dans lequel l'individu est directement concerné.

La notion de proxémie permet de se questionner sur une prise de recul, sur sa façon d'entrer en interaction et de laisser de l'espace au sujet lorsque cela est ressenti comme nécessaire, sans se tenir pour autant à l'écart.

Cette notion me paraît importante dans tout accompagnement en psychomotricité, dans une approche globale du sujet. Plus particulièrement avec des sujets adultes avec autisme déficitaires, il me semble nécessaire de pouvoir « doser » les interactions et les échanges puisque ces patients ont besoin, par moment, de temps d'intégration suffisants.

Dans le milieu aquatique, la proximité entre le psychomotricien et les résidents présents dans l'eau, est renforcée du fait que l'eau peut être considéré comme un intermédiaire tactile entre soi et l'autre.

F. La fonction du regard

Le regard est un véritable moyen de communication non-verbal où le regard accompagne l'expression du corps. Le psychomotricien doit être attentif à cette fonction au cours de ses accompagnements qu'il peut mener auprès de patients, y compris dans l'eau.

La vue fait partie de la sensorialité chez l'Homme, c'est un outil permettant une relation à son environnement et à l'autre. La vue nous permet ainsi de nous situer dans l'espace, dans la relation aux objets et par rapport aux déplacements possibles.

De nos enseignements, nous retiendrons qu'au moment de la naissance, la vision est encore inachevée. Elle est dépendante de la maturation du cerveau qui doit apprendre à voir et à décoder les images que l'individu voit. La vision d'ensemble du nouveau-né se construira progressivement et évoluera jusqu'à l'âge de 5 à 6 ans.

Dans l'accompagnement le regard peut se distinguer à deux niveaux :

- au niveau du patient, car le regard véhicule des émotions et donne des informations sur l'état de la personne (sa vigilance, son attention, etc.).
- au niveau du psychomotricien, car il va également, dans la relation avec le patient, utiliser le regard.

Le regard du soignant se situe du côté de l'empathie, tout comme les autres professionnels de santé. Bien qu'il faille tenir compte de la subjectivité interpersonnelle du regard, le psychomotricien doit porter un regard « le plus neutre possible » sur le patient, évitant les projections.

Le regard peut être le soutien de la relation, comme il peut être désorganisateur tel que l'illustre la vignette ci-dessous.

Vignette clinique :

Je rencontre Monsieur A., 36 ans, lors de mon stage de troisième année en Foyer d'Accueil Médicalisé. Monsieur A. est suivi dans le cadre d'un accompagnement groupal en psychomotricité, en Balnéothérapie. Je remarque très rapidement l'importance du regard dans son accompagnement. En effet, selon l'état dans lequel se situe ce patient, le regard peut amener de l'excitation. Cette dernière peut devenir intense et conduire Monsieur A. dans une hypertonicité des membres, accompagnée d'un rire d'excitation qui s'amplifie, traduisant de manière nette son état tonique. Cette fonction « excitatoire » du regard est un indice dans la relation à l'autre. Dans les moments d'excitation intense, il convient donc de ne pas orienter son regard vers ce patient, mais au contraire le détourner pour tenter de ramener Monsieur A. vers un retour au calme.

Le regard fait donc partie intégrante de la communication non-verbale, langage corporel auquel le psychomotricien doit être sensible lors de ses accompagnements.

G. L'enveloppe

Bien que le terme d'« enveloppe » puisse être attribué à un aspect plus psychanalytique, avec des auteurs qui se sont particulièrement intéressés à cette notion comme WINNICOTT, ANZIEU ou BICK, le psychomotricien peut toutefois s'appuyer sur ces notions lors de son travail, notamment avec des sujets adultes avec autisme déficitaires.

Selon Catherine POTEL [29] « *Les sensations de peau sont au premier plan dans cet enveloppement de l'eau* ». (p. 53)

La peau a souvent été utilisée comme métaphore de l'identité, de la personnalité. C'est une interface sensorielle principale entre l'intérieur du corps et l'environnement, la peau a l'image d'une membrane protectrice.

Dans son ouvrage, le psychanalyste Didier ANZIEU [1] développe le concept du Moi-Peau, désignant une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi à partir de son expérience de la surface du corps.

Dans le concept du Moi-peau, il souligne l'importance capitale de la peau comme enveloppe physique et psychique et lui accorde trois fonctions fondamentales³⁰ :

³⁰ ANZIEU D., *Le Moi-peau*, Editions Dunod, 1985, p.61. Ces trois fonctions fondamentales sont celles auxquelles Anzieu se limite dans son article principes de 1974, publié dans la Nouvelle Revue de Psychanalyse,

La première fonction, « *c'est le sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulé.* »

Ensuite, la seconde fonction, « *c'est l'interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur, c'est la barrière qui protège de la pénétration par les avidités et les agressions en provenance des autres, êtres ou objets.* »

Enfin, la troisième et dernière fonction, « *La peau [...] en même temps que la bouche et au moins autant qu'elle, est un lieu et un moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relations signifiantes ; elle est, de plus, une surface d'inscription des traces laissées par ceux-ci* ».

La peau est donc, selon Didier ANZIEU, le contenant de l'intérieur du corps, l'intégration, via l'expérience vécue, par la pensée de ce sac, cette enveloppe contenante, permet d'offrir une limite au corps et à la pensée.

De nos enseignements à l'Institut, je retiens que lorsque le bébé se développe, il va être rapidement pris dans une rythmicité des soins maternant. C'est la somme et l'accumulation des expériences d'être compris et contenu qui donne au bébé le sentiment d'être contenu et rassemblé. L'ensemble de ces expériences origine le sentiment d'enveloppe.

Geneviève HAAG nomme le premier sentiment que le bébé aurait d'être contenu : « le moi-sphérique », qui donne bien l'idée d'être rassemblé. Pour Geneviève HAAG, ce premier sentiment d'enveloppe émerge vers les deux mois de vie. Sentiment que le bébé perd lorsque, par exemple, sa mère le dépose dans son lit. Puis, « retrouvé » lorsque le bébé est repris dans les bras de sa mère. Des traces mnésiques vont être confirmées, puis ensuite, anticipées dans l'expérience du rassemblement. Progressivement, le bébé va intérioriser le sentiment d'être contenu, même quand il n'est plus physiquement dans les bras de sa mère. D'une certaine manière, l'enfant n'aura plus besoin d'être dans les bras de sa mère pour se sentir entouré par elle.

Dans le milieu aquatique, l'eau enveloppe le corps dans son entier, la peau est donc touchée par l'eau. Le psychomotricien, dans le cadre de ses accompagnements, peut se servir de l'enveloppement de l'eau pour étayer ce sentiment d'enveloppe. En effet, l'enveloppement donne le sentiment de contenance et de continuité chez la personne. En tant que psychomotricien, travailler sur « l'enveloppe » avec des sujets adultes avec autisme est nécessaire pour permettre d'œuvrer dans le sens d'une continuité d'être, d'identité.

Dans l'article du psychiatre René TUFFREAU sur la sensorialité tactile et l'eau [34], ce dernier ouvre une réflexion sur l'utilisation de l'eau dans l'accompagnement des personnes avec autisme. Il écrit : « *Ce besoin d'être serré est suffisamment redondant dans la littérature, en particulier dans les témoignages des personnes avec autisme de haut*

« Le Moi-peau ». Dans son ouvrage, il développe par la suite huit fonctions du Moi-peau, détaillées chacune dans la partie 2, chapitre 7., nommé « Fonctions du Moi-peau ».

niveau ou syndrome d'Asperger, pour que nous puissions considérer que c'est une donnée guide dans la mise en œuvre de techniques de soins. ».

Vignette clinique :

Monsieur A., que j'ai décrit dans la vignette clinique précédente, 36 ans, est suivi dans le cadre d'un accompagnement groupal en psychomotricité en Balnéothérapie. Il convient de guider Monsieur A. lors des déplacements jusqu'à la salle de balnéothérapie. Monsieur A. a besoin d'un étayage et d'appuis fermes et suffisamment contenant lors de tout déplacement.

Les premières fois où j'ai accompagné Monsieur A., mon appui était léger et peut contenant, Monsieur A. partait alors dans une agitation motrice, des rires « d'excitation ». Il arrivait qu'il parte en courant dans n'importe quelle direction, fusse t-elle différente de celle où je me trouvais.

Il m'a fallu un temps d'adaptation nécessaire pour guider Monsieur A. de manière plus ferme et contenant, permettant alors un déplacement plus serein pour celui-ci qui n'est plus dans l'agitation mais alors dans l'observation de son environnement.

En conclusion, la médiation eau peut être utilisée par différents professionnels, toutefois, le psychomotricien se différencie par sa lecture corporelle de la symptomatologie du patient. Tout en étant à l'écoute, il va porter son attention sur les aspects toniques, émotionnels et corporels de la personne accompagnée.

A travers la médiation eau, le psychomotricien peut développer différents axes de travail en fonction du public accueilli. Le projet dépendra de la personne, de son projet individuel, de la demande et des attentes entre autres. Comme l'écrit Catherine POTEL dans son ouvrage [29], « [...] Dans les préoccupations inhérentes au choix d'une médiation telle que l'eau, il est toujours important de resituer nos axes de travail en fonction de nos patients et des buts thérapeutiques (ou éducatifs) que nous nous donnons. Faire la démarche inverse, serait donner un sens quasi « magique » à l'eau, la considérer comme élément universel bienfaiteur, ce qui annulerait en quelque sorte notre démarche de thérapeutes [...]. » (Ibid. p.46).

Il me semble que le psychomotricien, tout au long de sa formation, est sensibilisé à la communication non-verbale. Cette observation du langage corporel doit être particulièrement fine, notamment lorsque la communication verbale n'est pas possible avec des patients déficitaires. Je tiens à préciser toutefois que le travail corporel engagé par le psychomotricien est soutenu par l'accompagnement d'une élaboration qui passe par une verbalisation tout au long de la séance (ressentis, affects, émotions mis en jeu dans la relation avec soi et avec l'autre). Bien que le psychomotricien utilise un médiateur, son principal outil de travail reste son corps et sa corporéité au sens large, qu'il utilise comme premier médiateur dans la relation avec le patient.

IV – Des pratiques psychomotrices adaptées au sujet avec autisme déficitaire

De nos jours, l'accompagnement en milieu aquatique s'applique à bon nombre de pathologies, notamment en rhumatologie, pédiatrie, orthopédie, cardiologie, etc. L'eau est également une médiation privilégiée dans l'accompagnement du sujet adulte avec autisme déficitaire. Voyons donc les intérêts d'une médiation corporelle telle que la médiation « eau » dans l'accompagnement des sujets adultes avec autisme déficitaires. *En quoi la médiation « eau » favorise – t – elle l'approche du sujet avec autisme déficitaire ?* Je vais étayer mes propos en évoquant l'utilisation de la médiation eau, à travers les approches du bain thérapeutique et de la balnéothérapie, en lien avec mon expérience clinique.

A. La balnéothérapie

La balnéothérapie est un exemple d'utilisation de la médiation eau. Je vais donc expliquer ce qu'est la balnéothérapie, à qui elle peut être proposée, les apports et intérêts de cette utilisation, puis mon approche clinique de la balnéothérapie à travers mon expérience de stage avec des adultes avec autisme déficitaires.

1) Définition

La balnéothérapie est l'ensemble des soins par des bains du corps entier ou de l'une de ses parties. Cette pratique d'hydrothérapie est utilisée largement par les professions paramédicales. Plus spécifiquement, le psychomotricien peut proposer des séances de balnéothérapie dans le cadre de séances de groupe.

2) Population concernée

La prescription médicale est indispensable pour un accompagnement en milieu aquatique, le médecin précise les objectifs attendus. En effet, avant tout accompagnement en balnéothérapie, le psychomotricien doit s'assurer qu'il n'existe pas de contre-indication médicale pour un patient avant d'envisager un tel accompagnement.

Dans le cadre d'un accompagnement groupal en balnéothérapie, il faut considérer l'individu dans son ensemble, mais également l'interaction possible entre les personnes, ce qui amène le psychomotricien à penser le groupe qui va être formé.

Les indications en balnéothérapie peuvent intéresser différentes pathologies et handicaps avec des objectifs spécifiques en fonction du public et de la population. La

population des sujets adultes avec autisme déficitaires est celle qui nous intéresse plus particulièrement dans ce mémoire.

3) Apports et intérêts de la balnéothérapie

La médiation eau, et dans ce cas précis, la balnéothérapie paraît particulièrement bénéfique auprès de la population avec autisme. Dans son ouvrage [5], Jérôme BOUTINAUD écrit : « *Parmi l'éventail des supports envisagés pour travailler avec les enfants autistes et psychotiques, la mise en place d'une médiation utilisant l'eau reste un atout de taille, permettant l'expérimentation de vécus sensori-moteurs fédérateurs au cœur d'un cadre qui puisse les contenir, leur donner forme et sens* » (Ibid. p. 209).

L'accompagnement en psychomotricité dans le cadre de séances en balnéothérapie permet un espace et un temps « préservé », privilégié, telle une bulle voire un filtre permettant d'atténuer les stimulations auxquelles la personne avec autisme est sensible. L'aménagement d'un environnement hypo stimulant permet, l'instauration d'un cadre secure et apaisant, amenant à une meilleure interaction du sujet avec son environnement.

La balnéothérapie est donc un espace-temps privilégié, milieu adapté pour les patients adultes avec autisme déficitaires.

4) Pratique en institution

Dans le contexte de la thérapie psychomotrice, la balnéothérapie est un soin. Elle peut bien évidemment avoir une autre visée plus « ludique », mais ce n'est pas le propos de ce mémoire.

Le fait de considérer la balnéothérapie comme un soin implique l'instauration d'un cadre formalisé. C'est à partir de ce cadre que la place du soignant prend tout son sens et permet de contenir une action thérapeutique dans un lieu, un temps, une pensée.

L'instauration d'un cadre dans la mise en place de séances en balnéothérapie, passe par la constance des horaires, de préparation, du déroulé, etc. Il ne s'agit pas d'une quelconque rigidité mais de stabilité. Plus le cadre est stable, plus il deviendra facilement repérable par les patients.

Dans le cadre de l'accompagnement en balnéothérapie de personnes adultes avec autisme déficitaires, la mise en place de repères fiables et stables est indispensable.

Il s'agit donc, pour le psychomotricien, d'instaurer un cadre thérapeutique sécurisant, contenant et apaisant, permettant la mise en place d'une alliance thérapeutique suffisante.

Le matériel en balnéothérapie repose sur le bassin d'eau en lui-même et de matériel de jeu supplémentaire.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé dans lequel j'ai effectué mon stage de troisième année comporte une salle de balnéothérapie composée d'un bassin de grande dimension sans

grande profondeur. Le bassin est d'une longueur de 10 mètres, pour une largeur de 5 mètres avec une profondeur de 1 mètre (10x5x1)³¹. La température de l'eau varie entre 34 et 37°C pour le confort de l'accompagnement des résidents.

Les professionnels encadrants présents en séance de balnéothérapie varient en fonction du type de séance. Dans le cadre de séances de psychomotricité, l'accompagnement thérapeutique dans l'eau se fait en présence de la psychomotricienne, avec une éducatrice spécialisée et un stagiaire en psychomotricité.

L'accompagnement se déroule en plusieurs « étapes » que je vais décrire de manière synthétique avant même d'entrer dans les détails de l'accompagnement.

- La préparation des affaires de balnéothérapie (petit sac avec l'essentiel pour l'activité)
- L'accueil des résidents sur leur unité de vie respective
- L'accompagnement du résident vers la salle de balnéothérapie
- L'entrée dans la salle de balnéothérapie
- La mise en maillot dans le vestiaire
- L'entrée dans l'eau
- Le temps dans l'eau
- La sortie de l'eau
- Le séchage et le rhabillage dans le vestiaire
- La sortie de la salle de balnéothérapie
- L'accompagnement des résidents jusqu'à leur unité de vie (poser le sac de balnéothérapie des résidents dans leur chambre).

Une séance de balnéothérapie commence bien avant d'entrer dans l'eau du bassin de balnéothérapie. En effet, elle démarre dès le moment où le psychomotricien va chercher les résidents sur leur unité de vie respective.

Le sac du résident avec l'essentiel nécessaire pour l'activité a été préparé en amont par l'équipe de l'unité ou par le psychomotricien lui-même.

Puis, une fois le résident prêt, le psychomotricien accompagne ce dernier vers la salle de balnéothérapie de l'institution qui se situe au cœur de l'établissement.

Il y a donc un temps « avant » mais également « après » le temps dans l'eau : les temps d'habillage et de rhabillage. J'insiste sur ces temps qui ne sont pas l'activité en elle-même, mais durant lesquels le psychomotricien peut être amené à aider ou solliciter le(s) résident(s). Ils sont essentiels dans l'accompagnement de chaque résident. En effet, les temps de mise en maillot, de douche et d'habillage sont des temps importants où le psychomotricien, certes n'utilise pas la médiation eau, mais il n'en n'est pas pour autant moins actif. Ce sont des moments où le psychomotricien peut, selon l'autonomie du résident, solliciter ce dernier, l'étayer suivant ses besoins. Le psychomotricien doit rester vigilant lors de ces temps sensibles.

³¹ Cf. **Annexe 3** : Photographies de la salle de balnéothérapie, salle dans laquelle se déroule l'accompagnement groupal en psychomotricité dont fait partie Monsieur A.

Vignette clinique :

Monsieur B. est un adulte de 38 ans. Il a été diagnostiqué comme ayant un « autisme infantile ». Je l'ai rencontré dans le cadre de mon stage de troisième année dans un Foyer d'Accueil Médicalisé. Il participe à une séance de balnéothérapie chaque mercredi matin, avec deux autres résidents.

Comme Monsieur B. est pratiquement autonome pour la mise en maillot et l'habillage, il est en général prêt avant les autres.

Lors du rhabillage et avant la sortie de la salle de balnéothérapie, ce moment peut être compliqué pour Monsieur B. qui se trouve dans le vestiaire à attendre que tout le monde soit prêt. Si un résident est agité ou qu'il règne une quelconque tension, Monsieur B. peut se mettre à crier ou bien, il peut se boucher les oreilles tout en se balançant d'avant en arrière.

La psychomotricienne a donc adapté ce temps pour Monsieur B. en lui proposant, de sortir de son vestiaire et d'attendre sur une chaise près du bassin (lieu quelque peu éloigné des vestiaires).

Dans ce moment de transition, l'attente dans un endroit plus calme permet à Monsieur B. de patienter plus sereinement avant la sortie de la salle de balnéothérapie.

L'entrée dans l'eau se fait lorsque tous les résidents sont prêts. Ce moment de transition peut également être adapté aux problématiques des résidents.

Dans l'eau, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le psychomotricien peut proposer un accompagnement s'appuyant sur différents axes de travail tels que la relaxation (avec le portage, les bercements qui aident le sujet à se détendre), la proxémie, l'équilibre, les appuis, la respiration, le tonus, le schéma corporel, l'espace, le regard, les interactions, etc. Tout ce travail dépend du projet personnalisé de chaque résident et du travail de groupe qui est engagé en psychomotricité.

La durée dans l'eau varie entre 25 à 30 minutes en fonction de la dynamique de groupe. Une fois l'annonce de la sortie de l'eau par la psychomotricienne, les résidents sont invités à sortir du bassin avec ou sans aide suivant les besoins. A la sortie du bassin, les serviettes de chacun ont été disposées au préalable pour permettre de recouvrir les résidents. L'enveloppement dans la serviette peut être un moyen de contenance dans un moment de transition.

S'en suit le rhabillage dans les vestiaires. De nouveau, lorsque tout le monde est prêt, la psychomotricienne rappelle que la prochaine séance aura lieu le mercredi suivant et qui sera présent à cette séance (résidents et encadrants).

Une fois l'accompagnement terminé, les encadrants regroupent leurs observations et les écrivent sur une fiche d'observation. Ces notes regroupent diverses observations durant

le déroulement de la séance en elle-même en fonction de chaque résident. Cette fiche permet de mettre en évidence l'évolution de chaque résident au fil des séances, qu'il s'agisse de progrès, de régressions ou de stagnations. Ces fiches permettent secondairement de réévaluer le projet du résident, afin de vérifier si ce dernier est toujours adapté.

Cette fiche est un support à l'observation mais doit permettre également d'évoquer les réactions affectivo-motrices et physiologiques, des informations qui nous renseignent sur l'état du patient au fur et à mesure de la séance.

Exemple de fiche d'observation :

- Le déplacement vers la balnéothérapie (à l'aller comme au retour) : coopérant – inquiet – réticent.
- Le repérage du vestiaire : autonome – peu de repères – pas de repères – besoin d'un accompagnement.
- La mise en tenue : s'habille et se déshabille seul – avec aide – pas du tout – met et enlève son maillot de bain – avec aide – pas du tout – opposant.
- L'attente avant d'entrer dans l'eau : facile – difficile.
- L'entrée dans l'eau : inquiet – confiant – indifférent – refuse – seul – avec aide.
- L'utilisation du petit matériel : refuse – échange – détourne l'objet de sa fonction.
- L'approche de l'immersion : s'assoie seul – avec aide – refuse – portage.
- L'utilisation du grand bassin : l'approche (seul – avec aide – refuse), le tapis en mousse et les « frites » (seul – avec aide – refuse), l'utilisation de l'espace (s'isole – échange – parasite).
- Le temps libre / relaxation qui a lieu en fin de séance.
- La sortie du bassin : coopérant – refuse – seul – avec aide.
- Commentaire général concernant le résident.

En conclusion, la balnéothérapie est un exemple d'approche de la médiation eau permettant la proposition d'un cadre défini dans le but d'offrir aux résidents une ambiance hypo stimulante. Cette proposition permet la création d'un temps et d'un espace de pause sensorielle, d'apaisement.

B. Le bain thérapeutique

Le bain thérapeutique est un autre exemple d'utilisation de la médiation eau. Je vais donc expliquer ce qu'est un bain thérapeutique, les apports et intérêts, puis mon approche clinique du bain thérapeutique à travers mon expérience de stage avec un adulte avec autisme déficitaire.

1) Définition

Le terme de bain est issu du latin « balneum » désignant l'action de plonger le corps ou une partie du corps dans l'eau³².

Comme décrit précédemment dans le chapitre consacré à l'hydrothérapie, les bains ont une place dans l'histoire de l'Homme, qui a utilisé l'eau à des fins thérapeutiques depuis l'Antiquité. Le bain peut être proposé dans le cadre du soin thérapeutique, notamment en psychomotricité.

2) Apports et intérêts

L'accompagnement en bain thérapeutique a des objectifs différents d'un accompagnement en balnéothérapie. Tout d'abord, le bain thérapeutique s'envisage dans le cadre de séances individuelles. Dans le cas du sujet adulte avec autisme déficitaire, il convient de proposer un bain thérapeutique dans le cas où ce dernier présente des retraits massifs dans les interactions ou encore des réactions inadaptées (telles que des agrippements, des coups, des cris, etc.). En effet, le bain thérapeutique est plutôt proposé à des personnes qui, souvent, ne sont pas prêtes à vivre une expérience du corps avec les autres, où l'accompagnement groupal serait de trop. Ensuite, l'espace entre une baignoire et un bassin de balnéothérapie n'est pas le même. La baignoire dans laquelle s'effectue la majeure partie de la séance est plus contenante de par sa taille et son volume.

Les propositions faites dans le cadre de séances de bain thérapeutique apportent une contenance, un apaisement via l'hypostimulation qui est procurée (au niveau visuel, la lumière tamisée ; au niveau olfactif, il y a des odeurs parfumées du bain ; etc.). Cette ambiance favorise, via l'hypostimulation, l'interaction relationnelle.

3) Pratique en institution

Dans le cadre de ma formation, j'ai pu effectuer tout au long de l'année un accompagnement en bain thérapeutique auprès d'un résident avec autisme déficitaire. Il s'agit de séances exclusivement individuelles.

³² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bain/7532?q=le+bain#7489>

Tout comme la balnéothérapie décrite précédemment, le bain thérapeutique est un soin. Le fait de considérer le bain thérapeutique comme un soin implique l'instauration d'un cadre formalisé. Ce cadre suppose une stabilité, une régularité et une constance. Cette définition du cadre est la condition même d'un accompagnement suffisamment secure et contenant.

L'accompagnement se déroule en plusieurs « étapes » que je vais décrire brièvement puisque je décrirai dans le chapitre suivant l'étude de cas de Monsieur D. qui porte sur l'approche du bain thérapeutique en séance de psychomotricité.

- La préparation du matériel, agencement de l'espace de la salle de bain commune de l'unité de vie.
- L'accueil du résident
- L'accompagnement jusqu'à sa chambre (passage aux W.C.).
- L'accompagnement du résident dans la salle de bain commune de l'unité de vie
- Le déshabillage du résident, en parallèle, préparation du bain
- L'entrée dans l'eau
- Le temps dans l'eau
- La sortie de l'eau
- Le séchage et le rhabillage du résident
- L'accompagnement du résident sur l'unité de vie
- Le rangement du matériel.

Les accompagnements en balnéothérapie et en bain thérapeutique demandent, de la part du psychomotricien, de grandes qualités de disponibilité et d'écoute.

L'eau représente une médiation particulièrement riche. Ses approches diversifiées, permettent une meilleure adaptation en fonction du public avec lequel travaille tout professionnel. La médiation de l'eau favorise l'accompagnement thérapeutique. Pour les personnes adultes avec autisme déficitaires, c'est un médiateur privilégié procurant une certaine contenance et une « continuité d'être ».

Il y a ainsi, selon Catherine POTEL [29], l'établissement d'une « *rencontre avec soi, et avec l'autre* » (Ibid. p.72).

Mon questionnement de départ était le suivant : *Comment le psychomotricien utilise l'eau pour travailler et accompagner les sujets adultes avec autisme déficitaires ?*

A travers les différentes théories et approches présentées tout au long de ce mémoire nous allons voir comment, au travers de la clinique, il est possible d'améliorer l'interaction entre le patient adulte avec autisme déficitaire et son environnement.

Chapitre 4 : Approche clinique de l'autisme au travers d'un parcours de formation professionnelle

J'ai eu l'occasion d'observer la pratique psychomotrice dans le milieu aquatique sur différents terrains de stage. Ayant réalisé mon stage de troisième année dans un Foyer d'Accueil Médicalisé, je m'appuierai sur cet exemple pour développer cette partie clinique, en décrivant d'abord le fonctionnement général de l'institution, puis en présentant deux études de cas.

I – Un Foyer d'Accueil Médicalisé

« Les Foyers d'Accueil Médicalisés ont pour mission d'accueillir des personnes handicapées physiques, mentales ou atteintes de handicaps associés.

Les F.A.M. ont été mis en place par la circulaire n°86-6 du 14 février 1986 relative à un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes lourdement handicapés.

La loi du 2 janvier 2002 leur a attribué une véritable existence juridique, en les insérant dans la typologie des établissements et services sociaux et médico-sociaux. »³³

Le Foyer d'Accueil Médicalisé dans lequel j'ai effectué mon stage est donc une structure médico-sociale qui reçoit en hébergement plus particulièrement des personnes adultes handicapées.

Les personnes placées dans cet établissement sont des personnes qui ne peuvent effectuer seules la plupart des actes essentiels de la vie, et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Il s'agit d'un public avec des personnes atteintes d'autisme, des personnes atteintes de pathologies psychotiques, et/ou polyhandicapées. Pour ces raisons, l'accompagnement médico-social et la continuité des soins sont réalisés dans le cadre de la mise en place d'un projet individualisé et son évaluation.

La mission générale de l'établissement est la suivante : *« [...] de proposer un lieu d'accueil, sécurisé et adapté répondant aux besoins d'aide, de santé, et de soutien au développement, à des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie »³⁴.*

³³ Extrait du projet d'établissement du F.A.M. (2013-2018), Partie « Cadre juridique et réglementaire », p. 5.

³⁴ Extrait du projet d'établissement du F.A.M. (2013-2018), p. 9-10.

A. Le fonctionnement de l'institution

1) Le fonctionnement général de l'établissement

L'institution se compose d'unités où vivent les résidents. Il en existe 6 numérotées de 1 à 6 avec un nom attribué par unité pour permettre un repérage pour les résidents et leur famille.

A noter que la répartition des résidents dans les différentes unités n'est pas spécifique à la pathologie. En effet, la volonté du F.A.M. est de favoriser la mixité sur le plan de la pathologie afin de ne pas déclencher d'éventuelles stigmatisations de la part du personnel soignant, mais également, afin de permettre aux résidents une mutualisation de la progression, l'acceptation de chacun et une vie en communauté.

2) Les modalités d'admission

Le public accueilli est celui des personnes adultes en situation de handicap mental :

- *inapte à toute activité professionnelle*
- *ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de la vie quotidienne,*
- *et d'une surveillance médicale et de soins constants.*
- *Ayant une notification d'orientation délivrée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), de type « Foyer d'Accueil Médicalisé »³⁵.*

L'accueil au F.A.M. est possible à partir de 20 ans, homme et femme.

Toutefois, il existe des contre-indications à l'admission en F.A.M., notamment les personnes adultes présentant des troubles mentaux, des maladies mentales non stabilisées, ou des personnes adultes présentant une psychopathie avec conduites violentes, ou encore des personnes adultes présentant une toxicomanie ou des conduites addictives.

3) La capacité d'accueil

Le foyer a la capacité d'accueillir 54 résidents dont 48 en internat, 4 en externat, 1 résident en accueil temporaire et 1 place d'accueil d'urgence.

Parmi les 54 places, 20 sont réservées à des personnes autistes.

Actuellement, la population accueillie au F.A.M. comprend : 49 personnes présentant un retard mental profond et sévère et 3 personnes ayant un retard mental moyen.

³⁵ Extrait du projet d'établissement du F.A.M. (2013-2018), p. 4.

4) La composition de l'équipe

Les coordinateurs éducateurs spécialisés sont au nombre de trois et chacun est référent de deux unités attitrées au sein du foyer.

L'encadrement de chaque unité est assuré par des Aides Médico-Psychologiques (A.M.P.) et des aides soignant(e)s (A.S.) qui accompagnent les résidents au quotidien. Ils organisent des activités proposées selon le projet individualisé de chaque résident.

L'équipe thérapeutique est composée du personnel suivant : un médecin psychiatre, un médecin généraliste, un psychologue-clinicien, une ergothérapeute, une psychomotricienne, mais également des intervenants extérieurs en fonctions des besoins des résidents tels que : kinésithérapeutes, orthophonistes, art-thérapeutes, etc. L'équipe se compose également d'un personnel d'entretien et d'un personnel technique.

5) Les caractéristiques liées à l'autonomie et aux compétences

Au sein du F.A.M. est proposé une description de la population accueillie grâce à une évaluation fonctionnelle. Les caractéristiques des résidents sont évaluées grâce au bilan développemental mis au point par le Madame Gloria LAXER.

6) Le suivi des résidents de l'établissement

Un projet personnalisé de chaque résident est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire (au plus tard tous les deux ans).

« Le projet personnalisé a pour objectif de répondre aux besoins, aux demandes, aux désirs et aux aspirations des personnes accueillies dans le cadre des moyens de l'établissement. Il tient compte de la personne dans sa globalité et de son parcours antérieur. L'objectif général est de favoriser une autonomie individuelle, sociale et professionnelle (au moyen d'aides humaines, techniques, etc.) »³⁶. La restitution de ce projet est réalisée en présence du résident et de son représentant légal par l'équipe soignante.

Les prises en charge sont variées et répondent aux besoins et attentes des usagers ainsi que de leur famille.

B. Le travail en équipe pluridisciplinaire

L'institution favorise le travail pluridisciplinaire et ce, tout au long de l'année, durant le quotidien des résidents. Le travail pluridisciplinaire se vit à travers plusieurs moments « clés » de l'institution, notamment les réunions. Les différents corps de métier travaillant dans l'institution sont invités à y participer.

³⁶ D'après le projet d'établissement du F.A.M. (2013-2018), p. 111.

Ces réunions peuvent être l'occasion pour le personnel de l'institution d'apporter ou d'intégrer des renseignements, questionnements ou autres concernant le fonctionnement même de l'institution, le ou les résidents de chaque unité.

Il existe différents types de réunions au sein du Foyer d'Accueil Médicalisé, notamment :

- Les **réunions institutionnelles**, ayant lieu chaque mois.
- Les **réunions d'équipe**, avec les Aide Médico Psychologiques (A.M.P.), Aides Soignantes (A.S.) d'une unité et le coordonnateur référent de cette même unité. Au cours de cette réunion, les membres de l'unité discutent de chaque résident, des éventuels accueils ou arrivées de résidents, les aménagements possibles, les sorties, etc.
- La **réunion « analyse de la pratique »** durant laquelle le chef de service, le psychologue-clinicien et les membres référents des unités viennent discuter de cas concrets auxquels ils peuvent être confrontés dans leur travail au quotidien, des questionnements divers et variés... ceci dans l'objectif d'une remise en question de sa pratique, de la façon de penser l'accompagnement.

C. La place de la psychomotricité au sein de l'institution

« La psychomotricité prend place dans le projet global de l'équipe pluridisciplinaire et au sein du projet personnalisé du résident. La psychomotricité se base sur l'interrelation entre les fonctions motrices et la vie psychique de l'individu, le corps étant considéré comme un point d'ancrage des expériences sensori-motrices, émotionnelles et affectives, cognitives et sociales.

Le psychomotricien travaille sur prescription médicale. Son statut d'auxiliaire de la médecine (1994) lui permet d'être un acteur à part entière dans l'arsenal thérapeutique visant à améliorer le rapport de l'individu à son milieu. »³⁷

Suite à la prescription médicale du médecin psychiatre qui précède tout accompagnement en psychomotricité, le psychomotricien en poste effectue un bilan. Il le réalise à partir du bilan « LAXER » et si besoin, avec le complément d'outils spécifiques, l'échelle de développement BRUNET-LEZINE notamment.

Le psychomotricien évalue les fonctions motrices, sensori-motrices, perceptives, tonico-émotionnelles, la communication et le niveau de relation.

Le compte-rendu de cette évaluation est transmis au médecin prescripteur afin de valider en équipe pluridisciplinaire l'indication (ou non) d'un accompagnement en psychomotricité, et les propositions de soin qui en découlent.

³⁷ Extrait du projet d'établissement du F.A.M. (2013-2018), Partie « Prestation : rééducation » p. 77-79.

« Lorsqu'un accompagnement en psychomotricité est envisagé, l'objectif est que les personnes accueillies trouvent un rapport à elle-même et au monde moins complexe, et puissent être en relation avec les autres de manière plus apaisée. Pour cela, le psychomotricien va proposer un travail d'appropriation des expériences motrices, des ressentis corporels et du tonus, pour favoriser l'éveil de la conscience du corps, ancrage organique fondamental à la conscience de soi. »³⁸.

La pratique de la psychomotricité s'inscrit dans un accompagnement individuel ou groupal, ces deux types d'accompagnement n'ayant pas les mêmes objectifs.

Les techniques utilisées par le psychomotricien s'appuient sur différents types de médiateurs :

- La mise en jeu corporelle,
- La relaxation,
- Les approches sensorielles (type Snoezelen),
- Le médiateur eau via la balnéothérapie et les bains thérapeutiques,
- L'accompagnement des problématiques de l'oralité sur les temps de repas,
- L'accompagnement spécifique de la problématique du vieillissement.

Le travail du psychomotricien s'articule donc autour de deux axes essentiels : les résidents, avec qui le psychomotricien s'engage dans des séances établies, mais également l'équipe pluridisciplinaire avec laquelle le psychomotricien est également amené à travailler.

Lors des différents types de réunions, le psychomotricien peut apporter son point de vue sur le comportement, les éventuelles progressions ou régressions du résident concerné. Des informations telles que la motricité globale et fine de la personne, son comportement seul ou face à un groupe, les médiateurs qui facilitent l'échange (musique, eau, jeux, etc.), sont des éléments importants qui renseignent le psychomotricien sur le(s) résident(s).

II – Deux cas cliniques

Les illustrations cliniques que je vais exposer dans cette partie ont pour objectif d'envisager ma pratique sous l'angle de ma problématique, à savoir le rôle du psychomotricien dans l'accompagnement thérapeutique auprès de patients adultes avec autisme déficitaires, à travers la médiation « eau ».

Tout en tenant compte des apports théoriques référencés dans ce mémoire, je compte présenter ici deux études de cas, issues du même lieu de stage décrit précédemment, à

³⁸ Extrait du projet d'établissement du F.A.M. (2013-2018), Partie « Prestation : rééducation » p. 77-79.

savoir un Foyer d'Accueil Médicalisé³⁹. Ces deux études de cas ont en commun le médiateur utilisé en psychomotricité : l'eau, cependant, elles sont divergentes de part le type d'accompagnement : l'un individuel, l'autre groupal, et de part les objectifs d'accompagnement et les axes de travail.

A. Etude de Monsieur A.

1) L'anamnèse

Monsieur A. est né le 12 mai 1978. Il a donc 35 ans lorsque je le rencontre dans le cadre de mon stage de troisième année. Monsieur A. est un enfant unique.

Selon la CIM-10, il a été diagnostiqué à Monsieur A. un **autisme atypique** (F84.1). Il présente un **retard mental profond** avec trouble du comportement significatif nécessitant une surveillance ou un traitement (F73.1). L'origine de son trouble serait due à une **encéphalite** survenue à sa naissance (G04). Monsieur A. présente également un syndrome PICA, trouble du comportement alimentaire se traduisant par une ingestion répétée de substances non nutritives. Le dossier de Monsieur A. indique également un retard psychomoteur avéré.

Avant son arrivée au Foyer d'Accueil Médicalisé, Monsieur A. a d'abord réalisé un parcours en hôpital de jour dès l'âge de 4 ans jusqu'à ses 21 ans. En mai 2000, alors que Monsieur A. a 22 ans, il est accueilli en externat sur le F.A.M. Il effectue alors une alternance entre externat et internat ; il est accueilli parfois dans une unité pendant 2 à 3 semaines. Il est actuellement en hébergement sur une des unités du foyer.

2) Le profil psychomoteur

Au regard du bilan de Gloria LAXER⁴⁰ réalisé et de mes propres observations cliniques, je peux préciser quelques éléments concernant les capacités psychomotrices de Monsieur A.

Le dernier bilan LAXER de Monsieur A. a été réalisé en 2013. Au cours de ce bilan, la synthèse des résultats permet de dire que Monsieur A. présente un âge développemental de 7 mois. Son profil est très hétérogène avec des pics de compétences sur le plan moteur, mais des difficultés avérées du point de vue de la dextérité manuelle.

³⁹ Des contraintes, liées à la réalité institutionnelle (dysfonctionnements de la salle de balnéothérapie), sont survenues au cours de mon stage et ne m'ont pas permis de réaliser des observations cliniques de façon continue lors des accompagnements de balnéothérapie. Les aléas institutionnels sont toutefois une réalité avec laquelle le professionnel doit pouvoir travailler avec adaptation et flexibilité.

⁴⁰ Bilan LAXER abordé dans le chapitre 1 – Le sujet avec autisme, partie III – Bilan psychomoteur adapté au sujet avec autisme, sous-chapitre D. Autres approches utiles pour le sujet avec autisme.

Le développement sensori-moteur est quasiment complet. Je vais donc détailler plus précisément les différents points du bilan LAXER.

Concernant le développement moteur :

Au niveau de la motricité générale, Monsieur A. n'a pratiquement pas de contrôle moteur. Il peut utiliser la marche lorsqu'il est tenu physiquement, mais lorsqu'il se déplace seul, il le fait en courant. Une vigilance permanente est nécessaire car il n'esquive pas forcément les obstacles ni les personnes. Monsieur A. n'a pas acquis le déroulé du pied au sol : talon-pointe. Ses déplacements se font selon une démarche que l'on pourrait qualifier de « saccadée ». Je précise qu'une guidance physique est nécessaire lors de ses déplacements.

La motricité fine est peu développée chez Monsieur A., pour qui on note une émergence de la pince tri digitale. Les gestes fins sont en émergence chez Monsieur A.

Au niveau du repérage spatial, Monsieur A. a repéré certains lieux comme son unité de vie ou encore sa chambre.

Les coordinations oculo-manuelles ne sont pas acquises, toutefois on note une émergence car Monsieur A. commence à lancer et attraper.

Au niveau de la latéralité, Monsieur A. est latéralisé à droite.

Les notions du schéma corporel ne sont pas acquises chez Monsieur A.

Concernant la perception : les perceptions visuelles et tactiles sont les plus développées chez Monsieur A. Il s'oriente, regarde et commence à répondre par le geste et désigne quelques objets. Il explore beaucoup par le toucher, en particulier avec sa bouche et ses mains. Monsieur A. sait identifier des objets familiers, notamment en les manipulant.

Monsieur A. a une émergence du point de vue de la différenciation. Il commence à faire des choix, par exemple, au niveau du goût, il peut sélectionner certains aliments (il en refuse certains et en préfère d'autres). Il différencie également le silence du bruit, il sait attirer l'attention par la voix, mais il ne répond pas toujours aux sollicitations, notamment à l'appel de son prénom mais distingue certains sons familiers. De plus, il ne s'oriente pas vers les cibles sonores.

En ce qui concerne les capacités d'attention, Monsieur A. peut parfois maintenir son attention mais sur une très courte durée.

Monsieur A. ne possède aucune capacité d'imitation, que ce soit au niveau vocal, visuel ou auditif. Il comprend certaines paroles « indicelles » (« stop Monsieur A. »). Il sait reconnaître certains objets familiers.

Concernant le développement du langage et de la communication :

Monsieur A. n'a pas de capacités d'imagination, la compréhension symbolique est non acquise. Il utilise peu la gestuelle pour communiquer, ou bien s'il le fait, ce n'est pas dans l'objectif de se faire comprendre.

Monsieur A. commence à comprendre les différentes expressions du visage, et lui même fait preuve de réponse émotionnelle. Parfois, il sourit et peut chercher le regard des encadrants.

En ce qui concerne le développement du langage, Monsieur A. a des possibilités sur le plan de la communication réceptive. La compréhension des consignes simples est en émergence, comme par exemple l'interdiction ou l'attente.

Monsieur A. fait quelques vocalises, il peut chercher le regard d'autrui et le soutenir, mais le regard peut être, pour lui, source d'excitation.

Il est possible d'aller à sa rencontre dans les moments calmes. Monsieur A. aime le contact, il a plus de contacts avec les encadrants qu'avec les autres résidents du foyer.

Concernant l'autonomie personnelle :

Monsieur A. est très peu autonome dans les actes de la vie quotidienne, il a besoin d'une aide constante. Du fait de son autonomie réduite, il ne peut rester trop longtemps seul.

Au niveau des repas, Monsieur A. a acquis une autonomie progressive bien que relative (il a effectivement besoin de l'étayage d'un encadrant durant toute la durée du repas). Il utilise de moins en moins sa main gauche pour toucher les aliments qui se trouvent dans son assiette. Monsieur A. consomme une alimentation variée.

En ce qui concerne toutes les tâches de la vie quotidienne, Monsieur A. est coopérant, bien qu'il ne participe que très peu.

Il est dépendant pour l'habillage et le déshabillage. Dans cette démarche, il a un besoin constant de sollicitation et d'encouragements. Il participe toutefois un minimum en levant les bras et les pieds pour l'habillage.

Monsieur A. va parfois seul aux toilettes ou sait se faire comprendre lorsqu'il a besoin d'y aller, mais il ne se rhabille pas seul ensuite.

De manière générale, Monsieur A. passe des nuits paisibles et reste la plupart du temps dans son lit.

Concernant les problèmes majeurs de développement :

Monsieur A. a tendance à être dans une agitation motrice. Il présente de sévères problèmes de compréhension avec une absence presque totale de communication, que se soit par le geste ou la parole.

Monsieur A. est souvent dans la problématique de jeter, déchirer et mordre.

Il a des réactions émotives parfois inappropriées (il peut rapidement enlacer puis crier fortement).

Le contact peau à peau peut être source d'excitation pour Monsieur A. Il peut avoir recours à l'automutilation dans des moments de tension qui sont parfois difficiles à gérer du fait de son agitation et de son excitation envahissantes.

3) L'accompagnement en psychomotricité

Monsieur A. est suivi en psychomotricité le mercredi matin pour une séance groupale de balnéothérapie. Dans ce cadre, Monsieur A. fait partie d'un groupe avec deux autres résidents de l'institution.

Les objectifs de l'accompagnement de Monsieur A. en balnéothérapie sont les suivants :

- Favoriser la perception d'une **enveloppe corporelle** suffisamment contenante et sécurisante par le médiateur eau.
- Travailler autour de la **relaxation** afin d'amener de la **détente** et de **l'apaisement**.
- Favoriser les **interactions** avec autrui (travail relationnel).
- Développer un travail **d'individuation**. L'encadrement de la séance doit apporter un étayage suffisant à Monsieur A. lui fournissant un environnement dont il puisse se saisir.
- Etayer **l'exploration sensori-motrice**.

Je rencontre Monsieur A. dans le cadre de ces séances groupales de balnéothérapie au début du mois de novembre⁴¹.

Monsieur A. est un homme de taille moyenne, avec des cheveux châtain clair, des yeux bleus – verts. Il présente un nystagmus qui se traduit par des perturbations de la coordination de l'œil. Les expressions du visage de Monsieur A. sont difficilement lisibles souvent inappropriées (des rires immotivés, des agrippements, etc.). Lorsque ce dernier est dans un état de tension interne, des rires apparaissent, avec des balancements d'avant en arrière. D'où notamment la mise en place d'un travail autour de la relaxation, de la détente et de l'apaisement dans l'eau en psychomotricité.

Monsieur A. passe par des phases d'apathie à des phases que l'on pourrait qualifier « d'agitation motrice » où il part en courant, avec des gestes désordonnés, sans but.

Dans son quotidien, Monsieur A. apprécie de manipuler divers objets, lors de moments où il est assis ou bien allongé.

Comme je l'ai décrit dans le chapitre « Balnéothérapie », l'accompagnement se déroule en plusieurs « étapes ». Je vais donc présenter une séance type de Monsieur A. dans l'eau, puis je décrirai brièvement mon positionnement par rapport à ce résident.

Après un temps de préparation des affaires de balnéothérapie de chaque résident avec mon maître de stage, je vais chercher Monsieur A. sur son unité de vie. La plupart du temps, Monsieur A. se trouve dans sa chambre, allongé sur son lit. La simple venue d'une personne dans sa chambre le fait se lever de son lit.

Je veille à aller chercher Monsieur A. au dernier moment pour lui éviter un temps d'attente trop long qui serait pour lui extrêmement difficile à vivre. Je le guide physiquement jusqu'à la salle de balnéothérapie.

Dès que tous les résidents sont devant la porte d'entrée de la salle de balnéothérapie, la psychomotricienne salue et nomme les résidents présents avant d'entrer.

⁴¹ Les séances de balnéothérapie n'ont pas eu lieu entre le mois de décembre et le mois de février pour des raisons institutionnelles. La séance groupale de psychomotricité a toutefois été maintenue et remplacée par une « balade thérapeutique » avec les trois mêmes résidents.

Lorsque les séances de balnéothérapie ont repris en février, elles se sont poursuivies de façon continue et stable, ce qui me permet de présenter aujourd'hui une étude de cas avec une dizaine de séances de balnéothérapie réalisées.

L'entrée dans la salle est un moment propre à chacun : il y a ceux qui vont directement dans leur vestiaire et ceux qui vont voir le bassin avant. Monsieur A., de manière générale, se dirige directement vers le bassin et en fait le tour pour aller chercher le matériel. En fonction de sa disponibilité, il est possible de lui demander de mettre les balles dans l'eau, ainsi que « son » tapis rouge, qui est un objet indiciel pour lui. Monsieur A. a également un tapis rouge qui est un objet indiciel pour lui. Monsieur A. pose donc ses mains sur le tapis rouge qui est dans l'eau et réalise des mouvements avec ses bras de droite à gauche et de gauche à droite, sorte de mouvement de balancer avec ses mains, son corps restant fixe. Ce moment est devenu un rituel pour Monsieur A. Il est toutefois important de veiller à ce que ce rituel ne se prolonge pas pour Monsieur A. qui peut s'y perdre. Il convient ensuite de le guider physiquement jusque dans ses vestiaires (qu'il ne repère pas de manière autonome).

A ce moment commence la mise en maillot. Dès les premières séances j'ai pu observer la nécessité de la présence de deux personnes, l'une pour contenir l'agitation-excitation de Monsieur A., l'autre pour l'aide à la mise en maillot. Par la suite, la psychomotricienne a pu envisager l'idée de ne laisser qu'une seule personne s'occuper de Monsieur A. afin de ne pas le maintenir dans une position de dépendance trop forte. Durant ces moments de mise en maillot ou d'habillage, Monsieur A. est très passif, ce qui nécessite une aide totale.

Avant l'entrée dans l'eau, l'attente de Monsieur A. ne me semble ni facile, ni difficile, c'est un temps où il peut se cramponner à la rambarde de la balnéothérapie et se balancer d'avant en arrière.

Lorsque chacun est prêt à entrer dans l'eau, Monsieur A. est guidé et étayé pour gravir les marches qui permettent d'accéder au bassin⁴².

Lorsqu'il entre dans l'eau, Monsieur A. a pour habitude de se diriger directement vers son tapis en marchant, puis laisse tomber l'avant de son corps dessus en posant ses mains. Monsieur A. peut être à ce moment là dans l'agrippement, il utilise les alvéoles du tapis dans lesquelles il met ses doigts.

La rythmicité des échanges dans l'eau est fonction de l'état de disponibilité de Monsieur A. La durée dans l'eau oscille entre 25 et 30 minutes. Dans l'eau, différentes propositions peuvent être faites à Monsieur A. afin de l'inviter à interagir avec son environnement. Un travail a été mis en place autour de l'échange avec des balles. En effet, Monsieur A. détourne systématiquement les objets de leurs fonctions : la balle est mordue, le tapis peut être soulevé, etc. C'est pour ces raisons que Monsieur A. est régulièrement invité à échanger. Lorsqu'il est apaisé, il est possible de réaliser ce temps d'échange au travers d'un médiateur : une balle.

Il est également possible de proposer des portages-bras ou des portages-tapis à Monsieur A. dans un objectif de détente, là aussi en fonction de sa disponibilité et de son état. Lorsque l'état d'agitation est latent, il est possible de proposer un portage-tapis à Monsieur A. car le contact peau à peau peut être source d'excitation pour lui. Tout

⁴² Cf. **Annexe 3** : Photographies de la salle de balnéothérapie, salle dans laquelle se déroule l'accompagnement groupal en psychomotricité dont fait partie Monsieur A.

comme la proximité, le regard peut également être une source d'excitation. Dans ce cas là, il convient de garder une juste distance afin de permettre une diminution de cet état de tension interne. Il convient également de s'adresser à Monsieur A. avec des phrases courtes et simples dans un souci de compréhension et d'ajustement à son niveau.

Durant la séance, Monsieur A. n'interagit pas avec ses pairs. En revanche, il utilise l'intégralité de l'espace du bassin, allant d'un encadrant à l'autre et se « posant » par moment à un endroit du bassin.

La séance dans l'eau se termine par un temps plus calme où la psychomotricienne sort le matériel de l'eau et où chaque résident a l'occasion de se « poser » dans l'eau. Il est possible, suivant l'état de Monsieur A., de lui laisser son tapis rouge et de lui proposer un portage-tapis, tout en laissant progressivement la distance s'installer afin de lui laisser un moment à lui seul. Si Monsieur A est disposé à laisser son tapis, nous pouvons lui proposer de s'adosser au mur du bassin de balnéothérapie afin d'être tenu et contenu, voire, lui proposer un portage-bras.

Vignette clinique :

Un mercredi matin où Monsieur A. passe par des phases d'apathie à des phases d'agitation-excitation plus prononcées qu'à la normale, son accompagnement en balnéothérapie se passe avec difficulté.

Dans l'eau, Monsieur A. montre des difficultés à se poser (cris, morsures à la main). Alors qu'il se trouve sur son tapis rouge, je décide d'impulser un portage-tapis avec Monsieur A. Je réalise doucement des bercements avec le tapis en réalisant des allers retours de droite à gauche. Monsieur A. était au départ « tendu » avec une rigidité des membres inférieurs qui ne me permettaient pas de réaliser une amplitude dans mes mouvements. Puis, Monsieur A. a progressivement détendu ses jambes, portant d'abord des regards dans ma direction, puis s'en est détaché rapidement. Il s'est ensuite laissé porter, la détente a pu s'observer au travers de l'expression de son visage, dont les traits se sont décrispés pendant quelques minutes.

Lors de la sortie de l'eau, il convient d'aider Monsieur A. à se « mettre sur ses jambes » car il se laisse porter jusqu'aux marches et ne se relève pas tout seul, comme s'il avait adhéré à l'eau au point de ne plus pouvoir s'affranchir des caractéristiques physiques de cet élément.

A la sortie de l'eau, nous pouvons proposer à Monsieur A. un enveloppement dans des serviettes afin d'apporter une contenance supplémentaire.

Il convient alors de le guider physiquement jusque dans son vestiaire afin de commencer le séchage et le rhabillage. Monsieur A. peut être prêt avant les autres résidents et encadrants. Durant ce temps d'attente, un des encadrants veille à rester près de lui jusqu'au moment où tous les résidents sont prêts à sortir, afin de maintenir

cet état d'apaisement chez lui (car rester devant la porte de la salle de balnéothérapie est une source d'excitation suffisante).

Avant de sortir de la salle de balnéothérapie, dans un souci de continuité pour les résidents et pour conclure la séance, la psychomotricienne rappelle que la prochaine séance aura lieu la semaine suivante et dit au revoir à chacun.

Concernant mon positionnement par rapport à Monsieur A., je me suis retrouvée, dès le début de cet accompagnement, en difficulté avec lui au niveau de la guidance notamment. Je ne savais pas comment m'ajuster à lui. Ma guidance était trop douce. Or, il a besoin de contenance et de fermeté dans le contact physique. J'ai donc dû m'adapter et réajuster ma façon de le guider.

Monsieur A. a peu à peu intégré ma présence au sein de l'accompagnement en balnéothérapie.

En conclusion, les séances de psychomotricité groupales en balnéothérapie sont importantes pour Monsieur A.. Son état conditionne la qualité et l'efficacité des séances. Dans les moments de trop grande « agitation-excitation », il est important de ne pas favoriser l'échange du regard qui devient une fonction excitatrice chez Monsieur A., tout comme la proximité peut être source d'excitation. Cet accompagnement dans l'eau nécessite donc de la part du psychomotricien un ajustement dans la distance, dans sa proximité avec lui.

Il convient de préciser que je rencontre également Monsieur A. lors de temps informels tel que le repas. Suite à une proposition de mon maître de stage, j'ai pu démarrer l'accompagnement au repas de Monsieur A. au début du mois de février, chaque mercredi midi. Cette opportunité m'a permis d'avoir une vision différente de lui, ainsi qu'une approche complémentaire de l'autisme. En effet, l'accompagnement au repas de Monsieur A. m'a également permis d'en apprendre plus sur l'accompagnement d'une personne avec autisme. J'ai pu, durant les repas, fonctionner sur un mode essai-erreur afin de mieux comprendre ce que mes actes impliquaient. Par exemple, durant le déroulé du repas, il convient de lui apporter un plat après l'autre. S'il voit son dessert alors qu'il n'en n'est qu'au plat principal, Monsieur A. peut s'arrêter de manger et repousser son assiette pour signifier qu'il n'en veut plus.

Cet accompagnement m'a également beaucoup appris sur la communication non verbale. Durant ces accompagnements au repas, je ne parle que très peu, Monsieur A. ayant besoin de phrases courtes et simples (par rapport à son niveau de compréhension), le langage corporel est donc plus présent.

B. Etude de Monsieur D.

Monsieur D. est un résident que j'ai pu observer lors de mon stage de fin de première année au Foyer d'Accueil Médicalisé. A cette époque, il démarrait un accompagnement groupal de balnéothérapie en psychomotricité. Cette première séance ayant eu lieu au tout début de mon stage. C'était donc le démarrage d'un accompagnement pour ce groupe, qui me permettait d'observer la mise en place d'un accompagnement et de découvrir les résidents dans cet élément qu'est l'eau.

Au cours de ce stage, il y a eu une véritable régularité des séances avec Monsieur D. chaque mardi matin, ce qui m'a permis d'observer une continuité sur le plan temporel, mais également une continuité de présence, avec toujours les mêmes résidents et encadrants.

Monsieur D. n'a pas été le résident avec lequel le contact s'est établi le plus facilement, au contraire, il était souvent situé au même endroit du bassin et comme « enfermé » dans ses stéréotypes qu'il démarrait dès son entrée dans l'eau.

L'observation et l'étude de ce résident m'ont semblé, il y a deux ans, riches et intéressantes, c'est pourquoi, ayant eu l'occasion de l'accompagner pour des séances individuelles de bain thérapeutique, j'ai fait le choix de le présenter ici.

1) L'anamnèse

Monsieur D. est né le 20 mai 1974. Il est âgé de 39 ans au moment de notre rencontre. Il a un père et une mère, tout deux exercent une profession dans le milieu médical. Sa sœur est plus jeune que lui.

En 1987, Monsieur D. a été diagnostiqué comme ayant une psychose infantile. Actuellement, selon la CIM-10, il est diagnostiqué à Monsieur D. un **autisme atypique** (F84.1). Il présente également un **retard mental profond** avec trouble du comportement significatif nécessitant une surveillance ou un traitement (F73.1). Associé à cela, Monsieur D. est **épileptique**, notation G40 selon la CIM-10. Dans le dossier de Monsieur D., il est également indiqué que ce dernier présente une scoliose dorsale avec une bascule du côté droit.

Monsieur D. a intégré différentes institutions spécialisées avant d'entrer au F.A.M. Il a tout d'abord été à l'âge de 7 ans dans un Institut Médico-Educatif en externat sur la semaine. Puis, il a été dans une Maison d'Accueil Spécialisé lorsqu'il avait 20 ans. Je ne trouve cependant que très peu d'informations concernant le suivi de Monsieur D. avant son arrivée au sein du foyer.

Monsieur D. est entré au F.A.M. le 13 septembre 1999, il avait alors 25 ans. Actuellement, Monsieur D. est en hébergement sur une des unités du foyer.

2) Le profil psychomoteur

Monsieur D. a été évalué par le bilan de Gloria LAXER⁴³ peu de temps après son admission au F.A.M.

Au regard du bilan LAXER réalisé et de mes propres observations cliniques, je peux préciser quelques éléments concernant les capacités psychomotrices de Monsieur D.

Concernant le **développement de la motricité générale** : le développement du contrôle moteur est équivalent à un âge de 1 an. La mobilité horizontale est beaucoup plus réduite. Monsieur D. peut marcher sans aide sur une courte distance (âge développemental de 14 mois), toutefois, cette marche est plus irrégulière sur une longue distance. Dans la course, Monsieur D. peut chuter.

Ses pas vont à une allure régulière mais le déroulement du pied lors de la marche, classiquement talon puis pointe de pieds, n'est pas acquis.

Monsieur D. se déplace en appui sur ses talons.

Son équilibre est précaire. Il ne peut anticiper et appréhender les obstacles qu'il est susceptible de rencontrer sur sa route.

En ce qui concerne la **perception sensorielle** : Monsieur D. privilégie les stimulations visuelles et auditives.

Au niveau de la perception visuelle, il tourne la tête et regarde un visage (ou bien les détails du visage car, bien que son regard soit fixe, il ne regarde que rarement les yeux de la personne qui se trouve face à lui, ce qui m'a souvent donné le sentiment de ne pas être bien en face de lui au cours de l'accompagnement du bain thérapeutique). Sa vision est préférentiellement périphérique.

Au niveau de la perception auditive, Monsieur D. peut diriger son regard vers un son et regarder la personne qui parle. Il répond au contact corporel en se positionnant en intention opposée. Il peut repousser une personne qui le touche ou peut donner un coup de poing en relevant l'avant-bras. Toutefois, sa sphère proxémique privée paraît large.

Au niveau de la perception tactile, la capacité d'exploration manuelle de monsieur D. avec des objets est actuellement en émergence.

L'exploration spatiale de Monsieur D. est très limitée. Il reconnaît l'espace dans lequel il passe la majeure partie de son quotidien.

Lorsque le fauteuil où il s'installe habituellement est occupé, il peut attendre debout à côté de ce fauteuil, ou bien s'asseoir de force sur la personne déjà installée.

Au niveau du **vécu corporel**, selon les observations menées lors du bilan LAXER, Monsieur D. présente une dysharmonie tonique importante. Le tonus de Monsieur D. est préférentiellement réparti sur un mode hypertonique. Le relâchement volontaire est très rarement observé. Cette hypertonicité est souvent retrouvée dans l'autisme.

Monsieur D. valorise les modalités sensorielles tactiles et visuelles. Il interagit avec son entourage par l'intermédiaire de son expressivité faciale. Monsieur D. a pour habitude

⁴³ Bilan LAXER abordé dans le chapitre 1 – Le sujet avec autisme, partie III – Bilan psychomoteur adapté au sujet avec autisme, sous-chapitre D. Autres approches utiles pour le sujet avec autisme.

de se positionner le dos en contact avec une surface dure, peut-être dans une recherche de contenance.

3) L'accompagnement en psychomotricité

Monsieur D. est suivi en psychomotricité deux fois par semaine dans deux accompagnements différents.

Monsieur D. est suivi dans le cadre d'un accompagnement de **balnéothérapie**, avec deux autres résidents de l'établissement, une fois par semaine.

Il est également suivi dans le cadre d'un accompagnement individuel, un **bain thérapeutique**. Cela fait 4 ans que cet accompagnement a démarré et il a pour objectif, « *de proposer à Monsieur D. un moment de bien-être et de détente dans un cadre relationnel propice aux échanges* »⁴⁴. L'objectif est donc de mettre en place, via cet accompagnement, une situation suffisamment « contenante » et sécurisante afin que Monsieur D. puisse entrer en relation avec son environnement. C'est dans le cadre de son accompagnement en bain thérapeutique que je rencontre à nouveau Monsieur D.

Monsieur D. est une personne de taille moyenne, de faible corpulence, avec un visage fin, des yeux marron foncés et des cheveux noirs. Son visage est expressif, notamment du point de vue de ses mimiques et de ses regards.

Au niveau de son corps, Monsieur D. se présente souvent avec une posture repliée sur lui-même (poings fermés sous les cuisses, jambes repliées, une position assis tailleur « robotisée »). Lors de ses déplacements, il paraît animé par un moteur extérieur, comme un « automate ».

Après plusieurs séances d'observations de cet accompagnement, j'ai pu entrer progressivement « en interaction » avec Monsieur D. sur quelques séances en présence de mon maître de stage, ce qui m'a permis de poursuivre l'accompagnement de Monsieur D au début du mois de février.

L'accompagnement du bain thérapeutique de Monsieur D. se déroule en plusieurs « étapes » que je vais décrire plus précisément.

Tout d'abord, il y a un **temps de préparation** avec l'agencement de l'espace de la salle de bain commune de l'unité de vie. L'aménagement de l'espace permet d'accueillir le résident dans les meilleures conditions (prévoir ses affaires pour « l'après », son peignoir, son gel douche, etc.).

Une fois cette préparation terminée, il y a l'**accueil** de Monsieur D. sur son unité de vie. J'ai pu observer que, depuis le début de cet accompagnement, avant chaque séance de bain thérapeutique, je retrouve Monsieur D. assis sur le même fauteuil, les jambes croisées en tailleur et les bras repliés vers l'intérieur du corps, placés sous les jambes.

⁴⁴ Fiche de l'accompagnement du bain thérapeutique de Monsieur D., écrite par le psychomotricien de l'établissement.

Ce moment de salutation est important puisqu'il permet d'établir un premier contact et d'observer au travers des mimiques ou du regard, l'état de Monsieur D.. Je l'invite à sortir de son fauteuil pour pouvoir le guider dans sa chambre. L'invitation peut se ponctuer par des moments de « blocage » où Monsieur D. n'est pas disponible. Je peux alors lui laisser un petit temps supplémentaire avant de recommencer ma demande. L'invitation à se lever se traduit par le fait de décroiser ses jambes et de réaliser une petite pression avec la main sur son dos pour compléter la demande.

Lorsque Monsieur D. est debout, je **l'accompagne jusque dans sa chambre** pour un passage aux W.C. avant de démarrer le bain.

Je laisse ainsi un petit temps de tranquillité à Monsieur D. avant de l'inviter à repartir en direction de la **salle de bain** commune de l'unité.

Une fois dans la salle de bain, j'invite Monsieur D. à s'asseoir sur une chaise, le temps que je fasse couler l'eau du bain (à une température entre 34 et 37°C) mélangée à du gel douche pour faire mousser suffisamment l'eau du bain. J'aide ensuite Monsieur D. pour le déshabillage.

Dès que Monsieur D. est prêt, il va directement vers la baignoire et s'aide de la rambarde pour entrer dans la baignoire et se positionner dedans. Dès qu'il est assis dans l'eau, un temps de latence lui est nécessaire pour s'allonger. Je me demande si ce temps de latence n'est pas le temps qui lui est nécessaire pour intégrer les sensations tactiles de l'eau sur sa peau.

Commence alors **le temps dans l'eau**, rythmé par différents moments « repérés » pour une meilleure stabilité du cadre de la séance et une fluidité dans l'accompagnement de Monsieur D..

Les propositions que j'ai pu amener durant l'accompagnement de Monsieur D. en bain thérapeutique ont été les suivantes :

- Des jeux avec la mousse du bain (souffler dessus) ;
- Des jeux d'expression en réalisant des bruits de bouche et des onomatopées ;
- Des jeux de vider/remplir avec un dauphin ;
- Une écoute musicale pour terminer ce temps, issue d'une œuvre de Tchaïkovski qui se trouvait dans le poste de musique de Monsieur D., c'est donc une musique repérée pour lui ;
- Sortir du placard son peignoir vert, objet indiciel pour signifier la fin du bain à Monsieur D. ;
- Des jeux avec un jet d'eau afin de permettre à Monsieur D. de passer de la position allongée à la position assise, un moment de transition avait été instauré par la psychomotricienne avec des jeux de jet d'eau. Un tuyau jouxte la baignoire, permettant de proposer un moment « ludique » à la fin de la séance.

La durée dans l'eau est d'environ 25 minutes. Lors du temps dans l'eau, je me positionne sur un côté près de la baignoire. Je me situe en position de face à face. Mon positionnement se fait dans un objectif de soutien qui rappelle le holding de WINNICOTT développé précédemment.

J'ai fait le choix de garder des moments « repérés » pour Monsieur D., mais je me suis également autorisée à introduire un peu de nouveauté dans les propositions au fur et à mesure de l'accompagnement. Ces différentes propositions favorisent l'interaction qui s'apprécie, chez Monsieur D., par le regard. En effet, lorsqu'il n'est pas disposé à la relation, Monsieur D. peut fermer les yeux fronçant les sourcils.

Dès les premières séances, l'imitation a été pour moi un moyen d'entrer en interaction avec Monsieur D. Je me suis mise à imiter ses mimiques. Par ce mimétisme, je lui donne à voir ses propres réactions. Monsieur D. réagit à cette imitation en variant les expressions de son visage.

Selon la disponibilité de Monsieur D., il peut s'instaurer un dialogue notamment via des bruits de bouche ou des onomatopées que je copie à l'identique en observant sa réponse. Dans cette interaction, il varie ses productions sonores et son visage devient plus expressif.

Une fois les petits jeux proposés, son peignoir vert, objet indiciel, symbolise la fin du bain. La plupart du temps, Monsieur D. ferme les yeux à ce moment.

Les propositions de jeux avec un jet d'eau permettent d'amener une transition avant la fin du bain. Durant cet instant, Monsieur D. apprécie les variations que je peux proposer avec la puissance du jet d'eau, notamment, il se met à sourire dès que l'eau se met à couler à forte puissance.

Une fois la baignoire vidée et ces jeux d'eau terminés, j'invite Monsieur D. à sortir de la baignoire, en décroisant ses jambes et en prenant une de ses mains.

S'en suit **le temps du séchage et du rhabillage** de Monsieur D.. Avant de le raccompagner, je lui signifie notre prochaine rencontre la semaine suivante. Je peux ensuite le **raccompagner dans le salon** de son unité de vie.

J'ai pu observer une réelle évolution depuis que j'ai repris l'accompagnement de Monsieur D.. Au début, je me retrouvais parfois en difficulté dans ma manière de doser les interactions. J'ai pu progressivement apprendre à sentir les moments où Monsieur D. était plus disponible à l'échange.

Pour conclure, le bain thérapeutique peut être apparenté à un « bain sensoriel » qui permet de favoriser l'interaction. L'hypostimulation de l'environnement, permet de sélectionner la ou les stimulation(s) proposées durant le bain. Ici le choix est de solliciter Monsieur D. via les canaux auditifs et visuels auxquels il est plus particulièrement sensible.

Cet accompagnement permet à Monsieur D. d'interagir avec son environnement de manière suffisamment douce et sécurisante. Les propositions faites à Monsieur D. sont faites dans un souci de compréhension (car il est évident que pour un sujet avec autisme déficitaire, le message doit pouvoir être suffisamment clair pour être décodé par lui).

Bien que Monsieur D. reste la plupart du temps spectateur de ce qui se passe, il peut tout de même y avoir une interaction avec l'instauration d'un dialogue.

Conclusion

L'autisme est un sujet vaste et complexe, actuellement au cœur des débats concernant l'accompagnement des sujets avec autisme, qu'il soit médical, médico-social, scolaire ou éducatif, il me paraît essentiel aujourd'hui d'être attentif aux avancées de la recherche auprès de cette population. En effet, pour une future psychomotricienne, il convient de posséder et d'enrichir un socle de connaissances sur l'autisme, sans se laisser envahir par la profusion d'informations, et de garder un esprit curieux et un recul suffisant.

L'approche et l'accompagnement du sujet avec autisme doivent prendre en compte l'individu dans sa globalité, tout en tenant compte des particularités propres à son trouble. Le travail auprès de sujets avec autisme appelle la pluridisciplinarité. En effet, une collaboration entre les différents professionnels chargés de ces patients et leur famille, est nécessaire.

Selon Jacques HOCKMANN, « *Souffrant à la fois d'un désordre psychopathologique et d'un handicap, l'enfant autiste doit donc à la fois être soigné, pour découvrir le chemin d'une relation possible à autrui en minimisant ses angoisses, et être éduqué pour réduire ses incapacités dans un environnement préparé à l'intégrer au mieux de ses possibilités.* »⁴⁵.

Lors de mes stages, j'ai eu le sentiment d'être remise en question par la population accueillie. Ces remises en question permettent des prises de conscience, un enrichissement personnel et un approfondissement de ma propre réflexion sur l'autisme et ont contribué à ma formation.

Lors de mes deux derniers stages, en F.A.M. et en I.M.E., il m'a été permis d'apprécier la place de la psychomotricité et du rôle du psychomotricien auprès d'adolescents et d'adultes en difficultés.

Dans le F.A.M. en particulier, j'ai pu mesurer l'implication réelle au quotidien du psychomotricien. Je ne sais si cette pratique est commune à ce type d'établissement, mais il m'a semblé observer que la psychomotricité, par son approche globale, peut devenir un mode d'approche utile à l'ensemble des intervenants et participer par là même à une bonne coordination pluridisciplinaire des accompagnements.

En tant que stagiaire, grâce à l'efficacité de l'accompagnement de mes maîtres de stage, j'ai pu devenir progressivement actrice dans les prises en soin et comprendre et intégrer la spécificité de la psychomotricité vis-à-vis de l'autisme.

⁴⁵ HOCKMANN J., *Pour soigner l'enfant autiste*, Editions Odile Jacob, 3^e édition, 2013, p. 56.

A travers ce mémoire, j'ai tenté de contribuer à un éclairage, et à une compréhension de la pratique psychomotrice dans l'accompagnement auprès de sujets adultes avec autisme déficitaires autour de la médiation « eau ». Il apparaît au travers des écrits et des accompagnements effectués que l'eau est un médiateur essentiel pour l'accompagnement de personnes adultes avec autisme déficitaires en psychomotricité.

Cette pratique conforte mon choix professionnel de m'investir dans la psychomotricité, et m'incite à poursuivre les premiers travaux effectués avec ce mémoire tout en participant à la reconnaissance de la profession de psychomotricien.

Bibliographie

- [1] ANZIEU D., *Le moi-peau*, Edition Dunod, 1985, pp. 57-62, pp. 84-89.
- [2] BACHELARD G., *L'Eau et les Rêves*, Edition Le Livre de Poche, 1942, pp. 132-152.
- [3] BOGDASHINA O., *Questions sensorielles et perceptives dans l'Autisme et le Syndrome d'Asperger, Des expériences sensorielles différentes, des mondes perceptifs différents*, Edition AFD, 2003, pp. 11-39, pp. 63-85
- [4] BONIN S., *La grande aventure de l'eau*, Edition Pivat, 2001, pp. 12-49, pp. 102-137.
- [5] BOUTINAUD J., *Psychomotricité : psychose et autisme infantile*, Edition In Press, 2^e édition actualisée, 2010.
- [6] BRETON M., « *L'eau source de relation. Expérience de séances de balnéothérapie auprès d'adultes polyhandicapés* », Mémoire de psychomotricité, Bordeaux, 2012.
- [7] CAUCAL D. et BRUNOD R., *Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme*, Edition A.F.D., 2011.
- [8] CONSTANT J., *Voyager en pays autiste*, Edition Dunod, 2013.
- [9] Pr. EVRARD P. (sous la direction de) *Autisme et autres envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, recommandations par consensus formalisé, mars 2012*, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf
- [10] FRITH U., *L'énigme de l'autisme*, Edition Odile Jacob, 1989, pp. 19-39.
- [11] GOLSE B. et DELION P., *Autisme : état des lieux et horizons*, coll. Le carnet Psy Edition ERES, 2010, pp. 01-118, pp.163-174.
- [12] GOLSE B., *Mon combat pour les enfants autistes*, Edition Odile Jacob, 2013.
- [13] GOLSE B. et ROBEL L., *Pour une approche intégrative de l'autisme infantile – Le lobe temporal supérieur, entre neurosciences et psychanalyse*, Revue Recherches en psychanalyse, 2009/1 n°7, pp. 45-51.

- [14] HAAG G. et coll., *Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité*, Psychiatrie de l'enfant, 38, 2., 1995, pp. 495-527.
- [15] HAAG G., *Comment les psychanalystes peuvent aider les enfants avec autisme et leurs familles ?*, 2005, pp. 1-13.
- [16] HAHN A., *La balnéothérapie : une prise en charge adaptée à la personne autiste*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2007.
- [17] HALL E. T., *La dimension cachée*, Editions du Seuil, 1978, pp. 143-160.
- [18] HENRY C. et JACQUART P., *Prémises d'une recherche sur les signes psychomoteurs précoces dans l'autisme*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n°158, 2009, pp. 84-91.
- [19] JOLY F., *Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme*, Contraste, 2008/1, n°28-29, pp. 179-198.
- [20] JOLY F., *Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques : le médiatif et le travail du médium malléable*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n°173, 2013, pp. 38-52.
- [21] LARROCHE M., *L'engagement corporel du psychomotricien dans la relation thérapeutique avec des adultes autistes*, Mémoire de psychomotricité, Bordeaux 2012.
- [22] LAXER G., AIT-MOKHTAR R., *Intérêt du bilan développemental dans les troubles du développement*, Revue francophone de la déficience intellectuelle, 2002.
- [23] MAFFRE T. et PERRIN J., *Autisme et psychomotricité*, Edition De Boeck, 2013, pp. 103-115, pp. 483-495.
- [24] MENNIG M., *Dictionnaire des symboles*, Edition Eyrolles, 2005, pp. 83-84.
- [25] Pr. MISES R. (sous la direction de), *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent Révisée*, 5^e édition, Presse de l'école des hautes études en santé publique, 2012.
- [26] OMS, *Aide à la classification de la CIM-10.*, Université de Neuchâtel, <http://taurus.unine.ch/icd10?term=&select=2665#select>
- [27] PERRIN J. et LARANJEIRA-HESLOT C., *L'évaluation psychomotrice dans le cadre du diagnostic précoce de l'autisme et des T.E.D.*, Thérapie Psychomotrice et Recherches n°158, 2009, pp. 92-108.

- [28] PIEREYRE, E.W., *Clinique de l'image du corps, du vécu au concept*, Edition Dunod, 2011, pp. 31-43, pp. 97-103.
- [29] POTEL C., *Le Corps et l'eau, une médiation en psychomotricité*, Edition Eres, 2009, 173 pages.
- [30] POTEL C., *Etre psychomotricien*, Edition Eres, 2010, pp. 364-379.
- [31] POTEL C., *Psychomotricité : entre théorie et pratique*, Edition In Press, 3^e édition actualisée, 2010, pp. 203-213.
- [32] RIO B., *L'eau et la vie*, Editions du Dauphin, 2006, pp. 13-15 et pp. 47-60.
- [33] SILVESTER H., DUPUIS-TATE M.F., FISCHESSE B., *L'eau entre ciel et terre*, Editions de la Martinière, 2000, pp. 133-139.
- [34] TUFFREAU R., *Sensorialité tactile et eau. Un outil thérapeutique pour les personnes avec autisme*, Bulletin scientifique de l'ARAPI, n°23, juin 2009, pp. 51-54.

Annexes

Annexe 1 : Tableau de correspondance des catégories cliniques dans les classifications.

Annexe 2 : Version abrégée du bilan sensoriel de DUNN

Annexe 3 : Photographie de la salle de balnéothérapie, salle dans laquelle se déroule l'accompagnement groupal en psychomotricité dont fait partie Monsieur A.

Annexe 1 : Tableau de correspondance des catégories cliniques dans les classifications

CFTMEA R : Psychoses précoces ou TED (2000)	CIM 10 : Troubles envahissants du développement (1993)	DSM IV : Troubles envahissants du développement (1994)
Autisme typique		
	Autisme atypique	TED non autrement spécifié
Psychose précoce déficitaire		
Syndrome d'Asperger		
Dysharmonie psychotique		
	Syndrome de Rett	Syndrome de Rett
Trouble désintégratif de l'enfance (dont syndrome de Rett)	Autre trouble désintégratif	Trouble désintégratif
	Hyperactivité avec retard mental et stéréotypies	
Autres psychoses précoces ou autres TED	Autres TED	TED non autrement spécifié
Psychoses précoces ou TED non spécifié	TED sans précision	

Annexe 2 : Version abrégée du bilan sensoriel de DUNN



PROFIL SENSORIEL

PROFIL SENSORIEL VERSION ABRÉGÉE

Nom et prénom de l'enfant : _____
 Date de naissance : ___/___/___ Date de remplissage : ___/___/___
 Complété par : _____ Lien avec l'enfant : _____
 Nom du professionnel : _____ Fonction : _____

Instructions pour le remplissage

- Pour chaque énoncé, cochez la case qui décrit le mieux la fréquence à laquelle l'enfant présente les comportements décrits. Répondez à toutes les propositions.
- Si vous ne pouvez pas répondre parce que vous n'avez pas observé le comportement ou parce que vous pensez qu'il ne s'applique pas à l'enfant, mettez une croix (X) sur le numéro correspondant à l'item.
- N'écrivez rien dans les cases de la ligne « Note brute totale de la section »

Utilisez l'échelle suivante pour répondre aux propositions :

TOUJOURS	Lorsque l'occasion se présente, l'enfant réagit toujours de cette manière, 100% du temps.
FREQUEMMENT	Lorsque l'occasion se présente, l'enfant réagit fréquemment de cette manière, environ 75% du temps.
PARFOIS	Lorsque l'occasion se présente, l'enfant réagit parfois de cette manière, environ 50% du temps.
RAREMENT	Lorsque l'occasion se présente, l'enfant réagit rarement de cette manière, environ 25% du temps.
JAMAIS	Lorsque l'occasion se présente, l'enfant ne réagit jamais de cette manière, 0% du temps.

Item	Sensibilité tactile	TOUJOURS	FREQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
1	Exprime de l'anxiété au moment de la toilette ou des soins (par exemple, se débat ou pleure quand on lui coupe les cheveux ou les ongles, quand on lui lave le visage).					
2	Préfère porter des vêtements à manches longues quand il fait chaud ou à manches courtes quand il fait froid.					
3	Evite de marcher pieds nus, surtout dans le sable ou dans l'herbe.					
4	Réagit avec émotion ou de manière agressive lorsqu'on le touche.					
5	Evite les éclaboussures d'eau.					
6	A des difficultés à rester dans une file d'attente ou près des autres.					
7	Se frotte ou se gratte à l'endroit où il vient d'être touché.					
Note brute totale de la section						
Item	Sensibilité au goût / à l'odorat	TOUJOURS	FREQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
8	Evite certains goûts ou certaines odeurs de nourriture faisant typiquement partie des aliments pour enfants.					
9	Ne mange que des aliments d'une certaine saveur (lesquels : _____).					
10	Se limite à certaines textures ou certaines températures de nourriture (lesquelles : _____).					
11	Est difficile à satisfaire, particulièrement en ce qui concerne la texture des aliments.					
Note brute totale de la section						
Item	Sensibilité au mouvement	TOUJOURS	FREQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
12	Devient anxieux ou se montre inquiet quand ses pieds quittent le sol.					
13	A peur de tomber ou a le vertige.					
14	Déteste les activités qui le font se retrouver la tête en bas (par exemple, faire des roulades, chahuter).					
Note brute totale de la section						
Item	Hyporéactivité / Recherche de sensations	TOUJOURS	FREQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
15	Aime les bruits étranges / cherche à faire du bruit par plaisir.					
16	Est à la recherche de mouvement – quel qu'en soit le type – et ceci interfère avec les activités quotidiennes (par exemple, ne peut pas rester assis tranquillement, remue tout le temps).					
17	Devient trop excitable durant des activités impliquant du mouvement.					
18	Touche les gens ou les objets.					
19	Ne semble pas remarquer quand son visage ou ses mains sont sales.					
20	Passé d'une activité à une autre, ce qui interfère avec son jeu.					
21	Laisse ses vêtements entortillés autour de son corps.					
Note brute totale de la section						

		TOUJOURS	FRÉQUEMMENT	PARFOIS	RAREMENT	JAMAIS
Item	Filtrage auditif					
22	Est troublé ou a du mal à fonctionner s'il y a beaucoup de bruit autour de lui.					
23	Semble ne pas entendre ce que vous dites (par exemple, semble vous ignorer).					
24	Ne peut pas travailler avec un bruit de fond (par exemple, réfrigérateur, ventilateur).					
25	A du mal à terminer des tâches quand la radio est allumée.					
26	Ne répond pas quand on l'appelle par son nom bien que son audition soit bonne.					
27	A des difficultés à fixer son attention.					
Note brute totale de la section						
Item	Manque d'énergie / Faible					
28	Semble avoir une faiblesse musculaire.					
29	Se fatigue facilement surtout quand il est debout ou quand il se tient dans une position particulière.					
30	Exprime de l'anxiété au moment de la toilette ou des soins (par exemple, se débat ou pleure quand on lui coupe les cheveux ou les ongles, quand on lui lave le visage).					
31	Ne peut pas soulever d'objets lourds (par exemple, manque de forces par rapport aux enfants du même âge).					
32	A besoin de s'appuyer contre quelque chose pour se sentir stable (même pendant une activité).					
33	A une endurance limitée/se fatigue facilement.					
Note brute totale de la section						
Item	Sensibilité visuelle / auditive					
34	Réagit négativement à des bruits inattendus ou intenses (par exemple, pleure ou se cache quand il entend un aspirateur, les aboiements d'un chien, un sèche-cheveux).					
35	Se met les mains sur les oreilles pour se protéger du bruit.					
36	Est dérangé par des lumières fortes alors que les autres s'y sont adaptés.					
37	Observe toute personne qui se déplace dans la pièce.					
38	Se couvre ou plisse les yeux pour se protéger de la lumière.					
Note brute totale de la section						

Réservé au professionnel

Synthèse des résultats

Instructions : Reporter les notes brutes totales des sections du *Questionnaire* dans la colonne « Note brute totale de la section » de la Synthèse des résultats ci-dessous. Indiquer ces valeurs par une croix (X) dans la colonne appropriée (Performance typique, Différence probable ou Différence notable)*.

Echelle de cotation

1 = Toujours	4 = Rarement
2 = Fréquemment	5 = Jamais
3 = Parfois	

Section	Note brute totale de la section	Performance typique	Différence probable	Différence avérée
Sensibilité tactile	/35	35 29	28 23	22 7
Sensibilité au goût / à l'odorat	/20	20 15	14 8	7 4
Sensibilité au mouvement	/15	15 12	11 8	7 3
Hyporéactivité / Recherche de sensations	/35	35 22	21 18	17 7
Filtrage auditif	/30	30 20	19 14	13 6
Manque d'énergie / Faible	/30	30 26	25 20	19 6
Sensibilité visuelle / auditive	/25	25 17	16 13	12 5
Total	/190	190 150	149 123	122 38

*Classification basée sur la performance des enfants tout-venant (N=561).

Annexe 3 : Photographies de la salle de balnéothérapie, salle dans laquelle se déroule l'accompagnement groupal en psychomotricité dont fait partie Monsieur A.



Table des matières

Remerciements _____	2
Avant-propos _____	3
Sommaire _____	4
Introduction _____	5
Chapitre 1 : A la rencontre de l'autisme _____	8
I – L'autisme _____	8
A. Approche historique _____	8
B. Définitions et classifications _____	9
C. Etiologie _____	13
1) Hypothèses psychanalytiques _____	14
2) Hypothèses génétiques _____	14
3) Hypothèses biochimiques _____	15
4) Hypothèses neurophysiologiques _____	16
5) Hypothèses environnementales _____	17
6) Autres approches possibles _____	18
D. Epidémiologie _____	19
E. Les plans autisme en France _____	19
F. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé _____	21
II – Le sujet avec autisme _____	22
A. Généralités sur le développement psychomoteur _____	23
B. Parallèle entre le développement d'un enfant neurotypique et d'un enfant avec autisme _____	24
C. Le lien avec l'âge adulte _____	26
D. Particularités du sujet avec autisme _____	28
1) Les particularités sensorielles _____	28
2) Les particularités perceptives _____	31
III – Le bilan psychomoteur adapté au sujet avec autisme _____	32
A. Généralités sur le bilan psychomoteur _____	33
B. Les recommandations de la HAS en lien avec le bilan psychomoteur _____	33
C. Expérience personnelle dans l'application du bilan psychomoteur classique _____	34
D. Autres approches utiles pour le sujet avec autisme _____	35

1) Le bilan développemental LAXER _____	36
2) Le profil sensoriel de DUNN _____	37

Chapitre 2 : L'eau dans tous ses états _____ 38

I – Généralités sur l'eau _____	38
A. L'Homme, intimement lié à l'eau _____	38
B. L'eau et le corps humain _____	38
C. Symbolisme de l'eau _____	39
D. Mythes, légendes et réalités autour de l'eau _____	40
E. L'eau, source de plaisir _____	41
F. L'hydrothérapie _____	42
II – Les caractéristiques physiques de l'eau ayant un effet sur le corps _____	44
A. La résistance hydrodynamique _____	44
B. La transparence _____	44
C. La poussée d'Archimède _____	44
D. La température _____	45

Chapitre 3 : L'eau, médiation psychomotrice auprès du sujet avec autisme _____ 46

I – L'eau : un médiateur _____	46
II – L'eau : médium malléable partiel _____	47
III – Les concepts fondamentaux psychomoteurs abordés à travers l'eau _____	49
A. Le tonus musculaire _____	49
B. Le schéma corporel _____	51
C. La verticalité _____	54
D. La relaxation aquatique _____	54
E. La proxémie de HALL _____	56
F. La fonction du regard _____	57
G. L'enveloppe _____	58
IV – Des pratiques psychomotrices adaptées au sujet avec autisme déficitaire _____	61
A. La balnéothérapie _____	61
1) Définition _____	61
2) Population concernée _____	61
3) Apports et intérêts de la balnéothérapie _____	62
4) Pratique en institution _____	62
B. Le bain thérapeutique _____	66
1) Définition _____	66
2) Apports et intérêts _____	66
3) Pratique en institution _____	66

Chapitre 4 : Approche clinique de l'autisme au travers d'un parcours de formation professionnelle	68
I – Un Foyer d'Accueil Médicalisé	68
A. Le fonctionnement de l'institution	69
1) Le fonctionnement général de l'établissement	69
2) Les modalités d'admission	69
3) La capacité d'accueil	69
4) La composition de l'équipe	70
5) Les caractéristiques liées à l'autonomie et aux compétences	70
6) Le suivi des résidents de l'établissement	70
B. Le travail en équipe pluridisciplinaire	70
C. La place de la psychomotricité au sein de l'institution	71
II – Deux cas cliniques	72
A. Etude de Monsieur A.	73
1) L'anamnèse	73
2) Le profil psychomoteur	73
3) L'accompagnement en psychomotricité	75
B. Etude de Monsieur D.	80
1) L'anamnèse	80
2) Le profil psychomoteur	81
3) L'accompagnement en psychomotricité	82
Conclusion	85
Bibliographie	87
Annexes	90
Annexe 1 : Tableau de correspondance des catégories cliniques dans les classifications	91
Annexe 2 : Version abrégée du bilan sensoriel de DUNN	92
Annexe 3 : Photographies de la salle de balnéothérapie, salle dans laquelle se déroule l'accompagnement groupal en psychomotricité dont fait partie Monsieur A.	94
Table des matières	95