HAL
open science

La relation au plus près de l'autisme : réflexion sur l'approche psychomotrice

Ludivine Duvernoy

To cite this version:

Ludivine Duvernoy. La relation au plus près de l'autisme : réflexion sur l'approche psychomotrice. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01340435

HAL Id: dumas-01340435

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01340435

Submitted on 1 Jul 2016

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

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

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

La relation au plus près de l'autisme :

Réflexion sur l'approche psychomotrice

DUVERNOY Ludivine

Née le 08/10/1992 à Bordeaux

Juin 2016

Directeur de mémoire : Philippe Larrouy

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention

du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

La relation au plus près de l'autisme :

Réflexion sur l'approche psychomotrice

DUVERNOY Ludivine

Née le 08/10/1992 à Bordeaux

Juin 2016

Directeur de mémoire : Philippe Larrouy

Remerciements

Merci aux équipes professionnelles des hôpitaux de jour que j'ai rencontrées au cours de mes stages, pour leur accueil, leurs conseils, leur confiance, pour leur disponibilité, pour l'enrichissement professionnel et personnel qu'ils m'ont apporté.

Merci aux autres équipes et professionnels rencontrées au cours de mes trois années de formation, pour le partage de leur expérience.

Merci à ma famille et à mes proches, pour leur soutien, pour les nombreuses relectures de ce mémoire.

Merci à Driss pour sa patience, sa présence, son écoute depuis le début de ma formation.

Merci à tous les professeurs de l'IFP, pour leurs enseignements.

Merci à toutes les personnes qui ont été présentes, pour leur accompagnement pendant ma formation.

Sommaire

REMERCIEMENTS 1
SOMMAIRE 2
AVANT-PROPOS 3
INTRODUCTION 4
PARTIE 1 : LA RELATION DANS LE DEVELOPPEMENT 6
I- LES PREMICES DE LA RELATION PAR LA SENSORIALITE 7
II- L'IMPORTANCE DU LIEN MERE-ENFANT 10
III- LES DIFFERENTES ETAPES DE LA RELATION 18
PARTIE 2 : ETAT DES LIEUX SUR L'AUTISME 23
I- HISTOIRE 24
II- TRIADE DE L'AUTISME INFANTILE OU DE TYPE KANNER 27
III- DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR 28
IV- REFLEXIONS CLINIQUES 30
PARTIE 3 : LA RELATION THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE 34
I- NAISSANCE – RENCONTRE 35
II- LE CADRE 37
III- SES OBJECTIFS 39
IV- RÔLE DU PSYCHOMOTRICIEN 40
V- L'AIRE TRANSITIONNELLE 44
VI- LES MEDIATIONS CORPORELLES 45
PARTIE 4 : PRISE EN SOIN DES PATIENTS AUTISTES EN HOPITAL DE JOUR 46
I- SAVOIR ETRE 47
II- LE CADRE DE L'INSTITUTION 48
III- UNE PLACE POUR LA RELATION 51
IV- L'UTILISATION DE L'EAU COMME MEDIATION CORPORELLE 57
PARTIE 5 : RENCONTRE AVEC ERIC 58
I- INTRODUCTION 58
II- ANAMNESE 58
III- ELEMENTS DU DOSSIER 59
IV- PARCOURS DE SOINS 60
V- ATELIER DU JEUDI APRES-MIDI 64
VI- GROUPE DU « HAUT » 69
VII- CONCLUSION 72
CONCLUSION GENERALE 74
BIBLIOGRAPHIE 77
GLOSSAIRE 80
TABLE DES MATIERES 81

Avant-propos

Premières rencontres

Pendant ma deuxième année de formation en psychomotricité, j'ai effectué mon stage long dans un hôpital de jour accueillant des adolescents présentant des Troubles du Spectre Autistique (TSA) et des psychoses. Ayant quelques connaissances théoriques sur les TSA et les psychoses, je me questionne dès le début de mon stage sur la place, la position à prendre. De plus, la structure a un fonctionnement particulier. C'est un lieu ouvert, où le travail se fait exclusivement en équipe. Il n'y a pas de salle attribuée spécifiquement en fonction du statut de chaque professionnel. Mes premières rencontres se font sur des temps informels, dans une pièce ou dans le jardin quand les adolescents arrivent.

Sans avoir besoin de m'imposer auprès des adolescents, certains d'entre eux viendront d'eux-mêmes à ma rencontre, se questionnant sur ma présence. Le début de mon stage est marqué par une alternance entre moment d'observation et temps de rencontres, d'échanges aussi courts soient-ils parfois. L'observation des adolescents dans leur travail, leurs activités me permet de mettre en image ce que j'ai pu lire sur ces pathologies. Des troubles de la relation en passant par des difficultés de communication, aux troubles du comportement. Vient alors le temps des questions : Quelle position dois-je adopter ? Est-ce que je dois aller vers eux ou les laisser venir ? Vont-ils m'accepter auprès d'eux ? Est-ce que je vais réussir à créer une relation et me sentir utile ? Comment m'ajuster pour être présente sans être persécutante ?

Adèle a 13 ans quand elle débute sa prise en charge à l'hôpital de jour à la fin de l'année 2014. Je suis alors présente pour son premier jour. A son arrivée, je suis prêt du portail, elle vient rapidement vers moi avec un objet à la main : un mini extincteur fait en carton. Elle me demande de mettre mes mains sur les siennes qui tiennent l'extincteur, et de « serrer fort ». Je fais une légère pression avec mes mains. Elle prend ensuite mes mains dans les siennes et serre fort à son tour, assez fort.

Introduction

Cette première rencontre avec Adèle me laisse penser qu'un espace relationnel est possible au travers de son objet. Je me demande alors comment une relation thérapeutique peut se créer avec elle et avec les autres adolescents.

Mes rencontres tout au long de l'année vont nourrir mes premiers questionnements en particulier autour de l'autisme.

A la suite de mon stage de deuxième année, je décide alors de continuer dans le milieu pédopsychiatrique et d'aller dans un hôpital de jour pour enfants de 3 à 12 ans. Les deux institutions travaillent ensemble et ont la même orientation. Cela m'a permis d'approfondir ma vision sur le travail du psychomotricien dans ce cadre avec des patients plus jeunes, chez qui parfois la pathologie se présente alors de façon beaucoup plus sévère. Au même titre qu'une expérience très enrichissante, ce stage a approfondi mes questionnements et mes réflexions : Comment entrer en relation ? Quelle est ma place de psychomotricienne auprès de cette pathologie ? de quels outils je dispose pour faire avec eux ce travail sur la relation, le lien ?

L'approche du psychomotricien sera particulière dans les pathologies de l'autisme : c'est un « langage à réinventer, une démarche à adapter, une psychopathologie à construire pour pouvoir déjà rentrer en contact avec eux sans déclencher les symptômes qui les mettent en rupture relationnelle »[1].

En découle alors la principale problématique à laquelle je vais apporter des éléments de réponse au travers de diverses réflexions : En quoi l'approche psychomotrice a un rôle, un lien avec l'autisme autour du travail sur la relation?

Les questionnements autour de cette réflexion seront alors : Quelle est la place de la relation dans la thérapie psychomotrice ? Quels sont les outils du psychomotricien pour la création d'une relation ? Comment créer du lien avec ces

[1] Delion P. « Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles » de Boutinaud J., p.9

enfants qui semblent tout faire pour l'éviter ? Est-il possible de travailler sur les troubles autistiques sans relation ?

Tout d'abord, nous établirons la place de la relation dans le développement pour mettre en lumière les processus engagés dans cette relation et l'influence qu'elle a pour un « bon » développement. Ensuite nous parlerons de l'autisme, dans son histoire et ses caractéristiques pour mieux comprendre cette pathologie dans son fonctionnement et ces manifestations.

Puis, nous définirons la relation thérapeutique en psychomotricité pour comprendre comment elle se crée. Nous parlerons du rôle du psychomotricien et des outils intérieurs ou extérieurs à lui dont il dispose pour la création de la relation avec le patient et son efficacité.

Ensuite, nous parlerons de la prise en soin des patients autistes dans un hôpital de jour pour éclaircir le contexte, la place du psychomotricien dans une équipe pluridisciplinaire. Ce qu'il apporte, de part son approche, dans le travail de mise en relation avec ces enfants.

Pour finir, nous illustrerons ces réflexions par la présentation d'un cas rencontré pendant le stage de troisième année.

Partie 1 : La relation dans le développement.

Dans cette première partie, nous développerons la mise en place de la relation dans le développement psychomoteur, psychoaffectif et psychosocial de l'enfant. Pour cela nous évoquerons la sensorialité chez le bébé comme un outil de communication et donc de relation. Ensuite nous aborderons le lien entre l'enfant et la mère. Pour finir, nous étudierons les différentes étapes de la relation au cours du développement.

D'après le dictionnaire Larousse, la relation du latin « relatio » est définie par « le caractère, l'état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un rapport. »

I- Les prémices de la relation par la sensorialité

Les premières relations dans le développement de l'enfant se font dans le ventre maternel. En effet, c'est par la sensorialité que le fœtus et la mère font l'expérience d'une première rencontre. Cette relation pendant la grossesse est spécifique aux compétences sensorielles du fœtus qui émergent et se développent in utero. Ces sens commencent à s'exercer avant la naissance et ils continueront à donner des informations en arrivant à la vie extra-utérine. Nous pouvons parler d'une continuité entre les deux mondes. Les différentes fonctions sensorielles ont une maturation hiérarchique. Elles ne sont pas opérationnelles au même moment et leur développement se fait suivant ce principe : le tact, l'olfaction, le goût puis l'audition et enfin la vision.

A. Le tact

Les récepteurs au tact apparaissent dès la huitième semaine de gestation et leur nombre est inchangé jusqu'à l'âge adulte. Au départ le bébé suce son pouce. Ensuite, à partir de onze semaines, les mains et les pieds réagissent. Enfin, l'ensemble du corps est réceptif vers la vingtième semaine de grossesse. Le toucher est un système sensoriel qui renvoie à une sensation de massage avec le contact entre le ventre maternel et le corps du bébé. Ce contact entre le corps du bébé et le corps de la mère qui sent les mouvements de son bébé représente la première expérience sensorielle dans la relation.

De plus, l'espace utérin étant très petit, le bébé a une position en boule tout au long de la grossesse. Cette posture d'enroulement lui procure les premières impressions d'unification du corps et elle doit être maintenue après la naissance afin de soutenir ces sensations d'unité corporelle. L'organe du toucher, la peau, assure une fonction passive du toucher. Elle définit les contours du corps, une limite, une barrière, elle est donc un appui nécessaire dans ce processus d'unification.

Dans les premiers temps de la vie extra-utérine, le toucher est le sens premier de la communication. Il est très sollicité dans les soins, les caresses, le

portage. Nous pouvons dire qu'il est l'équivalent d'un langage entre le bébé et son environnement. En effet, le toucher prend sens : les différents récepteurs de la peau donnent des informations sur l'environnement (chaud/froid, douleur/plaisir…) de manière très précoce. Le bébé établit alors ses premières relations avec son environnement par une exploration tactile qui se fait principalement avec la bouche, cette dernière étant une zone précocement réactive. Au cours du développement, l'enfant acquiert des compétences motrices, entraînant une ouverture vers l'extérieur. Le tact a donc un rôle dans l'appréhension du monde et de sa personne, il favorise tout au long du développement la relation à soi, aux autres et à l'environnement.

B. L'olfaction et le goût

Même si ce sont deux sens distincts, ils sont associés car ils se superposent in utero. Ils se séparent après la naissance lorsque nous stimulons l'enfant en lui présentant des objets à sentir sans les associer à de la nourriture.

Le système gustatif est fonctionnel dès le sixième mois de grossesse. A la naissance, le bébé réagit aux différentes saveurs, il fait des grimaces et des mouvements de rejet. L'olfaction se différencie alors du goût et elle joue un rôle dans la fonction d'attachement et du nourrissage.

Le rapport qui se créait entre le peau à peau et la reconnaissance de l'odeur maternelle a une fonction apaisante et sécurisante dans cette relation. En effet, le nourrisson reconnaît l'odeur de sa mère parmi les autres. Il est sensible et réceptif à l'odeur du sein de sa mère ce qui déclenche le réflexe de succion. De même quand il est porté, il reconnaît l'odeur du cou de sa mère et cela déclenche un réflexe d'enroulement qui est un repère affectif et sécurisant pour le bébé. Ces premiers liens relationnels assurés par les compétences sensorielles du nouveau-né ont donc une importance en ce qui concerne la question de la survie de l'enfant.

C. L'audition

La maturation du système auditif se fait entre quatre mois et demi in utero et trois ans. Nous estimons qu'il est apte à fonctionner vers la fin du septième mois de vie intra-utérine. Le bébé entend principalement les bruits internes (gargouillis, rythme cardiaque) et la voix de sa mère car les sons qu'elle produit se propagent le long de la colonne vertébrale. Il a donc une connaissance de la texture vocale de sa mère. Nous considérons que la voix du papa est aussi reconnaissable pour l'enfant. Pour le bébé, une relation s'instaure grâce à ses capacités auditives et cette reconnaissance se poursuivra après la naissance puisqu'à cinq semaines, le nourrisson distingue la voix maternelle des autres voix. « Les parents qui parlent à l'extérieur, les voix qu'ils entendent in utero dès l'âge de quatre mois, c'est vraiment ce qui les attire à naître pour être en relation avec eux »[2]. Dolto montre ici l'importance des perceptions du bébé. Le fait d'entendre ses parents créait un lien, un début d'attachement. A la naissance, l'enfant peut alors rentrer en interaction avec eux grâce à ses compétences sensorielles.

Plus tard, vers trois ou quatre mois, l'audition sera un étayage de la relation au monde sonore car la fonction d'orientation vers un son se met vraiment en place. Elle est un indicateur et un informateur de ce qui se passe dans l'espace. Elle sert également de système de protection.

D. La vision

In utero, cette fonction est mise en place vers sept mois. Après la naissance, quand on pose le bébé sur sa mère, il y a un mouvement d'ouverture des yeux. Il cherche le regard de sa mère en guidance avec l'odorat. Cette fonction de recherche du regard amène à une rencontre les yeux dans les yeux et cela contribue à la mise en place de la fonction d'attachement.

Au moment de la naissance, le bébé n'a pas la compétence d'accommodation visuelle, il ne perçoit pas correctement les objets éloignés. Vers trois ou quatre mois, la vision s'ajuste et se met en place ce qui entraîne un attrait

[2] Dolto F. « Tout est langage », p.24

du bébé vers les objets nouveaux. Cela favorise la fonction d'exploration et de curiosité chez l'enfant.

Chacune des modalités sensorielles est spécifique et il faut qu'elles se coordonnent pour unifier la perception du monde. Ce travail se fait par les enfants et l'affectivité reçue par ceux qui les accompagnent. C'est dans la relation aux autres, au départ les parents, que l'enfant unifie la perception des objets, du monde. Cela contribue à la construction de l'espace et favorise l'évolution de l'enfant dans l'environnement.

C'est grâce aux compétences sensorielles du bébé et à la capacité de comprendre, de répondre et de s'ajuster de la mère que la relation débute avant la naissance et se poursuit après. Le lien qui les unit par ses qualités affectives est primordial à la suite du développement de l'enfant.

Chaque bébé naît avec une maturation neurologique et des compétences qui lui sont propres. En psychomotricité, il est important de tenir compte de là où en est l'enfant dans son développement psychomoteur, de ses capacités et difficultés. C'est par le bilan et l'observation clinique que le psychomotricien peut faire émerger des troubles psychomoteurs en lien ou non à des troubles psychopathologiques et ainsi orienter la prise en soin.

II- L'importance du lien mère-enfant

A. L'attachement

L'attachement est défini comme un lien affectif entre un individu (le bébé) et la figure d'attachement, celui qui prend soin (la mère). Le processus d'attachement débute pendant la grossesse et même avant avec le désir d'enfant. D'après Winnicott « la mère vient à penser lentement que le centre du monde se

trouve dans son propre corps ». Le processus d'attachement se fait en interaction, les deux sont actifs. La mère prend conscience du bébé avec les premiers mouvements fœtaux et le bébé reconnaît la voix de sa mère.

La naissance représente la confrontation entre l'enfant imaginé et le nouveau-né réel, c'est une séparation avec la perte de l'état de grossesse et la perte des enveloppes. Ce processus de détachement est important car il conditionne la future rencontre qui sert à l'attachement.

La théorie de Bowlby dit que l'attachement est un système primaire spécifique et que les comportements d'attachement du bébé ont pour fonctions et pour conséquences d'induire et de maintenir la proximité et le contact avec la mère. Les conduites innées du nouveau-né (sourire, gazouillis, regard fixé vers la mère, babillage) sont mises en place au cours de la première année. Elles assurent une base de sécurité qui fonde l'amour maternel.

L'attachement a une fonction de sécurité apportée par la mère et une fonction de socialisation : l'attachement se déplace au cours de la vie, de la mère aux proches puis aux étrangers et enfin aux groupes. Il est un facteur important dans la structuration de la personnalité de l'enfant et il nourrit la vie psychique.

Plus tard, Ainsworth parle du caregiver pour nommer la mère qui représente la figure d'attachement. Le caregiver doit avoir des réponses appropriées aux besoins de l'enfant pour qu'il ait un schème d'attachement qu'Ainsworth appelle sécure envers sa mère et ainsi l'utiliser comme une base de sécurité pour l'exploration. Un environnement relationnel sécure pour l'enfant est plus susceptible de développer une image positive de soi.

Le concept d'attachement a un rôle important en psychomotricité. Le lien d'attachement entre le psychomotricien et le patient sera la base de la relation thérapeutique qui servira à créer l'alliance thérapeutique. De plus, l'autisme est une pathologie du lien. Le psychomotricien de part son rôle, assure un environnement sécure au patient. Comme la mère, il est figure d'attachement. Il a une fonction de sécurité qui favorise la structuration du sujet et son élaboration psychique.

B. Holding-Handling

« Un bébé seul n'existe pas »

Winnicott

Cette citation donne lieu à l'hypothèse que le bébé grandit dans la relation instaurée avec sa mère. Winnicott développe sa théorie sur l'idée que la mère joue un rôle de miroir pour l'enfant et qu'elle peut se mettre à la place de son nourrisson. Il parle de double processus identificatoire qui conduit à rendre la mère « suffisamment bonne ». Elle répond aux besoins du bébé et permet la construction d'un « vrai self » qui désigne l'image que le sujet se fait de lui-même à travers une réaction adaptée et qui représente le réservoir narcissique primaire. En rapport à cela, il distingue trois perspectives où l'environnement doit intervenir pour permettre la maturation du Moi de l'enfant :

- Holding : façon dont le bébé est porté, tenu et contenu qui a une incidence pour que l'enfant prenne confiance en lui.
- Handling : façon dont le bébé est manipulé, soigné, traité dans les soins, les changes et les repas. Cela amène au processus de personnalisation et à l'installation de la psyché dans le soma de l'enfant.
- Objet presenting : mode de présentation de l'objet qui arrive à la suite des deux premières perspectives. C'est la création des premiers échanges dans les relations objectales.

Ces principes ont amené Winnicott à distinguer des phases dans l'évolution de la relation entre la mère et l'enfant. En premier, la phase de dépendance absolue durant les cinq premiers mois de vie où l'enfant est en fusion avec la mère. Vient ensuite la phase de dépendance relative de six mois à la fin de la première année et pour finir la phase d'indépendance qui débute à la deuxième année de vie.

Robert-Ouvray pense que la théorie winnicottienne sur le holding n'est pas assez développée sur le plan corporel. Pour elle, il se joue des choses au niveau tonico-émotionnel du portage de l'adulte vers l'enfant. Elle développe la notion de l'étayage qui a quatre paliers : tonique, sensoriel, affectif et représentatif d'où va

émerger la notion de bonne mère associée à la situation de plaisir ou au contraire le déplaisir où l'autre (la mère) est mauvais. L'arrivée à ce stade marque le commencement de la construction de la pensée.

Chaque palier permet un appui sur les autres et à chaque niveau il peut y avoir des dualités. Par exemple, les chatouilles apportent du plaisir alors que l'on est dans une sensation de dur.

C. La boucle de retour

Bion a théorisé un modèle de la relation mère-enfant. La mère servant de contenant des projections émotionnelles incontrôlables de son bébé. Elle lui répond en transformant ses éprouvés en éléments organisés. Haag parle de boucle de retour : ce qui se projette fait retour, mais de manière transformée. La fonction alpha, décrite par Bion est une fonction de transformation, c'est la réponse donnée au bébé par le parent qui a du sens. Des éléments quasiment somatiques se transforment en éléments peu à peu pensables, « bons à penser ».

Le premier temps de la fonction alpha est un temps d'accueil et de réceptivité où l'enfant fait l'expérience qu'il n'est pas seul et que quelqu'un se préoccupe de lui.

La fonction phorique proposée par Kaës et reprise par Delion peut être assimilée à une partie de la fonction alpha. Elle est de l'ordre du maintien d'une situation. Avoir une attitude de sollicitude, d'accueil et de présence permet de maintenir quelque chose d'un lien alors même que le sens n'est pas encore advenu. La fonction phorique est souvent associée à la notion du Holding de Winnicott.

D. L'oralité

Freud a développé les étapes du développement psychoaffectif. En psychanalyse, le terme de « stades » désigne les stades de l'évolution libidinale de l'enfant qui correspondent à l'organisation de la libido en fonction d'une zone érogène sous la prédominance d'un mode particulier de relation d'objet.

Il introduit dans sa thèse les stades prégénitaux qui précèdent le stade génital : stade oral, stade anal et stade phallique. Nous abordons plus particulièrement le stade oral qui présente le lien entre le bébé et sa mère au travers de l'activité de nutrition.

Le stade oral, de la naissance à un an et demi environ, est le premier stade d'évolution libidinale. Le mode de relation d'objet avec la mère est l'incorporation et l'absorption, le bébé est dans une relation fusionnelle à la mère. Cette relation a une fonction physiologique alimentaire au travers du sein ou du biberon (objet pulsionnel) avec une excitation de la cavité buccale et des lèvres (zone érogène). Cette fonction est un médiateur au service de la relation mère-enfant. L'absorption caractérise toutes les relations de l'enfant à ce stade là, il est dans l'absorption de tous les stimulis environnementaux.

L'accompagnement de la mère lors du sevrage met fin au premier stade de construction de la personnalité et du développement psychoaffectif.

La notion de « stade » selon Freud permet de définir les stades de l'évolution du Moi du sujet.

Si la relation n'a pas une qualité de contenance, d'étayage et de soutien affectif, il peut y avoir un point de fixation à ce stade en lien avec la Divided Line*[3] de Bergeret, qui donne lieu à un TSA.

E. Le développement sensori-moteur

Au travers de la recherche et d'un travail clinique auprès d'enfants porteurs de déficits variés, Bullinger a mis en exergue les différentes étapes du développement sensori-moteur qui se caractérise par « une succession d'espaces emboîtés que l'enfant habite et s'approprie »[4].

[3] Les termes suivis d'une astérisque (*) sont à retrouver dans un glossaire en fin de doccument.
[4] Bullinger A. « A propos du développement psychomoteur, article de ScienceDirect

1. L’espace utérin

Pendant la grossesse, les variations de flux sensoriels de la mère atteignent le fœtus ce qui entraîne des réactions toniques caractérisées par une extension globale du fœtus. A l’inverse, l’enroulement est assuré par la paroi utérine qui a une fonction de contenance du fœtus. C’est le premier dialogue entre le fœtus et son enceinte.

2. L’espace oral

L’utilisation de la bouche chez le bébé pour la capture du sein ou d’un objet fait partie de conduites biologiquement déterminées. Cependant, la conduite alimentaire ne peut s’engager que si elle est prise dans une interaction et un ajustement. Elle nécessite une mise en forme du corps, un appui permettant d’absorber d’éventuelle extension du buste et un ajustement du sein ou du biberon.

L’association entre les événements et la présence de la mère rend possible une représentation du repas. Les modifications du tonus entre la faim et la satiété apportent de la contenance au bébé. Elle fait partie des premières représentations qui lui sont accessibles.

3. L’équilibre du buste

La flexion et l’extension assurées par la paroi utérine sont perdues. Cet équilibre doit se recréer par un dialogue avec le milieu humain et plus précisément par un portage adapté. Cette coordination extension-flexion du buste crée un équilibre, un arrière-fond qui favorise l’utilisation du système visuel comme une fonction instrumentale. La vision s’engage alors dans une activité d’exploration.

4. La maîtrise du torse

L’espace oral permet l’émergence de la coordination entre les espaces droit et gauche. En parallèle, l’axe corporel se constitue. Les membres supérieurs sont,

dès lors, des outils de manipulation au sein d'un espace de préhension unifié suppléant l'espace oral qui peut désormais débuter son développement en tant que fonction de communication.

5. La maîtrise du corps

Il peut investir ses jambes comme un moyen d'exploration du monde extérieur grâce à la station debout et à la marche.

Pris sous l'angle d'un développement déficitaire, cette approche permet de situer la profondeur des troubles comme nous les décrirons dans la seconde partie de notre réflexion.

F. Le dialogue tonique et le dialogue tonico-émotionnel

Le dialogue tonique étudié par Wallon, est défini comme un processus d'assimilation et surtout d'accommodation entre le corps maternel et celui du bébé. Les échanges entraînant des flux sensoriels, provoquent des modulations toniques qui sont ressenties par les deux partenaires. Chaque relation mère-enfant possède son propre dialogue tonique.

Le dialogue tonico-émotionnel permet des ajustements corporels interactifs entre l'enfant et sa mère. Nous pouvons dire qu'il y a une véritable interaction entre les postures des partenaires et donc entre le tonus musculaire de chacun d'eux. De Ajuriaguerra le décrit comme la toile de fond historique du sujet. Le dialogue tonico-émotionnel constitue le premier modèle de communication entre le bébé et sa mère. Les modifications toniques et posturales réciproques sont considérées comme le premier mode d'attachement dans la relation mère-enfant.

La psychomotricité du bébé en développement étudiée par De Ajuriaguerra s'établit en trois niveaux :

- La charpente tonique représente l'organisation tonique de fond qui est prise dans le rapport à l'autre et dans le dialogue tonico-émotionnel.

- L'organisation motrice et instrumentale permet l'exploration du monde et des objets. Ce niveau est marqué par la persistance du rapport à l'autre.
- L'autonomisation des acquis est le dernier niveau. Il est représenté par l'émergence et l'épanouissement du sujet par une aisance accrue des maîtrises corporelles.

Le tonus, la motricité et le relationnel ne peuvent être séparés tout au long du développement psychomoteur de l'enfant. Dans le dialogue tonico-émotionnel, l'enfant et la mère sont impliqués psycho-corporellement.

G. L'imitation

Les neurones miroirs découverts chez l'humain dans le cortex pré-moteur apportent une compréhension dans le phénomène d'imitation. De nombreuses recherches ont été faites autour de l'imitation. Nadel, notamment, explicite les étapes du développement de l'imitation qui suivent, selon elle, les étapes du développement sensori-moteur. Les recherches font penser que la construction du système miroir pendant la vie in utero permet des compétences imitatives dès la naissance. Les études de Field montrent que le jeune bébé a des capacités d'imitation précoces (protrusion de la langue, ouverture de la bouche, expressions faciales primaires).

L'imitation a un rôle dans la communication, les interactions précoces et donc dans l'instauration du lien mère-enfant pendant la période préverbale.

H. L'enveloppe psychique, le Moi-peau

La peau est le contenant du Moi, elle se psychise au cours du développement. Le Moi-peau nommé par Anzieu est une interface entre le dedans et le dehors. Les choses de l'extérieur arrivent et se transforment par cette interface. Son rôle est de retenir les bonnes choses à l'intérieur. On parle de peau métaphorique qui se constitue par l'ensemble des sensations, des informations captées et associées aux vécus émotionnels ou relationnels et qui apporte à l'enfant un sentiment d'exister par une construction psychique. L'environnement maternant joue un rôle primordial dans l'éprouvé de cette sensation d'enveloppe.

Bick rejoint le modèle d'Anzieu sur l'enveloppe psychique où le psychisme se dote d'une capacité à se penser contenu. La peau qui porte les récepteurs sensoriels permet le déploiement de cette enveloppe psychique. L'accumulation des expériences contenantes crée petit à petit ce sentiment chez l'enfant d'être contenu.

I. L'accordage affectif

Stern parle d'accordage affectif ou d'harmonisation affective entre la mère et l'enfant comme étant une influence réciproque entre la vie émotionnelle du bébé et celle de la mère. L'accordage affectif place la question du développement affectif sous l'aspect d'un partage entre l'adulte et le nourrisson où la mère doit montrer à son enfant qu'elle le comprend. La mère réalise une imitation modifiée dans une autre modalité sensorielle. Le lien mère-enfant est intermodal* ou transmodal*.

III- Les différentes étapes de la relation

A. Développement psychomoteur - Développement de la personnalité

Wallon décrit le développement de l'enfant comme un processus discontinu. Les stades se suivent selon une *loi d'alternance fonctionnelle* entre des phases centrifuges – l'enfant se tourne vers le monde extérieur – et des phases centripètes – l'enfant se centre sur lui-même. A chaque stade, une phase prédomine sur l'autre suivant la *loi de la prédominance*. Nous pouvons parler d'un système où coexiste des stades de développement psychomoteur et des stades de développement de la personnalité. La *loi de l'intégration fonctionnelle* contribue à l'intégration de la personnalité par combinaison, la construction de la personne et la connaissance du monde extérieur.

1. Les stades impulsif et émotionnel (0-1 an)

Wallon part de la motricité de l'enfant. Le stade impulsif (0-3 mois) est caractérisé par un désordre gestuel. Le stade émotionnel (3-12 mois) est caractérisé par des réactions émotionnelles qui s'organisent autour des réponses de l'entourage.
Ce stade passe par une symbiose affective et une confusion entre soi et les autres.

2. Le stade sensori-moteur et projectif (1-3 ans)

L'activité motrice se tourne vers la connaissance des mouvements extérieurs. L'apparition du langage et de l'imitation différée permettent de passer de l'intelligence sensori-motrice vers une intelligence représentative. Le syncrétisme* différencié voit apparaître une individuation par rapport à l'environnement et une intégration des contraintes.

3. Le stade du personnalisme (3-6 ans)

Ce stade est marqué par une crise : l'arrivée du « non ». Cette opposition en lien avec l'imitation est primordiale pour la construction de l'autonomie et de la différenciation entre soi et les autres, plus particulièrement de l'enfant qui s'individualise de sa famille. L'opposition reflète chez l'enfant une recherche d'attention exclusive qui témoigne de la modification du comportement sous le regard de l'autre. L'imitation de l'autre dans une attitude qui oscille entre admiration et rivalité clôt le stade du personnalisme.

4. Le stade catégoriel (6-11 ans)

La représentation abstraite devient possible, l'enfant est capable d'attention, d'effort et de mémoire volontaire. C'est le stade des activités intellectuelles.

5. Le stade de l'adolescence (11-16 ans)

La puberté entraîne un remaniement du schéma corporel et de nouveaux investissements intellectuels ce qui modifie et achève la construction de la personnalité.

Selon Wallon, le développement de l'enfant résulte des interactions entre les contraintes neurobiologiques de maturation et d'adaptation d'une part et les conditions sociales de relation d'autre part.

A la différence de la théorie piagétienne, le milieu est différent selon la phase dans laquelle se trouve l'enfant. Autrement dit, chaque phase présente un système de relations spécifiques entre l'enfant et son milieu.

B. Le stade du miroir

Wallon est le précurseur du stade du miroir au quatrième mois qui entraîne un passage de la dépendance absolue à l'indépendance relative.

Lacan a repris le stade du miroir en 1953. Il parle d'« assomption jubilatoire » dans l'image anticipée de l'unité corporelle à venir. Il y a un avant et un après stade du miroir. Avant, le bébé n'établit pas de différence entre lui et l'objet parental, l'ensemble est unifié. L'assomption jubilatoire devant le miroir désigne le moment où l'enfant comprend qu'il a un corps unique, entier. De ce fait, il éprouve beacoup de plaisir. Il réalise qu'il y a deux personnes distinctes, il est un sujet autonome, séparé mais sous la dépendance des objets parentaux. Cela correspond à la phase de l'indépendance relative. Comme Wallon, Lacan accepte l'idée que le miroir permet au corps vécu comme morcelé de passer à la compréhension d'une unité du corps. Cependant, son hypothèse accentue ce stade comme fondateur du « je ».

La constitution du « je » est en partie un acte perceptif qui n'est pas immédiate, elle nécessite une médiation, celle de l'image du corps. Cette étape ne se fait pas seule, le médiateur est la personne à côté qui verbalise ce que le bébé voit dans le miroir.

C. Le développement cognitif

Piaget a tenté d'établir une théorie générale sur le développement des connaissances. Il s'agit de montrer comment l'intelligence se construit au travers des interactions que le sujet a avec des objets. La théorie sur le développement cognitif de Piaget est constructiviste, sous la forme de stades successifs ou chaque stade englobe le stade précédent dans sa structure.

1. Le stade sensori-moteur (0-2 ans)

La motricité devient peu à peu intentionnelle ayant pour but d'attraper des objets pour les découvrir et les explorer. L'enfant passe de l'individualisme narcissique au choix objectal. Il s'ouvre aux nouvelles relations et explorations notamment avec l'acquisition de la marche et le début du langage. Dans ce premier stade, le perceptif est dépassé pour commencer à aborder l'espace dans une dimension représentative.

2. Le stade de la pensée pré-opératoire (2-7 ans)

Ce stade est marqué par l'entrée à l'école, l'apparition du dessin, du jeu symbolique et de l'image mentale. C'est une étape supplémentaire dans la socialisation, l'enfant se dégage de la relation duelle avec la mère pour commencer à intégrer le temps social.

3. Le stade des opérations concrètes (7-12 ans)

La pensée de l'enfant se décentre, il est capable de raisonner sur des principes extérieurs à lui, sur le rapport entre les objets, lui-même devenant un objet parmi d'autres. A ce stade, la socialisation évolue. Les relations aux autres, à l'environnement s'élargissent avec une notion de groupe, de camaraderie qui se développe.

4. Le stade des opérations formelles (12-16 ans)

Durant cette période, la personnalité s'affirme. L'enfant acquiert une pensée hypothético déductive*, qui s'appuie sur un raisonnement, c'est la pensée formelle. Elle permet d'établir des relations entre la réalité et la possibilité.

Ce dernier stade, pour Piaget, est le moment où l'intelligence acquiert sa pleine maturité même si elle continuera d'évoluer et de s'enrichir tout au long de la vie.

La construction de ces stades passe par l'action, l'opération puis la représentation. Piaget définit des mécanismes indispensables au développement de l'intelligence : l'assimilation* et l'accommodation*, qui permettent à l'intelligence d'incorporer et de s'adapter à de nouveaux objets. Les coordinations entre les deux aboutissent à une équilibration qui assure le développement psychologique.

Cette base théorique nous apporte des éléments de réponse sur le lien entre le développement psychomoteur, psychoaffectif et psychosocial de l'enfant, chacun ayant une part d'influence sur les autres. Elle met en lumière l'importance de l'entourage à tous les niveaux de développent de l'enfant, de la vie in utero jusqu'à l'adolescence et même après. Sans un environnement sécure, contenant et qui apporte les bonnes réponses, le bébé ne peut pas faire l'expérience de son propre corps, il ne peut l'investir et se l'approprier. Dans ce cas, il n'est pas « armé » pour faire face au monde extérieur.

Nous venons de voir en quoi la relation est primordiale dans le développement de l'enfant. Cette réflexion sera un appui pour la suite de notre réflexion sur la relation en psychomotricité auprès de personnes présentant un TSA.

Partie 2 : Etat des lieux sur l'autisme

Dans cette partie, nous allons poser un état des lieux sur l'autisme. Premièrement, nous établirons un historique de la pathologie sous différents points de vue. Ensuite, nous établirons un tableau clinique des caractéristiques de l'autisme et nous nous intéresserons au développement psychomoteur dans l'autisme. Pour finir nous présenterons quelques situations cliniques rencontrées autour de ces troubles.

« L'autisme est un trouble envahissant du développement (TED), caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportements au caractère restreint et répétitif.» Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS).

I- Histoire

Jusqu'au 19ème siècle, la pathologie de l'enfant était avant tout considérée comme l'expression d'une déficience du développement de l'intelligence (la débilité mentale par exemple). Le tournant majeur de cette recherche a été réalisé par Léo Kanner en 1943 qui décrit pour la première fois l'autisme infantile précoce dans un article intitulé « Autistic disturbance of Affective Contact » (trouble autistique de contact affectif).

A. Eugène Bleuler, psychiatre suisse (1857-1939)

Bleuler a été le premier à utiliser le terme « d'autisme », en 1911 au cours de son travail sur la schizophrénie. C'est ainsi qu'il rebaptise les démences précoces de Kraepelin (1856-1926).

B. Léo Kanner, psychiatre (1894-1981)

Kanner parle d'autisme infantile précoce pour le différencier de la schizophrénie. Selon lui, les traits les plus caractéristiques sont leur incapacité à établir des relations sociales normales avec les autres individus et à réagir normalement aux situations.

En ce qui concerne les troubles majeurs de la communication, Kanner isole des caractéristiques cliniques : le retrait autistique « aloneness » marqué par l'absence de contact avec un monde environnant ; le besoin d'immuabilité « sameness », besoin pour l'enfant autiste de maintenir son environnement stable et inchangé et enfin les troubles du langage. Kanner évoque aussi du côté de la genèse possible de ce syndrome, la possibilité sous-jacente d'un déficit inné.

C. Hans Asperger, pédiatre autrichien (1906 -1980)

En 1943, Asperger tente de trouver un type de personnalité. Il isole un profil type d'adultes qui présentent des performances intellectuelles exceptionnelles et une mémoire phénoménale. Cependant, le manque de sensibilité aux autres, la carence d'empathie et une maladresse extrême en société qui sont présents, entravent le fonctionnement social. Les capacités intellectuelles se limitent à certains domaines. Selon Asperger, ces difficultés sont certainement liées à une prédisposition génétique.

Les modèles de Kanner et Asperger sont psychanalytiques. Ces hypothèses conçoivent les comportements autistiques comme moyen non-conscient de se défendre, de se protéger de la perception que lui et l'autre font deux. C'est ce que met en œuvre le sujet pour se protéger de ce qu'il ne peut pas supporter et pour survivre au prix d'une amputation psychique, d'un non développement du psychisme.

En France, George Heuyer (1884-1977) fondateur de la pédopsychiatrie française, partisan de la prise en charge psychanalytique, entreprend des travaux sur l'autisme ainsi que Serge Lebovici et René Diatkine. Tout comme Kanner, ils différencient l'autisme de la schizophrénie. Ils le classent dans la nosographie des psychoses infantiles.

D. Le modèle neuroscientifique

L'autisme est caractérisé par un déficit de mentalisation, un déficit en théorie de l'esprit, un déficit des fonctions instrumentales, une faible cohérence centrale, un hyper ou hypofonctionnement sensoriel. Etant un modèle neurocognitif, il suppose un défaut dans la programmation neurocognitive.

E. Les hypothèses scientifiques

Aucun facteur unique n'a été découvert pour le moment. L'origine de l'autisme est donc admise comme étant plurifactorielle.

Pour les scientifiques, les anomalies cérébrales rapportées résulteraient d'un dysfonctionnement des interactions entre plusieurs structures cérébrales (Labruyère et Hubert, 2009). De plus, il a été mis en évidence un défaut des neurones miroirs (Rizzolatti et Fabbri-Destro, 2008). Le lobe temporal supérieur a été étudié et il a été montré que le sillon temporal supérieur est défectueux chez les personnes autistes (H. Gervais et al, 2004). Les recherches biologiques ont mises en évidence une anomalie du neurotransmetteur sérotonine (Chugani et al, 1997)

F. Classifications internationales

Le terme de Trouble Envahissant de Développement (TED) est apparu dans les classifications internationales dans les années 1980. Dans la Classification Internationale des Maladies 10ème édition (CIM-10), le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4ème édition, texte révisé (DSM-IV-TR) et dans la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent révisée en 2000 (CFTMEA-R-2000), les TED, de définition catégorielle, regroupent l'autisme infantile, le syndrome d'Asperger, les troubles désintégratifs de l'enfance, le syndrome de Rett et les TED non spécifiés. Cependant, l'arrivée du DSM-V en 2013 entraîne un remaniement des classifications de l'autisme. Le Trouble du Spectre Autistique (TSA) remplace les TED. De plus, le syndrome de Rett n'appartient plus à cette classification.

Le terme de TSA, de définition bidimensionnelle, permet d'illustrer et d'englober la diversité des tableaux cliniques interindividuels.

En critique à ces classifications, nous pouvons parler du risque de perdre de vue toute la complexité de ces manifestations ainsi que l'expérience clinique qui démontre que les frontières délimitées par ces recherches ne s'avèrent pas aussi étanches que l'on peut le croire.

II- Triade de l'autisme infantile ou de type Kanner

Les premiers symptômes de l'autisme infantile ou de type Kanner apparaissent avant trois ans. L'autisme infantile est caractérisé par la triade autistique bien que les symptômes sont variables selon les personnes.

A. Trouble des interactions sociales

Le trouble des interactions sociales se manifeste par une difficulté de relation avec ses pairs. L'enfant n'a pas d'échanges avec les autres enfants, il est seul, isolé, sans recherche de partage. Il y a une mauvaise régulation tonique. En effet, la communication non verbale est absente ou inappropriée. L'enfant peut présenter une déshinibition sociale, il y a une mauvaise gestion émotionnelle.

B. Trouble de la communication

Il y a un retard du langage voir une absence, des écholalies, troubles de la communication infra-verbale. Il y a une absence de pointage, une non compréhension des codes de communication. Les enfants autistes présentent des difficultés dans le jeu. Il n'y a pas de jeu de faire semblant varié et spontané ainsi qu'une absence de jeu imaginatif ou partagé.

C. Trouble des comportements et des activités

Nous pouvons observer chez ces enfants des jeux répétitifs, des préoccupations pour des parties d'objets non fonctionnels. Leurs centres d'intérêts sont restreints et/ou inhabituels. Ils présentent des fascinations sensorielles et une résistance aux lieux nouveaux avec une présence de rituels pathologiques. Le trouble du comportement que l'on retrouve très souvent est la stéréotypie.

Les stéréotypies peuvent avoir trois fonctions :

- Se sentir exister de façon sensorielle et tonique.
- Se soustraire à un environnement vécu comme inadéquat. Soit trop stimulant, envahissant et intrusif ou au contraire un environnement vécu comme lâchant par l'enfant.
- Un moyen de régulation d'un trop plein émotionnel qui va être déchargé musculairement.

III- Développement psychomoteur

Nous allons aborder de manière succincte le développement pathologique et les états archaïques que nous pouvons retrouver chez des enfants porteurs de TSA. Il faut toujours prendre en compte que chaque enfant a sa propre maturation biologique et ses compétences. Les enfants autistes sont tous très différents au niveau de leur développement même si la triade symptomatique est généralement présente. Par conséquent, la description que nous allons faire est générale mais ne peut être attribuée à tous les enfants autistes.

A. La tenue de la tête

Elle est acquise mais les enfants n'utilisent pas la compétence pour investir la relation physique et humaine. Ils n'explorent pas visuellement et auditivement mais peuvent se fixer à un stimulus. Ils ne répondent pas quand on les appelle. La régulation tonique permet le maintien de la tête mais il n'y a pas de plaisir à explorer.

B. Le rassemblement des hémicorps

Haag parle de clivage corporel persistant. Il y a une absence de coordination de base, de croisement de mains ou de jambes. Il n'y a pas d'axe corporel donc une absence de rassemblement et les coordinations visuo-

manuelles sont absentes. Dans le domaine de la motricité fine, nous retrouvons donc un retard psychomoteur.

Les conduites compensatoires sont toujours sensorielles et toniques pour pallier à l'absence de rassemblement. Elles sont présentes le plus souvent chez les autistes graves. La forme la plus complète de ces conduites est un hyper-serrage postérieur, une hypertonie des membres inférieurs, les bras en chandelier, une respiration apnéique et une marche sur la pointe des pieds.

C. L'acquisition de la position assise

Toujours selon Haag, il y a un clivage corporel persistant devant/derrière.

Les conduites compensatoires visent à faire exister cet espace toniquement et sensoriellement. On peut observer des enfants qui bouchent les trous de devant car il a la sensation d'être troué. Certains enfants hurlent et se bouchent les oreilles pour se protéger des stimulis auditifs hyper-pénétrants.

D. L'intégration et la sphinctérisation du bas du corps

Dans les pathologies de l'archaïque, c'est d'abord le trou d'en bas qui préoccupe avec des angoisses de vidange, de perte de l'intérieur et de contenu, des angoisses d'explosion. L'espace en bas n'est pas représenté. Au niveau tonique, on observe une incoordination du bas du corps de manière harmonieuse et souple avec très souvent une hypertonie du bas du corps. Des enfants marchent sur la pointe des pieds, ne plient pas les genoux, s'angoissent pour se déplacer d'une pièce à l'autre, comme par exemple franchir un seuil.

Les enfants qui ont des troubles importants du développement sont plutôt organisés dans une constipation et dans une rétention chronique. Latour propose une hypothèse : ces formes de constipations chroniques peuvent fonctionner comme des accrochages autistiques à la sensation dure et douloureuse d'une vessie ou d'un rectum plein pour pallier à un défaut de perception d'une consistance tonique.

E. L’acquisition du schéma corporel et de l’image du corps

Il arrive que les enfants qui présentent un TSA n’aient pas acquis un schéma corporel et une image du corps car ils ne distinguent pas l’autre comme étant différencié de leur propre corps. Ce trouble du développement psychomoteur vient entraver la relation. Comment peut-il y avoir une interaction quand l’autre n’est pas reconnu dans son statut de sujet mais qu’il est la continuité du corps de l’enfant ?

F. Le tonus et la posture

Il y a une fréquence des troubles de la régulation tonique. Ces enfants ont plutôt un fond hypotonique mais il arrive qu’ils aient un fond hypertonique. Ce trouble du tonus entraîne des troubles de la régulation tonico-émotionnelle.

G. L’acquisition de l’espace et du temps

Chez certains enfants autistes, il y a un retard des connaissances topologiques et de grandeurs. Par rapport à l’espace de relation, nous pouvons rencontrer des comportements d’évitement ou au contraire de collage. L’orientation temporelle est souvent atteinte. Les enfants porteurs de TSA ont des difficultés à se situer dans la journée.

IV- Réflexions cliniques

L’adhésivité est l’aptitude à pouvoir exister sensoriellement, c’est un mécanisme normal. Cependant dans les conduites autistiques les plus graves, les enfants restent à ce premier stade d’attraction sensorielle. Ce phénomène de collage a été décrit par Meltzer. C’est comme si l’enfant préférait utiliser un mode de relation sensoriel plutôt qu’émotionnel.

Alice a 9 ans, son regard ne peut pas croiser le mien quand je la rencontre, ni celui de personne. Cependant elle s'intéresse à tout ce qui est périphérique au visage, les boucles d'oreilles, les cheveux par exemple. Elle fait un accrochage sensoriel à la dimension esthétique.

Par rapport au trouble du langage, Kanner en 1946 aborde le langage idiosyncrasique* et métaphorique dans l'autisme infantile précoce. Il définit ce langage comme étant des expressions que l'on peut entendre chez les enfants autistes qui semblent ne pas avoir de lien pour les interlocuteurs avec le contexte dans lequel elles sont exprimées.

Pourtant, « ces expressions apparemment insensées et hors de propos […] sont des expressions « métaphoriques », au sens où elles représentent bien des « figures linguistiques » dans lesquelles l'idée d'une chose est mise pour une autre à laquelle elle ressemble»[5] (source article Kanner). Par rapport à cette caractéristique de l'idiosyncrasie, je rencontre Adèle lors de mon stage long de deuxième année en hôpital de jour pour adolescents.

Adèle, que j'ai présentée en introduction, montre une problématique singulière lorsqu'elle est en présence d'un extincteur. Cet objet lui est à la fois nécessaire, il la soutient, la tient corporellement, et il est parallèlement une source de persécution et d'envahissement. Adèle fait une construction délirante sur cet objet, elle dit qu'il la regarde, qu'il n'a pas le droit d'être ici et elle lui donne un prénom. Ce prénom de prime abord n'a aucun lien avec l'extincteur pour l'équipe soignante.

Il est ensuite relié à l'histoire d'Adèle. En effet, c'est le prénom de sa mère qui est atteinte d'une sclérose en plaques et qui est en fauteuil roulant. Nous voyons le transfert qu'Adèle a opéré entre le corps de sa mère qui est enfermé dans la maladie, qui ne peut plus bouger dans ce fauteuil « carré » et l'extincteur qui est pris dans une boîte, qui le contient.

[5] Kanner L. « Langage idiosyncrasique et métaphorique dans l'autisme infantile précoce », p.347

Pour reprendre la présence de trouble du schéma corporel et de l'image du corps. Nous pouvons parfois observer qu'il y a une confusion chez l'enfant autiste qui montre des difficultés à se percevoir comme une personne distincte des autres.

Simon a 5 ans. Il est accueilli à l'hôpital de jour depuis décembre 2015. Il ne parle pas. Depuis son arrivée, Simon montre un intérêt particulier pour le dessin. Un matin où je suis avec son groupe, je sors des feuilles et des feutres pour lui et je m'assois à côté de lui pour l'observer. Simon choisit une couleur et me donne le feutre. Il pousse la feuille vers moi et se saisit de ma main. Il l'utilise pour dessiner. Il reprend le feutre, change de couleur et recommence à prendre ma main pour dessiner. Je décide alors de faire une pause et Simon s'agite en poussant des cris. Jusqu'au moment où j'arrête de dessiner, nous voyons que mon corps est considéré par Simon comme la continuité du sien.

. Par rapport au trouble des interactions sociales, nous observons chez les enfants autistes une déficience de leurs facultés à être en contact avec les autres. Ils ne jouent pas avec les autres enfants et ne semblent pas faire attention à la présence des adultes.

Rémi a sept ans. Il ne parle pas mais peut faire différents sons quand il paraît contrarié ou que le bruit des autres enfants le dérange. Il me pousse vers le placard et je comprends qu'il veut que je l'ouvre. J'essaye de lui parler en lui proposant différents objets présents sur les étagères mais il ne prête pas attention à ce que je dis, ne me regarde pas. Il prend des puzzles et s'installe par terre. Je m'assois à côté de lui mais il ne montre aucun signe qu'il est conscient de ma présence. Il commence à aligner les morceaux du puzzle, je prends des pièces et les mets à la suite des siennes. A ce moment là, Rémi se manifeste en poussant ma main avec un petit cri et en levant les mains dans un mouvement stéréotypé. Il fera ça à chaque fois que j'interviendrai dans son alignement et ce sont les seuls moments où il réagit envers moi.

Cet exemple nous montre que l'enfant à ce moment là ne considère pas l'adulte comme une personne mais plutôt comme un objet. C'est seulement au moment où j'acte quelque chose, que je lui montre que je suis là en tant que personne.

Partie 3 : La relation thérapeutique en psychomotricité

A partir de quoi se crée la relation thérapeutique en psychomotricité ? Pourquoi a-t-elle une place centrale dans la prise en charge psychomotrice ? Quels sont les outils du psychomotricien pour favoriser cette relation ? Afin d'étayer notre réflexion sur la relation en psychomotricité auprès de personnes présentant un trouble du spectre autistique, nous aborderons dans cette partie ce qui semble être primordial dans la thérapie psychomotrice d'un point de vue théorique : la mise en place de la relation entre le thérapeute et le patient. Ensuite nous réfléchirons sur le cadre et les objectifs de la relation thérapeutique. Nous éclaircirons la mission du psychomotricien dans cet engagement relationnel ainsi que le panel d'outils dont il dispose. Après le premier qui est son corps

D'après le dictionnaire Larousse, la rencontre est « le fait de rencontrer quelqu'un, […], faire sa connaissance, nouer des relations avec lui ». Se rencontrer implique de « susciter telle réaction, tel sentiment chez autrui, dans un public ». La rencontre entre deux individus se fait de manière physique et psychique. Elle fait entrer en jeu l'affectivité et l'intersubjectivité de chacun, on parle de deux corps qui sont mis en interaction directe.

I- Naissance- Rencontre

En psychomotricité, le corps est utilisé comme un champ d'action, une façon de percevoir, de s'exprimer, se mouvoir, d'investir l'autre et l'espace. La rencontre est alors un moyen pour le psychomotricien d'observer pour la première fois la façon concrète du sujet à être au monde, à son expérience au monde : son engagement dans l'action, l'espace, le temps et la relation.

Suivant le lieu d'exercice du psychomotricien, cette rencontre peut être le résultat d'une demande de bilan par un médecin. Si on est dans le cadre d'une institution telle qu'un hôpital de jour ou un Institut Médico-Educatif (IME), cette prescription est faite par le pédopsychiatre de l'institution. En revanche, dans ce cadre, le psychomotricien a la possibilité de rencontrer l'enfant ou l'adolescent de manière informelle, pendant les temps de vie quotidienne, de groupes et d'ateliers. Si le psychomotricien intervient dans le libéral, en Centre Médico-Psychologique (CMP), Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP), le temps du bilan est le cadre de la toute première rencontre avec l'enfant qui donne lieu ou non à la mise en place d'une prise en charge.

La relation thérapeutique est le fruit de cette rencontre. Elle donne lieu à l'alliance thérapeutique qui est définie comme une collaboration mutuelle, un partenariat entre le psychomotricien et le patient.

Afin de faire naître de cette rencontre une future relation thérapeutique, le psychomotricien a deux possibilités :

A. Entretien et bilans psychomoteurs

Le bilan psychomoteur est constitué d'une succession de tests standardisés du psychomotricien. Il vient valider la mise en place ou non d'une prise en charge. Il peut également se faire durant la thérapie pour voir où en est l'enfant et ainsi permettre de réajuster les objectifs.

Comme nous venons de le dire plus haut, le bilan peut être le premier temps de rencontre avec le patient. Encore une fois, cela dépend du lieu de travail du psychomotricien.

S'il est dans le cadre d'une institution, la prescription du bilan vient du pédopsychiatre et elle peut donner lieu à de premiers échanges descriptifs sur l'enfant lors de réunions de synthèse. Cette première description est une forme de rencontre avec l'enfant pour le psychomotricien qui se le représente et l'imagine.

Dans le cadre d'une prescription médicale hors institution, la rencontre se fait sur deux temps. Le psychomotricien peut en premier lieu rencontrer l'enfant avec ses parents sous la forme d'un entretien. Cela lui permet d'observer la relation que les parents ont avec leur enfant, comment ils parlent de lui, le décrivent. Ce temps place le psychomotricien à une certaine distance de l'enfant et lui confère la possibilité d'observer les réactions et les manifestations de l'enfant face au discours de ses parents.

A la suite de cet entretien, le bilan peut être fait en une ou deux séances. Boutinaud explique qu'« il permet de dresser un tableau des capacités de l'enfant, de ses compétences psychomotrices mais aussi de la façon dont l'enfant vit, pense et représente son corps »[6]. Pendant cette rencontre, le psychomotricien doit aussi être attentif à la communication non verbale de l'enfant : la posture, les mimiques, le regard, la mise en jeu du corps dans la relation, la qualité du contact et de la relation, etc.

Lors de mes deux stages en hôpital de jour pour enfants et adolescents, je suis présente à l'arrivée d'un enfant au sein de la structure. Le bilan psychomoteur standardisé ne se fait pas par le psychomotricien, car il est souvent déjà présent dans le dossier. De plus, il n'y a pas de salle de psychomotricité. Le projet institutionnel met en avant une pratique pluridisciplinaire, ce qui place la rencontre sur un temps informel.

[6] Boutinaud J « Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles », p.70

B. Rencontre informelle

Il arrive que le patient et le psychomotricien se rencontrent au sein d'une institution. Ils sont dans un même espace et à partir de ce moment là, la relation commence à se créer. Ces temps permettent au psychomotricien d'avoir une observation clinique globale du patient. En effet, il peut observer la façon dont le patient est en relation avec l'environnement (qui est plus élargit que celui d'une salle de psychomotricité). Lorsque le bilan psychomoteur n'est pas réalisable, (comme souvent avec les personnes présentant un TSA) les rencontres informelles enrichissent l'observation clinique du psychomotricien. Nous pouvons dire que le psychomotricien fait en quelque sorte un bilan psychomoteur, basé sur la clinique du patient.

II- Le Cadre

« Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »[7]. Le cadre en psychomotricité englobe une dimension physique et psychique avec la pensée du psychomotricien qui est investi dans ce cadre avec le patient.

A. Le cadre physique

Le cadre physique se traduit par une temporalité et une spatialité. La durée des séances est déterminée, elles doivent s'inscrire dans une régularité et une répétition pour qu'elles s'intègrent comme des repères. Cette permanence plus la rencontre entre le psychomotricien et le patient nouent la relation intersubjective, le lien de confiance qui est la base du travail et de la relation thérapeutique.

La mise en place de rituels rythmés apporte une fonction organisatrice et structurante pour le développement de la personnalité chez l'enfant. En psychomotricité, les rituels structurent l'espace et le temps. La structuration du

[7] Potel C « Etre psychomotricien », p.321

rituel favorise les nouveaux apprentissages et, ainsi, la structuration de la pensée, car c'est dans un climat « sécure » - pour reprendre la théorie d'Ainsworth - que l'enfant peut apprendre.

L'espace de la prise en soin renvoie au lieu des séances, la salle de psychomotricité par exemple représente l'espace de la séance. Il doit être défini et repéré par le patient afin d'apporter une limite fiable et contenante qui le sécurise.

Le cadre spatio-temporel doit être à la fois solide et souple, ajustable car il se doit de s'adapter à chaque patient et à son évolution.

B. Le cadre psychique

Le cadre psychique est lié aux capacités d'ajustement du psychomotricien. Il use de sa propre sensibilité pour apporter un cadre souple et fiable à la fois afin d'instaurer une confiance mutuelle. Le thérapeute doit avoir une attitude empathique et ajustée au patient afin que celui-ci se sente en sécurité et en confiance pour s'exprimer. Pour cela, le psychomotricien module sa présence, l'espace, les rythmes, le ton de sa voix et le choix des mots et des objets qui sont des supports aux intégrations et à l'imaginaire.

Dans ce cadre il est question de contenance et non de détention, de souplesse et non de rigidité. Le thérapeute est le garant de cette contenance, il joue le rôle « d'enveloppe contenante ». En conséquence, le cadre permet l'accueil des significations projetées au dehors par le patient, du monde du patient. Ces conditions d'espace sont, pour Potel « comme un réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps ».

Le psychomotricien est particulièrement convoqué dans ce registre du cadre, pour apporter de la contenance, des limites parce qu'il se soucie du corps et que c'est par et dans le corps que se construit l'ancrage au monde.

Dans le cas d'une institution comme celle de mon stage, le cadre doit avoir des règles spatiales et temporelles adaptées à l'ensemble de la structure, pour l'équipe professionnelle et pour les patients accueillis. Ce cadre fait partie du projet de l'institution en lien avec le travail pluridisciplinaire et le projet de soin.

Dans certaines institutions, la salle de psychomotricité permet d'établir les règles spatiales des rencontres avec le patient. Les règles temporelles visent à faire de cet espace un espace protégé (en fermant la porte par exemple) pour les temps de séances individuelles ou groupales. La salle doit être repérée par les patients et les temps définis pour être structurants.

Il existe des institutions qui ont un cadre spécifique, qui se veut orienter le soin autour d'une pratique purement pluridisciplinaire. L'hôpital de jour où j'ai effectué mon stage, de part son dispositif et son projet de soin, ne possède pas de salle attribuée au psychomotricien. Dans ce cadre, je rencontre de façon permanente les enfants dans les moments de la vie quotidienne, de groupes ou d'ateliers.

III- Ses objectifs

Est-ce le socle que représente la relation qui permet l'efficacité de la prise en soin, des techniques du psychomotricien ou est-elle à elle seule l'objectif de la thérapie?

Les choix théoriques et le lieu de pratique du psychomotricien apportent une réponse à la place de la relation thérapeutique. En rapport avec les théories apportées par l'institut de formation, par mes lieux de stages et en lien avec la clinique, je pense que la relation en psychomotricité est au service de l'efficacité de la prise en soin. Parallèlement, les choix du psychomotricien sur les outils, les médiations et les techniques peuvent permettre de créer la relation, l'interaction.

Malgré tout, il me semble primordial de créer une relation de qualité entre le patient et le thérapeute pour construire un lien de confiance mutuelle. Le psychomotricien doit être disponible et à l'écoute. Sans cela, le patient ne peut pas trouver sa place dans la relation et s'exprimer librement.

Etablir une relation thérapeutique de qualité pour mener à l'alliance thérapeutique permet de rencontrer le patient comme il est, là où il en est. Cela engage deux principes. D'une part, une lecture de la problématique qui reconnaît

que l'activité du patient, sa posture, ses déplacements, son tonus, sa motricité, ce qu'il donne à voir de lui est en lien avec sa problématique de sujet. D'autre part, cette lecture doit être dynamique, immédiate, constante et continue d'ajustement. Les deux se nourrissent l'une de l'autre.

La mise en place de la relation thérapeutique permet alors d'engager le travail autour des problématiques du patient. L'objectif est de le conduire vers une symbolisation de son vécu corporel, le laisser être et devenir sujet en favorisant ses expériences dans les limites du cadre.

L'importance du lien relationnel dans la thérapie dépend de l'engagement du psychomotricien et de son champ d'intervention.

IV- Rôle du psychomotricien

A. Rééducateur et Thérapeute

Il existe un clivage professionnel dans l'histoire des psychomotriciens, qui ont une vision parfois différente du métier. D'un côté, les rééducateurs, pour qui il faut que le patient objective un trouble psychomoteur, afin de pouvoir réduire ce trouble par des exercices spécifiques. De l'autre côté, les thérapeutes. Pour eux, le métier de psychomotricien est avant tout « une interaction totale avec le sujet, ses affects, sa personnalité, ses sensations et sa motricité »[8].

Dans ces deux champs d'actions, le lien relationnel occupe une place différente en fonction de l'orientation du psychomotricien. Dans les rééducations psychomotrices, la relation est « le support de mise en confiance et de revalorisation, au service des apprentissages »[9]. Dans le cadre d'une thérapie, le lien relationnel est le socle du travail, il est au « cœur du processus thérapeutique ».

De par mon expérience, je pense que ce clivage n'apparaît pas réellement dans l'exercice du métier de psychomotricien. Les deux coexistent, se

[8] Potel C. « Etre psychomotricien », p.41
[9] Ibid, p.317

superposent, l'un pouvant laisser place à l'autre en fonction de la clinique du sujet. Compte tenu de la manière dont le patient se présente, le psychomotricien modulera la vision de son rôle et de son travail. De ce fait, la relation qui en découlera occupera une position d'outil ou de support.

En aparté, il me semble important de poser l'idée que pour mieux saisir ce qui se joue dans une relation thérapeutique et percevoir les mouvements psychiques en jeu, la thérapie psychomotrice ne peut ignorer l'apport de la théorie psychanalytique. Le psychomotricien repère que l'enfant exprime avec son corps ce qu'il ne peut dire par la parole. La différence avec la psychanalyse réside dans l'engagement corporel du thérapeute et l'instauration d'un dialogue tonico-émotionnel avec son patient.

B. Ajustement

En fonction du cadre, de chaque patient et de sa problématique, le psychomotricien s'ajuste dans la relation, le mode de communication, la présence, le choix des techniques, etc.

Chaque psychomotricien doit être conscient de la part subjective présente dans la prise en soin psychomotrice avec le patient. Le psychomotricien a une manière spécifique d'être en relation avec son patient. Il doit prendre en compte qu'il engage son propre vécu, sa sensibilité, son identité propre dans cette relation thérapeutique. Même si la formation théorique est la même pour chaque professionnel, la formation pratique démontre que chaque individu a son propre vécu dans des expériences corporelles. Le psychomotricien a donc conscience de cette différence et peut la projeter dans son implication avec le patient. En effet, les expériences vécues en séance seront différentes entre le patient et le psychomotricien. Il doit être à l'écoute de la communication verbale. De même, il observe attentivement la communication non verbale pour prendre en compte ce que l'enfant dit avec son corps qu'il ne peut exprimer avec des mots. Cette lecture lui permet de pouvoir s'ajuster au cours de la rencontre mais aussi entre chacune en fonction de l'évolution du patient et de ce qu'il exprime.

La psychomotricité peut se définir comme une thérapie à médiation corporelle. Il en découle que le psychomotricien s'engage autant psychiquement que corporellement dans la relation avec le patient. Il peut être amené à être dans des situations de toucher, de portage, de « contenance physique ».

Le dialogue tonico-émotionnel, que nous avons abordé, prend alors tout son sens dans la thérapie psychomotrice. Ayant une fonction de communication dans l'interaction avec le patient, il permet une lecture du tonus et donc de l'état de tension musculaire du patient. Rappelons que le tonus est, pour De Ajuriaguerra, la toile de fond de l'histoire du sujet. Il sert d'indication au psychomotricien qui peut, dès lors, ajuster son propre tonus quand cela est nécessaire. L'ajustement tonico-émotionnel offre une possibilité de contenance pour le patient, un sentiment de sécurité. Cela favorise la mise en place d'une relation de confiance entre le patient et le psychomotricien.

Au cours de mes expériences de stage, il me semble que l'ajustement est une qualité indispensable au psychomotricien au vue des pathologies qu'il peut rencontrer. Il doit trouver une distance qui rend possible l'interaction sans que le patient se sente trop menacé. Il faut donc s'ajuster pour que le patient tolère notre présence, sans renoncer à être présent.

C. Le corps en jeu

Le travail avec le patient mobilise la corporéité du psychomotricien, son écoute, son ressenti, sa sensorialité, sa façon de mettre le corps en jeu dans la relation et dans la thérapie psychomotrice « pour être au plus près de ce que dit l'autre avec son corps »[10]. Il y a une interaction subjective des corps du patient et du psychomotricien. Potel met l'accent sur « le langage du corps » comme un outil du psychomotricien qui doit être en capacité de comprendre, de « lire » les mouvements d'un corps en relation à un autre. Dans la proposition de jeu, le psychomotricien est actif dans une dynamique de ce que Boutinaud appelle une « motricité en relation ».

[10] Potel C. « Etre psychomotricien », p.60

Notre réflexion théorique menée en première partie nous a permis de comprendre que le corps de l'enfant en développement évolue et constitue l'identité du sujet. Les éprouvés corporels se nourrissent par la relation à la mère pour atteindre le stade représentatif. Il me semble que le modèle de la relation entre le patient et le psychomotricien peut prendre appui sur les liens entre le bébé et sa mère.

En effet, la notion de portage, de contenance abordée dans la théorie de Winnicott avec le holding est importante en psychomotricité. Elle permet au patient d'avoir un vécu sécurisant et elle est alors au service de l'élaboration psychique du vécu des expériences corporelles.

L'imitation dans la thérapie psychomotrice peut servir d'outils, d'aide à la construction de l'identité par son implication dans les processus interactionnels.

Cet engagement autour du rapproché corporel, du toucher avec des propositions de portages, d'enveloppements amène à se questionner sur les représentations du côté de la séduction et de la sexualité. Cependant, il peut être intéressant de tolérer, voir de proposer des contacts quand cela permet de substituer des procédés défensifs, de calmer certaines angoisses comme dans l'exemple ci-dessous. Nous pouvons rapprocher cette mise en jeu du corps du psychomotricien à la fonction du Holding décrite par Winnicott.

Eric a 11 ans et il est porteur d'un trouble du spectre autistique. J'accompagne Eric lors de l'atelier « sorties » du jeudi après-midi. Je suis toujours assise à côté de lui dans le véhicule. Pendant les trajets, Eric peut être sujet à certaines angoisses qui provoquent de l'agitation motrice et parfois, de l'agressivité. Dans ces moments, il vient chercher lui-même un contact avec moi pour réussir à s'apaiser. Il attrape mes bras et les enroulent autour de lui. Mes mains englobent les siennes. J'accepte ce rapprochement avec lui car cela lui permet de se calmer et de se rassembler. « Tu cherches une solution pour t'apaiser ». Il me semble que j'ai une fonction d'enveloppe contenante qui permet à Eric d'avoir un vécu sécurisant dans ces situations. Désormais, il peut simplement poser sa main sur la mienne ou sa tête sur mon épaule.

Cette vignette peut également renvoyer à la fonction alpha décrite en première partie. Elle est importante pour les psychomotriciens car Bion dit qu'il s'agit de transformer des éléments bruts sensoriels et toniques, de les extraire de leur substrat très somatique pour en créer du sens. Pour Delion, au départ il s'agit « de porter le patient sur ses épaules psychiques » jusqu'à ce qu'il puisse se porter lui-même. Autant qu'Eric pose sa tête sur mon épaule.

Ce modèle sert d'appui pour penser la position soignante du psychomotricien. Il ne peut y avoir d'intégration corporelle, sensorielle, émotionnelle et motrice que si le patient fait l'expérience de notre investissement à son égard. Les intégrations se font dans les moments où il se sent tenu et contenu, relation.

La mise en jeu du corps du psychomotricien et du patient peut se faire de façon différente et dans un cadre adapté en fonction des problématiques du patient. Par exemple, le psychomotricien peut utiliser la notion de l'aire transitionnelle théorisée par Winnicott. Il peut mettre en place un dispositif autour de médiations corporelles en fonction de ses outils, ses techniques mais aussi de sa propre sensibilité autour de ces approches.

V- L'aire transitionnelle

Winnicott invente le jeu du « squiggle » (dessin entre enfant et psychanalyste). L'aire transitionnelle représente une zone d'échange, un espace où l'activité de jouer sert de transition entre le thérapeute et le patient. Winnicott développe la notion d'objet transitionnel qui fait l'intermédiaire entre l'enfant et sa mère. Dans cet espace transitionnel, le jeu psychomoteur permet au patient d'exprimer ce qui ne peut pas l'être sous une autre forme. L'aire transitionnelle offre un espace de relation au travers d'objets transitionnels qui sont l'intermédiaire entre la psyché de l'enfant et la réalité perceptive.

Cet espace transitionnel va devenir le lit des thérapies à médiations corporelles, menées par des psychomotriciens avec des thérapies se déroulant dans un espace entre l'espace psychique du thérapeute et celui du patient. Dire que la médiation est caractéristique de la psychomotricité c'est, pour Potel, « définir ce qui va se vivre avec le psychomotricien comme une activité à valence hautement symbolique ».

VI- Les médiations corporelles

L'enjeu des médiations est la relation et la communication. La médiation est un « intermédiaire qui va coder la relation »[11]. Le psychomotricien peut faire des choix de médiations corporelles en fonction de sa propre sensibilité et de sa formation. Que ce soit dans les médiations corporelles ou non, le psychomotricien s'investit toujours de manière corporelle dans la relation. Il propose donc une activité qu'il peut réellement investir grâce à son bagage antérieur à sa formation ou une activité à laquelle il a été sensibilisé durant sa formation.

La médiation corporelle propose un lieu d'expériences, de sensations et de perception. C'est un objet en commun qui témoigne de la relation existante entre le patient et le psychomotricien. Peu importe la médiation choisie, l'objet organise l'activité, il favorise le jeu du corps qui est porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant. La médiation corporelle a une valeur de symbolisation, elle aide à la transformation des éprouvés en représentations.

La théorie winnicottienne sur l'aire transitionnelle et l'objet transitionnel est pertinente du point de vue de la psychomotricité d'une part. Elle est prise dans la relation autant qu'elle l'enrichie car elle favorise les échanges, la créativité et l'expression. D'autre part, elle est intéressante dans l'approche de l'autisme. La médiation corporelle consiste à prendre en compte le langage du corps, elle permet d'engager un travail thérapeutique avec des patients autistes qui n'ont généralement pas accès aux processus de symbolisation par le langage.

[11] Potel C « Etre psychomotricien », p.318

Partie 4 : Prise en soin des patients autistes en hôpital de jour

Dans cette partie, nous allons porter une réflexion théorique et clinique sur la place de la relation dans la prise en soin d'enfants présentant des TSA. La prise en soin peut varier suivant les institutions. De ce fait nous allons nous appuyer sur lieu de mon stage avec une réflexion sur un « savoir être » des professionnels ancré dans un cadre spécifique. Nous tenterons d'éclaircir, de comprendre l'importance que prend la relation thérapeutique entre le patient autiste et le psychomotricien ainsi que le travail de soin au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Qu'est ce qui est en jeu dans ce travail d'équipe auprès des enfants ? Qu'apporte le groupe dans le travail avec la pathologie autistique.

I- Savoir être

« L'enfant est mis au centre de ce champ, en tant que sujet, mais c'est chez l'enfant qu'est localisé le savoir »[12].

Travailler avec des enfants et des adolescents autistes c'est se confronter à quelque chose qui nous dépasse, qui n'a au premier abord pas de sens. Cela peut être déstabilisant pour les soignants et les stagiaires. En effet, pendant la formation, nous gagnons en savoir théorique, en outils, en techniques à utiliser avec différentes pathologies, en « savoir-faire ».

« Les enfants autistiques […] briseront également le cœur de leur thérapeute, à moins que celui-ci n'ait conscience de ce risque et s'en protège »[13].

Pour aider ces enfants, il faut être capable de renoncer à minima à ce « savoir-faire » pour prendre une place de « savoir-être » afin de réussir à créer un contact, un lien. Par rapport à notre vécu et nos connaissances personnelles, nous n'avons pas les capacités de comprendre la réalité du vécu de ces enfants. Les soignants qui rencontrent des sujets autistes, doivent mettre de côté le « supposé savoir » pour se faire partenaire. Réussir à prendre cette place, c'est pouvoir être présent physiquement et psychiquement pour accueillir ce que peut exprimer le patient dans cet espace transitionnel que nous essayons de mettre en place.

Se faire partenaire, accompagner l'enfant dans son travail permet d'effectuer un travail de reconnaissance de ce qui fait angoisse et anxiété sans lequel la communication n'est pas possible. Ce travail de reconnaissance se fait pour mieux saisir ce qui se joue chez le patient. Cependant, il est nécessaire de faire prendre conscience au patient de sa souffrance afin de trouver des solutions pour l'apaiser. L'objectif central du travail avec les enfants « autistiques » comme le dit Tustin, est de favoriser la mise en relation aux autres, aux adultes (soignants), aux enfants et au monde qui les entoure.

---

[12] Baio Virginio « La richesse d'une pratique à plusieurs », p.107
[13] Tustin F « Les états autistiques chez l'enfant », p.44

Etre présent pour l'enfant c'est aussi pratiquer le moment du constat. Il s'agit de mettre en mot, en récit, ce que nous observons dans l'ici et maintenant. Faire état à haute voix permet un petit écart dans la façon qu'ont les patients à nous faire agir sans que l'on ne s'en aperçoive. La pratique du commentaire vise aussi à favoriser l'élaboration psychique de vécus corporels. En renvoyant au patient ce qui est en train de se passer dans son corps, nous donnons une réponse transformée à des éprouvés. Tout comme la fonction alpha théorisé par Bion.

La possibilité de se faire partenaire auprès de ces enfants autant que de leur permettre de choisir eux-mêmes leur(s) partenaire(s) dépend du cadre que nous mettons en place.

II- Le Cadre de l'institution

A. Présentation du fonctionnement institutionnel

L'hôpital de jour est un lieu de soins pour enfants de trois à douze ans, présentant des troubles envahissants du développement et de la personnalité sous forme de psychose infantile ou d'autisme.

L'équipe est composée d'un pédopsychiatre, une psychologue, un psychomotricien, une aide soignante, un enseignant spécialisé, six infirmières, une infirmière coordinatrice des soins, une secrétaire et un agent des services hospitaliers.

Le projet thérapeutique de la structure est spécifique car soutenu par l'orientation psychanalytique lacanienne. Le travail est orienté en fonction de la singularité clinique de chaque enfant accueilli.

Chaque enfant est accueilli selon des horaires tenant compte d'un emploi du temps qui lui est propre, établi en fonction d'une offre de soins personnalisés. Cet accueil tient compte de l'inscription éventuelle dans un établissement scolaire, dans une institution ou dans un établissement d'éducation spécialisée. Le rythme

des fréquentations est étudié en fonction des possibilités de l'enfant. Il est contractuel entre les parents, l'équipe enseignante et l'équipe de l'hôpital de jour.

L'accueil thérapeutique se compose d'un travail en petits groupes, en ateliers et en séjours thérapeutiques. Les soignants proposent des activités thérapeutiques où peut s'exprimer la problématique des jeunes patients, permettant ainsi un accompagnement dans la recherche de solutions apaisantes. Ce travail thérapeutique vise à favoriser leur mise en lien aux autres et à les valoriser au travers d'activités qui tiennent compte de leurs centres d'intérêt, leurs goûts et moyens d'expressions privilégiés. Les ateliers thérapeutiques sont déterminés pour l'année avec la possibilité d'être réinterrogés d'un point de vue clinique.

Des ateliers sont proposés aux enfants qui se rencontrent alors sur un temps défini avec de nouveaux groupes formés (piscine, sorties extérieures, balades, ateliers peinture, poney, bibliothèque…). Un instituteur spécialisé est présent à l'hôpital de jour et accueille la plupart des enfants pour des temps de classe qui se font en individuel ou en petit groupe. Pour finir la journée, un temps de goûter est proposé aux enfants vers 15h45, avant le départ à 16h.

B. Un cadre fait d'exceptions

« C'est un cadre qui s'oriente de ce que Lacan a dit du père lacanien, soit celui qui tout en posant la loi n'obéit pas à la règle aveugle en sachant dire oui ».
Lacadée.

En fonction des institutions les règles et le cadre diffèrent. Parfois la règle est obligatoire pour soutenir un point de vue éducatif et doit être tenue alors que les enfants ne peuvent pas s'y astreindre. Le cadre de mon lieu de stage est spécifique, on pourrait dire « fait d'exceptions au règlement » pour reprendre Lacadée. Le but étant de laisser place au sujet pour accueillir et avoir un regard clinique.

En d'autres termes, le cadre de l'hôpital de jour est un cadre sachant accueillir le nouveau, qui prend en compte la particularité de chaque sujet. Il établit un lieu, un lien accueillant la singularité du patient.

C. Aménagement du cadre

L'institution est un espace-temps qui inclue régularité, fiabilité et permanence des personnes et des objets. Ces conditions sont nécessaires au processus d'intégration du moi.

Le cadre de l'hôpital de jour est hypo-stimulant en lien avec la caractéristique de ces enfants qui sont captés par leur sensorialité. Les objets, les jeux sont rangés dans les placards pour limiter les sources d'excitation. L'enfant peut se soustraire de cette source excitante afin de favoriser la relation, par la présence du thérapeute qui adopte une attitude calme et posée.

Le cadre doit permettre de construire un espace corporel et une possibilité de mentaliser ces expériences du corps.

D. Rituels

A l'hôpital de jour, le cadre est très ritualisé et très réglé du fait du jeune âge des enfants. Cela leur permet de se repérer au sein de la structure, d'apporter un cadre en fonction des différents temps et espaces proposés. Il y a trois salles d'activités dans l'hôpital de jour, trois groupes. Chaque enfant est inscrit dans un groupe et ce sont toujours les mêmes professionnels présents dans les salles d'activités. Tous les jours, un temps d'accueil est proposé aux enfants à l'ouverture de l'institution. Il se déroule dans la salle à manger où chacun peut manger un gâteau, en lisant un livre par exemple avant de rejoindre son groupe. Le repas thérapeutique se fait de midi à treize heures. Encore ici, les enfants ont leurs places et mangent avec le même référent. L'après-midi, cela fonctionne plutôt en ateliers, en sorties individuelle ou en groupe. Cette organisation offre aux enfants une dimension spatio-temporelle qui leur assure une continuité dans leur place au sein de l'institution.

Dans le fonctionnement institutionnel, le psychomotricien est intégré au travail pluridisciplinaire. Le cadre thérapeutique qui en découle est adapté au projet de soin pour les patients. Il ne représente pas seulement le lieu d'accueil des enfants mais aussi le positionnement du psychomotricien qui se porte garant de cet espace.

III- Une place pour la relation

La symptomatologie décrite dans la seconde partie est sans aucun doute un argument pour expliquer la difficulté de créer du lien et de la relation avec ces enfants.

A. Psychomotriciens et patients

Nous avons évoqué précédemment, les différents champs du psychomotricien. La relation a une place centrale dans la thérapie psychomotrice. Parallèlement, le trouble de la relation fait partie intégrante de la triade symptomatique de l'autisme. La relation est la clé de voûte du travail et de l'accompagnent en psychomotricité avec les patients présentant un trouble du spectre autistique.

Le psychomotricien dans la rencontre avec le patient accorde de l'importance à l'observation clinique du vécu corporel en séance afin de dégager les problématiques de l'enfant ou de l'adolescent. Cette lecture permet de mieux saisir ce qui fait défaut dans la relation comme le langage, la communication non verbale, la posture, le regard et les comportements d'isolement (stéréotypies par exemple). Toutes ces facettes qui rentrent en jeu dans les interactions sociales appartiennent au champ d'observation privilégié du psychomotricien qui va s'engager corporellement dans la relation. Il me semble alors que le psychomotricien a sa place dans la prise en charge des enfants et des adultes autistes du fait de la prépondérance de la communication non verbale dans cette

pathologie. De plus, la communication non verbale est un canal de communication privilégié chez le psychomotricien. Il va alors pouvoir repérer et interpréter cette communication et la mettre au service de la relation, du travail avec le patient en l'utilisant comme un espace relationnel.

A l'hôpital de jour, le travail du psychomotricien se fait en coopération avec le reste de l'équipe selon un modèle de compréhension psychanalytique.

La place du psychomotricien au sein d'une institution telle que cet hôpital de jour porte à se questionner sur son positionnement lorsque ce dernier rencontre les enfants dans les différents espaces de soin (repas, groupes, ateliers).

Boutinaud prend le parti de dire que, « la présence de l'adulte autour de différents espaces permettant que celui-ci se fasse le porteur, à travers ses souvenirs, d'une certaine continuité psychique dans des lieux entre lesquels l'enfant peut perdre la trace de ce qui s'est passé à d'autres moments »[14]. Il arrive que le travail accompli entre le patient et le psychomotricien, se perde dès que le cadre change. La présence du psychomotricien dans tous les espaces de la structure peut être un appui structurant l'élaboration psychique des patients. Il assure la possibilité pour le patient de revivre des expériences corporelles dans différents espaces.

Nous avons vu que le modèle de la relation précoce mère-enfant est important car il met en lumière des notions dont la relation patient-psychomotricien peut s'inspirer. Dans la rencontre de patients avec des troubles relationnels, le modèle de la relation mère-enfant aide à comprendre ce qui pose problème et permet d'aider le psychomotricien à s'adapter dans ses attitudes et son intervention. Le psychomotricien par ses qualités de contenance, assure un cadre sécure et fiable. Il permet à l'enfant de projeter ce vécu contenant dans cet espace architectural. Par sa présence, sa lecture psychomotrice, il s'ajuste dans la rencontre et la favorise dans l'espoir d'ouvrir les processus d'intégration psychique de permettre que les expériences sensori-motrices prennent racine dans son corps.

[14] Boutinaud J « Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles », p.253

La thèse des miroirs brisés de l'autisme se définit par un déficit ou un dysfonctionnement neuronal empêchant l'imitation. Cette théorie est renforcée par la découverte des neurones miroirs que nous avons décrits. L'imitation en psychomotricité peut alors, servir de moyen d'entrer en relation. Le psychomotricien peut incarner un rôle structurant par son implication corporelle, il est une figure d'identification pour le patient.

B. Pluridisciplinarité

Le travail d'équipe s'effectue sous forme d'instances qui sont prévues pour permettre d'articuler la pratique des soignants à un travail clinique psychanalytique : réunion institutionnelle avec des constructions de cas cliniques ainsi qu'un dispositif de travail en collaboration avec d'autres institutions pour un travail clinique de fond. Les professionnels de la structure ont également accès à des formations tout au long de l'année où ont lieu des présentations cliniques d'adolescents et d'enfants des différentes institutions.

« Cette politique de travail invite chaque participant à effectuer un travail situé dans l'espace intermédiaire qui fait fluctuer son engagement entre les cadres précis de l'exercice de sa fonction et ceux qui concernent la vie institutionnelle »[15]. Ce choix peut aussi apporter des risques et il est nécessaire de se remettre toujours en question pour rester centré sur l'enfant et sa problématique.

Mes expériences de stage avec des enfants et adolescents autistes ont fait émerger l'importance d'articuler la pratique et les observations de chaque professionnel afin de mieux comprendre le patient, sa problématique et les pistes de travail. De plus, les enfants et adolescents autistes peuvent vivre comme angoissantes des situations de relations duelles permanentes avec l'adulte. L'intérêt d'être « à plusieurs » permet de ne pas arrêter de se faire partenaire du patient dans son travail.

Ce travail en équipe amène l'idée qu'un professionnel en vaut un autre dans sa qualité de partenaire, même s'il se différencie d'un autre dans sa façon

[15] Boutinaud J « Psychomoricité, psychoses et autismes infantiles », p.253

d’être en relation avec l’enfant. Comme décrit plus haut, le psychomotricien engage un travail plutôt corporel, il effectue un traitement au niveau du corps de l’enfant et du sien pour favoriser la mise en lien, en relation tout en restant au plus proche de la problématique du patient. Le patient peut alors choisir des partenaires privilégiés en fonction de sa demande.

C. Affinity therapy

« Le dessin est un langage inventé par les artistes » Sophie, une adolescente de l’hôpital de jour.

Au vue des rencontres et des relations que j’ai pu vivre lors de mes stages, il me semble intéressant d’aborder ce concept de l’Affinity thérapy. Suskind est le précurseur de cette vision du travail, de la rencontre avec l’autisme. C’est aux Etats-Unis qu’il décrit « sa rencontre » avec son fils grâce au monde Disney. Par la suite, nombreuses sont les personnes (parents, journalistes, psychanalystes) qui se sont intéressées de près à ce pari. L’Affinity therapy vient nommer ce que peut être un traitement de l’autisme orienté des affinités, des particularités de chaque autiste. Habituellement, les intérêts spécifiques, inhabituels des autistes sont considérés comme des obsessions ou des fixations qui renforcent l’isolement autistique.

Ce que raconte Suskind et bien d’autres parents au travers de cet ouvrage entraîne une remise en question des connaissances sur le cerveau autistique. Il paraît clair que les témoignages montrent l’efficacité que peut avoir l’Affinity therapy. L’idée étant de prendre en compte l’objet autistique comme une affinité, un appui qui soutient les inventions, les liens sociaux ainsi que l’ouverture au monde et les apprentissages.

Cette idée rejoint celle de se faire partenaire du travail qu’accomplit l’enfant même s’il paraît hors sens, sans but pour nous il peut en être rempli pour le patient. Ces particularités sont alors utilisées comme une voie d’accès, un champ du possible pour entrer en relation et accompagner l’enfant à sortir de la solitude autistique.

Je rencontre Sophie lors de mon stage de deuxième année dans un hôpital de jour pour adolescents. Sophie a alors 15 ans. Elle se présente comme une artiste, elle aime dessiner, surtout des personnages de Mario. Elle connaît tout le monde du jeu vidéo. En appui sur ce qui semble être un centre d'intérêt pour Sophie, l'équipe travaille avec elle autour du dessin. Elle construit des bandes dessinées mettant en scène ses personnages préférés. Grâce à cet objet transitionnel, Sophie a trouvé des partenaires qui l'accompagnent dans son travail, qui l'ont rendu possible. La relation est née autour de ses affinités.

D. Le groupe

Pour débuter un travail de groupe, il faut avant tout le construire. Il est nécessaire de définir le cadre, le lieu, le nombre de personnes dans le groupe, les critères d'entrée et savoir le groupe est ouvert ou fermé. Le cadre pose la question des limites du patient, comment lui donner une place, comment va-t'il s'intégrer avec les autres enfants ? Pour cela, le cadre est structuré dans le temps avec des rituels de début et de fin. La composition d'un groupe se fait suivant des critères d'âge, de nombre, de pathologies. Le groupe se construit et se met en place. Il doit permettre à chaque enfant de trouver sa place. Il arrive parfois qu'un changement « s'introduise » au groupe, comme l'arrivée d'un(e) stagiaire. Dans ces cas, il n'est pas rare d'observer une résistance au changement de la part de certains membres du groupe.

Lorsque j'intègre le groupe de sortie du jeudi après-midi, je rencontre Justine, 10 ans. Dès mon arrivée, Justine a des difficultés à m'intégrer au sein du groupe. « allez vas-t'en », « qu'est-ce que tu as, pourquoi tu me regardes », « arrête de me suivre ». Il lui arrive d'avoir des petits gestes d'agressivité à mon égard, elle me bouscule, me marche dessus comme si elle voulait me montrer que pour elle, je ne suis pas là. Aujourd'hui, mes rencontres avec Justine ont évolué. Elles oscillent entre moments de rejets et temps d'adresses et de demandes (lire une histoire, faire des tresses par exemple). Cependant, pour rendre possible ces débuts de rencontre, j'ai du être docile et répondre à ses exigences.

Le groupe a une fonction de socialisation et d'indentification :

- L'identification de l'autre : on catégorise, reconnait, range. Cette identification influence le processus de communication avec l'autre, nous le plaçons dans un système de référencement. L'identification de l'autre permet de rassurer : faire de l'inconnu du connu.

- L'identification à autrui : le sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci. La personnalité se constitue et se différencie par une série d'identification. C'est un processus inconscient. Les figures d'identifications sont multiples, elles surgissent à chaque étape, stade. L'individu adopte des modèles ou des fragments de modèle et il va ainsi constituer son identité idéale, ce vers quoi il veut tendre.

- Le sentiment d'identité : si nous considèrons Winnicott, ce sentiment d'identité repose aussi sur un sentiment de continuité d'être qu'on appelle le self qui persiste malgré le changement. Ce sentiment de self s'accompagne du sentiment d'estime de soi pouvant être défini comme le narcissisme. Ce sentiment d'identité se constitue en reposant de façon permanente sur les processus d'identification d'autrui et à autrui : l'assimilation et l'identification sans oublier le passage par le stade du miroir de Lacan considéré comme formateur de la fonction du « je ».

Pour être possible, cette dialectique identificatoire doit s'appuyer sur un dispositif structuré. Sinon, nous pouvons observer que cela s'agite, se colle les uns aux autres. Dans ce sens, la structuration du cadre a une dimension spatiale : chacun sa place. Cette spatialisation permet de limiter les vécus de confusion et de collage.

Dans le cadre de mon stage, l'objectif du groupe auquel je participe est principalement d'aider les enfants à supporter les liens avec leurs pairs et leur permettre d'appréhender le groupe comme un espace de découverte qui ne soit pas menaçant. Il s'agit également de favoriser la relation, qu'elle se situe au sein même du groupe ou en interaction avec l'extérieur, ceci dans un souci que chaque membre du groupe trouve sa place, ce que Potel exprime « être soi en relation avec les autres ».

IV- L'utilisation de l'eau comme médiation corporelle

Lors de mon stage de troisième année, je suis intégrée au groupe du jeudi matin qui va à la piscine. Ce groupe est composé de trois garçons. Il est hétérogène dans le sens où les problématiques diffèrent de l'un à l'autre et cela est d'autant plus marquant quand nous les voyons à l'eau. De plus, il est intéressant d'observer que le travail qui s'y déroule n'est pas à l'œuvre seulement dans la piscine. Le moment du départ, du trajet en voiture, les vestiaires et la sortie de l'eau représentent autant de moment que de possibilités.

La piscine représente un espace géographique qui peut être envisagé comme un « espace transitionnel […] où la manipulation de l'eau et de matériel proposé […] rencontre le corps»[16]. Pour Roussillon, l'eau est envisagée comme un « médium malléable » par les propriétés qu'elle possède : l'indestructibilité, l'extrême sensibilité, l'indéfinie transformation, la disponibilité inconditionnelle et la qualité vivante, comme animé. Elle s'avère alors très opérante.

Raphael a une utilisation de l'eau toute particulière. Alors que sur terre, son corps se déplace avec une démarche robotisée, mécanique. Une fois dans l'eau, il se délit en se rassemblant, il peut se mouvoir sous l'eau, en apnée, d'une façon très fluide. L'eau paraît l'envelopper et lui permettre de percevoir que des transformations sont possibles. Nous pouvons penser qu'il fait l'expérience de la contenance dans ses ressentis et ses productions. Son corps est comme recréé dans l'interaction avec l'eau, il est habité et approprié.

[16] Boutinaud J «Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles », p.212

Partie 5 : Rencontre avec Eric

I- Introduction :

Eric a été accueilli au sein de l'hôpital de jour pour enfants en juin 2009, à l'âge de 4 ans. Il est né le 22/02/2005, il a donc actuellement 11 ans. Lorsque je rencontre Eric, il se présente comme un garçon brun aux yeux marrons, plutôt petit ce qui donne l'impression qu'il est plus jeune que son âge. Cela contraste beaucoup avec sa voix, qui est déjà celle d'une jeune homme qui a mué. Il sait parler, lire et écrire.

Un autisme infantile a été diagnostiqué (en se référant à la CIM10) à son arrivée à l'hôpital de jour. Plus tard, en 2014, il sera inscrit dans son dossier qu'Eric est porteur d'un trouble du spectre autistique (TSA) avec retard d'acquisitions, troubles cognitifs et troubles du comportement. Les arguments cliniques qui ont motivé la demande de prise en charge sont : troubles majeurs de la communication et du comportement, prévalence marquée pour la répétition dans les activités et les centres d'intérêts, tendance à l'isolement.

II- Anamnèse :

Eric a deux frères, un de 9 ans et l'autre de 8 ans (nés en 2007 et 2008). Les parents se sont séparés peu de temps après l'arrivée du 3ème enfant. Eric vit en famille d'accueil depuis qu'il a 4 ans. Ses deux frères sont également placés. Ils sont chacun dans trois familles d'accueil différentes. La demande de placement

vient de la mère qui se disait en détresse face à ses enfants, qu'elle n'arrivait pas à gérer au quotidien.

Les rencontres d'Eric avec ses parents ont évolué avec le temps à partir du moment où il a été placé. Au départ, il voit sa mère une fois par semaine et son père avec un Technicien d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) une fois par mois. Aujourd'hui, il rencontre sa mère deux fois par mois et son père toujours une fois par mois sans TISF. Les visites se font avec ses frères.

III- Eléments du dossier :

Le premier rendez-vous dans l'institution se fait avec Eric, ses deux parents et un de ses petits frères en 2008, quasiment au moment de la séparation de ses parents. Eric a alors 3 ans. A ce moment-là, ses parents peuvent dire « qu'il a un retard de langage, des petits tics, des petits tocs » avec également « un refus de s'alimenter et des gestes stéréotypés ».

A la suite de ces premiers rendez-vous, Eric débute sa prise en charge à l'hôpital de jour à raison de trois demi-journées par semaine et deux journées complètes avec les temps de repas thérapeutiques inclus pendant ces cinq jours (de 9h à 13h ou 12h à 16h et de 9h à 16h). Il arrive et part de la structure en taxi qui transporte également d'autres enfants de l'hôpital de jour.

Au sein de la structure, Eric a deux temps de classe de trente minutes chacun avec l'instituteur. Il a commencé ces temps de classe dès septembre 2009, donc trois mois après son arrivée à l'hôpital de jour. Il est parallèlement scolarisé à l'école deux matinées et un après-midi par semaine. Sa scolarisation à l'extérieur a débuté en maternelle, quelques années après le début de sa prise en charge. En effet, à son arrivée dans l'institution, Eric ne parlait pas et ne savait pas écrire.

IV- Parcours de soins

A. Le lien à son corps

A son arrivée dans la structure, Eric est un enfant assez agité, son corps est en mouvement permanent. Il est appelé par tous les objets qui l'entourent, il fonce et tape dans les portes, les murs, les placards. Il refuse la relation, le regard est fuyant. Il ne parle pas, il fait des bruits dans un soliloque avec des mots qui surgissent et qui semblent avoir une importance pour lui. Il n'accepte pas la présence des autres enfants ni que les professionnels interviennent auprès de lui. Il est difficile de l'accompagner dans ces moments là, il peut être violent et parfois mordre. De ce fait, Eric est isolé, en retrait. Même s'il refuse que les adultes interviennent dans ses activités, se mêlent de son travail, Eric a besoin d'être toujours accompagné, il ne peut pas faire seul.

Par rapport à la nourriture, Eric mange très peu, il est sélectif et quand il aime ce qui lui est proposé, il mange en excès, sans s'arrêter. C'est un signe clinique qu'on retrouve souvent chez les enfants présentant un TSA du fait de la non acquisition des différentes étapes du développement psychomoteur. On peut parler d'un trouble de l'oralité. Eric n'a pas de sensation de remplissage car il n'a pas acquis les différents espaces du corps (buste, haut/bas, devant/derrière). Dans ces moments-là, il est mis à mal par le non et l'arrêt, il n'accepte pas la frustration, ce qui peut l'amener parfois à aller se cacher voire s'enfermer dans son casier.

B. L'environnement

Tout ce qui peut lui être proposé (temps d'accueil, goûter, objets) par les professionnels de la structure ainsi que tous les objets et ateliers qu'il découvre sont vécus par Eric comme une obligation. Il est commandé par tous ces objets et les inscrits dans son circuit chaque fois qu'il vient à l'hôpital de jour. Nous pouvons parler d'une hypersensibilité à l'environnement où Eric rend indispensable ces

détails, ces objets avec une fixation sensorielle que nous pourrions dire sécurisante pour lui. Cette conduite ritualisée lui permet alors d'appréhender et de reconnaître le contexte, l'environnement perçu. Comme le dit Latour : « Ce mode de contact à l'environnement (sensoriel) est un mode existentiel. L'enfant se sent s'il y a stimulation mais il n'y pas de traces mnésiques, de matériel psychique liés aux impressions sensorielles ». Eric ne se nourrit pas de ces expériences. Il n'y a pas d'intégration, de coordination des différents sens.

Cette hypersensibilité à l'environnement est une particularité perceptive souvent présente chez les enfants présentant un TSA ce qui explique l'aménagement spécifique des différents groupes dans l'institution. En effet, les objets sont limités, ils sont tous rangés dans des placards qui sont fermés à clé, seuls les membres l'équipe y accèdent et laissent ou non le choix aux enfants de prendre ce qu'ils veulent.

C. Projets de soin

La prise en soin d'Eric débute de cette façon, et les objectifs des professionnels pour Eric seront de lui permettre de s'inscrire au sein de l'hôpital de jour, de trouver sa place au milieu des autres enfants et des adultes. Il sera aussi question qu'Eric puisse s'inscrire dans un groupe pour avoir des repères spatio-temporels, trouver des solutions pour apaiser son agitation motrice. L'objectif avec Eric va être l'entrée en relation, la mise en place d'une relation thérapeutique stable et contenante en établissant des liens et en les maintenant afin de l'aider à traiter ces difficultés, favoriser l'intégration psychique.

D. « Tu peux faire avec Eric ? »

Avec la configuration des espaces des groupes et la limitation des informations sensorielles (objets), Eric va alors commencer à faire des choix d'objets (voiture, pâte à modeler, petits animaux, magazines sur les animaux) et entamer un travail direct sur l'alignement, le classement, le rangement, la

présence et l'absence, l'apparition et la disparition. Avec les voitures, il classera, alignera. Tout ce travail se fait avec la présence d'une orthophoniste qui n'intervient pas dans son activité. A ce moment là, Eric est apaisé corporellement et donc psychiquement. Il va ensuite animer ces voitures (bruit de moteur), elles prennent vie et cela finit par l'envahir. Il devient la voiture, s'agite. De même avec les magazines qu'il classe dans l'ordre. A ce moment-là, Eric peut accepter la présence de l'autre, ici l'orthophoniste et l'infirmière qui commentent ce qu'il fait, nomment les objets d'Eric. Cela permet alors d'apporter un jeu cadré. En lisant les magazines et en nommant les animaux, Eric est aussi pris dans une grande agitation motrice, il devient l'animal.

Nous pouvons dire qu'Eric est dans un mécanisme d'adhésivité, où il est pris dans ses sensations. Latour dit que « l'adhésivité est un mécanisme typiquement autistique qui permet de pallier le défaut de mentalisation, psychisation et d'expérimentation » du fait que l'enfant n'ait pas acquis de corps propre, son corps comme étant différencié de l'objet. Il traite aussi la question du vivant dans cette expérience de classement/rangement où l'on observe un apaisement, une contenance et parallèlement, dès que les objets s'animent c'est lui-même qui devient l'objet, il est envahi corporellement et psychiquement.

Tout ce temps de prise en charge va permettre aux professionnels de s'ajuster dans la relation avec Eric et de trouver d'autres canaux sensoriels pour l'aider à traiter son envahissement corporel, ces multiples choix d'objets et sa non séparation aux objets.

Son intérêt marqué pour les animaux va favoriser la relation et le lien. En effet, dessiner avec des animaux lui permet d'avoir un vécu contenant par ce lien au thérapeute et donc de traiter son angoisse, de l'apaiser. La séparation entre l'objet et Eric effectuée par l'orthophoniste permet une expérience d'intégration pour Eric. Il y a une réponse avec du sens de par la présence, l'ajustement de la thérapeute qui amène une boucle interactive et qui permet à Eric un apaisement corporel et psychique.

E. Synthèse

Ce lien, ce vécu contenant va permettre également à Eric de s'inscrire dans son groupe. Au-delà de tolérer la présence de l'adulte, il pourra l'introduire dans son travail, lui donner une participation active. Eric a débuté un gros travail sur l'entrée en relation avec autrui et l'environnement. Toutefois, la présence et l'intervention des autres enfants demeurent très compliquées à accepter pour Eric.

Au fur et à mesure de la prise en charge, Eric peut s'inscrire dans des ateliers spécifiques. Au départ de la prise en charge, il est toujours en activité, sans pause, il veut tous les objets et faire tous les ateliers, il est dispersé. Cette problématique est très envahissante pour lui. Cependant, les liens établis avec les différents professionnels ont permis de faciliter des choix d'objets, une séparation de ces objets et donc son inscription dans certains ateliers. Eric a pu petit à petit, intégrer des notions spatiales et temporelles au sein de l'hôpital de jour. Aujourd'hui, je vois qu'Iil arrive à se repérer dans l'institution, les différents groupes/ateliers et de ce fait il connaît les jours de la semaine et l'heure qu'il est. On peut dire qu'Eric a acquis le temps social bien que cela reste compliqué à gérer pour lui, il sait se repérer dans ces rythmes. Malgré cela, les circuits d'Eric sont toujours très répétitifs et ritualisés ce qui signe ses difficultés à appréhender ces temps de manière sereine. Eric est obligé d'intégrer ces objets qui le persécutent à ses circuits bien qu'une certaine flexibilité ait pu être constatée. Il est dans l'obligation d'en passer par ce mode de contact à l'environnement comme un mode existentiel.

Il est important de noter que ces deux ans de prise en charge ont permis à Eric de se mettre au travail en tant que sujet, avec des contes, des histoires sur les animaux. C'est lui qui demande à ce que l'adulte fasse avec lui, l'aide « tu peux faire avec Eric ? ». Il va commencer à évoquer des évènements, des moments qui se passent hors de l'hôpital de jour en lien avec ses premières sorties à l'extérieur de l'institution. Il est un peu moins centré sur lui et apprend à composer avec les autres. Cela entraîne une ouverture sur les apprentissages par

la découverte de nouvelles relations à l'environnement. Eric va commencer à parler de plus en plus ce qui va être marqué par son entrée à l'école en maternelle.

V- Atelier du jeudi après-midi :

A. Présentation

Cet atelier est constitué d'un groupe de deux enfants et deux adultes : une jeune fille de 10 ans Justine, Eric, une infirmière et un psychomotricien. Il a débuté avec ces deux enfants vers septembre 2015.

Cet atelier se déroule à l'extérieur de l'hôpital de jour. Chaque jeudi, le lieu est choisi par les adultes et/ou les enfants. Parfois, pour certaines sorties, cela peut être organisé quelques semaines auparavant. Après le repas, Eric prépare le sac à dos de la journée (goûter, appareil photo…) avec le psychomotricien en attendant l'arrivée de Justine à 13h. Le départ se fait vers 13h15 et le groupe se déplace en véhicule. En milieu d'après-midi, Eric et Justine goûtent avant de revenir à l'hôpital de jour pour 16h afin qu'ils ne rentrent pas dans la structure et puissent directement monter dans leur taxi, commun la plupart du temps, qui les ramènera dans leur famille d'accueil respective. Pendant le trajet du retour, l'infirmière propose aux deux enfants d'écrire ce qu'ils ont envie de dire sur la journée qui vient de se dérouler. Il y a une notion de trace ici comme un moyen de ne pas oublier. Latour explique que cela permet un lien pour ne pas que cela n'existe plus, cela marque l'instant et favorise l'élaboration psychique. L'atelier a donc une structuration du temps avec un rituel de début et de fin où on attirera l'attention des enfants sur leur expérience propre, singulière. C'est également un temps de métaphorisation, de création de sens qui permet à Eric et Justine d'avoir le plus possible de représentation à propose de ce qu'ils vivent

B. La place d'Eric dans le groupe

Au début de mon stage en septembre, je croise Eric entre la fin du repas et son départ en atelier, n'étant pas encore invitée à y participer. Pendant ce court temps de latence où Eric va rapidement solliciter le psychomotricien pour aller préparer le sac à dos, il n'y a pas de rencontre entre nous, Eric ne semble pas s'interroger sur qui je suis ni de ma présence au sein de la structure, comme s'il ne me voyait même pas. De plus, je ne suis pas présente pendant les repas du fait de leur cadre spécifique et ritualisé.

Au bout de trois semaines de stage, au moment du départ du groupe, le psychomotricien vient me trouver pour m'inviter à l'atelier en me précisant que l'invitation vient d'Eric. Je me prépare donc à partir et je vais trouver Eric pour le remercier de cette invitation, ce à quoi il me répondra « euh ouais c'est moi qui l'ai dit » sans me regarder, il retourne ensuite très rapidement à la préparation du goûter. C'est notre première rencontre.

Le véhicule a neuf places. À l'avant, le psychomotricien est au volant et côté passager l'infirmière. Pendant les deux premières sorties, Eric se situe juste derrière le psychomotricien. Pour finir, sur la dernière rangée, je suis derrière Eric et Justine est à côté de moi sur la place du milieu. En effet Eric et Justine ne peuvent être côte à côte, ça leur est impossible surtout pour Eric qui supporte mal les interventions de Justine à son égard. Chez ces enfants peu organisés, il est important de structurer l'espace, comme ici avec chacun à sa place.

J'observe rapidement qu'Eric montre de nombreuses angoisses durant tout l'atelier et pendant sa préparation : il faut partir à l'heure, se dépêcher pour « ne pas perdre le temps » (ou ne pas prendre le temps de penser justement ?), si Justine arrive en retard cela peut entraîner une certaine excitation chez Eric avec des battements toniques. Il a souvent une idée précise des lieux où il veut aller et si nous ne faisons pas ce qu'il a décidé, ce qu'il a inscrit dans son circuit, cela amène une forte angoisse qui peut se traduire par une forte agitation motrice et/ou verbale voire des pleurs. De la même façon, il a sa place dans le véhicule et n'en

change pas : derrière le psychomotricien. Cela lui permet de vérifier la vitesse et de demander de façon très récurrente d'accélérer « sinon on va encore perdre le temps, on va pas y arriver, p***, accélère… ».

Lors de nos balades et de nos visites (parcs, exposition photos, églises, magasins de jouets, espace Darwin…) Eric se déplace très vite, ne prend pas le temps et ne porte pas spécialement attention à l'environnement. Eric a des difficultés de perception du temps, il supporte mal les temps de vide, d'attente.

C. L'appareil photo : Fige et Anime

Pendant cet atelier, Eric utilise beaucoup l'appareil photo, il prend des photos et des vidéos de l'environnement, de nous et surtout de lui-même. Il passe ensuite la plupart du temps du trajet retour à visionner tout ce qu'il a fait, en boucle, sans arrêt. Ça lui est difficile de s'arrêter, il est encore pris dans cette obligation qui le tient mais l'agite en même temps. Cela arrive dès la première rencontre que j'ai avec Eric dans cet atelier, c'est la même problématique que lorsqu'il était plus petit avec des objets pour lesquels il montre beaucoup d'intérêts.

Cet objet choisi par Eric est me paraît un outil intéressant pour sa prise en soin. En effet, cela lui permet de pouvoir prendre des temps de pause pour observer ce qui l'entoure. Cette activité devenant son médiateur pour pouvoir accepter les pauses, combler le vide, tenir son corps et être en interaction. Parallèlement arrive ce moment où il ne peut plus s'en détacher, cela devient envahissant pour lui. Une fois où on est parti plus tôt pour manger au restaurant, Eric a pris l'appareil en sortant de la gare de Bordeaux et jusqu'au moment où on mangeait. Il a fallu intervenir physiquement pour qu'il puisse le lâcher et manger.

Quand il se filme, il dit qu'il fait des « flash infos », il est pris alors dans une énumération de mots, un discours incohérent, de ce qu'il voit dehors, des affiches, magasins. Nous pouvons dire qu'Eric fait un plaquage au réel : il ne donne pas de sens ou de représentations de ce qu'il perçoit. Il peut aussi être dans une

énumération de gros mots, de mouvements. Cela arrive aussi quand Justine s'adresse à lui, lui fait une demande ou encore quand il est dans une situation qui provoque de l'angoisse.

Un jour où nous circulions entre deux magasins, il a confondu deux passants avec Justine et l'infirmière, il a commencé à parler d'une voix forte « oh mais dépêchez-vous là ça commence à me gonfler » et quand il s'est rendu compte qu'il ne s'adressait pas aux bonnes personnes, il a mis sa main devant la bouche pour sortir tous ses gros mots. Le psychomotricien verbalise, traduit cet évènement venant du corps : le fait de mettre sa main devant la bouche pour dire tout ça. Durant ces moments, je peux voir qu'il n'est pas dans un récit symbolique, il colle à ce qu'il voit, ce qu'il perçoit autour de lui.

La place du psychomotricien par sa qualité de présence et d'ajustement dans cet atelier vise à s'occuper du corps d'Eric dans ces manifestations toniques et verbales. Le psychomotricien permet aussi de faire de la relation, de l'interaction dans ces moments où il traduit, interprète et donne du sens aux évènements du corps. De plus, dans ce travail de groupe, l'ajustement est primordial pour apporter un cadre fiable, sécurisant avec une structuration spatio-temporelle qui permet la mise en place de modalités identificatoires : l'identification aux autres qui est amenée par le groupe mais aussi le vécu d'expériences singulières.

D. Nos premiers contacts

Durant les deux premières sorties, Eric fait encore comme si je n'étais pas là, il ne me regarde pas ni ne s'adresse à moi ce qui me frappe alors même que c'est lui qui m'a incluse dans cet atelier et qui, paradoxalement, ne recherche aucun contact avec moi. Parallèlement, la rencontre avec Justine est difficile à l'arrière du véhicule ce qui m'amène à passer sur la rangée d'Eric à partir de la troisième sortie. Ce trajet se passe sans échange verbal entre nous, cependant je remarque qu'Eric a changé de place. En effet je me suis assise derrière l'infirmière et Eric qui est habituellement derrière le psychomotricien vient alors se mettre au

milieu et se retrouve donc à côté de moi. J'interprète ce déplacement comme une possibilité d'entrer en relation, c'est lui qui se rapproche, il permet, me permet donc un possible contact entre nous. Il y a un aménagement de l'espace qui était « sclérosé » chez Eric pour entrer en relation ave moi.

Une fois à destination, Eric a amené des billes, qu'il me montre. Je lui demande s'il veut jouer, il accepte. Nous commençons par jouer en même temps pour voir celle qui va le plus loin. Nous sommes dans un collage, une imitation. Par la suite je m'éloigne de lui et forme un but en joignant mes mains, cela se fait sans adresse verbale et Eric va de lui-même mettre un sens à mon action et tirer dans le but. Il fera la même chose pour que je joue à mon tour. Nous recommencerons l'opération plusieurs fois puis nous continuerons la ballade tous les cinq. A partir de là, Eric va pouvoir croiser mon regard et nous aurons quelques échanges verbaux jusqu'à la fin de la sortie.

Au fil des sorties, je garde ma place à côté d'Eric dans le véhicule. Il va donc m'inclure dans son circuit au moment où il regarde les photos et les vidéos qu'il a prises. En effet il partage ce moment avec moi sans le verbaliser, il se rapproche de moi en se mettant de côté pour que l'appareil soit dirigé vers moi. Je commente les photos et les vidéos, verbalise ce qu'il peut faire quand il se filme, s'agite et dit beaucoup de gros mots. Une autre fois, sans me regarder, il pose sa main sur ma cuisse, je lui serre la main en ponctuant d'un « bonjour Eric », il me regarde, sourit et extrait sa main. Les échanges entre nous se font surtout sur un canal non verbal : les billes, les photos, parfois un livre, etc. Les premiers liens entre nous sont établis et je cherche alors à les maintenir, les rendre fiables, contenants et structurants pour Eric et ainsi m'intégrer dans sa prise en soin et trouver ma place de « psychomotricienne ».

VI- Groupe du « haut » :

J'intègre ce groupe plus tard dans l'année. Je vois donc Eric une demi-journée en plus, cette fois-ci à l'intérieur de l'hôpital de jour, dans son groupe avec le psychomotricien, une autre infirmière et d'autres enfants de 9h30 à 12h.

Quand Eric arrive le matin à l'hôpital de jour, il va rapidement au temps d'accueil, il mange des gâteaux. Il est parfois nécessaire de l'interrompre car il ne peut s'arrêter de manger tous les gâteaux qu'il aime présents dans la panière.

Il rejoint ensuite très vite son groupe et sollicite le psychomotricien ou un autre adulte. Il demande souvent de reprendre l'appareil photo pour regarder les photos de la veille, les trier mais très vite il n'arrive plus à s'en défaire, il est pris dans une agitation.

A. La force du Jeu

En lien avec les sorties du jeudi après-midi, nous cherchons un moyen d'utiliser de façon cohérente et bénéfique l'appareil photo qui est un objet de choix comme médiateur pour travailler sur le corps, le temps, l'espace, la relation et la communication.

L'idée va naître d'une sortie cinéma que nous avons faite un jeudi. Nous sommes allés voir le dernier Star Wars. Après cela Eric a montré beaucoup d'intérêt pour cette fiction.

A partir de là, débute un travail qui peut être fait avec l'appareil photo et les legos (Star Wars). Il montre à Eric un GIF animé[17] fait avec des legos Star Wars.

Nous allons alors commencer par construire le décor avec des plaques de legos et des feuilles pour poser le cadre de la scène. Ce cadre définit le cadre de

[17] GIF animé : Graphics Interchange Format, petite animation obtenue par succession de plusieurs images, le tout contenu dans un seul fichier

la séance. Selon Latour, ce cadre est primordial pour construire un espace corporel et une possibilité de mentaliser ces expériences du corps. Ensuite, Eric apprend à positionner l'appareil pour qu'il ne bouge pas afin que l'histoire se suive correctement quand les photos défilent. Au départ, c'est surtout le psychomotricien qui déplace les personnages et Eric prend les photos car il n'a pas encore bien intégré la structure temporelle de l'histoire en fonction du nombre de photos. Il a du mal à prendre le temps pour déplacer les legos et comprendre qu'il faut aller très lentement pour que le GIF fonctionne. Il réussit alors pendant quelques séances à se contenter de prendre les photos et faire les dialogues.

Au fur et à mesure des séances, nous diversifions les modalités. Pour travailler sur le temps de l'histoire, qui parallèlement est son temps à lui dans cette activité, Eric doit décomposer l'action : un mot par photo. Cela permet d'étaler, de différer encore plus le temps en faisant des scènes plus longues pour une séance et de s'arrêter à la fin de celle-ci pour reprendre à la prochaine séance. La fin de la scène marque la fin de la séance et donc l'arrêt du jeu avec l'appareil. Cela permet à Eric de s'en décoller et de ne pas passer la matinée avec.

Au fur et à mesure des séances, Eric va pouvoir commencer à déplacer lui-même les personnages et enrichir les scènes avec des vaisseaux construits en legos et d'autres matériaux (coton par exemple).

B. Axes de travail en psychomotricité

L'approche psychomotrice ici est de s'occuper du corps au travers des personnages legos qui « prennent le temps » de se déplacer, ce qui permet alors à Eric de se contenir, et de lui aussi prendre le temps sans s'agiter corporellement. Au travers de cette activité peut s'opérer une différenciation entre l'objet et le corps d'Eric et donc amener une équivalence moi/corps. Cela entraîne alors un autre axe de travail dans ces séances : investir une réalité partagée, commune. C'est-à-dire investir quelque chose de l'objet, apprendre à jouer vraiment, investir l'autre dans le jeu, dans les apprentissages. Il s'agit d'apprendre

à faire des jeux de travail (construire des significations, des récits) et non pas d'être dans une adhésivité.

Je suis présente durant ces séances. Au départ je n'interviens pas dans le travail puis je questionne Eric sur ses idées pour la suite de l'histoire. Depuis quelques séances, je suis seule avec Eric. Je signifie à Eric qu'il devra me guider : « On peut faire ça ensemble mais je ne m'y connais pas trop en legos alors il va falloir que tu m'apprennes ».

Au départ, Eric ne me laisse pas trop déplacer les legos, il fait beaucoup seul et j'observe alors que l'histoire va trop vite, il s'agite, ne prend pas le temps et il est pris dans son activité ce qui empêche la création d'un récit cohérent et l'interaction entre nous.

J'interviens et verbalise ce qu'il se passe : « On va trop vite là, l'histoire ne va pas fonctionner si on lui bouge les bras comme ça il faut qu'on prenne plus de temps, plus de photos » et je commence à manipuler les legos avec lui, il va même jusqu'à me laisser faire en me demandant bien si je les ai tous bien bougés pour la photo suivante. A la fin de la scène, je dis à Eric que nous pouvons nous arrêter là car nous avons bien travaillé pour aujourd'hui.

Nous allons ensemble voir les autres groupes pour partager le travail effectué. Au retour dans le groupe, Eric se pose et se remet à regarder en boucle l'histoire puis commence à se filmer avec un autre enfant et à s'agiter. Je fais alors état de ce que je vois « l'appareil vous embête, je peux m'en occuper ». Eric me regarde, éteint l'appareil photo et me le donne. Le fait de commenter, de raconter ce qui est en train de se passer pour lui avec une adresse indirecte mais en lui montrant que je suis présente et disponible, me permet à la fois de ne pas être persécutante et de lui permettre de s'apercevoir par lui-même, d'être dans une élaboration psychique.

VII- Conclusion :

Je continue la prise en charge avec Eric à l'hôpital de jour. Aujourd'hui, Eric a beaucoup avancé dans la relation et la communication au sein de l'hôpital de jour en fonction de son âge, de ses problématiques, de son niveau de développement et de la thérapie.

Les sorties sont pour lui une suite logique dans la prise en soin. En effet, il n'est pas rare que les intégrations faites au sein de l'institution se perdent au dehors avec le cadre qui change. Ces sorties lui permettent de travailler sur ces intégrations, de se confronter aux relations extérieures, aux personnes et aux environnements inconnus. Il travaille aussi sur l'autonomisation.

Aujourd'hui, le travail avec Eric reste difficile, c'est une prise en charge à long terme au vu de ses difficultés persistantes dans sa communication orale et non verbale et donc dans ses interactions sociales. Eric a besoin d'être accompagné pour poursuivre tout ce qui est de l'ordre de la structuration du corps (schéma corporel et image du corps), du temps et de l'espace. Il doit aussi inscrire dans le temps les expériences d'intégration psychique et de mentalisation par la mise en sens qu'il a débuté. Il commence à entrer dans des équations symboliques par l'utilisation de différents objets sans être dans une adhésivité pathologique.

La prise en charge d'Eric va se poursuivre et il sera bientôt pris en charge dans un hôpital de jour pour adolescents.

« Pris dans la difficulté d'appréhender tant son corps propre que le monde extérieur […] l'enfant s'appuie alors sur l'utilisation d'un nombre de mécanismes certes restreint mais d'une efficacité redoutable, qui débouchent entre autres sur un empêchement pour la pensée de se déployer et de croitre ainsi que sur d'énormes difficultés à assurer le lien avec les objets extérieurs»[18].

[18] Boutinaud J «Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles », p.123

L'enfant autiste dit Houzel « est très sensible, trop sensible au désir et à l'attente d'autrui, mais cette attente est pour lui source d'angoisse »[19]. Boutinaud explique que c'est la fonction de pare-excitation qui parait défaillante, ces enfants n'ont pas la possibilité de supporter et de donner du sens a ces expériences émotionnelles.

Dans l'autisme, nous avons décrit l'entrave dans les capacités de jeu. Par rapport au jeu, Winnicott distingue le « game » du « play ». Le premier renvoie à des jeux structurés avec un certain nombre de règles. Le « play » introduit le jeu imaginaire, la construction spontanée de scénarios imaginaires avec comme support des personnages par exemples des marionnettes. On peut alors proposer un temps d'échange autour de ces jouets pour envisager comment l'enfant arrive à les manipuler et les investir.

[19] Boutinaud J « Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles », p.128

Conclusion générale

« Les troubles comportementaux de l'enfant restent certes le théâtre d'une impossibilité chronique à rentrer en contact avec les objets extérieurs mais peuvent aussi malgré tout constituer le lieu où viennent à surgir des tentatives d'établissement de lien plus ou moins abouties et avortées »[20].

Mon expérience en pédopsychiatrie m'a amenée à rencontrer des enfants et des adolescents en souffrance corporel et psychique, repliés sur eux-mêmes. Entrer dans l'univers singulier de l'autisme c'est se confronter à la difficulté même de décrire ces rencontres.

La pathologie représentée au mieux sous la forme de l'isolement autistique nous renvoie à une barrière qui paraît infranchissable, une impossibilité de communiquer et d'être en relation. Pourtant, la réalité clinique porte à croire que l'enfant autiste, dans ses manifestations et ses expériences, laisse un espace, aussi infime soit-il parfois, pour l'autre, comme le décrit Boutinaud. C'est au travers de ces premiers ressentis que j'ai porté ma réflexion tout au long de cet écrit.

L'autisme, dans sa description, touche le sujet dans sa globalité. « Qui laisse une trace, laisse une plaie ». Cette phrase d'Henri Michaux prend son sens dans ma réflexion sur les rencontres que j'ai faites en hôpital de jour. Dans ses tentatives d'être sujet et de s'inscrire dans le monde (laisser une trace), le patient autiste peut être traversé d'angoisses, de crises et de comportements singuliers (stéréotypies, auto agressivité par exemple). Il n'a pas la capacité de supporter et de donner du sens à ses expériences émotionnelles. Il utilise ces mécanismes de défense pour ne pas avoir à faire face à une position qui le placerait en tant que sujet. Être en relation, c'est pouvoir se séparer de quelque chose (laisser une plaie, une marque). En disant quelque chose de soi, on s'en sépare. Pour cela, il

[20] Boutinaud J «Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles », p.124

faut d'abord avoir un ancrage corporel au monde, un corps à soi, approprié, différencié et habité.

Or, les enfants autistes sont pris dans une difficulté à appréhender leur corps autant que le monde extérieur. Ils ne sont pas armés en termes de représentation et de symbolisation. Pour beaucoup, leurs émotions et leurs réactions sont bloquées à un stade d'éprouvés somatiques, corporel. Le vécu corporel est archaïque, non mentalisé.

De ce fait, la relation à soi, aux autres et à l'environnement est entravée.

La thérapie psychomotrice offre un espace de relation qui contient les vécus corporels archaïques où l'on espère qu'ils prendront sens pour l'enfant. Cette pathologie n'a pas un but rééducatif. Elle vise à « un mieux être », à accompagner l'enfant pour qu'il puisse habiter son corps et se l'approprier.

Dans ce sens, le travail de lien et de mise en relation dans l'approche psychomotrice est central dans la prise en soin des patients présentant un TSA, il permet de favoriser les expériences de rencontre sur des modalités plus apaisées.

La psychomotricité s'intéresse au corps, au corps en relation. La lecture du corps de l'autre permettant alors de s'ajuster pendant la rencontre mais aussi de la mettre au travail.

Le cadre institutionnel m'a permis d'affiner mon regard clinique sur l'autisme et ses manifestations. En ressort alors l'importance de l'approche corporelle menée par la psychomotricité qui prend en charge le corps de l'autiste. Le psychomotricien tel qu'il se définit à des qualités propres à sa fonction : être présent, contenant pour soutenir les expériences dans et par une mise en lien afin d'apporter une possibilité d'ancrage au monde.

Le travail en équipe à l'hôpital de jour auquel j'ai pu participer, souligne l'importance d''être à plusieurs avec ces enfants. Il offre une richesse clinique au vue des différentes professions qui y sont représentées. Cela permet d'avoir une

vision globale du patient, dans ses capacités et ses difficultés, et ainsi de mieux orienter la prise en soin.

Enfin, il me semble important de souligner qu'il faut continuer à être en perpétuel questionnement car rappelons-nous que la clinique de l'autisme nous confronte sans cesse à des solutions singulières, bien que toujours enseignantes.

Dans la relation avec le sujet autiste, c'est lui qui détient le savoir et qui nous le livre au travers de son corps, de ses expériences, de son vécu dans le lien avec le thérapeute.

BIBLIOGRAPHIE

BAIO V.
« La richesse d'une pratique à plusieurs », Feuillets du courtil N°14

BULLINGER A.
« Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement » Contraste N°25, p.125-139

BULLINGER A.
« A propos du développement psychomoteur » sur www.sciencedirect.com

BULLINGER A.
« Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars » Eres, 2013

BULLINGER A.
« Les représentations de l'organisme dans l'autisme, perspective développementale », La revue lacanienne N°14, p.173-177

BOUTINAUD J.
« Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles » In Press, 2013

CARBONNIER M.
« Histoire d'Hommes, Histoires de Schizophrènes, l'identité psychomotrice au service d'une identité pathologique », Juin 2015

CLUZEAU P.
« Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique », Juin 2014

DELION P.
« Le museau, l'autiste et la tétine », Spirale N°23, p.69-76

DELION P. et GOLSE B.
« Autisme : état des lieux et horizons » Eres, 2013

DOLTO F.
« Tout est langage » Gallimard, 2002

GROLLIER M.
« Le corps de l'autiste » Bulletin de psychologie N°529, p.11-22

KANNER L.
« Langage idiosyncrasique et métaphorique dans l'autisme infantile précoce », in Bernard Touati et al., PUF « le fil rouge », 2007, p.341-349

LACADEE P.
« Le Maître aveugle et la loi accueillante », texte étudié en réunion à l'hôpital de jour

LALAGUE A.
« Imiter l'autre pour devenir soi. L'imitation comme support de l'identité. Son apport dans la pratique psychomotrice », Juin 2014

LATOUR A.M.
« La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques » Eres, 2014

MARTINEZ C.
« Une démarche psychomotrice de soin auprès de jeunes enfants autistes, la relation thérapeutique à travers des médiations sensorielles », Juin 2015

NASIO J.D.
« Cinq leçons sur la théorie de Jacques Lacan » Payot, 2001

PERRIN M. et al.
« Affinity therapy Nouvelles recherches sur l'autisme » Presses Universitaire de Rennes, 2015

PIREYRE E.W.
« Cas pratiques en psychomotricité » Dunod, 2015

POTEL C.
« Etre psychomotricien » Eres, 2013

POTIER C. et al.
« Bouche robotique versus bouche humaine : un dispositif d'étude de l'imitation néonatale » Enfance, Volume 54, p.409-413

SOURCE INTERNET
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_argumentaire.pdf

TREVARTHEN C.
« Autisme et langage », in Bernard Touati et al., PUF « le fil rouge », 2007, p.217-237

TUSTIN F.
« Les états autistiques chez l'enfant » Seuil, 2003

VINOT F. et VIVES J.M.
« Les médiations thérapeutiques par l'art » Eres, 2014

WINNICOTT D.W.
« L'enfant, la psyché et le corps » Payot, 2013

Glossaire

Accommodation : Action du milieu sur l'organisme qui conduit les schèmes d'assimilation à s'adapter aux structures des objets. L'enfant accommode son propre fonctionnement à la réalité extérieure.

Assimilation : Elle consiste à incorporer des objets dans les schèmes de l'activité propre. L'enfant adapte le réel à son propre fonctionnement.

Divided Line : Ligne établie par Bergeret qui fractionne les différentes strutures de personnalité en fonction des stades de l'évolution libidinale.

Hypothético déductive : Se dit d'un raisonnement dans lequel les principes adoptés sont considérés, les uns comme vrais et assurés, les autres comme purement hypothétiques et devant être vérifiés à partir des premiers ou en fonction d'eux.

Intermodal : Qui met en jeu plusieurs moyens.

Iodiosyncrasique : Relatif à l'idiosyncrasie qui est une manière d'être particulière à chaque individu qui l'amène à avoir tel type de réaction, de comportement qui lui est propre.

Syncrétisme : Système archaïque de pensée et de perception, consistant en une perception globale et confuse de différents éléments.

Transmodal : Se dit de la perception de qualités différentes d'un objet ou d'un évènement qui s'effectue par la conjonction de plusieurs modalités sensorielles.

Table des matières

REMERCIEMENTS 1

SOMMAIRE 2

AVANT-PROPOS 3

INTRODUCTION 4

PARTIE 1 : LA RELATION DANS LE DEVELOPPEMENT 6

I- LES PREMICES DE LA RELATION PAR LA SENSORIALITE 7

A. Le tact 7
B. L'olfaction et le goût 8
C. L'audition 9
D. La vision 9

II- L'IMPORTANCE DU LIEN MERE-ENFANT 10

A. L'attachement 10
B. Holding-Handling 12
C. La boucle de retour 13
D. L'oralité 13
E. Le développement sensori-moteur 14
1. L'espace utérin 15
2. L'espace oral 15
3. L'équilibre du buste 15
4. La maîtrise du torse 15
5. La maîtrise du corps 16
F. Le dialogue tonique et le dialogue tonico-émotionnel 16
G. L'imitation 17
H. L'enveloppe psychique, le Moi-peau 17
I. L'accrochage affectif 18

III- LES DIFFERENTES ETAPES DE LA RELATION 18

A. Développement psychomoteur-Développement de la personnalité 18
1. Les stades impulsif et émotionnel 19
2. Le stade sensori-moteur et projectif 19
3. Le stade du personnalisme 19
4. Le stade catégoriel 19
5. Le stade de l'adolescence 20
B. Le stade du miroir 20
C. Le développement cognitif 21
1. Le stade sensori-moteur 21
2. Le stade de la pensée pré-opératoire 21
3. Le stade des opérations concrètes 21
4. Le stade des opérations formelles 22

PARTIE 2 : ETAT DES LIEUX SUR L'AUTISME 23

I- HISTOIRE 24

A. Eugène Bleuler, psychiatre suisse (1857-1939) 24
B. Léo Kanner, psychiatre (1894-1981) 24
C. Hans Asperger, pédiatre autrichien (1906-1980) 25
D. Le modèle neuroscientifique 25
E. Les hypothèses scientifiques 26
F. Classifications internationales 26

II- TRIADE DE L'AUTISME INFANTILE OU DE TYPE KANNER 27

A. Trouble des interactions sociales 27
B. Trouble de la communication 27
C. Trouble des comportements et des activités 27

III- DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR 28

A. La tenue de la tête 28
B. Le rassemblement des hémicorps 28
C. L'acquisition de la position assise 29
D. L'intégration et la sphinctérisation du bas du corps 29
E. L'acquisition du schéma corporel et de l'image du corps 30
F. Le tonus et la posture 30
G. L'acquisition de l'espace et du temps 30

IV- REFLEXIONS CLINIQUES 30

PARTIE 3 : LA RELATION THERAPEUTIQUE EN PSYCHOMOTRICITE 34

I- NAISSANCE – RENCONTRE 35

A. Entretien et bilans psychomoteurs 35
B. Rencontre informelle 37

II- LE CADRE 37

A. Le cadre physique 37
B. Le cadre psychique 38

III- SES OBJECTIFS 39

IV- RÔLE DU PSYCHOMOTRICIEN 40

A. Rééducateur et thérapeute 40
B. Ajustement 41
C. Le corps en jeu 42

V- L'AIRE TRANSITIONNELLE 44

VI- LES MEDIATIONS CORPORELLES 45

PARTIE 4 : PRISE EN SOIN DES PATIENTS AUTISTES EN HOPITAL DE JOUR 46

I- SAVOIR ETRE 47

II- LE CADRE DE L'INSTITUTION 48

A. Présentation du fonctionnement institutionnel 48
B. Un cadre fait d'exceptions 49
C. Aménagement du cadre 50
D. Rituels 50

III- UNE PLACE POUR LA RELATION 51

A. Psychomotriciens et patients 51
B. Pluridisciplinarité 53
C. Affinity therapy 54
D. Le groupe 55

IV- L'UTILISATION DE L'EAU COMME MEDIATION CORPORELLE 57

PARTIE 5 : RENCONTRE AVEC ERIC 58

I- INTRODUCTION 58

II- ANAMNESE 58

III- ELEMENTS DU DOSSIER 59

IV- PARCOURS DE SOINS 60

A. Le lien à son corps 60

B. L'environnement 60
C. Projet de soin 61
D. « Tu peux faire avec Eric ? » 61
E. Synthèse 63

V- ATELIER DU JEUDI APRES-MIDI 64

A. Présentation 64
B. La place d'Eric dans le groupe 65
C. L'appareil photo : Fige et Anime 66
D. Nos premiers contacts 67

VI- GROUPE DU « HAUT » 69

A. La force du jeu 69
B. Axes de travail en psychomotricité 70

VII- CONCLUSION 72

CONCLUSION GENERALE 74

BIBLIOGRAPHIE 77

GLOSSAIRE 80

TABLE DES MATIERES 81