



HAL
open science

Intérêts de l'imitation dans la prise en charge psychomotrice auprès d'enfants autistes

Mélanie Locardel

► **To cite this version:**

Mélanie Locardel. Intérêts de l'imitation dans la prise en charge psychomotrice auprès d'enfants autistes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562118

HAL Id: dumas-01562118

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562118>

Submitted on 13 Jul 2017

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

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

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**Intérêts de l'imitation dans la prise en
charge psychomotrice auprès d'enfants
autistes**

LOCARDEL Mélanie

Née le 22 décembre 1995 à Pau (64)

Directeur de mémoire : M. DUBASCOUX Michel

Juin 2017

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la rédaction de ce mémoire ainsi que l'ensemble des structures qui m'ont accueillie au cours de ces nombreux stages.

En tout premier lieu, je tiens à remercier Michel Dubascoux, maître de stage émérite durant ma deuxième année de formation et maître de mémoire. Il a su me guider et me rassurer tout au long de mon cursus ainsi que dans ma réflexion autour de la prise en soin d'enfants autistes. Sa grande disponibilité, sa finesse de pensée, sa vision globale de la psychomotricité et ses connaissances variées m'ont permis d'élaborer ma propre pratique psychomotrice.

Je remercie également Anne Pradier pour nos entretiens hebdomadaires autour de ma pratique de stagiaire ainsi que pour ses conseils avisés concernant mes nombreux questionnements.

Je remercie Maïté Pibouret, maître de stage au cours de cette troisième année, pour l'autonomie, les encouragements et la confiance qu'elle a su m'accorder tout au long de cette année.

Je tiens à remercier les enfants et adolescents que j'ai pu rencontrer lors de ces nombreux stages qui m'ont conforté dans mon choix de vie. Merci également à l'ensemble des équipes pluridisciplinaires qui ont su m'accorder de leur temps, m'écouter et qui ont enrichi mes réflexions.

Enfin un grand merci à toute ma famille notamment à mes parents pour leur écoute, leur disponibilité, leur patience et leurs relectures tardives. Merci de m'avoir épaulée durant tout mon parcours d'étudiante. Merci également à mes collègues de réflexion, notamment à Ophélie, mon binôme de travail pour son oreille attentive. Enfin, merci à Guillaume, pour son soutien sans faille tout au long de cette aventure.

Merci à tous de m'avoir fait grandir.

SOMMAIRE

Avant-propos	4
Introduction.....	5
Chapitre 1 : L'imitation, un acteur du développement de l'enfant.....	7
A. L'imitation, un processus complexe à définir	7
B. Histoire	8
C. Développement de l'imitation au cours des âges	16
D. Les formes et fonctions de l'imitation	19
E. La boîte à outils de l'imitation	21
Chapitre 2 : Quand l'imitation fait défaut : la question de l'autisme infantile	23
A. L'autisme.....	23
B. Le sujet avec autisme	34
Chapitre 3 : L'imitation dans la prise en charge psychomotrice d'enfants autistes.....	48
A. Le psychomotricien : le spécialiste de l'imitation.....	48
B. Tonus, imitation et autisme.....	54
C. Quand l'imitation participe à la structuration psychocorporelle de l'enfant autiste	59
Chapitre 4 : Approche psychomotrice autour de l'imitation avec un enfant autiste	66
A. L'hôpital de jour.....	66
B. Quand l'imitation participe au passage des sensations à la représentation : le cas de Thomas	68
C. Les limites de l'imitation	83
Conclusion	85
Bibliographie.....	87
Glossaire	90
Table des matières	91

Avant-propos

Afin que vous compreniez pourquoi j'ai choisi de m'intéresser à l'autisme dans le cadre de mon mémoire, il m'a paru important de vous faire partager une expérience que j'ai vécue lors de ma première année d'étude. Cette expérience s'est déroulée au cours d'un voyage de solidarité internationale en Roumanie auprès d'enfants. Ma rencontre avec Antonio, un garçon de 10 ans, m'a notamment beaucoup marquée et a éveillé de nombreuses interrogations en moi.

Lorsque je rencontre Antonio, je perçois un enfant immobile, figé en « position W ». Il ne parle pas et se déplace la plupart du temps en se tirant avec les bras alors qu'il maintient la position assise sur les genoux. Antonio présente un regard vide qui me traverse sans me voir. Il reste dans une grande solitude et se place souvent de dos à moi. Il attrape des objets, les apporte à sa bouche puis les envoie de côté, ne montrant que peu d'intérêts pour eux aussi. Par contre, Antonio est attiré par le soleil qu'il contemple pendant de longues secondes. Lorsque cette source lumineuse disparaît, il entre dans une grande agitation. Il frappe le sol avec ses mains et se balance d'avant en arrière. Par moment, sans que je puisse m'expliquer pourquoi, il se jette sur moi, se love contre mon torse et retrouve un semblant de calme lorsque je le contiens avec tout mon corps.

Face à cette situation, je suis restée longtemps perplexe et désespérée. Antonio ne semblait se saisir d'aucune de mes propositions. L'absence d'interactions classiques me renvoyait à un vide difficilement supportable et je ne savais comment rentrer dans son monde. Comment arriver à communiquer et à partager une expérience avec Antonio ? Que vivait-il ? Qu'aurais-je pu mettre en place pour susciter l'envie d'être en relation ? Comment « l'apaiser quand il s'éparpillait » ?

J'ai alors ressenti le besoin de comprendre cette situation. Mon but n'est pas l'accès au diagnostic des symptômes d'Antonio d'autant plus qu'un syndrome d'hospitalisme aurait aussi pu être envisagé au vu du tableau clinique et du fait que j'intervenais dans un orphelinat. Pour autant, j'ai pu retrouver ce même sentiment d'étrangeté face à des comportements similaires d'enfants autistes rencontrés en stage, m'amenant à approfondir ma réflexion amorcée par la rencontre d'Antonio.

Introduction

Suite à cette expérience, il m'a paru évident d'approfondir ma réflexion afin de mieux comprendre le fonctionnement des enfants porteurs d'autisme. N'étant pas encadrée par un psychomotricien pendant ce voyage, j'ai voulu rechercher quelle place ce dernier pouvait avoir dans la prise en charge de ce handicap, l'autisme étant considéré comme un handicap par la Haute Autorité de Santé.

Dans cette optique, j'ai décidé de consacrer mes stages de troisième année à l'abord de la psychomotricité auprès d'enfants diagnostiqués autistes. L'Organisation Mondiale de la Santé décrit les Troubles du Spectre Autistique comme « un ensemble d'affections caractérisées par un certain degré d'altération du comportement social, de la communication et du langage et par la modicité des centres d'intérêts et des activités, qui sont spécifiques à la personne et répétitifs » (31). Afin de rencontrer cette population, j'effectue mes stages dans un hôpital de jour pour enfants de 3 à 13 ans ainsi que dans un Centre Médico Psychologique Enfants et Adolescents (CMPEA). Je découvre alors la pratique psychomotrice auprès d'enfants autistes au cours de séances en relation duelle.

Pendant ces séances, j'ai pu observer des phénomènes d'imitation entre le psychomotricien et l'enfant. Le psychomotricien en imitant l'enfant semble favoriser un moment de partage, une esquisse de relation. Lorsque l'enfant vient spontanément ou non reproduire par imitation une action ou un mouvement du psychomotricien, ce dernier et l'enfant deviennent alors partenaires. Ils semblent se considérer l'un l'autre, à un moment précis et dans un espace commun. Comme décrit par Jacqueline Nadel dans son article Imitation et Autisme (26), l'imitation permettrait alors de communiquer sans mots.

Une réflexion me semble alors pertinente sur la place de l'imitation dans l'accompagnement des enfants autistes. Ne pourrait-elle pas être le support d'une relation pour ces enfants ayant des difficultés d'accès aux interactions ? Le passage par une imitation corporelle tout d'abord, ne pourrait-il pas participer à la construction du sujet ? Le psychomotricien pourrait-il trouver un intérêt à imiter les postures d'un enfant autiste ?

Se constitue alors la question à laquelle je vais tenter de répondre tout au long de mon mémoire : **Quel est l'intérêt de l'imitation dans la prise en charge psychomotrice d'un enfant autiste ?**

Me viennent alors d'autres questions. A quel moment peut-on parler d'imitation ? Quel est l'intérêt d'imiter ou d'être imité par ou pour un enfant porteur d'autisme ? Que met-en jeu l'imitation au niveau psychocorporel ? Pourquoi le psychomotricien serait-il plus sensible à ce support qu'un autre professionnel ? Je poserai comme hypothèse que le jeu d'imitation mis en place entre le psychomotricien et l'enfant autiste participerait à la structuration psychocorporelle de l'enfant autiste notamment grâce à l'engagement corporel qu'implique l'imitation.

Je vais m'intéresser, tout d'abord, au rôle de l'imitation dans le développement de l'enfant. Pour cela, je m'appuierai sur les découvertes contemporaines et sur les auteurs qui ont participé à l'élaboration d'une définition de l'imitation. L'imitation n'étant pas un phénomène unitaire, elle est sous-tendue par plusieurs mécanismes qui évoluent au cours des âges. Je décrirai donc son rôle au cours des différentes périodes de développement ainsi que ses fonctions. Enfin, je parlerai des mécanismes cérébraux qui sous-tendent les conduites imitatives.

Dans une deuxième partie, j'aborderai la question de l'autisme dans lequel la fonction de l'imitation serait déficitaire. Il me semble important de développer les connaissances accumulées au cours du temps afin de mieux comprendre la pratique psychomotrice qui découle de ces particularités de fonctionnement. Pour cela je développerai les notions d'étiologies, de particularités sensorielles et perceptives. J'aborderai enfin les méthodes d'intervention déjà mises en place et qui se basent sur l'imitation pour permettre l'accès à des interactions sociales pour ces enfants.

Dans ma dernière partie, j'aborderai le rôle du psychomotricien auprès de ces enfants. Je m'arrêterai tout d'abord sur l'omniprésence de l'imitation lors de séance de psychomotricité notamment possible grâce à l'implication psychocorporelle spécifique du psychomotricien. Enfin, je décrirais comment l'imitation vient mobiliser des piliers de la psychomotricité et participe à la mise en place d'une thérapie de la présence nécessaire à la prise en charge d'enfants autistes. Pour étayer mon propos, j'exposerais le cas de Thomas, enfant que j'ai rencontré à l'hôpital de jour.

Chapitre 1 : L'imitation, un acteur du développement de l'enfant

A. L'imitation, un processus complexe à définir

Selon le Larousse, l'imitation est « la reproduction d'une mimique, d'un geste, d'une posture, d'une situation vécue ». Jean-Claude Carric, dans le Lexique du psychomotricien, la définit comme la reproduction consciente ou inconsciente d'un modèle ou d'un phénomène quelconque.

L'imitation se retrouve dans différents domaines touchant aussi bien la culture, la biologie, l'anthropologie, celle-ci étant présente chez tous les êtres vivants. Différentes définitions et rôles lui sont attribués en fonction des domaines de compétences de chacun. Selon Nélia Dias (5), les processus d'imitation impliquent des compétences cognitives et s'inscrivent dans des contextes sociaux et culturels déterminés. Le biologiste Charles Darwin (5) considère que l'imitation peut servir de moyen d'apprentissage dans les espèces animales et de moyen d'adaptation chez les humains. Elle participe donc à la sélection naturelle. Pour Walter Baldwin (5), anthropologue, elle est un mécanisme d'adaptation individuelle et joue un rôle central dans l'évolution biologique. Ainsi de nombreux parallèles ont pu être faits entre le développement de l'imitation chez l'enfant et chez l'animal. Pour ma part, je m'intéresserai au rôle à la fois social, cognitif et affectif de l'imitation dans le développement de l'enfant.

Selon Nadel (24), l'imitation est un phénomène qui prend des formes multiples et qui, en fonction, est plus ou moins exigeant en capacités. En effet, l'imitation peut être simple, complexe, spontanée, différée, consciente ou non, intentionnelle... De nombreux qualificatifs peuvent lui être attribués, rendant difficile la réalisation d'une définition universelle. Afin de mieux cerner cette notion, il me semble important de m'appuyer sur différents courants de pensée qui ont participé à la conception de la psychomotricité et m'ont permis d'affiner ma réflexion autour du rôle et de la place faite à l'imitation lors des séances de psychomotricité.

B. Histoire

L'imitation a pris une grande place dans le développement de l'enfant au cours des âges. Pour autant, elle n'a pas toujours été considérée de la même façon. Platon définissait l'imitation comme dangereuse car, selon lui, elle ne permet pas la créativité et trouble la perception de l'autre dans sa qualité d'être unique. Cette pensée a bien évolué depuis. Il me semble important de décrire les rôles que des théoriciens du développement ont pu attribuer à l'imitation afin de comprendre les fonctions qui lui sont incombées de nos jours. Jean Piaget et Henri Wallon, grands auteurs francophones, se sont accordés pour dire que l'imitation différée est la forme de reproduction méritant le nom d'imitation. Ils vont ainsi opposer une forme d'imitation réflexe et une forme intentionnelle. Ils différencieraient donc l'imitation des comportements plus précoces des nouveau-nés.

1. La théorie de Piaget : quand l'intelligence se lie à l'imitation

En 1945, Jean Piaget décrit le développement de l'enfant et y inclut la description du développement de l'imitation. Il fait alors un parallèle entre l'évolution de l'intelligence sensori-motrice, qu'il décrit en six stades, et le développement de l'imitation qu'il découpe également en six stades. L'imitation serait le processus assurant la transition entre l'intelligence sensori-motrice et la représentation imagée qu'il définit comme une imitation intériorisée. Il définit même l'imitation préverbale comme une des manifestations de l'intelligence de l'enfant.

Pour lui, l'imitation n'implique pas, dès le début, la représentation du modèle qu'elle reproduit. Ce modèle est tout d'abord simplement perçu. L'imitation « n'a rien d'automatique » (14), elle est intentionnelle et issue d'un apprentissage. En effet, Piaget considère que l'intelligence se construit notamment par l'action. C'est grâce à l'assimilation*, à l'accommodation* et à l'imitation que l'enfant apprend. Il définit d'ailleurs l'imitation comme un prolongement de l'accommodation.

Dans le premier stade de l'imitation, appelé la préparation réflexe, Piaget exclut toute conduite imitative. Pour autant, des mécanismes réflexes sont observables et se déclenchent par la présence d'un stimulus externe. Ces mécanismes n'engendrent pas d'imitation, mais des processus impliqués dans leur fonctionnement viennent préparer son apparition dans les stades suivants. C'est notamment la répétition de ces réflexes qui participera à la naissance de l'imitation.

Il décrit ensuite le stade de l'imitation sporadique. Dans ce stade, les mécanismes précédents viennent s'enrichir de gestes nouveaux, ils évoluent. Etant assimilés, ils viennent s'accommoder, petit à petit, de ces éléments nouveaux permettant l'apparition de l'imitation. Piaget parle alors de « réactions circulaires ». Elles peuvent être définies comme la répétition d'un mouvement de type réflexe à la base qui vient apporter une sensation agréable à l'enfant de façon hasardeuse. Cette sensation va amener l'enfant à répéter ce mouvement. Il entre alors dans une réaction circulaire, ce dès le 2^{ème} mois.

Le troisième stade correspond à l'imitation systématique des sons et des mouvements déjà connus par l'enfant. A ce stade, l'enfant ne peut imiter que des mouvements qui touchent les parties visibles de son corps propre.

Les quatrième et cinquième stades, vers 8-9 mois, sont marqués par l'apparition d'imitation des mouvements non visibles sur le corps propre et des mouvements nouveaux. L'imitation immédiate, soit la réalisation de mouvement en même temps que le modèle, est à son apogée. L'imitation différée que Piaget nomme imitation représentative, apparaît au cours du sixième stade, entre 18 et 24 mois. C'est à ce moment qu'apparaissent les premières reproductions du modèle sans qu'il soit nécessairement présent.

Ainsi pour Piaget, l'imitation se développe par étape en rapport avec le développement de l'intelligence sensori-motrice et le développement moteur de l'enfant. Elle fait l'objet d'un apprentissage. Son approche de l'imitation rejoint celle de Wallon dans le sens où le point culminant de l'imitation se joue dans l'imitation représentative. Pour ces deux auteurs, on ne peut parler d'imitation néonatale mais il existe bel et bien un stade qui prépare son apparition. Il me semble important de décrire par la suite, la pensée de Wallon qui associe l'imitation à l'émotion et au tonus en élargissant à d'autres aspects de l'approche cognitive que propose Piaget.

2. La théorie de Wallon : l'imitation entre émotion, tonus et représentation

Henri Wallon, psychologue français, évoque, dans son livre De l'acte à la pensée, que l'imitation revêt différentes formes en fonction du système de relations établi entre l'enfant et son milieu. Wallon différencie alors, deux types de reproduction : le mimétisme, « imitation sans image, diffuse, ignorante d'elle-même » (41) de l'imitation intentionnelle ou différée, qualifiée d'imitation vraie, qui suppose la représentation de la structure de l'action.

Wallon décrit que, vers 3-4 mois, le nourrisson est capable de gestes d'accompagnements. L'enfant, sensible de façon passive depuis la naissance aux balancements mis en jeu lors du portage, recherche activement à exprimer ses propres rythmes en s'accordant aux rythmes des objets qui l'entourent. Cette reproduction serait possible par identification perceptivo-motrice. Apparaissent par la suite, vers 6-8 mois, des gestes conventionnels. Pour Wallon ainsi que pour Paul Guillaume, ces gestes ne sont que de simples réponses à un signal habituel et qui ont été obtenus par « dressage » (41) donc par sélection parmi les mouvements spontanés de l'enfant (saluer, battre des mains...). S'en suit alors l'apparition de réactions en écho, vers 9 mois, que Wallon qualifie d'échocinésies. C'est la perception du geste d'autrui qui vient créer le mouvement. L'ensemble de ces gestes et échocinésies constitue, pour Wallon, cette pseudo-imitation qu'il qualifie de mimétisme.

Cette pseudo-imitation est soutenue par l'émotion. Celle-ci, portée par la fonction tonique, devient organisatrice du comportement de l'enfant durant le stade émotionnel (3 à 12 mois). L'émotion est d'abord ressentie en commun sous le choc d'une situation capable de susciter les mêmes automatismes pour tous. Ce qui est ressenti en l'autre, est aussi ressenti par le nourrisson. L'émotion est le premier moyen d'échange avec le milieu et l'imitation va amener un dédoublement. Elle va donner un double de l'objet, une copie.

La fonction tonique vient porter ce dédoublement. Tout d'abord, l'imitation commence par n'être qu'un accompagnement postural global qui s'opère en présence de l'action d'autrui mais qui, au début, fige l'enfant dans une posture statique. Même s'il reste figé dans une posture, la perception du déroulement de l'acte d'autrui continue. A un moment donné, l'imitation cinétique prend alors le dessus, sortant l'enfant de cette immobilité posturale. Le bébé passe alors dans un état d'imprégnation perceptivo-motrice quand un événement l'intéresse. Cette imprégnation participe à une mémoire corporelle du geste nécessaire à sa reproduction.

Cette activité posturale permet aussi à l'enfant de prélever des modèles dans l'environnement et de contrôler la réalisation de sa conduite en fonction de ces modèles, selon Michel Deleau¹. Une fois ces modèles choisis, vers 3-4 ans, l'enfant accède enfin à l'imitation « intelligente » (41). Une dissociation se met en place entre ce qui est perçu, imaginé, voulu et ce qui est effectué. L'enfant se perçoit comme davantage lui-même, distinct de ses actes et de ses représentations. L'imitation implique donc, incontestablement, des rapports entre le mouvement et la représentation. Ce n'est qu'à partir du moment où l'évolution cognitive atteint la représentation que l'imitation devient vraie et cette imitation n'a d'intérêt, pour Wallon, que si elle est différée.

Ainsi Wallon accorde un rôle important à l'imitation et notamment à l'imitation différée. Cette dernière serait la seule à permettre l'accès à la formation d'images mentales, aux premières représentations. Elle participerait donc aux étapes de l'évolution psychique du sujet. Pour autant, à la même époque, d'autres découvertes sont alors faites mettant en évidence que le mimétisme permet également à l'enfant de se différencier de l'enfant et ce, de façon plus précoce que ce que Wallon et Piaget avaient pu décrire.

¹ Le Maner, G., & Deleau, M. (1995), Choix d'objets et interactions entre pairs. *Enfance*, 48(4), 417-434

3. Imitation néonatale : une découverte majeure

a. L'observation de Zazzo

En 1945, René Zazzo joue avec son fils âgé de 25 jours et lui tire la langue par hasard. A sa plus grande surprise, son fils lui tire la langue à son tour. A chaque fois que son père refait ce mouvement de langue, l'enfant le reproduit directement. A l'époque où Zazzo fait cette observation, Wallon la réfute en évoquant la condition nécessaire de se représenter le modèle pour pouvoir l'imiter, condition absente à 25 jours. Ne pouvant expliquer cette imitation qu'il qualifie de « précocissime » (42), Zazzo ne publiera ses observations que des années plus tard.

Zazzo s'appuie alors sur la définition que donne Piéron « l'imitation est la reproduction active de modalités perçues de comportement d'un autre être » (42). Se pose alors la question du mécanisme qui pourrait expliquer ce phénomène sachant qu'à cet âge l'enfant ne se distingue pas de son modèle. Il songe au phénomène de mimétisme émotionnel décrit par Wallon. Zazzo s'appuie alors sur l'apparition du sourire, apparition concomitante à celle du mouvement de langue. Le sourire est considéré par Zazzo, comme un signal porteur d'une ambiance affective à laquelle l'enfant réagit toniquement et posturalement. Le sourire est donc un phénomène d'ordre affectivo-tonique qui s'appuie sur le contexte affectif. La protrusion de langue est d'ordre perceptivo-cinétique et indépendante du contexte affectif. Le mimétisme émotionnel ne peut donc pas expliquer son apparition précoce.

Zazzo propose de partir de l'hypothèse que la perception visuelle du mouvement, qui est un mouvement, induit le mouvement. Dans la protrusion de langue, l'enfant réalise un mouvement global. Il bouge ses yeux, ses lèvres et enfin sa langue. Pour lui, la perception serait à l'origine du mouvement et expliquerait cette imitation. Par cette hypothèse, il établit déjà un premier lien entre la perception et la réalisation de l'action, lien que les futures découvertes attribueront au système des neurones miroirs que je décrirai plus tard.

b. La reconnaissance de l'imitation néonatale : l'approche cognitive

A la suite de cette découverte, de nombreuses expériences s'établissent afin de prouver l'existence de l'imitation néonatale. La perspective cognitive part de l'idée que l'imitation serait l'association entre la perception et le contrôle de l'action. Le bébé, étant plus attiré par les modèles en mouvement, régule ses actions pour les accorder aux comportements dynamiques qui se produisent en face de lui.

Ainsi plusieurs travaux expérimentaux menés par Olga Maratos et Annie Vinter² (40), dans les années 1970, mettent en évidence que l'imitation néonatale est bien présente chez le nouveau-né et qu'elle est sélective. Les nourrissons sélectionnent correctement la partie corporelle concernée et respectent les caractéristiques du mouvement quand il concerne, en premier lieu, le visage (protrusion de la langue, des lèvres, ouverture des lèvres). Vinter souligne également que le répertoire moteur influence les capacités d'imitation de l'enfant. Elle rejoint donc Piaget sur ce point : « Il y a tout lieu de penser que l'appartenance du mouvement au catalogue des comportements spontanés du nouveau-né est une condition strictement nécessaire pour sa reproduction éventuelle » (40).

Meltzoff et Moore (23) ont révolutionné la psychologie développementale en démontrant que des nourrissons, âgés de 12 à 21 jours, peuvent imiter des gestes faits par un adulte, d'imitation faciale. Ils sont rejoints ensuite par Kougioumoutzakis qui relève des capacités d'imitation chez des nourrissons seulement 32 minutes après leur naissance.

Mais comment expliquer ces compétences ? Maratos considère que l'organisation des comportements à la naissance est basée sur des coordinations intersensorielles, notamment entre la vision et la kinesthésie, sur lesquelles s'appuient les compétences d'imitation. Meltzoff et Moore le rejoignent. Pour eux toutes les modalités sensorielles peuvent se traduire par le même langage.

² Psychologue enseignante à l'Université de Bourgogne

Ils parlent alors d'un système représentationnel supramodal qui assurerait le lien entre le modèle et les actions propres. Ce système permettrait le partage de représentations motrices, de représentations du corps propre qui déclencheraient les schèmes sensori-moteurs nécessaires pour la reproduction fidèle du modèle.

De plus ils décrivent un rôle social à l'imitation. Ils remarquent que les bébés, quand ils imitent, explorent tout le visage et fixent la région des yeux. Ainsi en s'attardant sur cette région, l'enfant amorce la reconnaissance des émotions d'autrui, communique et investit la fonction sociale de l'imitation.

c. Se lier à l'autre : le pouvoir de l'imitation précoce

Le bébé est, très tôt, actif dans les interactions qu'il entretient avec sa Mère³. L'imitation participe alors à ces échanges. Trevarthen affirme le rôle social de l'imitation quand il parle de « proto-conversation mère bébé » (39). Cette proto-conversation permettrait la transformation des motivations de l'adulte en un mode de parentage intuitif et affectueux qui passerait par l'imitation de son enfant. Au tout début, la mère s'ajuste à l'enfant. Quand celui-ci vocalise, elle vocalise à son tour. Cette coordination précoce entre les comportements de la mère et ceux de son enfant participe à la mise en place d'une première interaction. Papousek parle alors de « miroir biologique⁴ » pour décrire ces imitations parentales. Au fur et à mesure, la Mère vient apporter des modifications à ces imitations. Ce « déphasage » entre le parent et le bébé relance alors l'interaction. Un échange réciproque se met en place et est à la base des fondements de la relation sociale.

Daniel Stern (38) parle d'accordage affectif pour décrire ces interactions entre parent et enfant. Cet accordage est « la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé, la sensation est en train d'être partagée⁵ ». Ainsi « l'imitation traduit la forme, l'accordage traduit la sensation ». Ces deux notions sont donc extrêmement liées pour Stern.

³ Le mot Mère est ici utilisé pour définir la figure parentale, ce peut être la mère, le père...

⁴ Devouche, E., & Gratier, M. (2001). Microanalyse du rythme. *Devenir*, 13(2), 55-82.

⁵ Rosenblum, O. (1998). Du bébé à l'empathie: Une approche des interactions affectives. *Monographies de psychopathologie*, 167-194.

L'imitation participe chez les nouveau-nés, à la mise en place de la relation d'attachement. Calza et Contant indiquent qu'elle permet de créer des liens émotionnels entre le sujet et l'objet imité. Ils rejoignent la vision d'Henri Wallon qui considère l'imitation comme un vecteur d'émotion. L'émotion ressentie en l'un se transmet à l'autre. L'accordage affectif, mis en place grâce à l'imitation, participe au double ancrage dont nous parle Golse⁶, ancrage à la fois corporel et interactif qui rend possible des mécanismes identificatoires de l'enfant vers son parent. Le bébé peut donc incarner dans son corps, dans ses gestes et comportements les conflits internes de la Mère. En étant envahi par l'état émotionnel et affectif de son parent, l'enfant s'identifie à lui, partage son humeur et s'attache à lui.

Les réponses motrices, vocales, gestuelles que le nourrisson renvoie à ses parents, associées à la présence du regard et du dialogue tonico-émotionnel, permettent tout d'abord de créer un lien entre eux. Le parent doit alors être attentif, investi et adapté dans le comportement, dans sa réponse envers son enfant afin qu'au fur et à mesure une relation d'attachement se mette en place entre eux et le valorise dans son rôle de parent.

En premier lieu, l'imitation revêt un rôle social dans le développement de l'enfant. Pour autant, l'imitation n'est pas unique, elle évolue en même temps que l'enfant grandit. Ainsi à 3 mois, par exemple, l'imitation de la protrusion de langue sera moins visible, non pas à cause d'une disparition des possibilités d'imitation, mais à cause d'un intérêt différent que l'enfant porte à son partenaire. Cette évolution de l'imitation participe à l'acquisition de nouvelles compétences motrices, cognitives et sociales. Il convient donc de qualifier ces étapes.

⁶ Golse B., Le concept de transgénérationnel, in Bulletin WAIMH France, 1995, 2, 1, 1-8.

C. Développement de l'imitation au cours des âges

Jacqueline Nadel, dans son ouvrage Imiter pour découvrir l'humain, explique que « l'imitation évolue en se complexifiant, illustrant par son développement le fait qu'il ne s'agit pas d'un phénomène unitaire, ni linéaire ». Les conduites imitatives dépendent de la maturation neuromotrice. Elles suivent les grandes étapes du développement psychomoteur et participent à l'acquisition de nouvelles capacités motrices pour enrichir le répertoire psychomoteur de l'enfant. Il semble essentiel pour le psychomotricien de connaître au mieux ces étapes afin de situer l'enfant dans son développement.

1. Généralités sur le développement psychomoteur

La maturation neuromotrice organise les étapes du développement des conduites imitatives. Il semble donc important de revenir sur les lois de maturation qui régissent le développement psychomoteur de l'enfant. Elles permettent de comprendre le développement de l'enfant et offrent à celui-ci la possibilité d'intégrer des acquisitions psychomotrices. De mon cursus de formation, je retiens trois lois qui viennent organiser l'évolution psychomotrice de l'enfant : les lois de maturation progressive, de différenciation et de variabilité.

La loi de maturation progressive : Elle se divise en deux lois fondamentales qui viennent déterminer l'ordre de maturation :

- La loi céphalo-caudale : Le contrôle volontaire des muscles se fait d'autant plus tôt que ces derniers sont proches du système nerveux central. Le contrôle musculaire se fait donc de la tête vers les pieds. Ceci explique que l'imitation néonatale est d'abord présente au niveau du visage du nourrisson.
- La loi proximo-distale : Le contrôle volontaire des muscles des membres se fait plus précocement quand ces derniers se trouvent proches de l'axe du corps. Le contrôle musculaire se fait alors du centre vers la périphérie, des bras aux doigts, par exemple.

La loi de différenciation : Au début de sa vie, le nourrisson a une motricité globale dont les décharges motrices sont généralisées à l'ensemble de son corps. Petit à petit, son activité motrice se précise, s'affine. Il prend le contrôle de sa motricité et passe d'une motricité involontaire à une motricité volontaire.

La loi de variabilité : L'évolution du développement psychomoteur n'est pas linéaire et continue. Elle se fait toujours dans un sens de perfectionnement progressif. Cette maturation connaît des périodes de progressions rapides, de stagnations, d'arrêts voire même de régressions. Cette loi se retrouve dans l'évolution de l'imitation. Son évolution se complexifie au cours du temps. Certaines conduites imitatives disparaissent au cours du développement alors que d'autres perdurent.

2. Les étapes du développement de l'imitation

Tout au long de ce mémoire, je me suis particulièrement appuyée sur les différents ouvrages réalisés par Jacqueline Nadel, directeur de recherche au CNRS, qui s'est intéressée à l'imitation dans le développement de l'enfant. Dans son ouvrage Imiter pour grandir, elle décrit les étapes du développement de l'imitation en s'appuyant sur les dernières recherches réalisées. Dans cette optique elle associe développement moteur et imitation en qualifiant celle-ci de « baromètre des capacités motrices » (24).

A la naissance : Le bébé imite des mouvements faciaux de protrusion de la langue et d'ouverture de la bouche ainsi que des expressions faciales.

A 1 mois : C'est le début des auto-imitations que Piaget qualifie de réactions circulaires. Le nourrisson répète un mouvement qu'il vient de réaliser par hasard dans la majeure partie des cas. Ces auto-imitations lui permettent de construire une unité corporelle et de découvrir les conséquences perceptives de ses propres mouvements. L'association du toucher et de la proprioception au cours de ces mouvements entraîne la distinction entre le soi et le non-soi.

A 2 mois : Il imite des mouvements de tête, du buste, des bras et de mains.

A 3 mois : A cette période, l'imitation faciale caractéristique de la naissance disparaît peu à peu. Ce n'est pas la compétence qui disparaît mais l'intérêt de l'enfant qui se modifie. Il est maintenant attiré par des trajectoires aboutissant à une partie de son corps et notamment le visage, partie non visible sur soi. Cette capacité montre qu'une ébauche de connaissance du corps se met en place.

A 6 mois : Alors qu'il est maintenant capable d'attraper des objets, il se met également à imiter des actions comme tirer, frapper... A cette période il est important de garder en tête que les compétences imitatives dépendent du répertoire moteur. Un enfant qui n'est capable que d'une manipulation unimanuelle des objets ne peut alors imiter l'action d'ouvrir une boîte, qui implique une coordination bimanuelle. Il peut maintenant imiter des actions familières simples avec des objets familiers. L'imitation différée se met en place.

A 9 mois : L'enfant imite des actions familières avec des objets non familiers. Il reproduit alors l'action mais pas le but. Les premiers apprentissages par observation apparaissent. D'importants changements émergent dans cette période allant de 9 à 12 mois où l'enfant imite non seulement des actions mais aussi le but de ses actions.

A 12 mois : Il peut associer deux actions simples familières enchaînées ainsi que des gestes bimanuels.

A 18 mois : L'enfant imite des actions complexes enchaînant au moins trois actions familières simples.

A 24 mois : Il peut imiter deux actions enchaînées portant sur un objet qu'il découvre. L'imitation est maintenant différée. Cette nouveauté indique que l'enfant a pu construire une représentation mentale à partir du modèle qu'il imite.

A 30 mois : L'enfant peut imiter des gestes non significatifs, qui ne sont pas porteurs de sens sur des parties non visibles du corps.

D. Les formes et fonctions de l'imitation

Au travers du développement de l'imitation, il est possible de noter qu'elle prend différentes formes qui répondent à des fonctions spécifiques selon la période développementale. Ces conduites imitatives ont pour objectif de rechercher un effet sur l'environnement physique et sur l'environnement social. Quand l'objectif est d'atteindre un effet sur l'environnement physique, l'imitation est une stratégie pour apprendre de nouvelles actions. Quand le but est d'atteindre un effet social, elle devient un moyen de communiquer, d'entrer en relation avec l'entourage. Jacqueline Nadel (33) s'est posée trois questions essentielles pour mettre en évidence qu'il n'y a pas une imitation vraie mais des imitations.

1. Imiter quoi ?

Cette question renvoie à l'importance de l'imitation des actions familières qui, par association, engendrent de nouvelles actions reproduites. Jacqueline Nadel parle d'un bénéfique moteur de l'imitation. La répétition de mouvements connus participerait à la consolidation des traces motrices ainsi qu'à l'ancrage corporel du mouvement. Cette automatisation des mouvements serait stockée sous la forme de représentations motrices qui seraient activées à la simple vue du mouvement connu. Le psychomotricien peut alors se référer à l'imitation de ces mouvements pour savoir où en est l'enfant dans ces compétences psychomotrices car, certes il est important de connaître les capacités motrices de l'enfant, mais il est aussi important de relever le contexte dans lequel elles apparaissent, ce qu'elles mettent en jeu au niveau psychique...

2. Imiter quand ?

Selon que l'on imite en même temps ou plus tard, l'imitation prend différentes formes. Elle peut être immédiate (réalisée en même temps que le modèle), décalée (reproduite avec un léger temps de retard par rapport au modèle) et différée (réalisée en l'absence du modèle, par souvenir de l'action). Quand l'imitation est immédiate, elle est le marqueur d'un intérêt particulier de l'enfant envers l'interlocuteur qu'il imite.

L'objectif pour l'enfant est d'entrer en communication, en interaction avec la personne. Jacqueline Nadel parle d'un bénéfice social de l'imitation. Cette forme d'imitation est notamment présente avant l'arrivée du langage car elle offre à l'enfant un moyen de communiquer et disparaît petit à petit quand le langage survient. L'enfant alterne entre imiter et être imité favorisant ainsi la mise en place du tour de rôle, tour de parole engagé dans les jeux d'imitation.

Les imitations décalées et différées offrent des possibilités d'apprentissage à l'enfant. L'imitation décalée est soutenue par le regard de l'interlocuteur pour que l'enfant expérimente à son tour, mais le but premier n'est pas de communiquer. Ce type d'imitation est très utilisé en psychomotricité. Le psychomotricien soutient les nouvelles expériences sensori-motrices de l'enfant par son regard, par sa présence, sans lui imposer une imitation immédiate. Il s'agit d'offrir la possibilité à l'enfant de reproduire le mouvement quand il s'en sentira capable, quand le cadre sera suffisamment porteur et sécurisant pour lui. L'imitation différée fait appel aux capacités de représentations motrices ainsi que mnésiques. Cette imitation permet l'apprentissage par observation corrélée au bénéfice moteur que Nadel attribue à cette forme d'imitation. En effet, pour reproduire un mouvement seulement vu et non expérimenté, l'enfant doit décomposer le mouvement perçu. Une copie de ce mouvement est alors créée qui permet de garder des traces mnésiques qui viendront guider les schémas d'action. On observe un couplage entre action et perception, couplage nécessaire pour toute forme d'imitation.

3. Imiter comment ?

Cette question permet de définir la qualité de l'imitation et de distinguer le contexte de reproduction. Elle nous renseigne sur les qualités perceptives et motrices des conduites imitatives. Ainsi l'imitation peut être partielle, complète, spontanée. Quand elle est spontanée ou partielle, l'imitation est forcément sélective et c'est notre capacité d'inhibition qui nous permet de choisir ce que nous imitons. Cette sélection limite les phénomènes d'échopraxie*, d'écholalie*... L'imitation spontanée rejoint le rôle de l'imitation immédiate. Elle favorise la création d'un lien entre imitateur et imité et entraîne la distinction entre soi et l'autre. Elle permet

également de concevoir petit à petit les différences entre l'impact de sa propre action sur son interlocuteur et la conséquence de l'action de l'interlocuteur en soi, que l'origine de notre action vient de l'autre. Cette alternance est alors associée au bénéfice de la conscience de soi impliquée dans l'imitation. Les enfants avec une structure identitaire fragile ont des difficultés à se différencier de l'autre, laissant place aux phénomènes en écho, décrits précédemment, pour exister.

E. La boîte à outils de l'imitation

L'ensemble de ces formes d'imitation est sous tendue par la présence de neurones spécialisés appelés neurones miroirs. Les travaux de Rizzolatti (30), en 1996, ont notamment permis d'identifier des cellules particulières au niveau du cortex pré-moteur du lobe frontal (zone F5) du macaque. Ces neurones ont pour caractéristiques de s'activer aussi bien quand le singe effectue une action spécifique que quand il voit un autre individu faire la même action. En 2008, des études ont permis d'identifier l'existence de ces neurones chez l'Homme.

Depuis, il a été mis en évidence que le système des neurones miroirs recouvre plusieurs fonctions. Il semble impliqué dans la compréhension de l'action. La reconnaissance de ce que l'autre fait active notre système moteur et permet de donner une compréhension réelle, basée sur l'expérimentation, de l'action que le sujet voit. Il attribue également une compréhension de l'intention de l'action observée, permettant de prédire le prochain acte moteur à suivre.

Ce système recouvre deux aspects de l'imitation, la capacité à reproduire une action observée et celle d'apprendre une nouvelle action par observation. Comme le système miroir fournit des représentations motrices de l'action observée, il semble être le système adéquat pour sous-tendre ces imitations. A cela, Marco Iaconi ajoute que le cerveau traduit directement l'observation de l'action en terme moteur afin de réaliser son exécution. Il observe une augmentation de l'activité de l'aire de Broca qui est l'homologue de la zone F5 présente chez le macaque, au cours de l'observation de l'activité. Le cortex pariétal serait aussi activé pour coder les détails du mouvement et amener une distinction entre soi et l'autre, grâce à la différence de

ressentis moteurs qui existe entre faire et regarder faire. L'imitation serait donc issue d'un couplage entre la perception de l'action et sa réalisation motrice.

Enfin, des études récentes suggèrent l'implication du système des neurones miroirs dans l'empathie, soit la capacité de ressentir les émotions que l'autre peut connaître. Par exemple, lorsque l'on voit quelqu'un pleurer, il est fréquent d'avoir envie de pleurer à son tour. Cette fonction est dépendante des circuits qui élaborent les réponses émotionnelles. Il y a donc un lien direct entre celui qui fait et celui qui voit faire.

Ainsi le système des neurones miroirs serait une instance cérébrale nécessaire aux capacités d'imitation et ce dès la naissance. Pour autant, Iacobini et son équipe (23) ont démontré dans leurs études que l'imitation ne se cantonne pas à ce système, elle le déborde largement. Il souligne l'existence d'une organisation corticale spécifique à l'imitation et décrit un système neuronal englobant le système des neurones miroirs associé au sillon temporal supérieur. Ces deux structures cérébrales s'activent avec d'autres régions cérébrales comme le système limbique dans un contexte d'interaction sociale et le cortex préfrontal avec les aires motrices pour des situations d'apprentissage.

Plusieurs auteurs ont décrits et mis en évidence qu'une défaillance de ce système de neurones miroirs pourrait expliquer les difficultés que rencontrent les sujets autistes. Rizzolatti disait que « la découverte des neurones miroirs a également un impact dans la compréhension de certaines pathologies mentales telle que l'autisme. [...] Ils ont un déficit de leur système miroir et, ce qui est particulièrement intéressant, est que la sévérité de leur affection semblerait en corrélation avec l'importance du déficit de leur système neuronal miroir »⁷. Nadel (24) suggère qu'une des difficultés de l'autisme se trouverait au niveau du couplage entre la perception et l'action. Les difficultés d'imitation seraient en lien avec le retard des acquisitions motrices ainsi qu'avec la présence d'une hypersensibilité visuelle qui entraverait la perception du mouvement. Actuellement aucune affirmation ne peut être faite en raison de l'hétérogénéité et de la complexité de cette pathologie.

⁷ http://www.academie-sciences.fr/pdf/membre/s121206_rizzolatti.pdf

Chapitre 2 : Quand l'imitation fait défaut : la question de l'autisme infantile

Afin de mieux comprendre la complexité de la prise en charge des enfants autistes, il me paraît important de réaliser un état des lieux de cette pathologie. Présenter l'historique, les classifications, les théories explicatives de ce trouble ainsi que le développement atypique du sujet autiste permet de comprendre au mieux toute la complexité de ce syndrome.

A. L'autisme

1. Histoire de l'autisme

Le terme « autisme » trouve sa racine dans le grec « autos » signifiant « soi-même ». C'est en 1911, qu'Eugène Bleuler, psychiatre suisse, utilise pour la première fois ce qualificatif pour décrire un symptôme chez les patients adultes atteints de schizophrénie. Ce terme, forgé sur le modèle de l'autoérotisme freudien, décrit l'évasion hors de la réalité et le retrait sur le monde intérieur de ces patients. L'autisme est alors, pour lui, un mécanisme de défense qui se manifeste au cours de la vie du sujet.

En 1943, Léo Kanner, psychiatre américain d'origine autrichienne, décrit, pour la première fois, l'autisme infantile précoce dans son article inaugural « Autistic disturbances of affective contact ». Pour lui, le désordre fondamental de ces enfants est l'incapacité à établir des relations normales avec les personnes et à réagir de façon adaptée aux situations depuis le début de leur vie. Il met l'accent sur des caractéristiques cliniques partagées par ces enfants afin de les distinguer des enfants déments précoces avec lesquels ils étaient confondus. Parmi ces caractéristiques sont retrouvés :

- Le retrait autistique ou *aloneness* qu'il décrit comme une absence massive de contact avec la réalité externe entraînant une solitude extrême. Dans certains cas, l'enfant ne réagit ni à la présence ni à l'absence de ses parents
- Le besoin d'immuabilité ou *sameness* qui est le besoin absolu pour l'enfant d'évoluer dans un environnement inchangé
- Les troubles du langage caractérisés notamment par une inversion pronominale où le sujet se trouve en incapacité d'utiliser le « je », des répétitions écholaliques et des difficultés d'accès au « oui » et au « non »

Dès la publication de ce premier article (7), Kanner évoque la possibilité sous-jacente d'un déficit inné concernant la genèse de ce syndrome.

A la même époque, en 1944, Hans Asperger, psychiatre autrichien, parle de « psychopathie autistique » (7). Il décrit des enfants avec des capacités intellectuelles exceptionnelles dans un domaine. Pour autant, ces compétences sont aussi associées à des modes relationnels inappropriés, une utilisation du langage inadaptée, une maladresse motrice ainsi qu'une restriction des centres d'intérêts. Asperger, comme Kanner, suggère la présence d'une perturbation du contact à un niveau profond de l'affect.

La publication de l'article de Kanner s'inscrit dans une époque où les théories psychanalytiques sont prédominantes. Cette prédominance laisse place à l'hypothèse d'une origine psychogène de l'autisme en écartant l'idée première de Kanner et d'Asperger, d'une origine innée de ce trouble. Durant les années 60, le milieu scientifique montre un intérêt croissant pour l'autisme infantile. Des recherches sont alors réalisées dans différents domaines allant de la psychanalyse à la neurobiologie. Les premières études d'épidémiologie génétique prouvent l'importance du facteur génétique. De plus, l'association de l'autisme à des pathologies organiques, comme l'épilepsie, montre qu'il s'inscrit dans une problématique neurodéveloppementale. Pour ma part, j'essaierai de garder tout au long de ce mémoire, une vision intégrative de ce trouble en considérant l'ensemble des approches proposées afin de mieux comprendre le sujet et ses problématiques. L'ensemble de ces recherches pose alors la nécessité de la mise en place d'un cadre nosographique adéquat.

2. Classifications internationales

De nos jours, trois classifications (22) servent de référence pour diagnostiquer l'autisme : la Classification Internationale des Maladies dans sa 10^{ème} édition (CIM-10), la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) ainsi que le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux dans sa 4^{ème} édition (DSM IV). Ces classifications se sont accordées pour répertorier l'autisme dans la catégorie des « Troubles Envahissants du Développement » (TED). Sous cette appellation sont distingués :

- L'autisme infantile, que je décrirai plus précisément par la suite
- Le syndrome d'Asperger : Il est caractérisé par l'absence de retard ou une altération modérée de la communication. Ces personnes présentent un niveau intellectuel normal ou élevé, paraissent maladroites et handicapées sur le plan social. Il existe une absence de réciprocité sociale, un maniérisme et une incompréhension des émotions et intentions d'autrui.
- Le syndrome de Rett : Il s'agit d'une encéphalopathie* évolutive qui ne touche que les sujets de sexe féminin. Après un développement neurologique et affectif normal pendant les 7 à 18 premiers mois de la vie, l'enfant stagne puis régresse au niveau intellectuel et comportemental très rapidement. On observe alors des stéréotypies au niveau des mains et une perte de la manipulation manuelle volontaire, une ataxie du tronc et de la marche qui est une difficulté à coordonner volontairement ses mouvements, et une microcéphalie acquise.
- Les troubles désintégratifs de l'enfance : Ils surviennent après une période développementale normale de 2 ans. On observe alors une régression brutale des acquisitions avec la survenue d'anomalies caractéristiques de type autistique, au niveau de la socialisation, communication et du comportement.
- Les TED non spécifiés : L'ensemble des signes caractéristiques de la triade autistique ne sont pas retrouvés pour ces enfants. Ces enfants ne remplissent pas les critères d'âge ou de symptomatologie caractéristique des TED.

L'autisme devient donc une sous-catégorie des TED. Dans la dernière et 5^{ème} version du DSM, publiée en mai 2013, les sous-groupes connus du DSM IV sont rassemblés en une seule catégorie : le Trouble du Spectre Autistique (TSA). Le but est de rendre compte de l'hétérogénéité des tableaux cliniques rencontrés dans ce trouble.

Afin d'uniformiser le diagnostic de l'autisme, la Haute Autorité de Santé (HAS), dans ses recommandations de 2005 (13), préconise que le diagnostic de l'autisme soit réalisé en accord avec les directives de la CIM-10. La démarche diagnostique repose sur la recherche de symptômes comportementaux observables. L'observation de ces signes conduit à la validation de critères diagnostiques constituant un ensemble d'arguments en faveur ou non d'un diagnostic d'autisme. Je m'attarderais par la suite à la description de l'autisme infantile, catégorie des TED que je rencontre au cours de mes stages.

3. Définition et triade autistique de l'autisme infantile

L'autisme typique ou infantile, appartenant au cadre des troubles envahissant du développement, est un syndrome neuro-développemental dont les symptômes cliniques sont en partie présents avant 30 mois et persistent à l'âge adulte. La symptomatologie est décrite sous la forme d'une triade de critères reprise par la CIM-10 et le DSM IV dans sa version révisée (22).

a. Troubles qualitatifs des interactions sociales réciproques

Ces troubles sont caractéristiques de l'**isolement** des sujets de par leurs difficultés à initier la relation ou à répondre de façon adéquate aux sollicitations de leurs pairs. La communication non verbale est notamment défailante. Le contact oculaire est rare, fuyant ou au contraire trop fixe et scrutateur. De plus, les mimiques, point d'appui dans l'entrée en relation, sont figées, inappropriées. L'absence de pointage et de jeux interactifs limite les situations de partage d'intérêts avec les pairs. L'enfant autiste recherche peu le contact affectif et manifeste peu ou pas d'angoisses lors des séparations. La CIM-10 répertorie ces symptômes sous le terme de **manque de réciprocité socio-émotionnelle**.

b. Troubles qualitatifs de la communication

L'enfant autiste présente souvent un **retard ou une absence de langage**. Dans ce cas, il n'adopte pas spontanément, de moyen de communications alternatifs comme des gestes ou des mimiques. Quand le langage se met en place, il n'a pas valeur de communication et n'est pas toujours adressé. On observe alors des troubles de la pragmatique de la communication notamment avec une prosodie monocorde, une incapacité à prendre en compte la position de l'interlocuteur et à respecter les règles de communication. Le langage peut aussi avoir un **usage stéréotypé** avec la présence d'écholalies*, de stéréotypies verbales et de néologismes. Enfin, le jeu se focalise sur des aspects sensoriels des objets utilisés. Le jeu symbolique est difficile d'accès. Il en est de même pour les jeux de faire semblant ou des jeux collectifs qui nécessitent l'investissement de l'autre.

c. Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements et intérêts

Il est possible d'observer un ou plusieurs **centres d'intérêts stéréotypés et restreints** considérés comme anormaux car investis exclusivement. La personne développe un savoir encyclopédique sur un domaine. Une **rigidité de fonctionnement** s'installe avec le besoin de réaliser des rituels non fonctionnels qui permettent de répondre au besoin d'immuabilité de l'environnement. Ces rituels ne visent pas l'apaisement d'une angoisse d'où leur qualification de « non fonctionnels ». De plus, la sphère sensorielle est particulièrement investie chez les sujets autistes. On observe des **stéréotypies motrices** qui sont des séquences motrices répétées, sans but qui, la plupart du temps, échappent au contrôle du sujet. Elles prennent la forme de déambulations qui permettent une autostimulation vestibulaire. La manipulation répétitive d'objets est courante et participe à l'autostimulation visuelle. Le sujet manifeste un intérêt particulier pour l'aspect non fonctionnel des objets de son environnement.

Dans le DSM 5, les troubles du spectre autistique, qui incluent l'autisme infantile, sont caractérisés par deux dimensions cliniques et non plus trois. Pour autant, les symptômes doivent toujours être présents dès les étapes précoces de développement et doivent occasionner un retentissement cliniquement significatif. Ces deux dimensions cliniques incluent donc, deux critères diagnostiques :

- Des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés, actuellement ou dans l'histoire de l'individu
- Le caractère restreint et répétitif des comportements et des intérêts actuellement ou auparavant dans l'histoire du sujet

4. Etiologies

Afin de percevoir toute la complexité de l'autisme il me semble important, même si le psychomotricien ne s'y attarde pas, de décrire les différentes étiologies explicatives de ce trouble. Il existe une « constellation de troubles neurodéveloppementaux complexes et hétérogènes » comme les décrit Bruno Gepner (9). Ainsi, comme il n'y a pas qu'un autisme, il n'y a pas qu'une cause d'autisme. Un ensemble de facteurs de vulnérabilité entre en jeu dans la problématique autistique. Des hypothèses psychanalytiques, neurophysiologiques, environnementales et génétiques participent à la considération d'une étiologie plurifactorielle et complexe favorisant l'apparition de l'autisme.

a. Hypothèses psychanalytiques

A l'époque de la découverte de l'autisme, Léo Kanner prône une première cause de l'autisme. Malgré le fait qu'il considère tout d'abord que l'autisme est un trouble inné, nous disant que « ces enfants sont venus au monde avec une incapacité innée à établir le contact affectif habituel avec les personnes »⁸, il mentionne plusieurs fois, le rôle défavorable de l'environnement familial dans lequel ces enfants grandissent. Kanner participe ainsi à la conception selon laquelle les

⁸ Kanner L., Eisenberg L. (1956) in Gepner, B. (2014). Autismes: ralentir le monde extérieur, calmer le monde intérieur. Odile Jacob.

relations précoces perturbées entre enfant et parents sont une des causes d'autisme infantile. Par la suite, il se ravise sur cette cause unique et considère l'autisme comme ayant une origine plurifactorielle.

A la même époque, Bruno Bettelheim, dans son ouvrage La Forteresse Vide, paru en 1967, a développé la théorie selon laquelle l'autisme constitue une réaction psychologique à une « situation extrême » (9). L'individu est placé dans une situation où ses actions n'ont pas d'impact sur son environnement. Ce serait l'échec précoce des relations entre l'enfant et sa mère qui l'installerait dans une telle situation pendant sa première et sa deuxième année de vie. Ainsi, pour lui, les parents portent en eux les conditions pour rendre leur enfant autiste, conditions conscientes ou non. Il dit notamment que « le facteur qui précipite l'enfant dans l'autisme infantile est le désir de ses parents qu'il n'existe pas du tout ». L'enfant autiste, étant peu considéré dans son environnement, se replierait sur lui-même, coupant toute interaction afin d'éviter des actions qui seraient susceptibles de créer de la frustration. Pour autant, l'attitude des parents ne serait qu'un facteur précipitant et non une condition absolue à l'apparition de l'autisme. Elle serait à associer avec d'autres causes.

Cette théorie est maintenant révoquée par l'ensemble de la communauté psychanalytique mais a été pendant longtemps source de conflit entre les psychanalystes et les parents, qui ont été perçus comme responsables du handicap de leur enfant. Actuellement, elle est considérée comme délétère et inappropriée pour expliquer l'ensemble des cas d'autismes.

b. Hypothèses génétiques

Des décennies de recherche à partir d'études sur les jumeaux ont confirmé une implication génétique dans l'étiologie de l'autisme. Les études épidémiologiques réalisées chez des jumeaux monozygotes (jumeaux issus du même œuf fécondé) et des jumeaux dizygotes (jumeaux provenant de la fécondation de deux ovocytes par deux spermatozoïdes différents) montrent que lorsqu'un des enfants est atteint d'autisme pour les jumeaux monozygotes, le second a une probabilité de 60 à 90%⁹ d'être également autiste ou d'avoir des troubles cognitifs ou sociaux. Ce risque est

⁹ http://www.cerveauetpsycho.fr/ewb_pages/a/article-les-bases-genetiques-de-l-autisme-23627.php

inférieur à 10% pour les jumeaux dizygotes. Cette observation associée à la constatation d'une augmentation du risque d'apparition d'autisme dans les fratries, montre une forte contribution génétique. Ainsi, pour les familles ayant deux enfants ou plus atteints, le risque de récurrence avoisine les 35%. Comme les « vrais » jumeaux n'ont pas un risque identique de développer un TED, il convient de dire que d'autres causes interviennent dans l'apparition de ce trouble.

A partir de ces découvertes d'une base génétique de l'autisme, la recherche des gènes potentiellement prédisposant s'est accélérée. Plusieurs études ont permis de déterminer certaines régions chromosomiques probablement liées à une prédisposition de l'autisme. Malheureusement, des données provenant d'analyses du génome dans des familles ayant au moins deux cas d'autisme indiquent que plusieurs dizaines à centaines de gènes interagissent entre eux et créent cette grande diversité présente dans les troubles du spectre de l'autisme. Aucun gène n'est considéré actuellement comme spécifiquement impliqué dans l'étiopathogénie de l'autisme.

A la suite de ces découvertes, il est admis par la communauté scientifique que ce qui peut être héréditairement transmis est un ensemble d'anomalies génétiques. Pour l'autisme, le modèle de la transmission polygénique multifactorielle semble le plus adéquat. Pour autant, c'est l'interaction de ces prédispositions génétiques avec une composante environnementale qui conduirait le sujet à développer ce trouble. Ainsi le caractère héréditaire est soumis aux effets et aux données environnementales ainsi qu'à des facteurs épigénétiques.

c. Hypothèses environnementales

Il est possible que des évènements de l'environnement prénatal pour le fœtus, ainsi que postnatal pour le nourrisson, aient contribué directement ou non à la constitution d'un syndrome autistique chez l'enfant. Ces évènements ou facteurs environnementaux sont surtout de nature chimique, infectieuse ou anoxique.

Les principaux facteurs de risque chimique sont l'utilisation d'antiépileptiques, l'exposition prolongée de la mère, pendant la grossesse, à des agents chimiques

toxiques comme le benzène ou le toluène. Cette exposition pourrait avoir un impact sur le génome du fœtus. Une étude menée par Volk et collaborateurs en 2010¹⁰, a également montré l'implication de la pollution atmosphérique et notamment des particules fines sur le développement physique et cérébral de l'enfant, amenant à un stress oxydatif ainsi qu'à une inflammation cellulaire.

La contamination de la mère, pendant sa grossesse, à des virus comme la rubéole ou la survenue d'une fièvre favorisent également l'apparition de troubles autistiques. Enfin, un âge avancé des parents, une souffrance du nouveau-né survenue avant ou pendant l'accouchement entraînant une hypoxie ou anoxie, une dépression maternelle peuvent constituer également des facteurs de risque obstétricaux et psycho-sociaux.

d. Hypothèses neurophysiologiques

Les études en imagerie cérébrale ont permis de mettre en évidence des différences morphologiques et fonctionnelles entre des sujets contrôles « sains » et des sujets avec autisme. Ces anomalies sont corrélées à certaines particularités cliniques observables.

➤ Des anomalies structurelles

Selon Bruno Gepner, « les désordres autistiques sont l'expression clinique finale relativement hétérogène de nombreuses anomalies cérébrales sous-jacentes » (9). En effet, plusieurs études mettent en évidence la présence d'anomalies cérébrales à la fois qualitatives et quantitatives. On retrouve des anomalies de migration neuronale, ainsi qu'une augmentation du volume cérébral avec une phase de croissance excessive durant l'enfance, suivie d'une réduction importante du volume de la substance grise et de l'épaisseur corticale chez les sujets autistes, au cours de leur vie. Ces anomalies de volume touchent notamment les lobes frontaux et temporaux qui sont impliqués dans les fonctions émotionnelles, attentionnelles ainsi que dans la reconnaissance des visages humains et la perception et l'analyse des stimuli acoustiques comme la voix humaine. Une augmentation du volume de

¹⁰ Volk H. E., Hertz-Picciotto I., Delwiche L., Lurmann F., Mc Connell R. (2010) in Gepner, B. (2014). Autismes: ralentir le monde extérieur, calmer le monde intérieur. Odile Jacob.

l'amygdale est également constatée pouvant expliquer le déficit notable au niveau des interactions sociales et de l'attention conjointe pour ces sujets.

➤ Des anomalies fonctionnelles : « le cerveau social » impacté

Certains auteurs comme Baron-Cohen (33) considèrent que les sujets autistes présentent un déficit de la théorie de l'esprit qui serait le déficit cognitif central de l'autisme. La théorie de l'esprit serait le mécanisme permettant d'inférer des états mentaux à partir du comportement d'autrui. En 2000, les premiers travaux d'imagerie fonctionnelle viennent confirmer que les personnes autistes ont des difficultés caractéristiques à établir des contacts socio-émotionnels avec autrui. Le cerveau social, composé de plusieurs structures cérébrales comme l'amygdale, impliquée dans le décodage des signaux socio-émotionnels, le gyrus fusiforme, qui participe au traitement des visages ainsi que le sillon temporal supérieur, qui traite la voix humaine, serait hypoactif dans l'autisme. Cette hypoactivité empêcherait les sujets d'inférer des états mentaux à autrui à partir des stimuli sociaux environnants et donc pourrait expliquer les troubles des interactions sociales imputés à ces personnes.

➤ Des anomalies cérébelleuses

Le cervelet est une structure cérébrale impliquée dans l'intégration des informations visuelles, vestibulaires et proprioceptives permettant un repérage dans le temps et l'espace. De plus, le vermis, structure médiane du cervelet, joue un rôle dans les processus d'apprentissage et dans le contrôle des afférences et efférences auditives. Lotspeich et Ciaranello en 1993, démontrent, pour des personnes avec autisme, un déficit de cellules de Purkinje au niveau des hémisphères cérébelleux et du vermis, associé à une augmentation neuronale au niveau du système limbique, de l'hippocampe et des amygdales. Ces anomalies surviendraient au cours de la première année de vie et pourraient expliquer certains comportements autistiques comme les difficultés de régulation tonique et l'atypicité de la marche. Par la suite, Courchesne, en 2001¹¹, démontre que ces anomalies ne sont pas spécifiques de l'autisme mais seraient en rapport avec le fonctionnement intellectuel des patients

¹¹ Courchesne E., Karns C., Davis H. R. et al (2001) in Gepner, B. (2014). Autismes: ralentir le monde extérieur, calmer le monde intérieur. Odile Jacob.

étudiés, ces anomalies étant également présentes dans le syndrome de l’X fragile (pathologie proche de l’autisme).

Enfin, en 2005, Welsh¹² et ses collaborateurs, font l’hypothèse que des perturbations au niveau de l’olive inférieure, empêcheraient la synchronisation électrique de ses neurones. En conséquence, la capacité de traitement des informations rapides serait altérée provoquant un ralentissement du traitement cognitif global. Cette synchronisation atypique compromettrait alors une perception cohérente du monde.

Ainsi, les découvertes neurophysiologiques liées aux études d’imagerie fonctionnelle ont permis de mettre en évidence des différences à la fois morphologiques et fonctionnelles entre des sujets autistes et des sujets neurotypiques*. Pour autant, aucune de ses expériences n’ont permis la découverte d’un marqueur diagnostique spécifique précoce lié à l’autisme.

Pour conclure, l’ensemble de ces hypothèses étiologiques permet la mise en évidence d’une origine plurifactorielle évidente dans les troubles envahissant du développement. Les théories ne cessent d’évoluer afin de trouver des marqueurs spécifiques impliqués dans ce trouble. Ces hypothèses sont à nuancer car il est encore difficile de savoir si elles sont l’origine ou la conséquence des troubles observables dans l’autisme. La Haute Autorité de Santé statue pour une multiplicité de facteurs étiologiques avec une implication forte de facteurs génétiques dans la genèse des Troubles Envahissant du Développement.

¹² Welsh J. P., Ahn E. S, Placantonakis D. G. (2005) in *ibid* p59

B. Le sujet avec autisme

Dans cette partie, je décrirai le développement d'un enfant neurotypique avec celui d'un enfant avec autisme. Le psychomotricien étant le professionnel du développement psychomoteur, il me semble important qu'il connaisse les difficultés et troubles que peuvent rencontrer ces enfants au cours de leur maturation. Par la suite, je poursuivrai avec l'évocation des particularités sensorielles et perceptives et des comportements qui peuvent en découler. Comprendre les entraves que ces enfants rencontrent au cours de leur développement permet au psychomotricien de leur offrir d'autres expériences sensorimotrices adaptées à leur besoin et à leurs possibilités psychomotrices.

1. Comparaison entre le développement d'un enfant présentant un autisme et d'un enfant neurotypique

a. Tenue de la tête

Une des premières intégrations que réalise le bébé sur le plan psychomoteur, est la tenue de la tête, vers 3 mois. Elle résulte de la maturation neuromotrice qui a permis au tonus du cou de s'affermir. Le bébé peut alors avoir des conduites volontaires d'orientation de la tête afin de développer des interactions, de plus en plus riches, avec son environnement physique et humain. Les bébés à risque autistique, comme Pierre Delion les nomme (6), tiennent leur tête mais ne l'utilisent pas de façon exploratoire. Ils ne cherchent pas à être en interaction avec leur entourage, ne tournent pas leur tête quand on les appelle et donne l'impression d'une indifférence au monde sonore. On peut alors remarquer des focalisations visuelles ou auditives. La personne est captée par ses propres sensations tonico-motrices liées au mouvement mais qui fournissent une information sensorielle et tonico-motrice toujours identique à elle-même, limitant l'impact des autres informations sensorielles. Ainsi la dimension neuromotrice n'est pas défaillante, c'est l'instrumentalisation de la tenue de la tête qui est peu investie et ne permet pas à l'enfant de développer des relations avec l'environnement.

b. Coordinations bimanuelles et oromanuelles

A partir de 3 à 4 mois, l'enfant met en place des coordinations bimanuelles et oromanuelles qui lui permettent de développer ses capacités de préhension. Ses espaces droit et gauche se rassemblent et ne sont plus perçus de façon clivés grâce à l'intégration de l'axe corporel. Les enfants autistes peuvent avoir de grandes difficultés pour manipuler à deux mains tout en associant le regard. Cette absence de coordination est palliée par la mise en place de solutions compensatoires de nature sensorielles et toniques. Anne-Marie Latour nous fait remarquer que les sujets autistes recourent souvent à une hyper-extension dorsale parfois associée à un serrage hypertonique des omoplates, des jambes et à une marche sur la pointe de pieds. Cette hypertonicité vient palier au défaut d'intégration d'un axe corporel investi qui, quand il est intégré, permet la libération des membres supérieurs.

Ces difficultés de coordinations sont en mettre en parallèle avec l'intégration du haut et du bas du corps qui se fait vers les 6 mois de l'enfant. Geneviève Haag décrit dans sa grille de repérage clinique (12) des étapes évolutives de l'autisme infantile, que des clivages peuvent persister chez l'enfant autiste. On observerait un clivage vertical droite/gauche et avant/arrière ainsi qu'un clivage horizontal entre le haut et le bas du corps. Le clivage vertical se manifeste, par exemple, par un intérêt particulier pour les angles dans l'environnement externe qui matérialise la soudure entre deux hémi-espaces reliés autour d'un axe.

c. Acquisition de la position assise

La troisième acquisition développementale est celle de la position assise vers 7 à 9 mois. L'enfant, une fois qu'il a résolu le problème d'équilibration, qu'il a intégré une sécurité liée à l'intégration de la présence d'un espace avant et d'un espace arrière qui sont reliés, peut se tenir assis. Tenir son dos lui permet de continuer à développer des interactions avec les objets et l'environnement physique et humain et de faire des expériences nouvelles. Chez les sujets autistes, il est possible de remarquer une absence de représentation d'un espace arrière marquant ce clivage entre l'avant et l'arrière du corps. Des conduites de bouchage de la bouche, des oreilles, peuvent être alors observables. Ces comportements signifient alors le besoin de remplir des orifices qui sont vécus comme des trous qui se vident sans

cesse, qu'il faut limiter car ces enfants n'ont pas la première expérience qu'il y a des limites à leur corps avec un arrière qui les constitue. On observe aussi la mise en place de solutions compensatoires pour tenir assis avec une hypertonie du dos afin de mieux ressentir son axe. Ces conduites montrent que l'investissement et la représentation de l'espace avant et de l'espace arrière ne peuvent se faire.

d. Intégration du bas du corps

L'intégration du bas du corps débute vers les 5 à 6 mois en commençant par les mouvements de pédalage quand le bébé est allongé puis avec l'acquisition de la station debout jusqu'à celle de la marche à partir de 10 mois jusqu'à 18 mois. L'enfant autiste possède les capacités neuromotrices pour tenir debout et marcher. Pour autant, ces compétences ne sont pas mises au profit de l'exploration de l'environnement, ni à des fins d'interactions. La marche est souvent intégrée de façon automatique sans réelle représentation possible du bas de corps, que Geneviève Haag met en évidence quand elle parle de clivage horizontal (13). Dans les signes précoces de suspicion d'autisme, des anomalies de la marche avec évitement de l'appui plantaire en position debout sont notables. Par la suite, si cet évitement persiste, une marche singulière de type équine peut être observée. L'enfant marche seulement sur la pointe des pieds entraînant une hypertonie de la face postérieure des jambes lui donnant le sentiment de se sentir tenu et en sécurité. De plus, le mouvement modifie sans arrêt la perception du corps et amènent de nombreuses informations sensorielles pendant le déplacement. Si la personne n'a pas construit de repères corporels fiables et stables, cela peut générer un chaos sensoriel et tonico-moteur. Le recours à la crispation hypertonique vient alors limiter toutes ces informations sensorielles grâce à la focalisation qu'elle implique.

e. La sphinctérisation

La sphinctérisation fait partie de l'intégration et de la fonction du bas du corps. La maturation neuromotrice permet à l'enfant de contrôler ses propres sphincters dans une expérience de détente et de relâchement, autour de 18 à 20 mois. Son intégration permet la clôture de l'enveloppe psychocorporelle. La majorité de personnes souffrant d'un trouble archaïque comme celui de l'autisme sont organisées dans une constipation, une rétention. Pour un certain nombre de patient,

déféquer revient à perdre quelque chose de dur et solide qui tient leur corps. La rétention agit comme une solution autistique où la matière fécale serait une sorte d'objet autistique. Selon Anne-Marie Latour, la constipation serait à considérer comme un agrippement sensoriel à la douleur de la dureté d'une vessie pleine qui limiterait l'angoisse de liquéfaction liée à la détente entraînée par la défécation. Ces difficultés sphinctériennes sont donc à mettre en parallèle avec des difficultés de régulation tonique.

Le tableau de l'autisme est donc très hétérogène entre les sujets selon les périodes de développement, l'environnement... Il se fait de façon non linéaire, complexe et changeante. Pour conclure, Fabien Joly (15) décrit trois domaines fondamentaux dans lesquels les signes les plus précoces d'une amorce de risque autistique se spécifient aux yeux des psychomotriciens. Sont retrouvés :

- Des singularités et des défaillances des ajustements toniques et posturaux comme des discordances tonico-émotionnelles dans les moments d'interaction, une pauvreté des mimiques et des communications gestuelles et préverbaux, des troubles du tonus
- Un déficit important des explorations psychomotrices spontanées avec un choix quasi systématique de l'autostimulation plutôt que de la relation à l'autre
- Des enjeux pathognomoniques* de la sensorialité et de la sensorimotricité visibles dans la recherche active de sensations corporelles non unifiées

Il est donc important que le psychomotricien connaisse les particularités développementales de ces enfants afin de pouvoir les accompagner. En reprenant le schéma développemental allant de la sensation à la représentation, le psychomotricien pourra aider l'enfant dans l'intégration de fonctions psychomotrices et lui offrir des repères corporels plus fiables afin qu'il constitue son être au monde. Dans cet accompagnement, il devra également tenir compte des particularités sensorielles et perceptives qui caractérisent ces enfants et des théories qui tentent de les expliciter.

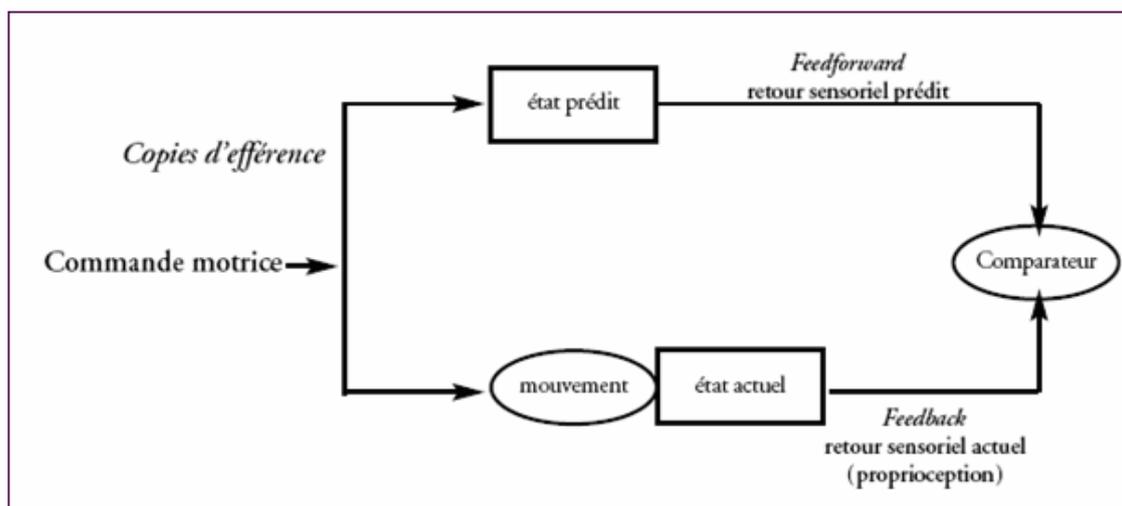
2. Particularités de l'enfant avec autisme

L'enfant autiste présente des particularités sensorielles et perceptives qui viennent perturber son fonctionnement et engendrer les comportements atypiques que j'ai pu décrire auparavant. Je décrirai, par la suite, ces particularités ainsi que les théories qui tentent de les expliquer afin de mieux comprendre le déficit imitatif qui peut être observé dans le cas de l'autisme.

a. Particularités sensorielles

Les sensations sont la première interface que nous avons tous avec le monde. Elles permettent l'extraction d'informations à partir de l'environnement grâce à des capteurs sensoriels présents sur chacun des organes sensoriels. L'intentionnalité que Catherine Barthélémy définit comme la capacité à engager ou à initier une action ou une activité vers un but donné est dépendante de cet équipement sensoriel. Le développement psychomoteur de l'enfant se fait suivant une boucle entre ses sensations, perceptions et représentations. L'enfant attiré par la nouveauté et par les stimuli sociaux, multiplie ses expériences sensorimotrices et enrichit en même temps ses représentations du monde.

Les enfants présentant un trouble envahissant du développement ont souvent des particularités sensorielles marquées. Pour expliquer cet envahissement des sensations, Backlemore propose le modèle de copie d'efférence (32). Selon ce dernier, toute commande motrice envoyée à un muscle est accompagnée d'un message d'envoi de la commande appelé copie d'efférence. Cette copie est utilisée dans un algorithme d'émulation qui permet de prédire le mouvement que fera le muscle selon la commande. Le retour sensoriel, que produira le mouvement réel commandé, sera anticipé grâce à cette copie d'efférence.



Une des fonctions principales de cette copie est qu'elle permet, par émulation, « l'atténuation préemptive du retour proprioceptif d'un mouvement autogénéré » (32). Ainsi l'intensité du retour proprioceptif réel serait donc minorée par les copies d'efférence, c'est-à-dire par l'existence d'un retour sensoriel prédit. En conséquence, quand cette copie d'efférence est déficiente, le mouvement n'est ni atténué ni approprié. Cette absence d'atténuation pourrait alors expliquer la violence des entrées sensorielles chez les sujets autistes, mettant en évidence un dysfonctionnement de cette copie d'efférence.

. Cette théorie peut être rattachée à l'hypothèse que fait Gilles Lelord, en 1990. Il avance l'hypothèse d'un défaut de neuromodulation sensorielle. La neuromodulation sensorielle serait la capacité d'un individu à filtrer de manière appropriée la multitude d'informations sensorielles qui stimulent le système nerveux central. Cette capacité serait mise à mal dans l'autisme et entraînerait des difficultés de régulation et d'organisation des comportements. Trois types de troubles sont alors identifiés : l'hyporéactivité et l'hyperréactivité sensorielle et la recherche de sensation. L'hyporéactivité est l'absence de réponse ou une réponse faible face à un stimulus. À l'opposé, l'hyperréactivité est une réponse exagérée à une stimulation. La recherche de sensations serait alors un comportement que le sujet met en place afin de palier soit au manque de sensation ou afin d'éviter un excès de sensations. On observe alors des comportements d'évitement, de repli sur soi, d'agressivité...

Ainsi, les informations en provenance du monde extérieur arrivent non atténuées du fait d'un défaut de copie d'efférence et non filtrées pour les personnes avec autisme. Cet envahissement des sensations vient modifier la perception qu'ils ont de l'environnement entraînant par la suite des comportements qui peuvent sembler inadaptés pour des sujets non-autistes alors qu'ils sont un moyen d'adaptation.

b. Particularités perceptives

La perception est la synthèse, l'interprétation des sensations qui nous parviennent. Elle est propre à chaque individu car elle est liée au vécu, à l'histoire de la personne et c'est cette histoire qui vient donner une coloration aux sensations. Chez les sujets avec un trouble envahissant du développement, le traitement des sensations est lui aussi atypique entraînant des particularités perceptives.

Uta Frith décrit en 1989, l'hypothèse d'un défaut de cohérence centrale dans l'autisme (8). Pour elle, il existe dans le système cognitif, la capacité à rendre cohérent l'ensemble des informations reçues, en tenant compte du contexte et de sa globalité. Dans le cas de l'autisme, cette capacité serait diminuée entraînant une lecture fragmentée de l'information en donnant une grande importance aux détails. Le traitement global des informations serait donc déficitaire.

Laurent Mottron, en 2004, vient contrebalancer cette hypothèse en proposant celle d'un sur-fonctionnement perceptif. Les sujets autistes favoriseraient le traitement local des informations avec une discrimination perceptivo-visuelle et auditive supérieure à celle des sujets non-autistes. Il n'y aurait donc pas de déficit de traitement global mais un sur-fonctionnement perceptif.

Enfin une dernière hypothèse a été proposée par Bruno Gepner dans son livre Autismes, hypothèse expliquant le déficit imitatif décrit dans le cadre de l'autisme. Il explique que des Désordres du Traitement Temporo-Spatial (DTTS) des flux multi sensoriels seraient à la base de certains troubles présents dans l'autisme. Il met en évidence un désordre de l'intégration visuelle, auditive et proprioceptive du mouvement, mouvement concernant aussi bien un objet qu'un être vivant. Il considère ces DTTS comme « des désordres neuropsychologiques précoces

desquels résultent de nombreuses cascades mal-développementales, c'est-à-dire les manifestations comportementales, motrices et cognitives des personnes autistes ». Comme il le dit, le monde va trop vite pour eux et lorsqu'un certain seuil de vitesse est dépassé, l'enfant se détache des stimuli et se replie sur lui.

En 2002, il montre que les enfants autistes accèdent à une certaine réactivité posturale au mouvement ambiant quand il est lent alors que quand ce dernier est rapide, aucun ajustement tonico-postural n'est observé. De plus, dans une autre étude, il met en évidence que des mimiques filmées et projetées de façon lente sur un écran induisent une imitation faciale chez de nombreux enfants avec autisme. Lorsque le mouvement est trop rapide ou lorsqu'il est absent ces possibilités d'imitation sont fortement réduites. Il conclut alors sur la présence d'un défaut d'intégration temporo-spatiale des flux sensoriels nécessaires pour détecter et intégrer le mouvement visuel et pour programmer un ajustement postural.

c. Compétences imitatives : des particularités ?

Selon Gepner, ce défaut d'intégration du mouvement visuel pourrait rendre compte des difficultés d'imitation rencontrées par ces sujets : « Si la perception et l'intégration du mouvement fournissent des informations cruciales pour le développement du contrôle postural, de la coordination visuo-manuelle, de l'imitation, de l'attention conjointe et de la lecture des visages, alors une anomalie précoce de la perception du mouvement créerait autant de véritables obstacles qui s'installeraient entre le sujet et son environnement » (17).

En 1981, De Myer¹³ constate que les enfants avec autisme présentent de moins bonnes performances imitatives que les enfants déficients mentaux. Il souligne alors que la spécificité d'un déficit imitatif peut être en relation avec le niveau cognitif du sujet ainsi que le type d'action reproduite (immédiate, différée, symbolique ou non, corporelle...). A cela, Meltzoff et Moore ajoutent que l'imitation néonatale dépend de l'aptitude innée à faire le lien entre le mouvement observé chez l'autre, le mouvement induit et la kinesthésie. En l'absence de perception de ces

¹³ NADEL J., *Imiter pour grandir – Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*, DUNOD, 2011, p95

mouvements, l'imitation ne peut se mettre en place entraînant l'apparition précoce des troubles imitatifs des mouvements biologiques chez ces personnes.

Jacqueline Nadel s'est questionnée sur l'existence ou non d'un déficit spécifique des capacités d'imitation dans l'autisme. Pour elle, il est difficile d'être catégorique étant donné que lors de ces études, les difficultés d'attention ainsi que la restriction du répertoire moteur de ces enfants n'ont pas été prises en compte. De plus, Charman et Baron-Cohen publient dans leur article Un nouveau regard sur l'imitation¹⁴, qu'il n'y aurait pas de différence entre l'imitation chez les enfants avec autisme et celle chez des enfants ayant un développement normal.

Afin d'étayer sa réflexion, Nadel ajoute que l'imitation est sélective (25). Nous n'imitons pas tout sinon nous parlerions d'échopraxie. Il en est de même pour l'enfant avec autisme qui pourrait être plus sélectif qu'un enfant sans autisme. Elle rejoint également Piaget sur l'importance du développement moteur sur les capacités d'imitation. Celles-ci sont dépendantes de notre répertoire moteur. En effet, l'apprentissage de nouvelles actions s'appuie sur notre répertoire d'actions familières qui s'associent entre elles pour créer de nouvelles combinaisons. Or l'enfant autiste possède un répertoire moteur plus limité que les enfants neurotypiques comme j'ai pu le dire auparavant dans la description de leur développement psychomoteur. Leurs capacités d'imitation s'en trouvent donc également impactées.

Ces différentes hypothèses associées aux observations de Jacqueline Nadel viennent s'opposer à la théorie des « miroirs brisés » basée sur un dysfonctionnement du système des neurones miroirs qui seraient la cause de l'autisme. Ce dysfonctionnement aurait entravé les capacités de couplage entre action et perception et par conséquent l'imitation, la communication, l'accès à la théorie de l'esprit... Afin de mettre en évidence cette théorie, des études en neuro-imagerie sont parties du principe que le déficit imitatif serait spécifique du trouble de l'autisme et que, le système miroir sous-tendant cette capacité serait défaillant. Cependant, comme j'ai pu le dire précédemment, l'imitation n'est pas sous-tendue que par le système des neurones miroirs. De plus, ce déficit n'est pas spécifique aux

¹⁴ Charman T. et Baron-Cohen S. (1994). « Another look on imitation in autism ». *Development and psychopathology*, 6, 403-413

personnes avec un TED étant donné qu'il est retrouvé dans d'autres pathologies. Nadel nous explique dans son ouvrage (24) que les études de Hamilton en 2013 mettent en avant une activation normale du système des neurones miroirs durant l'observation d'action chez des personnes autistes. Des débats sont encore houleux sur un dysfonctionnement de ce système et les dernières études attribueraient ce dysfonctionnement à un contrôle préfrontal défaillant.

Pour autant, en nous basant sur l'hypothèse d'un déficit de traitement temporo-spatial et sur des capacités d'imitation sous-jacentes découvertes par Nadel, le ralentissement de nos actions, de nos paroles associé à l'utilisation de l'imitation pourrait être un moyen de permettre à l'enfant d'enrichir son répertoire moteur, d'unifier la perception qu'il a de son propre corps et surtout de partager un moment d'interaction, de relation avec la personne en face de lui. Le psychomotricien peut, grâce à sa lecture psychocorporelle poussée, à son écoute attentive et à son adaptation quotidienne, utiliser l'imitation pour interagir avec l'enfant autiste et l'accompagner dans ses expériences sensori-motrices. De nombreuses méthodes d'intervention se basent ainsi sur les capacités d'imitation des enfants avec autisme afin de leur faire accéder à un développement plus harmonieux.

3. Modèles d'intervention

Depuis quelques années, la Haute Autorité de Santé recommande la mise en place d'interventions spécifiques dites « globales » d'inspiration comportementale et développementale car elles ont montré une certaine efficacité au niveau de l'accompagnement des enfants autistes. On retrouve dans ces interventions l'analyse appliquée du comportement (ABA), le modèle dit de Denver et de son adaptation pour les jeunes enfants (ESDM)... Dans ces modèles, l'accent est mis sur la prise en compte des étapes développementales de l'enfant et sur l'inscription de l'enfant dans une relation dynamique, active, porteuse. Ces programmes, notamment l'ESDM, s'appuient sur l'enseignement des conduites imitatives. Celles-ci favorisent l'apprentissage de la communication sociale étant donné que l'imitation permet d'initier une interaction et donc de multiplier les échanges par la suite avec l'entourage. Je décrirai donc la place donnée à l'imitation dans le modèle de Denver

pour les jeunes enfants ainsi que la mise en place d'atelier Imitation à Metz pour arriver à comprendre par la suite, le rôle que le psychomotricien pourrait avoir dans l'utilisation de l'imitation en séance avec des enfants autistes.

a. L'imitation dans le modèle d'intervention précoce de Denver (ESDM)

Le modèle de Denver a été développé il y a plus de 30 ans, par les équipes de Géraldine Dawson et de Sally Rogers (36), psychologues du développement aux Etats-Unis. Son adaptation a permis la création de l'Early Start Denver Model (ESDM) spécialisé dans l'intervention précoce auprès d'enfants âgés de 12 à 48 mois à risque autistique ou ayant été diagnostiqué comme porteur d'un TSA. L'ESDM s'appuie sur les recherches de Daniel Stern qui pose l'hypothèse d'un trouble précoce de l'imitation, responsable du déficit du développement socio-communicatif présent dans l'autisme. L'accent est porté sur les compétences imitatives, le partage émotionnel et l'attention conjointe, tout en gardant à l'idée que l'enfant construit ses propres compétences sociales et cognitives à partir de ses expériences sensorielles, émotionnelles et motrices. Le but premier est donc de favoriser la construction des interactions sociales en amenant l'enfant à interagir spontanément avec ses pairs dans tous les environnements qu'il connaît. En effet, ce modèle s'applique dans une multitude de lieux, de façon intensive (15 à 25 heures par semaine).

L'ESDM propose une grille d'évaluation détaillée pour pouvoir construire un projet d'intervention individualisé pour chaque enfant. Cette grille permet de repérer des objectifs de travail ainsi que d'évaluer les compétences de l'enfant sur une durée de 12 semaines. Huit domaines de compétence sont évalués par des professionnels des secteurs médicaux, paramédicaux et éducatifs : la communication réceptive, la communication expressive, les habilités sociales, l'imitation, les compétences de jeu, les compétences cognitives, motrices et les comportements adaptatifs. Après cette période de 12 semaines, les objectifs sont re-déterminés grâce à une nouvelle évaluation toujours à partir de cette grille.

Au début de l'intervention, les compétences ciblées au travers des objectifs, doivent être enseignées grâce aux activités de routines sensorielles et sociales. Ce sont des activités ludiques, répétitives et centrées sur les relations sociales comme le cache-cache. Le partenaire de jeu, ici l'adulte, a un rôle important pour développer les capacités communicatives de l'enfant tout en respectant son niveau développemental. Il peut utiliser des objets en double. Nadel a montré que cette mise en place d'objets en double favorise les reproductions automatiques, en synchronie avec le modèle (29). Pour l'enseignement des conduites imitatives, l'adulte qui peut être un éducateur doit passer par 4 étapes :

- L'imitation bucco-faciale : Pour Rogers et Dawson, elle doit s'enseigner une fois que l'enfant arrive à imiter spontanément des actions de l'adulte. Elle se fait au travers de jeux comme les bulles, souffler pour gonfler un ballon... Une fois que l'acte moteur est acquis, l'éducateur doit enseigner les gestes conventionnels et communicatifs grâce à l'imitation
- L'imitation vocale de sons et de mots : Etape importante dans le déclenchement et le développement du langage. Elle passe d'abord par l'imitation de simples vocalisations. L'adulte imite alors les vocalises de l'enfant afin qu'il perçoive son interlocuteur et qu'il l'imites en retour.
- L'imitation des actions avec des objets : L'objet devient un médiateur entre les deux interlocuteurs. Quand l'enfant utilise un objet comme un tambour, l'adulte doit également le prendre pour en jouer et le rendre ensuite à l'enfant. Ce partage d'intérêts favorise la relation de confiance, puis permet à l'enfant d'accueillir plus sereinement les propositions nouvelles de l'éducateur pour qu'il les reproduise ensuite. Quand ce tour de rôle est bien établi, il s'agira à l'éducateur d'ajouter des mouvements plus complexes, de diversifier l'utilisation de l'objet afin de permettre de nouvelles expérimentations à l'enfant.
- L'imitation de mouvements du corps sans objets : Elle permet l'apprentissage des gestes communicatifs et conventionnels comme le pointage, des gestes qui indiquent la possession, pour exprimer des concepts de grandeur (petit, grand..).

Ainsi l'ESDM, en se basant sur les capacités d'imitation de l'enfant autiste, vient tenter d'harmoniser son développement global tout en gardant l'aspect ludique des interventions. Ce modèle semble porter ses fruits. Dawson et ses collaborateurs (33), en 2010, ont réalisé une étude portant sur 48 enfants autistes dont la moitié a bénéficié de l'ESDM alors que l'autre était suivie dans des services ordinaires. La comparaison des deux groupes montre que les enfants issus du premier groupe ont vu leur symptomatologie autistique diminuer conduisant un ensemble du groupe à passer à une catégorie diagnostique moins sévère. Cette étude a permis de souligner des améliorations significatives au niveau cognitif et des comportements adaptatifs. Ces conclusions sont à mettre en parallèle avec l'étude menée à Metz auprès d'enfants autistes non verbaux dont le but était de leur donner un mode de communication passant par l'imitation.

b. L'étude pilote de Metz

L'équipe de Scarpa (37) accompagnée de Nadel s'est questionnée sur le moyen d'entrer en relation, de communiquer avec des enfants autistes non verbaux. Ils se sont alors intéressés à l'imitation qui utilise les trois paramètres essentiels à toute communication : la synchronie, le tour de parole, possible par l'alternance entre imiter et être imité, et le partage d'attention. Leur recours à l'imitation est alors plus poussé que dans les programmes comportementaux décrits précédemment. La méthode utilisée rejoint ces programmes car elle s'inscrit dans le cadre d'une interaction sociale et use de l'imitation réciproque. Ils ajoutent la notion de synchronie afin d'offrir aux enfants la possibilité de communiquer spontanément via l'imitation synchrone. Les objets étant en deux exemplaires dans la pièce, quand l'enfant en prend un, l'adulte peut alors faire de même et ce, très peu de temps après l'enfant. Ce procédé favorise l'instauration d'un tour de rôle essentiel à la communication.

Cette expérience a donc été proposée à 8 enfants âgés de 30 mois à 7 ans, suivis en hôpital de jour et en Centre Médico-Psychologique (CMP). 17 professionnels ont été impliqués dans cette étude ainsi qu'un psychomotricien qui a permis d'adapter les actions motrices en fonction du niveau de chaque enfant.

Après la passation d'une échelle d'imitation créée par Nadel évaluant l'imitation spontanée, la reconnaissance d'être imité et l'imitation sur commande, un protocole individuel est élaboré pour chaque enfant. Ces professionnels se sont fiés à des patrons développementaux définis par Nadel. Par exemple, pour un enfant n'imitant pas, il lui sera proposé des mouvements corporels simples inscrits dans son répertoire moteur comme caresser sa joue. A ces patrons est associé l'objectif principal qui est d'alterner les rôles d'imitateur et de modèle pour que les enfants maîtrisent un moyen efficace de communication non verbale.

Trois hypothèses étaient attendues lors de cette étude :

- Une augmentation des comportements interactifs positifs
- Des effets positifs sur le domaine de l'imitation ainsi que sur la sévérité de l'autisme
- Une baisse des comportements indésirables

A la fin de cette étude, les résultats mettent en évidence une augmentation des scores d'imitation et des comportements positifs au niveau groupal. Les parents de ces enfants décrivent une augmentation des comportements positifs émotionnels, sociaux et une baisse du degré de sévérité de l'autisme.

Le psychomotricien pourrait se saisir de cette découverte. En effet, l'imitation est un vecteur de relation, de communication que le psychomotricien utilise spontanément en séance. Dans le cas de l'autisme, elle pourrait permettre à l'enfant de construire une meilleure représentation de son corps, de maîtriser son tonus en partant de ses propres expériences sensori-motrices. Le psychomotricien, grâce à sa formation, à son écoute, à l'importance qu'il donne au dialogue tonico-émotionnel, pourra accompagner l'enfant dans la mise en place d'une relation. Dans la prochaine partie, nous verrons quelle place le psychomotricien accorde à l'imitation dans ses séances et quel intérêt pourrait-elle apporter dans la prise en charge psychomotrice d'enfants autistes.

Chapitre 3 : L'imitation dans la prise en charge psychomotrice d'enfants autistes

A. Le psychomotricien : le spécialiste de l'imitation

1. L'imitation au cœur de la formation du psychomotricien

Durant ces trois années d'études, j'ai pu expérimenter l'implication que demande le métier de psychomotricien, notamment pendant mes stages. Au cours des ateliers de pratique et d'expression corporelle qui nous sont proposés, nous développons une qualité de présence essentielle pour nous adapter aux patients que nous rencontrons. Alors que je m'appliquais à reproduire appuis, postures, attitudes, qualités de voix de mes professeurs, dans un mimétisme visant à bien faire, j'ai senti, au fil des séances, que ma propre sensibilité émergeait. Ainsi, j'ai pu percevoir le besoin de prendre appui sur mes formateurs sans les reproduire à l'identique. Je pouvais me détacher de ce mimétisme, pour sélectionner ce qui me semblait le plus important et y associer ma sensibilité, ma personnalité pour m'approprier ces propositions. Je passais donc du mimétisme à l'imitation. Et c'est notamment par le biais de l'imitation et de l'identification que j'ai pu commencer à construire ma propre identité professionnelle.

Nombreuses sont les fois en stage où, étant placée à côté de mon maître de stage, je me suis accordée à sa posture, j'ai adopté ses mimiques dans le but de tirer tout le positif de sa propre identité professionnelle pour construire la mienne. Grâce à la démonstration de ses moyens d'observation, de sa finesse dans les réponses faites aux enfants, j'ai pu retirer ce qui me semblait le plus adapté et le plus en adéquation avec mes représentations de la psychomotricité. Par la suite, en séance, en y associant ma personnalité, mes réflexions, j'ai alors pu expérimenter les différentes propositions que j'avais engrangées auparavant pour me les approprier.

Grâce à mon parcours, il me semble donc que le psychomotricien est, sensibilisé tout au long de sa formation à l'importance de l'imitation. Il l'expérimente tout d'abord durant les cours de pratique, pour ensuite se l'approprier afin de la manier consciemment, la plupart du temps, en séance.

2. L'imitation dans la pratique psychomotrice

Au cours de mes autres stages, j'ai pu observer que le psychomotricien utilise l'imitation comme support pour faire progresser l'enfant dans ses compétences psychomotrices. Par exemple, des exercices réalisés en canon, c'est-à-dire usant de l'imitation différée, sont fréquemment mis en place pour permettre à l'enfant d'ajuster son geste, d'adapter sa force comme dans les jeux de balle... L'imitation différée permet notamment à l'enfant de passer du statut d'observateur passif à celui d'acteur du mouvement. On la retrouve également dans des exercices de relaxation, de détente où le patient reproduit les mouvements que le psychomotricien effectue pour se les approprier et les réutiliser quand il en sentira le besoin. Par la répétition et le tour de rôle, l'enfant s'identifie au psychomotricien, s'ajuste selon ses possibilités pour ensuite, peut-être, progresser dans ses capacités psychomotrices. L'implication psychocorporelle du psychomotricien favorise cette utilisation. En effet, imiter l'enfant doit prendre en compte les notions de proxémie entre lui et l'enfant, la vitesse de reproduction du mouvement... La présence du psychomotricien doit s'adapter à la façon dont l'enfant se vit et s'éprouve dans le monde.

De plus, au cours de mon stage de troisième année, je me suis aperçue que l'imitation est un moyen d'entrer en relation avec certains enfants autistes. Je précise ici en disant « certains enfants autistes » car durant mon stage je n'ai rencontré que des enfants ayant accès à une communication langagière même si celle-ci était pauvre. L'imitation était un moyen d'entrer en interaction avec eux car il était possible pour moi d'accrocher leur regard même s'il était la plupart du temps fuyant ou de me baser sur des signaux corporels. Je n'ai donc rencontré que des enfants ayant un degré de sévérité de l'autisme qui soit léger ou modéré. La réflexion que je mènerai tout au long de ce chapitre peut, en conséquence, ne pas être adaptée dans le cas d'un trouble envahissant du développement sévère.

Partir de la proposition de l'enfant, c'est à la fois le valoriser dans ces compétences mais aussi lui montrer l'intérêt que nous lui portons. Laisser la possibilité à l'enfant d'être celui qui impulse, d'être celui qui choisit ce que l'autre va faire le gratifie d'agir sur l'autre et donc le valorise. Cette valorisation peut alors permettre à l'enfant de s'ouvrir à la relation.

Luc est un garçon âgé de 5 ans qui a été diagnostiqué comme ayant un trouble envahissant du développement et qui est assez distant en séance. Il peut entrer en relation avec l'adulte malgré un regard fuyant mais reste très autoritaire et accepte peu les propositions qui lui sont faites. Dans ses jeux, des vampires, de l'eau qui le submerge et va le noyer sont souvent présents, évoquant des angoisses de liquéfaction et de dévoration. Quand ces dernières sont trop présentes et que malgré nos mots, il ne peut se rassurer, il se coupe de la relation. Luc se met de dos à nous, attrape un objet et joue seul. Spontanément, alors que Luc se replie sur lui-même, j'attrape le même objet que lui, soit un lego. Luc construit une voiture, je me place à côté de lui, dans la même position, accroupie, et commence à construire également une voiture, centre d'intérêt majeur pour cet enfant. Alors que je décris la construction de la voiture en même temps que je la construis, sans m'adresser directement à Luc mais en passant par la psychomotricienne, Luc se tourne vers moi. Il regarde ma construction et lance « un pont ça serait bien pour les deux voitures ». L'interaction était à nouveau possible

Pierre-Marie Baudonnière nous dit que « imiter l'autre serait pour l'imitateur comme pour l'imité, l'origine d'une réaction émotionnelle forte, commune à toutes les situations où il y a un partage de sensibilités liées au partage d'activités »¹⁵. Le fait d'imiter Luc, dans un jeu qu'il investit particulièrement aurait suscité cette réaction émotionnelle chez lui, le rendant plus disponible à une relation duelle.

¹⁵ Nadel, J., & Baudonnière, P. M. (1980). L'imitation comme mode d'échange prépondérant entre pairs au cours de la troisième année. *Enfance*, 33(1), 77-88.

L'imitation peut donc être également un moyen d'entrer en relation avec l'enfant par le partage d'un même vécu. De plus, il est fréquent que le psychomotricien ait recours à l'imitation quand il se trouve dans l'impasse ou que ses différentes propositions n'ont pas permis d'entrer en relation avec le patient. Reproduire les gestes et actions de l'enfant, en étant dans un partage tonico-émotionnel de ce qu'il vit, permet au psychomotricien de se rapprocher de l'enfant et d'enrichir ses propositions. Ainsi, via l'imitation, le psychomotricien a recours à différents piliers de la psychomotricité que je décrirai par la suite. Le psychomotricien évalue d'ailleurs l'imitation dans le bilan psychomoteur afin de pouvoir s'appuyer ou non, sur elle durant les prises en soin. Elle est un outil qu'il peut manier en situation d'évaluation psychomotrice comme au cours des séances.

Ainsi l'imitation est une ressource dont le psychomotricien doit se saisir, que ce soit durant son parcours personnel ou dans sa pratique professionnelle. Pour cela des conditions sont nécessaires. L'imitation apparaît souvent spontanément pendant les séances grâce à l'importance que le psychomotricien accorde au cadre thérapeutique.

3. Le cadre, un dispositif essentiel pour le psychomotricien

La rencontre entre le patient et le psychomotricien doit s'inscrire dans un cadre thérapeutique et ce, d'autant plus lors de la prise en soin d'un enfant autiste. Catherine Potel définit le cadre thérapeutique comme « ce qui contient une action thérapeutique dans un lien, dans un temps, dans une pensée » (34). Ce cadre doit être souple, fiable et permettre l'instauration d'une relation de confiance dans le respect le plus rigoureux du patient et du psychomotricien. Potel envisage le cadre selon deux niveaux :

- Le cadre physique : Il comprend un dispositif concret qui définit les horaires, la fréquence, la durée de la séance mais aussi le lieu spécifique, le matériel et les types de médiations utilisés. Le matériel est important et dépendant de la sensibilité du psychomotricien. Il amène l'enfant à explorer, à intégrer de nouvelles compétences, à symboliser...

Dans le cadre de la prise en soin d'un enfant autiste, le matériel utilisé doit être pensé. Ces enfants peuvent présenter des hypersensibilités que ce soit visuelles ou auditives. Dans ce cas, un aménagement de la luminosité ou du monde sonore peut être proposé avec des variations dans les stimulations sensorielles. Si l'enfant ne supporte pas la vision de son corps, un rideau peut être placé sur le miroir... Certains ajustements sont donc nécessaires. De plus, l'enfant autiste présente une immuabilité très prononcée dans la plupart des cas. Il convient donc au psychomotricien d'organiser au mieux sa salle pour que l'enfant y retrouve des repères stables. Les changements ne seront supportés par cet enfant que s'il est sûr de retrouver toujours le même dispositif, le même cadre séance après séance. Ce n'est qu'en offrant ces repères stables sur le long terme que le besoin d'immuabilité pourra diminuer et que des changements seront envisageables.

- Le cadre psychique : Pour mettre en place ce cadre, le psychomotricien doit se baser sur des postulats théoriques qui garantissent une mise en pensée de son travail. La notion de contenance est au cœur de ce cadre, le psychomotricien joue le rôle de filtre entre le patient et l'environnement. Il vient canaliser les peurs de l'enfant pour une meilleure adaptation. Les fonctions d'étanchéité et de miroir participent à la construction du cadre. Ce qui est fait dans la salle de psychomotricité y reste, c'est le secret thérapeutique qui participe à l'alliance thérapeutique.

Ainsi le cadre est commun à tous mais ne doit pas se laisser réduire à ses dimensions physiques. Il est mis en forme par la pensée du psychomotricien. Anne-Marie Latour nous dit qu'il « faut un cadre dans la tête ». Le cadre prend une dimension spatio-temporelle ajustable, à l'image de la posture du thérapeute qui s'ajuste en permanence à son patient. Comme Benjamin Carrera, enseignant à l'institut de formation de Bordeaux, le dit « le cadre est un monde pensé par le psychomotricien mais qui est à dessiner pour le patient dont l'origine est son propre corps ». Le cadre est donc un lieu qui va accueillir les significations projetées au dehors par le patient, qui vient accueillir ses perceptions et lui laisser la possibilité de se bâtir un monde selon son propre référentiel. Dans le cas de l'autisme, le cadre doit être suffisamment contenant et résistant pour que les productions archaïques de l'enfant soient accueillies et transformées et qu'elles ne détruisent ni l'enfant ni

l'environnement qui comprend le psychomotricien. L'intérêt du cadre est que l'enfant autiste fasse l'expérience que, malgré la violence ou la destructivité de ce qu'il projette, l'environnement reste stable et fiable (19). Ainsi, peu importe la pathologie, le psychomotricien incarne le cadre thérapeutique. Il pose des limites qui viennent s'accorder aux possibilités et aux perceptions du patient.

Au sein de l'hôpital de jour où j'ai pu faire mon stage de dernière année, les prises en charge psychomotrices débutent par un bilan psychomoteur ou une observation clinique afin d'explorer les compétences psychomotrices de l'enfant et d'élaborer par la suite un projet de prise en soin. Le bilan psychomoteur fait partie intégrante de la prise en soin et au sein de ce bilan, l'imitation ou plutôt les différentes formes d'imitation sont explorées.

4. Le bilan psychomoteur : un outil d'investigation des imitations

Le psychomotricien a, à son service, différents tests psychomoteurs pour évaluer les capacités psychomotrices et la personnalité psychomotrice du patient face à lui. Dans ces capacités, le psychomotricien doit porter son attention sur les compétences d'imitations de l'enfant. En effet, celles-ci peuvent être un moyen de percevoir où en est l'enfant dans l'élaboration de son schéma corporel et de son image du corps. Elles reflètent également des capacités de régulation tonique, de coordinations... L'imitation peut être observable dans différentes épreuves mises à disposition du psychomotricien et peut même apparaître durant le jeu spontané. Certains tests psychomoteurs passent par l'imitation pour évaluer différents domaines. On retrouve comme test utilisant l'imitation le test d'imitation de gestes de Bergès et Lézine ou encore son adaptation, l'Evaluation de la Motricité Gnosopraxique distale (EMG) de Laurence Vaivre-Douret. Certains items comme ceux des praxies manuelles du NP-MOT de Laurence Vaivre-Douret y recourent aussi, ainsi que l'épreuve de reproduction des sons du Stamback. Je décrirai ici le test de Jean Bergès et d'Irène Lézine car j'ai pu assister à son utilisation au cours de mon stage.

Le test d'imitation des gestes de Bergès-Lézine s'adresse à des enfants âgés de 3 à 6 ans. Il se déroule en trois temps :

- L'épreuve d'imitation de gestes simples : Elle est constituée de 10 items de mouvements des mains et 10 items de mouvements des bras
- L'épreuve d'imitation de gestes complexes : Elle se compose de 16 postures au niveau des doigts
- L'épreuve des contraires : L'examineur reprend les 10 items de mouvements des bras et l'enfant doit alors les reproduire en vérité.

Durant ces trois épreuves, l'enfant est placé face à l'adulte assis sur un siège. C'est une épreuve non verbale qui comporte des gestes non symboliques et inhabituels. Elle permet d'évaluer où en est l'enfant dans l'intégration des différents éléments de son schéma corporel et de ses praxies. Elle donne aussi des informations sur les perceptions corporelles de l'enfant, la représentation qu'il a de son corps à la fois dans le mouvement et dans une posture statique.

Avec une population d'enfants autistes, l'utilisation de ce test n'est pas toujours possible. Pour autant, j'ai pu remarquer au cours d'observations psychomotrices, qu'il est intéressant que le psychomotricien imite l'enfant autiste, dans un intérêt de compréhension de son vécu. Par cette expérience, le psychomotricien essaie de prendre les formes du corps et donc d'intégrer le monde de l'autisme. En passant par le sensoriel, il tente de ressentir, d'éprouver ce que l'enfant autiste peut lui montrer. L'imitation peut alors aider le psychomotricien à donner du sens au vécu de l'enfant et donc à élaborer des axes de prise en soin adaptés à cette problématique.

B. Tonus, imitation et autisme

Le tonus musculaire est un des piliers de la psychomotricité sur lequel le psychomotricien intervient en permanence. En effet, il est la toile de fond du fonctionnement musculaire que ce soit dans le mouvement, dans le maintien de la posture mais également dans l'expression de la vie émotionnelle du sujet. Il est le lien entre le physiologique et l'affectif.

L'imitation est en lien avec le tonus. Elle s'appuie sur la fonction tonique qui est le support des mouvements mais qui permet également d'anticiper le mouvement, de le préparer avant de le réaliser. Dans ce sens, l'imitation constitue une psychomotricité partagée, pour Jacqueline Nadel (33). Pour étayer son propos, elle se base sur la définition de la psychomotricité proposée par Wallon. Pour lui, le mouvement a deux fonctions : la fonction cinétique, consacrée à l'interaction avec le monde physique et la fonction expressive qui permet l'interaction avec l'environnement humain. Ainsi, et Julian De Ajuriaguerra le rejoint sur ce point, la psychomotricité serait « un partage et une co-régulation interpersonnelle de la motricité individuelle » (33).

1. Le dialogue tonique, base de l'interaction avec l'enfant autiste

La définition précédente fait lien avec l'imitation. Dans l'imitation, le modèle et l'imitateur sont dans le partage d'une posture, d'un tonus. Ils dialoguent entre eux en s'ajustant l'un l'autre. Le dialogue tonique qu'Ajuriaguerra a défini en tenant compte des liens que Wallon avait pu faire entre tonus, émotion et environnement, est également un ajustement postural mais surtout tonique en présence d'un autre. A la naissance, notre corps est pris dans un rythme relationnel avec le corps d'autrui. Nous éprouvons notre corps par l'expérimentation du corps d'autrui dans la relation et par le dialogue tonique qui s'installe à partir des signes moteurs et émotionnels de l'autre. Ce dialogue tonique peut également se faire à distance. La perception de variations toniques de notre interlocuteur vient raisonner amenant notre corps à réagir toniquement. Ce dialogue est donc impliqué dans une forme de communication. N'est-ce pas là un intérêt pour le psychomotricien en séance avec un enfant autiste ?

En imitant ou en exagérant les mimiques, les tensions ou postures particulières que l'enfant autiste peut connaître, le psychomotricien devient un miroir de l'enfant. « Une personne toniquement ajustée constitue, pour le bébé, « un miroir » de ce qu'il éprouve » nous dit Marie-Françoise Livoir Petersen (20). La personne constitue une source de signaux qui reflète sensoriellement les fluctuations

de tension que le bébé ou ici l'enfant éprouve. Même si le psychomotricien ne vient pas contenir physiquement l'enfant autiste, grâce à l'imitation immédiate, il lui offre la possibilité de percevoir, d'abord dans un champ sensoriel, les variations musculaires qu'il peut connaître. L'imitation s'incarne alors dans un accordage tonique, dans un partage tonico-émotionnel. Nous pouvons donc parler d'une sorte d'accordage affectif que Stern a pu décrire mais où le psychomotricien garde une posture professionnelle.

Victor est un enfant de 10 ans présentant également un trouble envahissant du développement. Victor est submergé par des stéréotypies quand les émotions sont trop fortes. Ainsi alors que je le félicite d'avoir mis la date exacte sur le petit calendrier que nous avons, Victor semble envahi par la joie qui fait apparaître des stéréotypies gestuelles et motrices. Il est assis sur le sol, se balance d'avant en arrière en venant entrechoquer ses poings devant lui. Je décide de me placer sur son côté et initie le même balancement que lui. Dans le souci d'un parfait accordage et de comprendre ce que Victor trouve comme réassurance dans ce mouvement, j'imprime le même rythme que lui. Alors que la stéréotypie perdure, je décide de ralentir mon rythme pour aller vers une immobilité. A ma surprise, Victor ralentit également son balancement peu après mon initiative. Il s'accorde à ma vitesse de mouvement pour se stopper finalement quelques instants après moi.

Dans cette situation, reproduire les stéréotypies de l'enfant autiste grâce à cet accordage tonique et rythmique, permet au psychomotricien de ramener l'enfant dans la relation. En effet les stéréotypies favorisent l'enfermement, le repli sur soi caractéristique de ce handicap. Par l'imitation, le psychomotricien entre dans ce monde et invite l'enfant à s'ouvrir à la relation. Comme Bruno Gepner l'a précisé (9), les enfants autistes accèdent à une certaine réactivité tonico-posturale quand le mouvement ambiant est lent. Ralentir le mouvement une fois que l'interaction a pu être rétablie, favorise alors l'ajustement de l'enfant. Marc Jeannerod nous dit «observer une action d'un autre ne consiste pas seulement à analyser une forme visuelle, c'est déjà construire une image de soi en train d'exécuter la même action » (10). Ayant le retour visuel de sa propre posture, l'enfant peut être amené à modifier sa qualité tonique par réaction à l'imitation du psychomotricien, ce que Victor a pu

faire ici. L'accompagnement du psychomotricien est alors essentiel. Sensible aux besoins et au mal-être de l'enfant autiste, ce dernier doit s'ajuster en fonction de l'enfant et peut ainsi l'accompagner vers une sortie de la stéréotypie.

2. Le tonus, une préparation au mouvement

Quand l'enfant est immobile, la phase de mouvement est déjà en préparation grâce au tonus. Selon Wallon, « le tonus est un état fonctionnel de préparation à l'action » (41). Le tonus devient alors le support permettant la transition entre l'imitation statique et dynamique. Dans le cas d'un enfant autiste, ce passage d'une imitation statique à une imitation dynamique, peut faire penser à une transition entre un monde immuable, figé, cristallisé que Kanner avait pu décrire, au passage à un monde en relation, où le mouvement et le changement peuvent exister.

Thomas est un garçon âgé de 8 ans avec un trouble envahissant du développement. A chaque fois qu'il entre dans la salle de psychomotricité, Thomas se positionne sur le sol, toujours dans la même position, assis sur ses mollets, faisant reposer ses ischions sur un de ses pieds et reste figé. Pendant toute la séance, il reste dans cette position, ne mobilisant que le haut de son corps. Alors que j'étais positionnée à côté de lui, je décide d'adopter la même posture que Thomas et d'attraper les mêmes objets dont il peut se saisir. Thomas remarque ce changement de posture, tourne la tête vers moi et reprend son jeu. Il veut alors attraper une figurine éloignée de lui. Il allonge le haut de son corps et étends son bras mais l'objet reste trop éloigné pour lui. Il tourne sa tête vers moi pour solliciter mon aide. Je reproduis à mon tour son mouvement pour garder la même posture que lui. Je pousse lentement avec mes pieds pour me mettre en position du 4 pattes et attraper l'objet. Ce mouvement semble raisonner en Thomas qui pousse pour la première fois sur ses jambes et reproduit le 4 pattes que j'ai commencé à initier. Thomas reprendra ce mouvement deux ou trois fois pendant la séance tout en respectant les étapes que j'avais pu lui montrer auparavant.

Partant du dialogue tonique instauré, le psychomotricien peut alors associer une variation de son tonus découlant du tonus de l'enfant autiste afin qu'il puisse modifier sa position et l'accompagner vers un mouvement. La perception du passage de la position qui est la sienne à la mise en mouvement du bas de mon corps aurait déjà permis à Thomas de se préparer à mouvoir son corps, à anticiper ce mouvement et donc à l'expérimenter plus facilement. De plus, quand l'enfant autiste regarde le psychomotricien l'imiter et faire évoluer son mouvement, il construit une image de lui en train de réaliser ce mouvement. L'imitation se nourrit de l'accordage tonique qui a pu initier une interaction entre Thomas et moi, pendant cette séance. Mon ajustement postural et la perception que Thomas a pu en avoir, lui auraient permis d'élaborer une représentation de lui plus globale, faisant exister le bas de son corps. Thomas commence donc déjà à intégrer l'expérience motrice du psychomotricien dans son propre système de représentation motrice. C'est le système de représentations partagées du mouvement qui lui permet, grâce à la répétition, de faire de nouvelles expériences sensorielles, toniques et motrices et d'aller, peut-être plus tard, vers de nouveaux apprentissages.

Par le dialogue tonique, l'imitation permet au psychomotricien d'offrir une présence à l'enfant en l'amenant à la fois à s'identifier à l'autre lorsqu'il l'imité, mais aussi à être acteur des mouvements de l'autre. Cette fonction posturale et tonique de l'imitation permet alors la communication entre ces deux individus. En effet, Fabien Joly nous dit que la psychomotricité est une thérapie de la présence. A travers le dialogue tonique, le psychomotricien observe le langage du corps afin de proposer un ajustement au plus proche des besoins de l'enfant et tente de comprendre son état interne. L'implication corporelle et motrice du psychomotricien devient alors indispensable et précieuse.

Wallon (41) postule que c'est bien la relation de l'enfant avec autrui qui permet et autorise la construction de représentations partagées. Pour lui, il est capital que l'enfant arrive à relier les différentes parties de son corps pour en former un tout cohérent. Cette liaison passerait alors par la motricité et la perception visuelle. Amener l'enfant autiste à passer d'une imitation statique à une imitation dynamique, serait alors un moyen pour qu'il construise une représentation corporelle plus unifiée.

C. Quand l'imitation participe à la structuration psychocorporelle de l'enfant autiste

1. Schéma corporel et Image du corps

Ainsi comme Wallon avait pu le penser l'imitation et l'image du corps sont en lien. Paul Ferdinand Schilder (2) estime aussi que la perception du corps de l'autre participe à l'élaboration d'une image de soi. Il semble alors important de distinguer schéma corporel et image du corps afin de comprendre comment l'imitation peut être en lien avec eux.

Anzieu différencie le schéma corporel de l'image du corps en précisant que le schéma corporel est chargé d'impressions des actions passées, qu'il est préconscient et que sa base est neurologique. Pour lui, ainsi que pour Bullinger (2), le corps sert d'instrument d'action dans l'espace et sur les objets. A l'opposé, l'image du corps est inconsciente et sa base est affective. Dans cette optique, le corps est alors vécu comme un moyen de relation avec autrui. L'imitation ne pourrait-elle pas faire pont entre ces deux notions ? En effet, comme nous avons pu le voir, l'imitation a fonction de communication, de relation mais aussi de découverte sensori-motrice et d'apprentissages moteurs. Elle pourrait, peut-être au cours du développement, participer à la conception d'une image corporelle unifiée ainsi qu'à l'intégration du schéma corporel.

Schilder définit ce qu'est l'image du corps, en 1935, dans son ouvrage A l'image du corps : « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes. Des sensations nous sont données, nous pouvons voir certaines parties de la surface de notre corps, nous avons des impressions tactiles, thermiques et douloureuses. [...] Par-delà ces sensations, nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps » (2).

Ainsi dans le développement normal, l'image corporelle procure un sentiment d'unicité et délimite le dedans et le dehors à partir des mobilisations toniques et émotionnelles. Pour Françoise Dolto, l'image du corps est inconsciente et s'élabore en fonction de l'histoire du sujet. Elle serait « la synthèse vivante de nos expériences

émotionnelles : interhumaine, répétitivement vécues à travers les sensations archaïques ou actuelles » (2). Une de ses fonctions principales serait le sentiment d'existence qu'elle procure au sujet. L'image de soi se construit donc à partir de l'image de l'autre. L'imitation participe à cette construction en offrant à l'enfant la possibilité de voir les parties du corps qu'il mobilise quand il interagit avec ses parents. Les émotions véhiculées par les imitations participent à la valorisation de l'enfant et à ce qu'il construise des bases narcissiques solides.

Selon Jean Lhermitte, pour agir sur les objets qui nous entourent, pour nous déplacer, il nous faut avoir, de façon plus ou moins consciente l'idée de notre corps c'est-à-dire une perception liée aux afférences actuelles. Ainsi pour lui, le schéma corporel est conçu comme « né de l'apport des sens et s'en émancipant pour devenir condition de l'expérience »¹⁶. Le schéma corporel est aussi mobilisé dans les imitations. L'imitation permet à l'imité de réaliser de nouvelles expériences sensori-motrices notamment grâce au psychomotricien en séance. L'imitation engage corporellement l'enfant tout en étant soutenu par la présence de l'autre. Elle mobilise donc son schéma corporel et construit en même temps son image corporelle. Elle fait donc pont entre ces deux concepts psychomoteurs.

2. Une image du corps perturbée chez l'enfant autiste

Plusieurs questions peuvent se poser quant à la perception que l'enfant autiste peut avoir de son corps notamment à cause de ses spécificités de fonctionnement. Est-il enfermé dans une connaissance sensorielle des parties de son corps sans arriver à les relier de façon globale ? L'enfant autiste peut-il accéder à une représentation unifiée de son corps ? Pour ma part, je suis partie de l'hypothèse que, pour les enfants autistes que je rencontre, l'association d'une sensation corporelle atténuée grâce à la perception du corps du psychomotricien pourrait amener l'enfant autiste à élaborer une image de son corps.

¹⁶ <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.3.4.html>

Afin de répondre à ces questionnements, Fabien Joly (16) nous fait remarquer que la première différence notable entre un enfant neurotypique et un enfant autiste est la présentation singulière que l'enfant autiste fait de son corps. Il ajoute à la triade symptomatique décrite dans le DSM IV, une quatrième singularité du sujet autiste qui serait la manière singulière autistique d'habiter son corps. Pour justifier cette particularité, il se base sur la phrase éminemment connue d'Ajuriaguerra qui nous dit que « notre corps n'est rien sans le corps de l'autre ». Pour lui, l'autisme serait la représentation de ce que serait notre corps sans le corps de l'autre dans ses dimensions instrumentales et fonctionnelles.

André Bullinger rejoint alors Joly par rapport à la place majeure et singulière qu'il accorde au corps dans la problématique autistique. Bullinger fait l'hypothèse que la particularité des conduites de ces sujets serait explicable par une perturbation des premières étapes du développement et que ces sujets instrumentaliserait différemment leurs systèmes sensori-moteurs. « Chaque étape d'acquisition va se faire sur un mode particulier avec des investissements spécifiques de la sensorialité » (16). Ainsi, la personne avec autisme aurait du mal à accéder à une représentation d'une partie de son corps quand cette dernière n'est pas en action. Il nous précise que « l'image du corps est maintenue présente par les sensations elles-mêmes mais dès que les sensations cessent, l'image du corps disparaît ». Cette observation est à mettre en parallèle avec la découverte de Donald Meltzer (11) qui parle d'un démantèlement de l'appareil perceptif chez les sujets autistes.

Ce démantèlement consiste en une dissociation des sens afin de se fixer sur une seule modalité sensorielle. Cet état, que provoque le démantèlement, est le résultat d'un ensemble de mécanismes auquel le sujet a recours pour se protéger de l'invasion de sensations à laquelle il est soumis. Il se perçoit et perçoit les objets de façon fragmentée, chaque morceau perçu étant caractérisé par sa spécificité sensorielle. Cet état d'existence entrave alors toute introjection des parties de l'image du corps mais aussi des affects, des représentations et de toute l'activité mentale.

Les stéréotypies présentes chez les enfants autistes témoignent alors de ce démantèlement de la sensorialité. L'apparition des stéréotypies est favorisée par une stimulation sensorielle incontrôlable pour l'enfant autiste. Les stéréotypies servent alors de mode de protection, de moyen de se centrer sur ses propres sensations et de se protéger d'un contexte trop envahissant. Elles sont une mise en acte du mal-être et des interrogations corporelles que l'enfant autiste peut connaître.

Thomas est assis sur le sol. Alors que ma maître de stage et moi-même lui parlons pour décrire ce qu'il fait et pour y mettre du sens, un enfant agité arrive dans la salle d'attente qui est accolée à la salle de psychomotricité dans laquelle nous sommes. Il crie, lance des objets. Thomas est alors envahi par toutes ces stimulations auditives. Des stéréotypies de balancement associées à du flapping apparaissent, coupant totalement Thomas de la relation. Ma maître de stage s'approche alors de Thomas, lui expliquant d'où provient ce bruit, le rassure un peu et s'assoit à côté de lui afin de retrouver du silence dans la salle de psychomotricité. Une fois que l'enfant de la salle d'attente fut calmé, les stéréotypies de Thomas diminuèrent jusqu'à leur disparition.

Dans le cas de ce handicap, le psychomotricien pourrait engager un travail thérapeutique dont le but serait de viser une meilleure intégration de l'enveloppe corporelle chez ces enfants en passant notamment par la voie de l'imitation.

3. L'imitation : un soutien pour la construction psychocorporelle de l'enfant autiste

Bastien est un garçon âgé de 11 ans qui présente un Trouble Envahissant du Développement. Je le rencontre sur le CMPEA tous les vendredis. Alors que nous venons de terminer un jeu de société que Bastien vient de gagner, il se lève et pour exprimer son contentement, il plie les jambes et tend les bras en avant.

Agréablement surprises de le voir mobiliser ces jambes, partie qu'il met peu en mouvement, nous l'imitons afin de favoriser la continuité de cette découverte corporelle et de l'encourager. Bastien lève les jambes de plus en plus haut et les fait raisonner sur le sol en frappant fort. Nous continuons de l'imiter en favorisant un retour vers le calme. Nous exagérons alors notre respiration en expirant d'abord bruyamment et en diminuant petit à petit ce souffle jusqu'à ne plus l'entendre. Bastien imite alors cette respiration et l'associe à des courses à vélo « parce qu'on respire fort quand on fait du vélo ». Au bout de quelques minutes, tout en continuant ce mouvement, Bastien nous demande d'où vient la respiration, à quoi servent les poumons et surtout si les siens sont malades à cause de la cigarette. D'autres questions suivirent quant à l'intégrité de son corps, toujours en lien avec la respiration.

Quand le psychomotricien imite l'enfant, son corps peut servir de repères, de modèle pour lui. Le corps du psychomotricien vient alors se positionner comme une base référentielle pour l'enfant autiste. Denise Liotard nous dit que le travail en miroir du psychomotricien permet un processus d'identification au corps du thérapeute et amène la perception des limites de l'enveloppe. Le psychomotricien devient « le miroir narcissique du sujet »¹⁷.

Dans la situation précédente, le corps du psychomotricien a servi de base de compréhension pour l'enfant. Quand Bastien nous questionne sur l'intégrité de son corps, il cherche une réassurance dans la parole du psychomotricien. Julian De Ajuriaguerra nous dit que la nomination confirme ce qui est perçu, réaffirme ce qui est connu et permet de verbaliser ce qui est vécu. Ici, l'imitation a permis la mise en mot d'une certaine angoisse sous-jacente pour Bastien. La représentation qu'il a de son corps a pu être quelque peu modifiée grâce à la mise en mots posée sur les gestes perçus.

¹⁷ Liotard, D., (2010). Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur in Psychomotricité : entre théorie et pratique. In Press.

Ainsi dans cette situation, Bastien a pu élaborer la sensation perçue du souffle dans les narines en une représentation de ce qu'est la respiration de façon plus abstraite et non visible directement. Le psychomotricien, en se plaçant en miroir de l'enfant autiste, vient lui proposer une élaboration du sensoriel alors que ce dernier est bloqué dans ces sensations. Le psychomotricien amène l'enfant à passer le stade de la sensation pour aller vers une perception puis, si possible vers la représentation de son corps. Son but serait, grâce à l'imitation, de venir mettre en mouvement l'ensemble des sensations dans lesquelles le sujet autiste est enfermé afin de créer un tout plus organisé et structuré. Cette fonction du psychomotricien est peut-être à mettre en lien avec la fonction alpha décrite par Wilfried Bion (11). L'expérience sensorielle vient trouver un sens grâce au passage par l'autre. Le psychomotricien détoxifie la sensation que l'enfant autiste peut vivre en l'imitant ou en proposant à l'enfant de l'imiter et en y associant la parole qui vient poser des mots sur son vécu brut. En répétant l'action ou le geste de l'enfant, le psychomotricien lui renvoie une image de lui-même, une image détoxifiée.

Cette mise en mot du vécu de l'enfant est à mettre en parallèle avec le « sentiment d'enveloppe » qu'Anne-Marie Latour¹⁸ reprend. Ce sentiment se construit à partir de 2 mois grâce aux boucles interactives présentes entre l'enfant et ses parents. Il résulte de l'accumulation suffisante et satisfaisante de ces moments d'interactions dans lesquels le bébé se sent contenu, tenu et compris. C'est l'idée que le sentiment d'être de l'individu se consolide petit à petit jusqu'à lui permettre de se sentir unifié, différencié de l'autre et organisé avec un avant, un arrière... Cette illusion nécessaire pour un développement harmonieux naît bien de l'interaction avec l'autre. Ainsi quand le psychomotricien interagit via l'imitation avec l'enfant autiste, il y associe souvent une mise en mot qui vient donner du sens à la sensation que l'enfant peut connaître.

¹⁸ Latour, A-M., (n.d), L'enveloppe et l'hypothèse psychomotrice, l'enjeu du tonico-émotionnel

Toute cette mise en mot que le psychomotricien fait, participe à la construction d'une enveloppe psychique qui, dans le passage par l'autre, viendrait tenir ensemble les morceaux éparpillés de son image corporelle, selon Isabelle Lamure (18). Ainsi, le travail en miroir participe à la construction de limites corporelles et à l'identification au thérapeute. En voyant le corps du thérapeute faire écho à ses propres sensations, l'enfant autiste pourrait découvrir d'autres façons de vivre son corps et donc de se le représenter. Philippe Claudon (4) explique ce rôle de miroir que le psychomotricien incarne quand il imite l'enfant autiste. Pour lui, un espace se crée entre le psychomotricien et l'enfant autiste quand il reconnaît qu'il est imité. Dès lors que ce jeu d'imitation se met en place, la perception du psychomotricien imitant s'associe aux sensations internes et externes du sujet autiste pour créer un « espace de contact » (4). Cet espace serait alors à la base de l'interaction entre les deux partenaires et favoriserait la capacité de penser de l'enfant et donc l'élaboration d'une représentation d'un corps « relié ». L'enfant peut alors retrouver des repères dans son corps et construire une image corporelle plus unifiée.

L'imitation peut donc être une ressource que le psychomotricien peut utiliser afin d'entrer en relation avec l'enfant autiste. Le psychomotricien essaie alors de rejoindre l'enfant autiste dans son monde afin de tenter de comprendre ses états internes. L'imitation permet un passage du sensoriel à la représentation grâce à la mise en mot qui peut y être associée. Grâce à l'implication corporelle et psychique que le psychomotricien offre à l'enfant autiste, l'imitation peut devenir une base dans le projet thérapeutique pour aider, par exemple, l'enfant autiste à constituer une image du corps plus unifiée.

Chapitre 4 : Approche psychomotrice autour de l'imitation avec un enfant autiste

A. L'hôpital de jour

Comme j'ai pu le préciser précédemment j'ai réalisé mon stage de troisième année au sein d'un Hôpital de Jour. Cette structure sanitaire et sociale assure des soins polyvalents et intensifs prodigués en moyenne deux à trois demi-journées par semaine. Des enfants, âgés de 3 à 13 ans, y sont reçus pour des actions de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de soins en santé mentale. Les enfants accueillis présentent des problématiques diverses comme des troubles autistiques, des troubles et difficultés d'ordre scolaire (difficultés d'apprentissage, phobie scolaire) ainsi que des troubles de la relation enfants/parents. L'hôpital de jour s'adresse donc à une population d'enfants présentant des troubles graves de la personnalité et de la relation, isolés ou accompagnés de handicaps entraînant des difficultés à s'insérer dans le tissu social.

1. Le fonctionnement de l'institution

L'hôpital de jour est divisé en 4 unités. Chaque unité est définie en fonction de la zone géographique qu'elle recouvre. Les 4 unités ont le même fonctionnement. Les enfants sont accueillis sur des groupes à raison d'une demi-journée qui peut être renouvelée plusieurs fois dans la semaine selon la pathologie de l'enfant. Ces groupes d'accueil sont séparés des lieux de prise en soin paramédicales et médicales. Il faut donc traverser une cour pour rejoindre ces lieux de vie. Chaque groupe reçoit 4 à 6 enfants à la fois. Ces enfants participent à des prises en charge individuelles ou à des ateliers de groupe en fonction de leur projet de soin. Entre les prises en soin, ils restent sur leur groupe d'accueil où ils peuvent jouer librement en relation avec les autres enfants, tout en étant encadrés par des infirmiers et des éducateurs. Sur l'unité où je réalise mon stage, l'équipe pluridisciplinaire est

composée d'une orthophoniste, d'une psychologue, d'une psychomotricienne, de quatre infirmiers, de deux éducateurs, d'un pédopsychiatre, d'une cadre de santé ainsi que d'une assistante sociale. Chaque enfant a un référent de soin qui est un infirmier ou un éducateur avec lequel les parents peuvent entrer en contact afin de faire le lien entre l'environnement familial et le lieu de prise en soin.

2. Le travail pluridisciplinaire

A chaque nouvelle entrée à l'hôpital de jour, un temps d'observation est mis en place sur le groupe afin que les différents intervenants puissent rencontrer l'enfant, le découvrir et découvrir ses difficultés que ce soit au niveau relationnel, psychologique, moteur mais aussi ses capacités et compétences. A la fin de ce temps, une prise en soin est proposée ou non, s'en suit la réalisation de plusieurs bilans notamment psychomoteur et orthophonique. Si une prise en charge est nécessaire, un projet personnalisé est alors réalisé par les infirmiers et éducateurs. Il est présenté aux parents ainsi qu'à l'enfant et tient compte des attentes, besoins et peurs de ces derniers.

L'institution donne une grande importance au travail pluridisciplinaire. Une réflexion en équipe est possible tout au long de l'année grâce aux réunions de synthèse qui se font toutes les semaines. Elles offrent l'occasion aux différents partenaires de soin d'apporter des renseignements, d'expliquer l'orientation de leur prise en soin, de la compléter grâce à l'apport des autres participants mais aussi d'exposer leurs questionnements face au comportement, à l'attitude d'un enfant ou au bien-fondé de leur proposition thérapeutique. Tous les intervenants de l'équipe sont présents à ces réunions même s'ils ne rencontrent pas l'enfant.

3. La place de la psychomotricité dans l'institution

La psychomotricité a une place importante au sein de l'hôpital de jour. Le pédopsychiatre oriente en première intention, l'enfant vers la psychomotricienne afin de réaliser un bilan psychomoteur. Une évaluation des fonctions motrices, sensorielles, émotionnelles, perceptives, toniques, de la communication et de la

qualité de la relation est alors effectuée. Suite à la réalisation de ce bilan, un compte-rendu est fait et mis sur le logiciel de soin de la structure afin que tous les intervenants puissent le voir. Les différents professionnels de la structure peuvent alors apporter leur point de vue en réunion d'équipe, sur la pertinence du mode d'accompagnement qui est proposé à l'enfant. Des propositions de soins autres, peuvent alors découler de ce bilan psychomoteur et sont également discutées en équipe pluridisciplinaire. Le psychomotricien est donc amené à apporter son point de vue sur le comportement, les progressions, les difficultés rencontrées par l'équipe durant ces réunions.

L'accompagnement proposé en psychomotricité peut se faire en prise en soin individuelle mais aussi groupale. Le psychomotricien a mis en place différents ateliers qu'il co-anime soit avec la psychologue soit avec des infirmiers. Plusieurs médiations sont proposées comme la pataugeoire, l'atelier terre, la relaxation... Pour autant, c'est au cours de prise en soin individuelle j'ai perçu l'impact et l'intérêt que pourrait avoir l'imitation dans la prise en soin d'enfants autistes. Dans cette optique, je vais maintenant vous décrire le cas de Thomas, avec qui l'imitation a pu faire évoluer sa prise en charge.

B. Quand l'imitation participe au passage des sensations à la représentation : Le cas de Thomas

1. Présentation générale

Thomas est né en janvier 2008 et est donc âgé de 8 ans et 3 mois la première fois que je le rencontre. Il est l'aîné d'une fratrie composée de son petit frère qui a 7 ans et de sa demi-sœur, âgée d'un an. Thomas est accueilli deux demi-journées par semaine sur l'hôpital de jour. C'est un garçon brun, toujours souriant et heureux de venir sur l'hôpital où il trouve des repères stables. Thomas semble plus jeune que son âge du fait de l'intonation très infantile de sa voix, de son retard de langage ainsi que de sa petite taille. Il présente un visage assez atypique avec des oreilles décollées et des paupières tombantes.

2. Anamnèse

Thomas est le premier enfant issu de l'union de son père, commis de cuisine, et de sa mère, assistante maternelle. Les parents ont vécu 17 ans en concubinage. Ils sont actuellement séparés depuis 2012. Le père aurait été violent avec la mère. Ce dernier est décrit comme impulsif et colérique. Un suivi social est donc mis en place afin d'accompagner ces parents.

En octobre 2013, les services sociaux apprennent que Thomas est victime d'attouchement de la part de la mère. Un signalement étant fait, Thomas est placé en famille d'accueil avec son jeune frère. Depuis ce placement, Thomas a changé trois fois de famille d'accueil en 3 ans, du fait de leurs difficultés à supporter sa pathologie. Il est maintenant accueilli au sein d'une famille d'accueil qui le reçoit toute la semaine sauf le week-end où il va chez son père. Il rencontre sa mère lors de visites médiatisées et depuis peu va chez elle, le mercredi après-midi, tous les 15 jours. Pendant les vacances, il part une semaine chez une famille d'accueil relais afin de permettre à sa famille d'accueil référente de se reposer. Il est déjà possible de supposer que cet éparpillement des lieux de vie ait un impact sur la construction identitaire de Thomas. Comment pourrait-il trouver des repères stables et fixes pour se construire une unité psychocorporelle dans cet environnement morcelé et changeant ?

Thomas est orienté vers un Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents (CMPEA) en janvier 2013 par une orthophoniste en cabinet libéral, préoccupée que cet enfant n'ait pas été orienté vers une institution au vue de ces difficultés. Elle le suivait alors pour des troubles du langage. La première fois que Thomas rencontre un pédopsychiatre dans cette structure, il est âgé de 5 ans. Il n'est pas scolarisé du fait d'une énurésie et d'une encoprésie et de l'opposition de sa mère à l'inscrire dans une école publique.

Lors de cet entretien, le pédopsychiatre conclut que Thomas présente un retard global massif avec une absence de langage. Il décrit un enfant passif au regard fuyant, présentant un stock lexical très restreint et qui utilise mécaniquement la main de sa mère pour attraper les objets autour de lui. La présence de stéréotypies de type flapping est également notée. Il pense que Thomas s'inscrit

dans un tableau de psychose déficitaire dans un contexte de carence de stimulation. Après d'autres rencontres, le diagnostic de Trouble Envahissant du Développement (TED) avec retard mental d'intensité légère à modérée, est posé et une orientation en hôpital de jour est préconisée.

A la suite de ce diagnostic, Thomas est orienté dans un premier hôpital de jour, en mai 2013, où il restera un an. Au cours de cette année, le suivi auprès de l'orthophoniste en libéral est maintenu. Cette dernière note des difficultés de vocalisation et décide de mettre en place un classeur de communication afin de sortir Thomas de sa passivité et de lui permettre de faire des demandes au quotidien. Un suivi en psychomotricité au sein de cet hôpital de jour, est également amorcé. Le psychomotricien décrit un enfant calme et attentif qui arrive à contrôler ses stéréotypies sur demande ou lorsqu'il est imité, ce qui l'interpelle. Il remarque également que Thomas aborde son environnement par la sensorialité et a du mal à s'en détacher. Il s'abandonne notamment sur le gros ballon pour ne faire plus qu'un avec lui. Ce comportement interroge sur les limites corporelles et le sentiment d'enveloppe que Thomas a pu intégrer ou non au cours de son développement.

Cette observation, associée à l'utilisation mécanique de la main de sa mère, rappelle le concept d'identification adhésive d'Esther Bick. Il s'agit d'une sorte de réaction de collage à autrui ou à un objet. Ce dernier n'est pas reconnu dans son existence propre mais est utilisé par l'enfant autiste comme un prolongement de son propre corps.

Durant cette année, Thomas fait d'importants progrès au niveau de la communication verbale : le vocabulaire s'enrichit et Thomas s'exprime plus spontanément. Au niveau scolaire, il passera d'une heure et demie d'inclusion scolaire avant l'entrée à l'hôpital de jour, en classe de grande section/CP, à dix heures par semaine avec accompagnement d'une Auxiliaire de Vie Scolaire. Thomas est orienté vers un autre hôpital de jour pour la rentrée de 2014/2015.

3. L'entrée à l'hôpital de jour

Thomas intègre l'hôpital de jour en juillet 2014. A son arrivée, seul un bilan orthophonique est réalisé. Ce dernier est mené par l'orthophoniste libérale qui suit Thomas depuis le début et qui a instauré une relation de confiance. Elle met en avant que Thomas présente toujours un retard de langage oral important avec la présence d'écholalies. Son niveau de compréhension équivaut à celui d'un enfant de moyenne section de maternelle. Pour autant, il a une réelle appétence à la communication et il utilise des moyens non verbaux comme le pointage ou l'utilisation de systèmes d'images pour compenser ses difficultés de langage. Thomas est toujours suivi par cette orthophoniste, une fois par semaine, le jeudi à la suite de sa venue à l'hôpital de jour.

4. Prise en soin actuelle

Actuellement Thomas est présent à raison de deux demi-journées par semaine sur la structure. Il participe, le lundi matin, à un atelier de groupe Socialisation et Autonomie, animé par deux éducateurs et assiste au repas thérapeutique accompagné de deux infirmiers. Le jeudi après-midi, il est accueilli en psychomotricité pour une prise en soin individuelle puis part en équithérapie avec deux infirmiers et deux autres enfants. A la rentrée 2016, Thomas a pu intégrer une Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) spécialisée pour enfant avec TED.

Les soignants accueillants Thomas sur ces ateliers le décrivent comme un enfant passif mais qui prend du plaisir à venir. En terme d'autonomie, il évolue petit à petit. Il est remarqué que Thomas prend de plus en plus d'initiatives, même s'il s'enferme parfois dans des fonctionnements rigides. Il parvient à s'individualiser dans le groupe même s'il est plus sécurisé dans les relations duelles. De nombreuses stéréotypies de type flapping et de balancements sont présentes sur tous les ateliers. Le projet thérapeutique des éducateurs et des infirmiers est de permettre à Thomas de s'affirmer dans un groupe, de sortir de la passivité qui le caractérise et de s'autonomiser afin qu'il s'extirpe de la dépendance à l'adulte qu'il entretient. La psychomotricité est la seule prise en soin individuelle à laquelle Thomas participe. Nous verrons par la suite que l'objectif de cette prise en soin rejoint quelque peu le projet thérapeutique de l'équipe.

5. La prise en charge psychomotrice

La prise en charge psychomotrice a débuté en janvier 2015. C'est à la suite d'observations cliniques réalisées sur le groupe de vie de Thomas que la psychomotricienne oriente son projet de prise en charge. Elle note que Thomas présente des difficultés au niveau de l'élaboration du schéma corporel associées à un trouble de l'orientation spatiale, de la mémoire et des difficultés de raisonnement. Elle remarque également un retard et de la maladresse sur le plan graphomoteur (avec une absence de reproduction du carré, rond) ainsi qu'une mauvaise tenue du crayon. La pince est non réalisée et la tenue du stylo est accompagnée d'une tension importante dans les doigts.

Le travail est orienté vers un abord sensoriel de l'environnement et vers une aide à la construction corporelle. Thomas s'oriente dès le début de la prise en charge vers les balles. Il peut les envoyer de manière adressée en posant son regard sur son partenaire de jeu. Pour autant, il s'enferme très vite dans ce jeu. La psychomotricienne remarque que les séances sont très répétitives mais quelques petits changements apparaissent au cours du temps. L'utilisation de balles varie un peu, il les envoie vers le plafond et les murs comme pour tester la solidité de la pièce et peut-être par la même occasion sa propre solidité. Les balles lui permettent d'explorer l'espace. Son regard dans ces situations est alors orienté et permet un meilleur échange avec l'adulte. Les balles deviennent alors un médiateur, pour travailler sur les coordinations ainsi que sur la solidité interne du corps qui fait défaut à Thomas. Ce travail n'a pas pu être poursuivi du fait de l'absence prolongée de la psychomotricienne. La prise en charge psychomotrice a donc réellement débuté lors de mon arrivée sur l'hôpital de jour, en début d'année. Nous rencontrons Thomas le jeudi, à 13h30, durant 30 minutes.

6. Première rencontre

Je rencontre Thomas pour la première fois, en octobre 2016. Il est alors âgé de 8 ans et 9 mois. Lors de cette première rencontre, Thomas me paraît être un enfant joyeux, très souriant. Je décide pendant cette séance de me placer en tant qu'observatrice, assise et immobile, afin de ne pas intruser la relation duelle établie

entre Marie, ma maître de stage, et Thomas. A ma vue dans la pièce, Thomas se fige, il demande à Marie « c'est qui ? ». Elle lui explique alors que je serai là tout au long de l'année s'il est d'accord. Thomas ne parle pas à la suite de cette réponse, pose son sac sur le banc et va vers le matériel de la salle.

Au cours de cette séance, Thomas s'est directement orienté vers des balles. Il les envoie vers le plafond et cherche à ce qu'elles rebondissent dessus. A chaque bruit de percussion du ballon contre le plafond, Thomas affiche un grand sourire. Cette activité l'envahit et il refuse toute tentative de Marie, de détournement de l'utilisation des balles. Il a besoin sur le moment de tester la solidité de la pièce, la solidité du cadre, cadre qui vient d'être modifié du fait de ma présence.

Plusieurs fois durant la séance, Thomas me fixe assez intensément en restant immobile, comme figé, pendant un moment qui dure de longues secondes. Ma présence semble l'intruser. Son regard me traverse. J'ai alors l'impression qu'il essaie de comprendre pourquoi je crée un tel changement dans sa séance. Ce comportement me laisse alors perplexe et lorsque j'essaie d'y répondre par un sourire ou par des paroles, une agitation l'envahit et entraîne l'apparition de nombreuses stéréotypies autocentrées (flapping, coups de poings contre son torse, sautilllements). A ce moment, j'ai l'impression que Thomas ne sait pas comment se positionner face à ma présence. Suis-je une source d'angoisse pour lui ? Trouve-t-il un plaisir qui le déborde dans ce début de relation ? Fabien Joly explique que l'enfant autiste peut présenter une excitation extrême qui marque l'incarnation de l'affect sous une forme très primitive et indifférenciée où il est difficile de savoir si cette agitation se situe du côté du plaisir ou de l'angoisse.

A la toute fin de séance, Thomas arrive à s'extraire de cette activité de balle. Il s'assoit sur le sol et envoie la balle en direction de Marie. Cette dernière la lui renvoie et, alors que Thomas m'avait ignoré dans ses activités pendant toute la séance, il envoie le ballon dans ma direction sans me regarder. J'en profite alors pour rentrer dans le jeu, considérant ce geste comme une invitation à entrer en relation avec lui. Les passes se font alors en triangulation. Je décide alors de reproduire le même type de lancers de balle pour que Thomas puisse m'identifier comme semblable à lui et à Marie. Pendant cet échange, Thomas ne m'adresse que très peu de regards et ne me parle pas. L'ensemble de son corps ainsi que son

regard sont dirigés vers Marie, comme s'il cherchait son appui pour continuer les échanges vers moi. Un début d'interaction semble s'amorcer mais celle-ci me laisse perplexe quant à la place que Thomas m'accorde pour l'instant. Lorsqu'il quitte la salle de psychomotricité, une sensation de vide m'envahit. J'ai l'impression que ma place de sujet a été remise en question pendant toute la séance et était dépendante de la considération de Thomas. J'ai le sentiment que Thomas est passé à côté de moi, m'a perçue mais ne m'a pas encore appréhendée.

7. Le déroulement des séances

Au cours de cette année la prise en charge psychomotrice de Thomas a évolué en 3 temps importants. Le premier temps s'est déroulé du mois de novembre au mois de février où Thomas se questionne sur sa place dans le monde qui l'entoure. Le second est marqué par la réalisation d'un bilan psychomoteur, en février, qui a permis la mise en place du troisième temps que je pourrais qualifier de découverte corporelle. Quelle que soit la période de l'année, les séances sont assez structurées. Le choix de les réaliser avec un fil conducteur assez constant se base sur la nécessité d'instaurer un environnement sécurisé et de limiter les angoisses liées à l'imprévu, que Thomas ne supporte pas. Tout d'abord, nous avons instauré un rituel d'entrée qui consiste à enlever ses chaussures, poser son sac au même endroit dans la pièce puis de mettre le temps de séance sur le time timer. Par la suite, après un temps informel où nous demandons à Thomas ce qu'il a fait pendant le week-end ou à l'école, le jeu peut commencer. Nous annonçons quel support nous allons utiliser puis nous laissons place à la spontanéité de Thomas.

8. Une représentation morcelée du monde

Depuis la mi-novembre, nous avons pu observer que Thomas a besoin de replacer au sol ses différents lieux de vie. L'organisation des espaces de vie semble alors floue, les personnages sont regroupés aux mêmes endroits, immobiles et figés sans qu'aucun dialogue ne soit possible entre eux. Nous décidons alors d'essayer de structurer ces différents espaces en nous basant sur l'histoire de vie de Thomas, grâce aux légos qu'il investit particulièrement.

L'utilisation des légos semble être un support intéressant pour Thomas. Tout d'abord, il aime les manipuler, les classer par grandeur. Les légos offrent une structure dure, solide. De plus, ils permettent d'amener une contenance, une fermeture dans la création des lieux que Thomas construit. A chaque construction, nous encourageons Thomas à bien relier les quatre côtés constituant ces constructions. En effet, comme j'ai pu le préciser auparavant, le sentiment d'avoir une enveloppe corporelle unifiée est souvent absent chez les enfants autistes. Il est courant d'observer une absence de limites repérées de son propre corps chez le sujet autiste. En fermant ces maisons, nous tentons de créer des enveloppes imperméables, solides et unifiées auxquelles Thomas pourrait s'identifier corporellement.

Après le rituel d'entrée, Thomas s'oriente spontanément vers les légos. Il construit et sépare les différents espaces qu'il connaît : la maison de son père, de sa mère, chez sa « nounou » et l'école où il place les différents protagonistes importants pour lui. Chaque espace est cloisonné et seule une porte, qui est la plupart du temps fermée, permet aux personnages de sortir. Spontanément, Thomas ne lie pas ces lieux. Il n'associe pas d'histoire, ne fait pas parler ses personnages. Il s'enferme dans une mise en place stricte de chaque personnage dans un lieu précis. Il semble percevoir ces espaces comme totalement morcelés, sans globalité. En effet, Thomas place son personnage seulement chez son père et ne le déplace pas dans les autres lieux de vie.

Ici, on peut penser que Thomas est dans un surinvestissement assez ritualisé de ses différents lieux de vie pour en assurer une maîtrise. Stéphane Courteix, docteur en psychopathologie et en psychologie clinique, explique que ces conduites de maîtrise visent un objectif : « ne pas être en proie sur la scène psychique interne, au mouvement et au changement auquel confronte le monde extérieur, perçu comme anxiogène et morcelant, du fait d'un défaut de limite entre dedans/dehors ». Cette hypothèse est à mettre en parallèle avec les angoisses liées à l'imprévu qui submergent Thomas. Lorsqu'un objet n'est pas à la même place dans la salle que d'habitude, Thomas entre dans des stéréotypies importantes signifiant, peut-être, son incompréhension et son besoin d'immuabilité.

9. Un procédé auto-calmant : les stéréotypies

Les stéréotypies sont très présentes chez Thomas. Il se balance d'avant en arrière, associe du flapping et va jusqu'à se frapper le torse avec ses poings quand les stimulations autour de lui sont trop importantes (répétition d'une consigne, confrontation à l'échec). Ces stéréotypies sont également présentes quand Thomas est en réussite ou qu'il est félicité pour ses performances ou quand les émotions le dépassent ou qu'il est placé dans une situation trop anxiogène et contraignante. Anne Marie Latour décrit 3 fonctions aux stéréotypies. Tout d'abord, elle leur attribue une fonction existentielle. Elles permettent à une partie du corps d'exister de façon sensorielle et tonique amenant un sentiment de survie à la personne. Elles recouvrent alors une fonction rudimentaire au service du sentiment d'existence. Elles permettent aussi de décharger des tensions afin de retrouver un équilibre émotionnel. Enfin, les stéréotypies permettent au sujet de s'isoler d'un contexte vécu comme trop inquiétant. Ainsi lorsque Thomas est envahi par les aléas, par les changements qu'il ne maîtrise pas, il recourt aux stéréotypies afin de se calmer et de se soustraire à l'environnement qu'il n'arriverait pas à comprendre.

Afin de permettre à Thomas de se calmer, de se rassurer dans ces moments d'angoisse, j'ai décidé, avec l'accord de la psychomotricienne, d'imiter Thomas lorsqu'il est envahi par ses stéréotypies. En l'imitant, l'environnement devient moins imprévisible et aléatoire et Thomas peut y retrouver une certaine sécurité. L'imitation devient alors un vecteur de communication entre Thomas et moi. Comme dit précédemment, Thomas investit bien l'imitation. La vision de son propre mouvement entraîne une prise de conscience psychocorporelle qui peut venir diminuer petit à petit les stéréotypies. Lorsque j'imité Thomas, je me place sur son côté afin de stimuler sa vision périphérique, celle-ci étant plus développée chez les sujets autistes que la vision focale. J'imprime le rythme de mouvements de Thomas et vient les diminuer petit à petit jusqu'à arrêter le mouvement. Selon Bruno Gepner (9), le ralentissement du mouvement permet une meilleure perception et conscience de celui-ci chez les sujets autistes. Ainsi imiter Thomas l'amène à porter son attention sur moi, à prendre conscience de ses mouvements et à pouvoir les limiter dans le temps. Thomas s'empare de cette imitation et après un petit temps s'imprègne de mon rythme de mouvement jusqu'à stopper son flapping.

La présence de stéréotypies chez Thomas me questionne quant à la perception qu'il a de son propre corps. De plus, au fur et à mesure des séances, je remarque qu'il se place toujours au même endroit dans la salle et adopte toujours la même position. Il s'assoit sur ses mollets, faisant reposer ses ischions sur un de ses pieds et mobilise seulement le haut de son corps dans les activités proposées. Il ne se déplace pas dans la salle. Quand je le sollicite pour placer un légo plus loin que d'habitude, Thomas refuse et me dit que « c'est dur de bouger, j'y arrive pas ». Le bas de son corps ne semble pas exister à ces yeux, entraînant cette sorte de paralysie.

Du fait de ses progrès au niveau de l'accès à l'écriture et de l'apparition d'une curiosité grandissante pour la lecture, Thomas est en recherche d'autonomie. Il exprime l'envie d'aller positionner les légos où bon lui semble. Grâce à nos encouragements, il parvient en février, à se déplacer à 4 pattes. Il croise alors ses jambes et se tire avec les bras. La sensation de clivage entre le haut et le bas du corps se fait de plus en plus présente à l'esprit de ma maître de stage et de moi-même. De plus, voyant que la construction des espaces devient de plus en plus stéréotypée et que nous n'arrivons plus à élaborer ce morcellement des espaces, nous décidons de réaliser un bilan psychomoteur d'évolution afin de retrouver des objectifs précis de prise en soin et de refaire le point sur les capacités de Thomas qui semblent évoluer actuellement.

10. Le bilan psychomoteur

Le bilan a été effectué sur une seule session de 1h30, pendant les vacances. Lors de la passation du bilan, Thomas a 9 ans et 1 mois. Pour des raisons de disponibilité et pour différencier la prise en charge du contexte d'évaluation, il a été choisi de réaliser le bilan un vendredi, sur une autre structure.

Ce bilan a été un moyen de mettre en évidence des fragilités au niveau de l'image du corps que Thomas a élaboré. A l'issue de l'épreuve du dessin du bonhomme, Thomas a réalisé un bonhomme têtard possédant des membres mais pas de tronc. La tête est proéminente et le reste du corps est sans volume montrant un investissement moindre du bas du corps. Ce dessin du bonhomme reflète une image du corps pauvre équivalent à un âge de maturité de 5 ans.

De plus, Thomas montre des difficultés de régulation tonique. Des syncinésies de diffusion tonique sont présentes au cours des épreuves sollicitant la motricité globale. Ses mouvements sont entravés par la présence de stéréotypies motrices au cours des situations d'incompréhension et lorsque les émotions sont trop difficiles à supporter pour Thomas.

Ce manque d'investissement du bas du corps se retrouve au niveau de la motricité globale. Au M-ABC, Thomas obtient un score total équivalent à -5,7 de déviation standard. Au sol, le déplacement est difficile et Thomas fait peu de 4 pattes. Il étend le haut de son corps pour arriver le plus loin et a besoin d'une forte stimulation verbale et de beaucoup d'encouragements pour qu'il mobilise le bas de son corps. L'équilibre unipodal n'est pas possible que ce soit en dynamique comme en statique. Thomas ne peut sauter et se réceptionner qu'à pieds joints malgré un engagement de l'ensemble du corps, ajusté.

Pendant la marche, Thomas recherche toujours le regard de l'adulte afin de se sécuriser. Si ce dernier n'est pas orienté vers lui, il entre dans des phases de collage où il se tient droit, tonique devant l'adulte et sautille devant lui pour attirer son attention. Thomas fait preuve d'une lenteur importante dans la réalisation de ses gestes ce qui le pénalise à chaque épreuve malgré la présence de capacités gestuelles.

Nous remarquons que Thomas est sensible au contact physique au niveau de ses mains ce qui l'apaise et favorise son écoute. La démonstration physique, la présence d'un appui visuel et l'étayage de l'adulte favorisent alors la compréhension et l'exécution du mouvement par la suite. L'imitation est possible en face à face, en réponse immédiate, avec une réalisation en miroir et très peu de croisement de l'axe. Thomas s'appuie notamment sur cette imitation d'autrui afin de perfectionner la réalisation de ses praxies. Ainsi à l'épreuve du sac lesté du M-ABC, avant démonstration Thomas ne tient pas compte de la distance du réceptacle où envoyer le sac. Après ma démonstration, son lancer est plus ajusté au niveau de la trajectoire ainsi qu'au niveau de sa force. L'imitation nous semble être, à ce moment, un moyen d'apprentissages approprié pour Thomas.

Les notions topologiques et de grandeur sont acquises. Lors de l'épreuve de la figure de Rey B, Thomas discrimine les différentes figures géométriques ainsi que les détails. Leur reproduction est problématique. Les ronds ne sont jamais parfaitement fermés mais restent reconnaissables. Aucun lien n'est fait entre les formes, seul un collage semble possible. L'épreuve de mémoire est impossible à réaliser, Thomas griffonne 4 cercles pour signifier la présence de 4 éléments.

Thomas possède des lacunes au niveau du repérage temporel. Il ne connaît pas sa date de naissance mais sait quel est son âge. Il arrive à se repérer au niveau du temps social mais les notions de jeune/vieux ne sont pas comprises. Les repères temporels de base (connaissance des jours de la semaine, saisons...) ne sont pas acquis mais certains sont généralisés de façon automatique.

A la suite de ce bilan nous avons conclu que la prise en charge individuelle en psychomotricité semble tout à fait nécessaire et doit se poursuivre. Un travail corporel mettant en jeu la sensorialité, pourra être porteur pour structurer l'image du corps de Thomas. Ce travail pourra lui permettre d'investir le bas de son corps, de trouver des appuis plus stables afin de réduire l'agitation qui l'envahit lors des moments d'angoisse. Nous pensons qu'une meilleure structuration du schéma corporel favorisera la représentation spatio-temporelle et pourra limiter les angoisses de Thomas face à l'imprévu. Découvrir la solidité et l'unité de son corps permettra à Thomas de se situer comme sujet dans la relation et de s'ajuster au mieux.

11. Vers une unification de la perception du corps

A la suite de ce bilan, nous décidons de changer l'orientation de la prise en soin afin de permettre à Thomas d'investir le bas de son corps. Le but est de repasser par la triade psychomotrice présente au cours du développement : sensation – perception – représentation. Au retour des vacances, il semble que Thomas ait lui aussi le besoin de mettre fin à l'activité qu'il avait initiée depuis le début de l'année. Il s'oriente directement vers des ballons de différentes tailles et textures. Il les envoie d'abord vers le plafond afin de retrouver la solidité du cadre et de vérifier que rien n'a changé durant les vacances. Son positionnement dans la pièce évolue également. Il s'assoit et se place contre un mur, sans y être appuyé pour autant. Il est toujours assis sur ses mollets mais ne mets plus son pied sous ses

ischions. La présence du mur semble le porter. Il se tient droit comme s'il avait trouvé une solidité interne au niveau de son axe. Il initie alors un jeu de passes en triangulation. Au bout de quelques échanges, nous décidons qu'un d'entre nous se positionne sur un coussin vestibulaire, ferme les yeux et soit attentif aux bruits faits par les ballons sur le sol pendant les échanges.

Quand Thomas se met sur le coussin, sa position au sol évolue totalement. Il positionne directement son bassin à même le coussin, étend d'abord ses jambes puis les regroupe en mettant sa tête entre ses jambes et en entourant celles-ci par ses bras. Pendant tout le jeu, il reste très attentif et calme. Les stéréotypies sont beaucoup moins présentes.

Selon André Bullinger¹⁹, un problème d'investissement du bassin entraîne un clivage entre le haut et le bas du corps et ne permet pas la maîtrise de l'espace du corps. On constate alors une régulation tonique des membres inférieurs par un tout ou rien, comme c'est le cas pour Thomas pendant les activités de manipulation des légos. Il semble ici que la mise en mouvement entraînée par la stimulation vestibulaire du coussin, ait permis à Thomas de prendre conscience du bas de son corps. La position fœtale qu'il adopte lui permet par la suite de fixer son attention et d'être plus disponible au jeu. De plus, cette disponibilité psychique permet à Thomas d'exprimer quelques émotions. Quand la fin de la séance arrive et que nous la lui annonçons, il arrive à dire qu'il est triste que la séance s'arrête et qu'il serait resté plus longtemps.

Depuis cette séance, Thomas se met spontanément sur le coussin vestibulaire sur lequel il semble se sentir en sécurité et apaisé. Il reproduit le jeu des ballons et parvient à le modifier sur nos sollicitations. L'imitation étant un point d'appui pour Thomas, nous mettons en place un jeu basé sur celle-ci. L'un d'entre nous réalise un mouvement avec son corps, mouvement qui doit produire un son. Les deux autres doivent alors imiter ce mouvement en rythme. Au moment de taper des pieds sur le sol, Thomas est d'abord hésitant. Il étend ses jambes et frappe doucement. Nous imitons alors son mouvement en prenant son rythme et en nous ajustant à son tonus. Thomas accélère alors et frappe de plus en plus fort sur le sol.

¹⁹ Bullinger, A. (2013). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Erès.

Le retour proprioceptif de ce mouvement semble raisonner en lui et donner de la consistance à ses jambes, l'amenant à frapper de plus en plus fort.

Ce nouveau jeu devient un repère pour Thomas qui le remet en place à chaque début de séance. Il le modifie un peu : chacun doit envoyer le ballon de la même façon que le modèle. Grâce à cette activité, une variation des postures se met en place jusqu'à permettre le passage de la position assise à debout. Des passes aux pieds toujours identiques au modèle se font alors entre nous. Thomas est toujours très présent dans l'imitation. Nous explorons alors le bas du corps en lançant le ballon avec le pied, le genou.... L'imitation permet alors à Thomas d'explorer sensoriellement et par l'action son corps tout en s'identifiant à celui de la psychomotricienne et au mien.

Lorsque le psychomotricien imite l'enfant, il le revalorise dans sa position de sujet. Il lui apporte un plaisir d'agir sur l'autre. Dans cette situation, nos deux corps servent de base de référence pour Thomas. Le travail en miroir du psychomotricien permet un processus d'identification au corps du thérapeute et amène la perception des limites de l'enveloppe, enveloppe défaillante chez le sujet autiste. Dans ce jeu, nous venons, notamment grâce à la mise en mot associée au mouvement, transformer le sensoriel vers un éprouvé qui vient faire expérience dans le passage par l'autre. Tout ce travail participe à la construction d'une enveloppe psychique qui vient rassembler les îlots éparpillés du corps. L'imitation des mouvements de Thomas semble porteuse et lui permettrait d'expérimenter sensoriellement son corps afin qu'il puisse peut-être, construire une image du corps plus globale et moins clivée.

Cette exploration par l'action, portée par l'imitation, semble raisonner en lui. Dernièrement, à la vue de dessins du contour du corps d'autres enfants, il nous a questionné quant au contour de son propre corps et s'il était possible qu'il en fasse de même. Lors de cette réalisation, Thomas parvient à relier graphiquement toutes les parties du corps mais les différencie en les coloriant de différentes couleurs comme si elles devaient s'individualiser. L'expérimentation sensorielle permise grâce à ces jeux d'imitation spontanée et immédiate, semble s'inscrire au niveau de l'utilisation que Thomas peut faire de son corps. Pour autant, l'image qu'il en a ne semble pas encore unifiée.

12. Conclusion

La prise en soin psychomotrice de Thomas doit se poursuivre dans l'exploration sensorielle du bas de son corps et notamment du bassin. L'exploration du bassin vient matérialiser la continuité entre le bas et le haut du corps et participe à la construction d'un axe corporel solide et porteur, axe qui semble faire défaut à Thomas. Le bassin étant le centre du corps, il est un point d'appui pour permettre à Thomas de construire une enveloppe corporelle unifiée et de pouvoir, par la suite, construire, peut-être, une représentation spatiale plus globale malgré l'entrave que la pathologie impose. Le recours à l'imitation dans la prise en soin de Thomas semble très porteur. Celle-ci a permis d'instaurer une relation de confiance entre lui et moi. Elle a également participé à un meilleur ajustement tonico-postural de Thomas dans ses explorations ainsi qu'à la découverte d'un bas du corps plus dynamique. L'évolution de Thomas, au cours du temps est flagrante dans tous les ateliers de l'hôpital de jour. Le travail sur l'autonomie associé à cette découverte corporelle semble lui permettre de s'individualiser et de devenir moins dépendant de l'adulte dans ses activités quotidiennes.

C. Les limites de l'imitation

Comme j'ai pu le dire tout au long de ce mémoire, l'imitation peut être une base, un outil dont le psychomotricien peut se servir dans la prise en charge d'un enfant autiste. Pour autant, l'imitation ne doit être qu'un intermédiaire et ne doit pas être l'unique moyen d'entrer en relation avec l'enfant autiste ou de travailler avec lui. Il me semble également nécessaire qu'elle garde son caractère spontané et qu'elle s'appuie sur les intérêts de l'enfant. Un protocole utilisant l'imitation pourrait être mis en place mais il me semble que du point de vue du psychomotricien, cela couperait la relation avec l'enfant et ne considérerait que l'aspect éducatif de l'imitation qui est actuellement utilisé dans les méthodes d'intervention comportementalistes. Anne-Marie Latour nous rappelle d'ailleurs que le travail en psychomotricité se doit d'être du « sur-mesure » avec les enfants autistes et nécessite un ajustement fréquent du psychomotricien (19). Un protocole déjà préétabli semblerait donc inapproprié pour cette population dans le cadre de la psychomotricité.

De plus, au cours de mes stages, je me suis aperçue que tous les enfants autistes ne sont pas réceptifs à ce mode de communication et d'apprentissages. Ils peuvent ne pas réagir au fait d'être imité ou justement être débordé par ce type de réponses jusqu'à rester figés face au psychomotricien. Pendant mes stages, je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer des enfants dont le degré d'autisme était le plus sévère. La considération de l'Autre comme sujet, peut sembler entraver avec ces enfants, limitant sans doute bien plus les possibilités de mises en place de l'imitation dans ses différentes formes et fonctions.

L'imitation peut aussi devenir envahissante auprès de ce public. A plusieurs reprises, en stage, la position de l'enfant ainsi que sa qualité tonique s'étaient imprégnées en moi sans que j'en sois réellement consciente. Je réagissais sous la forme d'un mimétisme à l'enfant comme si j'étais envahie par son monde. Le clivage qu'il pouvait vivre s'était installé en moi du fait de ma focalisation sur sa posture et de l'impossibilité, pour ma part, d'accompagner l'enfant pour la faire évoluer.

Alors que Thomas joue seul avec les légos, aucune possibilité de mouvement n'est possible pour lui. Seules ses mains sont en action et positionnent les légos les uns sur les autres. Alors que je lui fais remarquer qu'il est possible de bouger ses jambes pour attraper d'autres légos, je m'aperçois que depuis le début de la séance je suis dans la même position que lui, position qui limite mes déplacements dans la salle. La présence de mes jambes semble tout à coup resurgir comme si jusque-là elles avaient totalement disparu.

En tant que psychomotricien, il me semble également indispensable d'avoir en tête que, pour être structurante et porteuse pour l'enfant autiste, l'imitation doit être pensée et réfléchie. Ma position de stagiaire ne m'a pas permis de mettre en place tous les dispositifs pour accompagner les enfants dans leurs possibilités d'imitation. Mes interventions étaient très spontanées et dépendaient du contexte et de ce que l'enfant amenait en séance. Avec le recul, je me dis qu'il aurait été intéressant de proposer différents types d'imitation, toujours spontanées, mais évoluant en tenant compte des stades d'imitation décrits par Piaget.

Manier l'imitation en séance se doit d'être réfléchi et doit être accompagné d'un bagage théorique important et nécessaire. Elle peut être un recours des plus spontanés pour entrer en relation avec l'enfant autiste mais le psychomotricien doit l'utiliser avec précaution. Il doit tenir compte du partage tonique et affectif qu'elle sous-tend. Il doit également considérer les fragilités identitaires de l'enfant placé en face de lui afin de savoir si la différenciation entre soi et l'autre est possible et donc par la suite évaluer l'intérêt de lui proposer d'entrer en imitation avec lui.

Conclusion

Les rencontres que j'ai pu faire avec des enfants autistes au cours de mon parcours de stagiaire m'ont amenées à me questionner sur la place que le psychomotricien peut occuper auprès de cette population. L'observation de conduites imitatives chez ces sujets au cours de mon stage en hôpital de jour, m'a alors orientée dans ma réflexion : l'imitation pourrait participer à la construction psychocorporelle de l'enfant autiste grâce à l'engagement corporel qu'elle suppose.

Face à cette hypothèse, certains constats se sont imposés à moi. Le premier est que l'imitation est un mécanisme complexe qui fait appel à la fois, à la possibilité d'orientation du regard vers un modèle et donc à la possibilité d'une différenciation entre soi et l'autre qui permette à l'enfant, l'imprégnation de la tonicité, de la motricité et donc de l'intentionnalité de son modèle. Ce premier constat n'est pas évident dans le cas de l'autisme. En effet, ce syndrome neuro-développemental fait l'objet de nombreux débats notamment concernant l'accès à l'imitation. Face à des prises de position contradictoires au sein de la communauté scientifique, j'ai pris le parti de me baser sur mes observations cliniques : dans le cas d'un autisme d'une sévérité légère à modérée, les enfants rencontrés sont en capacité de reconnaître qu'ils sont imités et d'imiter.

Dans l'optique d'utiliser ma réflexion dans le cadre de ma future pratique professionnelle, j'ai alors tenté de décrire les différentes fonctions que l'imitation peut revêtir. Il est notable que le psychomotricien, grâce à son implication psychocorporelle, puisse se saisir des différentes formes d'imitation afin d'entrer en relation avec des enfants autistes. En ralentissant son mouvement ainsi qu'en se plaçant sur le côté de l'enfant autiste, il favorise les possibilités de rencontres, d'imitations et par la suite d'identification de l'enfant au psychomotricien. La relation peut alors s'établir de façon plutôt spontanée, dans l'ici et le maintenant. Devenant le miroir de l'enfant, le psychomotricien peut amorcer la transition d'une première réponse en écho, d'un mimétisme réactionnel, à une forme plus élaborée d'imitation, une forme porteuse de la représentation que l'enfant peut avoir de son corps.

Le deuxième constat qui s'est imposé à moi est la notion d'image du corps chez le sujet présentant un trouble envahissant du développement. Cette représentation d'un corps unifié peut-elle être accessible pour lui ? Cette question reste encore en suspens du fait notamment de la singularité de chaque enfant autiste. Cependant, le jeu d'imitation qui peut s'installer entre le jeune et le psychomotricien, participe à la construction d'un espace de contact où chacun se considère l'un l'autre. Accordé toniquement et émotionnellement, le psychomotricien peut alors tenter d'accompagner l'enfant dans une élaboration de ses vécus archaïques. Le couplage entre la perception visuelle du psychomotricien engagé dans la relation avec la sensation procurée par l'action favoriserait alors la construction psychocorporelle de l'enfant.

Face à de telles observations et réflexions, il semble justifié de penser qu'une intervention en psychomotricité autour de l'imitation auprès des enfants autistes pourrait être bénéfique pour leur développement futur. Tout en conservant la spontanéité de ses propositions, en partant du matériel que l'enfant amène en séance, le psychomotricien pourra baser ses interventions en tenant compte des étapes d'évolution d'imitation notamment décrites par Piaget.

Pour conclure, l'imitation est donc à considérer à la fois comme un outil que le psychomotricien a à sa disposition, mais également comme un moyen d'entrer en relation, comme un support de rencontre favorisant une double considération et une la construction identitaire et corporelle du sujet autiste. Elle semble être un mécanisme tout à fait intéressant auquel le psychomotricien pourra avoir recours dans la prise en charge d'enfants porteurs d'un trouble envahissant du développement.

Ce mémoire ne reflète que le début d'un questionnement. A travers sa rédaction plusieurs pistes de réflexions me sont apparues comme la mise en place d'un bilan plus structuré évaluant notamment les différentes formes d'imitation en elle-même et non passant par l'imitation pour observer d'autres compétences. A quelles limites pourrait se confronter l'imitation dans une forme plus sévère d'autisme ? Quelles sont les possibilités de formation professionnelle quant à cette pratique ?... Ainsi cette conclusion n'est pas à considérer comme une fin en soi mais plutôt comme une ouverture vers de nouvelles pistes de travail.

Bibliographie

Bendiouis, S., (2015) Imitation et communication chez l'enfant avec autisme. Thèse pour obtenir le grade de docteur en psychologie.

(1) Boutinaud, J. (2009). Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles. In Press.

(2) Boutinaud, J. (2016). Image du corps. In Press. 81-114

(3) Bremaud, N., (2011). Autismes : de bords à corps. L'information psychiatrique, 87(8), 649-656

(4) Claudon, P., Dall'Asta, A., Lighezzolo-Alnot, J., & Scarpa, O. (2008). Étude chez l'enfant autiste d'un des fondements corporels de l'intersubjectivité: le corps propre comme partage émotionnel. La psychiatrie de l'enfant, 51(1), 125-152.

(5) Dias, N. (2005). Imitation et anthropologie. Les Editions de la MSH.

(6) Delion, P. (1998). Les bébés à risque autistique. Ed. Erès.

(7) Ferrari, P. (2015). L'autisme infantile: «Que sais-je?» n° 3508. Presses universitaires de France.

(8) Frith, U. (2010). L'énigme de l'autisme. Odile Jacob.

(9) Gepner, B. (2014). Autismes: ralentir le monde extérieur, calmer le monde intérieur. Odile Jacob.

(10) Girardier, N et al. (2016). La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences. In Press. 103-216

(11) Golse, B. (1985). Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Editions Masson. 122-31

(12) Haag, G. (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. La Psychiatrie de L'enfant, 38(2), 495.

(13) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_autisme.pdf

(14) http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/textes/VE/JP45_FdS_chap1.pdf

(15) Joly, F. (2008). Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme. *Contraste*, (1), 179-198.

(16) Joly, F. (2013). Autisme et psychomotricité. *Thérapie psychomotrice*, (174), 62-86.

(17) Laine, F. (2008). Perception et imitation du mouvement dans l'autisme : une question de temps. *Enfance* 60(2), 140-157.

LALAGUE, A. (2014). Imiter l'autre pour devenir soi. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien.

(18) Lamure, I. (2015). Une « chorégraphie à deux » dans la salle de psychomotricité. Présentation d'un travail en psychomotricité avec un enfant autiste. *Thérapies psychomotrices*, (179), 44-52.

(19) Latour, A. M. (2006). Le travail en psychomotricité avec l'enfant autiste. *Soins. Psychiatrie*, (246), 41-45.

(20) Livoir-Petersen, M-F. (2008). Le dialogue tonique comme miroir, application dans les soins aux enfants avec autisme ou TED. Avignon.

(22) Marcelli, D., & Cohen, D. (2009). *Enfance et psychopathologie*. Masson. 341-394

(23) Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (2005). Imitation et développement humain: les premiers temps de la vie (No. 44, pp. 71-90). Ministère de la culture/Maison des sciences de l'homme.

(24) Nadel, J. (2016). *Imiter pour grandir-2e éd.: Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Dunod.

(25) Nadel, J. (2014). Réhabiliter scientifiquement l'imitation au bénéfice de l'autisme. *L'information psychiatrique*, 90(10), 835-842.

(26) Nadel, J. (2005). Imitation et autisme. *Autisme, cerveau et développement*, 341-356.

(27) Nadel, J. (2005). L'imitation: un langage sans mot, son rôle chez l'enfant atteint d'autisme. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(7), 378-383.

(28) Nadel, J., & Decety, J. (2015). *Imiter pour découvrir l'humain*. Presses Universitaires de France.

- (29) Nadel, J., & Potier, C. (2002). Imiter, imitez, il en restera toujours quelque chose: le statut développemental de l'imitation dans le cas d'autisme. *Enfance*, 54(1), 76-85.
- (30) Ollier, M., et Urbinati, L. Neurones miroirs, interview du professeur Giacomo Rizzolatti, *Science de la conscience*, 29, 22-25
- (31) Organisation Mondiale de la santé : Informations sur les troubles du spectre autistique : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/fr/>
- (32) Ouss, L., & Golse, B. (2009). Vers une neuropsychanalyse?. *Odile Jacob*, 42-54
- Pignol, S. (2014). Aqua sert le psychomotricien. Expérience auprès de patients adultes avec autisme déficitaires à travers la médiation eau. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien.
- (33) Perrin, J., & Maffre, T. (2013). Autisme et psychomotricité. de Boeck Solal.
- (34) Potel, C. (2010). Être psychomotricien: un métier du présent, un métier d'avenir. Érès.
- (35) Ribas, D. (2010). L'énigme des enfants autistes. A. Fayard.
- (36) Schröder, C. M., Florence, E., Dubrovskaya, A., Lambs, B., Stritmatter, P., Vecchionacci, V., ... & Danion-Grilliat, A. (2015). Le modèle de Denver (Early Start Denver Model). Une approche d'intervention précoce pour les troubles du spectre autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(5), 279-287.
- (37) Scarpa, O., François, M., Gobert, L., Bourger, P., Dall'Asta, A., Rabih, M., ... & Labarhi, E. (2013). L'imitation au service de l'autisme: une étude pilote. *Enfance*, 2012(04), 389-410.
- (38) Stern, D. N. (2004). *Journal d'un bébé*. Odile Jacob.
- (39) Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson: recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 15(4), 309-428.
- (40) Vinter, A. (1985). La capacité d'imitation à la naissance: Elle existe, mais que signifie-t-elle?. *Canadian Journal of Psychology/Revue canadienne de psychologie*, 39(1), 16.
- (41) Wallon, H. (1970). De l'acte à la pensée: essai de psychologie comparée (Vol. 43). Flammarion, 130-167
- (42) Zazzo, R. (1957). Le problème de l'imitation chez le nouveau-né. *Enfance*, 10(2), 135-142.

Glossaire

Accommodation : Activité par laquelle un organisme ou un schème est modifié ou se transforme pour s'ajuster à un milieu ou à un objet.

Assimilation : Processus par lequel une réalité extérieure est intégrée à un schème. Pour Piaget, ce processus est la condition de toute appréhension, par les systèmes cognitifs ou les schèmes, des réalités auxquelles ils sont confrontés ou avec lesquelles ils entrent en interaction.

Echolalie : Impulsion morbide qui pousse certains malades mentaux à répéter comme un écho les paroles prononcées devant eux.

Echopraxie : Tendance spontanée et involontaire à reproduire ou imiter les mouvements d'un autre individu. Phénomène assez cyclique, observable dans de nombreux troubles psychiatriques et neurologiques comme l'autisme, la schizophrénie...

Encéphalopathie : Ensemble de troubles cérébraux qui correspondent à des altérations anatomiques sévères et variées, toxiques, anoxiques ou vasomotrices. Dans le cadre du syndrome de Rett, les syndromes neurologiques surviennent précocement et évoluent de façon chronique à cause d'agressions frappant le cerveau pendant la vie intra-utérine, au moment de la naissance ou dans les premiers mois de la vie. Elles provoquent des lésions cicatricielles définitives se traduisant cliniquement par des troubles neurologiques ou psychiques souvent intriqués.

Neurotypique : Terme créé par la communauté scientifique pour qualifier les personnes qui ne sont pas atteintes par des troubles du spectre autistique.

Pathognomonique : Permet de qualifier un symptôme qui est spécifique d'une maladie. La présence de ce symptôme suffit pour établir le diagnostic.

Table des matières

Avant-propos	4
Introduction.....	5
Chapitre 1 : L'imitation, un acteur du développement de l'enfant.....	7
A. L'imitation, un processus complexe à définir.....	7
B. Histoire.....	8
1. La théorie de Piaget : quand l'intelligence se lie à l'imitation	8
2. La théorie de Wallon : l'imitation entre émotion, tonus et représentation	10
3. Imitation néonatale : une découverte majeure	12
a. L'observation de Zazzo.....	12
b. La reconnaissance de l'imitation néonatale : l'approche cognitiviste	13
c. Se lier à l'autre : le pouvoir de l'imitation précoce	14
C. Développement de l'imitation au cours des âges.....	16
1. Généralités sur le développement psychomoteur.....	16
2. Les étapes du développement de l'imitation	17
D. Les formes et fonctions de l'imitation.....	19
1. Imiter quoi ?.....	19
2. Imiter quand ?.....	19
3. Imiter comment ?.....	19
E. La boîte à outils de l'imitation.....	21
Chapitre 2 : Quand l'imitation fait défaut, la question de l'autisme	23
A. L'autisme.....	23
1. Histoire de l'autisme	23
2. Classifications internationales	25
3. Définition et triade autistique	26
4. Etiologies	28
a. Hypothèses psychanalytiques	28
b. Hypothèses génétiques	29
c. Hypothèses environnementales.....	30
d. Hypothèses neurophysiologiques.....	31

B. Le sujet avec autisme	34
1. Comparaison entre le développement d'un enfant présentant un autisme et d'un enfant neurotypique	34
a. La tenue de la tête.....	34
b. Coordinations bimanuelles et oromanuelles.....	35
c. Acquisition de la position assise	35
d. Intégration du bas du corps	36
e. La sphinctérisation.....	36
2. Particularités de l'enfant avec autisme	38
a. Particularités sensorielles.....	38
b. Particularités perceptives	40
c. Compétences imitatives : des particularités ?	41
3. Modèles d'intervention.....	43
a. L'imitation dans le modèle d'intervention précoce de Denver (ESDM) .	44
b. L'étude pilote de Metz	46

Chapitre 3 : L'imitation dans la prise en charge psychomotrice d'enfants autistes..... 48

A. Le psychomotricien : le spécialiste de l'imitation.....	48
1. L'imitation au cœur de la formation du psychomotricien.....	48
2. L'imitation dans la pratique psychomotrice.....	49
3. Le cadre, un dispositif essentiel pour le psychomotricien.....	51
4. Le bilan psychomoteur : un outil d'investigation des imitations	53
B. Tonus, imitation et autisme	54
1. Le dialogue tonique, base de l'interaction avec l'enfant autiste.....	55
2. Le tonus, une préparation au mouvement.....	57
C. Quand l'imitation participe à la structuration psychocorporelle de l'enfant autiste	59
1. Schéma corporel et Image du corps.....	59
2. Une image du corps perturbée chez l'enfant autiste.....	60
3. L'imitation, un soutien pour la construction psychocorporelle de l'enfant autiste.....	62

Chapitre 4 : Approche psychomotrice autour de l'imitation avec un enfant autiste..... 66

A. L'hôpital de jour	66
1. Le fonctionnement de l'institution	66
2. Le travail pluridisciplinaire.....	67
3. La place de la psychomotricité dans l'institution	67

B. Quand l'imitation participe au passage de la sensation à la représentation : Le cas de Thomas	68
1. Présentation générale	68
2. Anamnèse	69
3. L'entrée à l'hôpital de jour	71
4. Prise en soin actuelle	71
5. La prise en charge psychomotrice.....	72
6. Première rencontre.....	72
7. Le déroulement des séances	74
8. Une représentation morcelée du monde	74
9. Un procédé auto-calmant : les stéréotypies	76
10. Le bilan psychomoteur	77
11. Vers une unification de la perception du corps.....	79
12. Conclusion.....	82
C. Les limites de l'imitation	83
Conclusion	85
Bibliographie.....	87
Glossaire	90
Table des matières	91