



Les altérations des modalités corporelles dans l'interaction à l'autre chez le sujet avec un TSA : l'accompagnement dans le cadre d'une prise en soins en psychomotricité

Chloé Siouve

► To cite this version:

Chloé Siouve. Les altérations des modalités corporelles dans l'interaction à l'autre chez le sujet avec un TSA : l'accompagnement dans le cadre d'une prise en soins en psychomotricité. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562194

HAL Id: dumas-01562194

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562194>

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.

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

**Les altérations des modalités corporelles dans
l'interaction à l'autre chez le sujet avec un TSA**

L'accompagnement dans le cadre d'une prise en soins en psychomotricité

SIOUVE Chloé

Née le 18 Septembre 1994 à Périgueux

Juin 2017

Directeur de mémoire : LAMAISON Julie

Remerciements

Je souhaite remercier Julie Lamaison ma maître de stage et ma directrice de mémoire, pour m'avoir accompagnée tout au long de mon stage et dans la rédaction de ce mémoire.

Merci à Daniel Le Gourriérec mon maître de stage durant cette troisième année, pour sa confiance, son accompagnement, son implication dans l'élaboration de ce mémoire et nos échanges constructifs.

Merci à mes autres maîtres de stage et aux psychomotriciens que j'ai rencontrés, pour m'avoir transmis leur passion du métier et m'avoir fait partager leurs expériences professionnelles qui ont enrichi ma formation.

Merci aux équipes professionnelles de mes différents lieux de stage pour leur accueil, leurs conseils, leur confiance, leur disponibilité et l'enrichissement professionnel et personnel qu'ils m'ont apporté.

Merci, tout particulièrement à Thibaut, mais aussi à Fabienne, Elise et Maëva pour les relectures de ce mémoire.

Je remercie mes parents, ma sœur et ma famille, pour avoir cru en moi, en mes choix et m'avoir soutenue à chaque nouvelle étape.

Merci également à Ophélie, Marion et Marine pour leur joie de vivre, leur amitié et leur soutien à toute épreuve.

Sommaire

Avant-propos	1
Introduction	3
Partie 1 : Les interactions corporelles interhumaines	5
I- Les prémices des interactions corporelles	6
II- La communication non verbale	18
III- Conclusion.....	24
Partie 2 :L'autisme.....	25
I- L'histoire et l'évolution	26
II- Le tableau clinique	31
III- Les hypothèses d'un déficit de la cognition sociale	36
IV- Les programmes d'intervention	40
V- Conclusion	44
Partie 3 : La prise en soins en psychomotricité	45
I- La relation en psychomotricité	46
II- Les outils du psychomotricien	50
III- La prise en soins en psychomotricité des modalités corporelles dans les interactions chez le sujet avec un TSA	56
IV- Conclusion	59
Partie 4 :Les études de cas	60
I- La présentation de l'établissement	60
II- L'étude de cas de Sarah	63
III- L'étude de cas de Quentin	77
Conclusion	88
Bibliographie.....	90
Tables des matières	93

Avant-propos

Lors de ma deuxième année de psychomotricité, j'ai effectué mon stage dans un centre constitué d'un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) pour déficients visuels et auditifs ainsi qu'un Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP). Durant ce stage, ce qui m'a frappé, avec ces deux populations, c'est l'importance du travail autour de la relation thérapeutique et de la relation entre pairs. Au SESSAD, les principaux objectifs sont de permettre à l'enfant de pouvoir faire des expériences sensorimotrices de bonne qualité et d'avoir des interactions ajustées et adaptées à l'autre. Les enfants présents en ITEP sont des jeunes qui ont des troubles du comportement. Les troubles du comportement impactent directement la relation et le rapport à l'autre. Les manifestations de ces troubles sont diverses ; pouvant aller de la confusion de soi et d'autrui à une perpétuelle confrontation et opposition à l'autre. L'objectif central dans cette population est que l'enfant puisse avoir des relations de bonne qualité avec ses pairs, mais aussi avec les différents professionnels. De plus, sur ces deux structures, j'ai constaté l'importance du cadre et de la médiation corporelle dans le travail en psychomotricité.

Lors de cette troisième année, j'effectue un stage le jeudi dans une structure médico-sociale expérimentale pour enfants, adolescents et adultes jeunes autistes et le vendredi je suis en stage dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) où une psychologue et un psychomotricien effectuent de la thérapie familiale systémique.

Sur ce lieu de stage en CMP, il n'y a pas de prise en charge individuelle avec les patients, mais seulement des consultations familiales. Lors de ce stage, je peux observer l'incidence que peut avoir le trouble de l'enfant sur les différentes personnes de son entourage, mais je comprends aussi comment l'organisation familiale et sa dynamique ont un effet sur le trouble de l'enfant. Chaque personne de la famille peut donc être impactée et avoir un impact sur le trouble. Cette réciprocité peut entraîner un cercle vicieux duquel certaines familles ont du mal à sortir. Le fait que les séances ne soient pas toujours hebdomadaires et ni sur la même journée de la semaine, pouvait se révéler relativement frustrant, car impliquait de ne pas pouvoir revoir les familles si leurs séances ne coïncidaient pas avec mes journées de stage.

Dans la structure expérimentale où j'effectue mon stage, je participe à des prises en charge individuelles et groupales, mais je ne rencontre pas les familles. Il n'y a pas de prises en soins faisant intervenir les familles. Au fil de mon stage en structure expérimentale sur l'autisme, j'ai constaté la place centrale, dans cette pathologie, de l'altération de l'interaction à l'autre, notamment du point de vue corporel. Ces difficultés d'interactions corporelles peuvent varier d'un individu à l'autre. En effet, elles peuvent aller de l'évitement de tous contacts physiques ou oculaires à un collage corporel, mais également de l'effondrement tonique à l'hypertonie défensive.

Lors de mon premier jour de stage, ce qui m'a beaucoup surpris, ce sont les différents comportements que j'ai pu observer. Ma présence pouvait induire chez certaines personnes de l'indifférence, voire une impression de non prise de conscience de l'arrivée d'une nouvelle personne, mais aussi un collage ou une méfiance extrême. Ces comportements envers moi, j'ai aussi pu les observer entre eux ou avec d'autres professionnels. J'ai également été surprise par les formes paradoxales que peuvent prendre les relations. Par exemple, deux adultes atteints d'autisme sont très collés et fusionnels physiquement entre eux, mais ont une communication verbale neutre et très restreinte. J'ai aussi constaté que certaines personnes malgré de nombreuses années d'accueil dans cette structure ne connaissent toujours pas les prénoms ou les noms des différents professionnels. Ce constat est encore un exemple de relation paradoxale.

Introduction

Dans le livre « *Logique de la communication* », P. Watzlawick explique que tout comportement d'un membre de la famille agit sur le système familial et le modifie ; ce qui modifie les comportements des autres membres de la famille.

L'autisme est un trouble neuro-développemental pour lequel il est maintenant prouvé qu'il n'est pas en lien avec la façon dont les parents interagissent avec leur enfant, mais la culpabilité des parents est toujours présente. Les personnes ayant un trouble du spectre autistique (TSA) ont une altération de l'interaction à l'autre notamment du point de vue corporel. En partant de ce que dit P. Watzlawick, nous pouvons penser que cette altération va impacter la relation avec les parents et l'entourage. Par conséquent, cela va aussi modifier le système familial et sa dynamique et donc les interactions et les relations au sein de cette famille. Dans son mémoire, Christiane Jean-Bart explique que l'arrivée d'un enfant atteint d'autisme impacte la sphère sociale des parents qui subissent une déstabilisation identitaire pouvant engendrer une rupture avec soi-même (ne se reconnaissant pas dans l'enfant), une rupture des liens familiaux et amicaux, mais également un remaniement de la structure familiale. Les altérations des relations et des interactions qui touchent la personne atteinte d'autisme, mais aussi le système familial peuvent donc s'influencer mutuellement, d'un côté comme de l'autre. Cette influence réciproque peut donc rapidement conduire à un cercle vicieux de l'altération des interactions entre la personne présentant un autisme, sa famille et son entourage. Nous pouvons donc nous demander : « comment sortir de cette spirale ? »

P. Watzlawick explique que si le comportement d'un des membres de la famille s'améliore, cela a des répercussions sur la famille et donc sur la dynamique et le système familial en lui-même. Nous pouvons émettre l'hypothèse que si nous travaillons sur l'interaction corporelle chez les personnes avec un TSA, nous amènerons chez ces personnes une amélioration dans leurs interactions à l'autre. Par conséquent, ce travail devrait aussi amener, par généralisation, une amélioration de l'interaction de ces personnes avec leur entourage. En s'appuyant sur ce que dit P. Watzlawick, nous pouvons penser que ces changements amèneront également une amélioration de la

dynamique de la sphère familiale et des interactions au sein de cette famille. Le travail sur les interactions corporelles chez les personnes avec autisme pourrait être un moyen d'atténuer voire de rompre cette spirale et d'amener une dynamique positive dans les interactions de la personne avec un autisme et son entourage.

En partant de cette réflexion et du constat de l'altération des interactions corporelles de l'autisme à l'autre ; il en découle la principale problématique qui est : « comment accompagner le développement des modalités corporelles dans l'interaction à l'autre chez la personne avec un trouble du spectre autistique, dans le cadre d'une prise en soins psychomotrice ? »

Les questionnements autour de cette réflexion seront alors : « quelle est la place des interactions corporelles dans le développement psychomoteur et en psychomotricité ? Comment travailler les interactions corporelles chez des personnes chez qui elles sont altérées ? Quels sont les outils du psychomotricien pour améliorer les interactions corporelles ? »

Tout d'abord nous aborderons le développement et la place des interactions corporelles. Ensuite, nous nous centrerons sur l'autisme, son histoire et ses caractéristiques. Puis, nous verrons le rôle et les outils du psychomotricien pour améliorer les interactions corporelles. Enfin, nous présenterons l'établissement et nous nous concentrerons sur deux cas cliniques.

Ma réflexion, tout le long de ce mémoire, s'appuiera sur mon stage en structure expérimentale. Sur ce lieu de stage, je ne rencontre et ne travaille pas avec les familles. J'ai donc fait le choix, de ne pas aborder le travail avec la famille dans cette problématique. Je n'en oublie pas pour autant l'importance de cette approche thérapeutique confirmée tout le long de mon stage en CMP.

Partie 1 :

Les interactions

corporelles

interhumaines

Avant de développer cette partie, nous allons définir les termes : relation, interaction et communication. Nous nous appuierons sur les définitions du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) et, plus précisément, sur les définitions générales et les définitions plus spécifiques à la psychologie et à la sociologie.

- La relation : « Rapport, liaison qui existe, est conçu comme existant entre deux choses, deux grandeurs, deux phénomènes. » La sociologie et la psychologie la définissent comme un « Rapport, lien impliquant une interdépendance, une interaction avec un milieu. »
- L'interaction : « Action réciproque de deux ou plusieurs objets, de deux ou plusieurs phénomènes. » La sociologie et la psychologie la définissent comme une « Action réciproque qu'exercent entre eux des êtres, des personnes et des groupes. »
- La communication : « Action de communiquer quelque chose à quelqu'un ; le résultat de cette action. » La sociologie et la psychologie la définissent comme un « Processus par lequel une personne (ou un groupe de personnes) émet un message et le transmet à une autre personne (ou groupe de personnes) qui le reçoit, avec une marge d'erreur possible (due d'une part, au codage de la langue parlée ou écrite, langage gestuel ou autres signes et symboles, par l'émetteur, puis au décodage du message par le récepteur, d'autre part au véhicule ou canal de communication emprunté). »

Pour résumer :

- La relation est le lien, le rapport d'un être humain vers un autre être humain. Elle correspond au comportement et à la démarche d'aller vers autrui et de solliciter la rencontre.
- L'interaction a lieu lorsqu'il y a la démarche d'aller vers l'autre et qu'en plus il y ait une réponse d'autrui.
- La communication naît lorsqu'un langage apparaît (infra verbal, verbal, signé...) dans l'échange entre deux individus.

Nous voyons que ces trois termes ont des notions différentes, mais restent intrinsèquement liés les uns aux autres.

Le concept de relation englobe et influence les deux autres, mais la communication et l'interaction définissent et influencent la relation. Nous nous trouvons donc dans un paradoxe, se rapprochant de celui de l'œuf et de la poule.

Les interactions et les relations chez l'humain sont vastes, ont de multiples formes. Ne pouvant pas tout traiter, pour ce mémoire, j'ai donc décidé de me concentrer sur les prémices des interactions chez le bébé et sur la communication non-verbale, qui fait référence aux modalités corporelles dans l'interaction.

I- Les prémices des interactions corporelles

Les interactions trouvent leurs prémices dans l'attachement, dans les compétences du nourrisson et dans les interactions de la mère et son enfant.

A- L'attachement

L'attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre. Il représente donc les liens affectifs entre le bébé et la figure maternelle. Ces liens sont les prémices de l'interaction entre la mère et son enfant.

Les premiers auteurs à parler de l'attachement sont K. Lorenz (biologiste autrichien) et H. Harlow (psychologue américain). Tous deux se sont appuyés sur l'observation des comportements des animaux pour définir cette notion. Par la suite, R. Spitz (psychiatre américain), J. Bowlby (psychiatre britannique) et M. Ainsworth (psychologue américaine) ont développé cette notion de l'attachement entre le bébé et la mère.

1- K. Lorenz

K. Lorenz est le premier à parler de la notion d'empreinte. L'empreinte correspond à une période critique de courte durée durant laquelle l'animal acquiert une image mentale de ses congénères. Ce processus d'empreinte est irréversible. Le scientifique en déduit que l'animal s'identifie à un autre être vivant, quel qu'il soit et a tendance à le suivre tout le temps. K. Lorenz conclut que l'inné nous dit de suivre, mais que c'est la culture et l'acquis qui va nous dire qui suivre.

2- H. Harlow

H. Harlow travaille sur les primates. Il a observé que dès le moindre danger, le singe s'agrippe à sa mère. Il a aussi fait l'observation que les singes peuvent avoir des lacunes sociales s'ils sont isolés de leur mère et de leurs congénères. Pour un bon développement, H. Harlow a remarqué que les singes ont besoin d'un contact doux. H. Harlow, de par ses observations, en déduit que le plus important, pour un bon développement c'est le contact, avant même l'importance de la nourriture. Il en conclut que l'attachement est un besoin primaire et corporel qui passe notamment par le contact.

3- R. Spitz

Après la Seconde Guerre Mondiale, les psychologues s'intéressent aux questions de la séparation et de la perte de la figure maternelle chez les jeunes enfants et de leurs effets sur le développement. R. Spitz va observer des enfants hospitalisés, ayant étant séparés de leur mère sur une longue période. Il observe chez ces enfants un ensemble de perturbations somatiques et psychiques graves, dues à une carence affective totale et de longue durée qu'il nomme « hospitalisme ».

Lors du premier mois de séparation, l'enfant manifeste des pleurs, de la tristesse, une recherche de contacts...

Au deuxième mois, il observe un arrêt du développement, une perte de poids, une recherche de contacts sans ardeur.

Le troisième mois, l'enfant refuse le contact et de se nourrir ; il a des troubles du sommeil, un retard moteur, une vulnérabilité face aux maladies et présente des signes d'anxiété et d'indifférence.

Après le troisième mois, le visage se fige, le regard est absent, il n'y a plus de pleurs ni de sourires.

R. Spitz, par la suite, définit ce qui se passe dans la relation mère-enfant quand tout va bien. Il repère trois indicateurs d'un bon développement. Ces indicateurs sont :

- Le sourire en réponse au visage humain vers le troisième mois. Il va être précurseur, car l'enfant sourit plus facilement au sourire de sa mère qu'à autrui ;
- L'angoisse du huitième mois ;
- L'apparition du « *non* », l'enfant commence à se différencier et à s'identifier.

4- J. Bowlby

J. Bowlby définit l'attachement comme un besoin primaire et impératif. L'attachement est un système primaire et spécifique. Les comportements d'attachement du bébé ont pour fonction et pour conséquence d'induire et de maintenir la proximité ou le contact avec la mère. L'enfant va émettre des signaux (pleurs, gazouillis, sourire, regards...) auxquels la mère répond par un attachement et un prolongement du contact. Les deux sont en interaction et en interrelation. J. Bowlby décrit cinq conduites d'attachement innées qui sont : le besoin de succion, le besoin d'étreinte et du contact peau à peau, le besoin de crier, le besoin de sourire, le besoin d'aller vers. Ce dernier besoin a une double fonction : se sentir protégé, en sécurité et apprendre les règles de socialisation. Ces processus d'attachement ont deux grandes fonctions. La première est une fonction de protection, apportant sécurité à l'enfant. Ce sentiment de sécurité vient de la capacité des parents à défendre l'enfant face aux agressions. La deuxième fonction est une fonction de socialisation. Plus l'enfant a un attachement positif et sûr, plus il crée des liens avec les autres individus.

5- M. Ainsworth

M. Ainsworth explique que plus l'attachement est sûr, plus l'enfant peut explorer le monde et plus la mère est une base de sécurité. Il définit trois types d'attachement : l'attachement sûr, l'attachement anxieux-évitant et l'attachement ambivalent ou anxieux-résistant. M.B Main (psychologue américaine) définit un quatrième attachement, qui est désorganisé ou désorienté.

- Dans l'attachement sécure, l'enfant est en confiance par rapport à la disponibilité de la figure d'attachement en cas d'alerte ;
- Dans l'attachement anxieux-évitant, l'enfant semble être autonome par rapport à la figure d'attachement. Il lui montre peu de sollicitations ;
- Dans l'attachement ambivalent, l'enfant présente un hyper attachement anxieux ;
- Enfin, dans l'attachement désorganisé, l'enfant a des manifestations violentes lors de l'absence de la figure d'attachement, mais peu d'échanges en sa présence.

Si les réponses de l'entourage sont adéquates aux besoins d'attachement de l'enfant, celui-ci développe un socle de sécurité et une image de lui-même positive. A partir de cette base de sécurité, de nouvelles compétences peuvent se développer telles que la capacité à se séparer pour explorer l'environnement, la capacité à attendre une réponse, à différer. Par contre, quand les réponses de l'entourage aux besoins d'attachement ne sont pas adéquates, la base de sécurité de l'enfant n'est pas satisfaisante, ce qui a pour conséquence que l'image de lui, sa confiance en lui et en l'entourage ne le sont pas non plus. Il développe donc un attachement angoissant, ambivalent, évitant ou désorganisé.

Le psychomotricien doit prendre en compte cette notion d'attachement dans la prise en soins du patient. Le professionnel doit créer une relation de confiance et une alliance thérapeutique avec le patient, afin que celui-ci puisse développer ses capacités et faire des expériences corporelles et sensorielles de qualité.

Pour conclure, nous pouvons dire que l'attachement se développe à partir de compétences innées, tel que les pleurs, la succion et l'agrippement qui permettent une proximité physique et constituent un moyen d'interpellation à la figure d'attachement privilégiée qui est le plus souvent la mère. La fonction de cet attachement est la protection, le réconfort et la consolation lorsque l'individu détecte des menaces extérieures ou intérieures, mais également une fonction de socialisation.

B- Les compétences du nourrisson

Les compétences du bébé à sa mère favorisent la mise en place de l'attachement. Dès sa naissance le nourrisson possède de nombreuses capacités.

1- Les capacités sensorielles

a- Le toucher

Le toucher est le premier sens à se développer chez le fœtus. Les premiers récepteurs tactiles arrivent lors de la septième semaine de grossesse. Ces récepteurs sont d'abord localisés autour de la bouche puis progressivement au reste du corps. A la onzième semaine d'aménorrhée, les récepteurs se sont étendus à tout le visage, aux paumes de la main et à la plante des pieds. A la vingtième semaine d'aménorrhée, toute la surface du corps est recouverte de récepteurs tactiles. Le nombre de récepteurs tactiles reste identique tout le long de la vie, la densité des récepteurs et donc plus élevée chez le nourrisson. Les nouveau-nés sont donc très sensibles au toucher. La peau est l'organe des sens le plus étendu. Le toucher est le premier moyen de communication avec l'enfant et le monde extérieur. Il va renseigner sur la température, la texture, le milieu environnant... Le toucher est à l'origine des premières explorations de l'environnement qui se font principalement par la bouche dans les premiers temps. Le bébé va pouvoir établir un contact avec son entourage, manifester son besoin de toucher et d'être touché. Les caresses et les massages du bébé provoquent des réactions physiologiques et émotionnelles chez le nourrisson qui vont l'apaiser et favoriser sa croissance et son bien-être. Le toucher favorise le développement de la relation à soi, à l'autre et à son environnement.

b- L'olfaction et le goût

L'olfaction et le goût sont les deuxième et troisième sens à se développer chez le fœtus. À la septième semaine d'aménorrhée, il y a apparition des premiers bourgeons gustatifs sur la langue et le palais. Sur cette même période, l'épithélium olfactif est bien différencié. Au troisième mois, les systèmes gustatif et olfactif sont fonctionnels. Le liquide amniotique de la mère varie en fonction de son alimentation. Le bébé ressent ces variations. A la naissance, les bébés sont capables de discriminer les différentes saveurs : salées, sucrées, acides et amères. Ils ont une nette préférence pour le sucré. Le goût du lait maternel varie en fonction de l'alimentation de la mère. Le bébé est capable de discriminer le lait maternel du lait artificiel. Le bébé reconnaît très tôt le goût du lait et l'odeur de sa mère, ce qui a valeur d'apaisement, de contenance et d'attachement. Lors de soins intrusifs chez le nourrisson, une odeur connue permet un retour à un état stable plus rapidement.

c- L'audition

L'audition est le quatrième sens développé chez le fœtus. À la vingtième semaine d'aménorrhée, les structures anatomiques sont formées et sont fonctionnelles. Des réponses motrices sont observées à la suite d'un stimulus acoustique à partir de la vingt-quatrième semaine d'aménorrhée. Le fœtus réagit davantage aux voix humaines qu'aux autres sons. La voix de la mère lui arrive déformée sous deux modes : de l'intérieur par l'intermédiaire de la colonne vertébrale et de l'extérieur. Avec ce patrimoine auditif, le nouveau-né va reconnaître très tôt la voix de sa mère et montre, dès le quatrième jour, une préférence pour celle-ci. Il tourne la tête ou les yeux dans la direction d'un son. Dès quelques jours, le nouveau-né est capable de différencier deux syllabes comme « ba » et « pa ».

d- L'appareil vestibulaire

L'appareil vestibulaire donne des informations sur la position et le mouvement de la tête et sur les déplacements du corps dans l'espace. A la quinzième semaine d'aménorrhée, les canaux semi-circulaires et labyrinthiques sont matures. Le fœtus reçoit des informations vestibulaires par l'intermédiaire de ses propres mouvements et ceux de sa mère. Les réponses vestibulo-oculaires qui sont le déclenchement des mouvements des yeux par rotation de la tête apparaissent à la vingt-quatrième semaine d'aménorrhée.

e- La vision

La vision est le cinquième et dernier sens à se développer chez le fœtus. Les structures anatomiques sont formées dès la quinzième semaine d'aménorrhée, mais la perception d'ombre et de contraste apparaît seulement au septième mois d'aménorrhée. La vision n'est pas mature à la naissance. Le nouveau-né a la capacité de diriger son regard vers un point, mais il n'y a pas d'accommodation. L'acuité visuelle est très faible. A la naissance, le bébé peut voir à une distance de 20 cm, ce qui facilite l'attachement. Effectivement, cette distance correspond à l'espace qui sépare le bébé et de la mère lors de l'allaitement. La fixation et la poursuite oculaire existent dès la naissance, mais sont saccadées. Le bébé a une préférence pour le visage humain notamment celui de sa mère.

f- Conclusion

Les modalités sensorielles permettent de recueillir des informations sur l'environnement, de rester en contact avec celui-ci et de s'adapter aux changements de cet environnement. A. Bullinger (psychologue suisse) explique que le bébé a besoin d'un équilibre des différentes stimulations sensorielles pour qu'il puisse être en interaction avec son environnement. Effectivement, si le bébé est sous-stimulé, il a un comportement de recherche de sensations sensorielles. Alors que si le nourrisson a trop de stimulations, l'enfant a des décharges motrices par cet excès de sensorialité. Dans un cas comme dans l'autre, cela entrave les interactions avec l'environnement.

2- Les compétences motrices

Les premiers mouvements du fœtus sont observables à l'échographie dès le troisième mois de grossesse, ce sont des mouvements pré-réflexes. La présence des mouvements du fœtus est liée au rythme de veille et de sommeil de la mère. A partir du sixième mois de grossesse, les mouvements du fœtus sont plus coordonnés, le fœtus se colle là où le ventre est touché. Ces mouvements sont les premières activités d'échange qui se mettent en place. Ils sont donc l'une des bases de l'attachement et des interactions précoces. Le bébé a des capacités de coordination très précoces (bucco-faciale, main-bouche, visuo-manuelle). Le nourrisson dès la naissance est en capacité d'interagir avec l'environnement. Par exemple, le nourrisson peut interagir avec son entourage par une hypertonie d'appel et d'insatisfaction ou une hypotonie de satisfaction et d'apaisement. Au début de sa vie la motricité est essentiellement réflexe. Cette motricité réflexe joue un rôle dans l'interaction. Par exemple, lors du réflexe de grasping, le bébé serre le doigt de sa mère, la mère va éprouver une émotion. H.F.R Prechtl (zoologiste et anthropologue autrichien) a démontré que la motricité spontanée a un rôle dans la survie et l'adaptation.

3- Les compétences affectives

T.M Field (chercheur américain) a montré que le nourrisson a des capacités d'imitation très précoces. L'imitation a un rôle dans la communication et dans les interactions précoces, ce qui va permettre d'instaurer un lien entre la mère et l'enfant avant le langage verbal. Très tôt, le bébé a la capacité de coordonner son activité à la voix des interlocuteurs. T.B. Brazelton (pédiatre américain) décrit le bébé comme un

véritable partenaire qui communique. Ce pédiatre a créé une échelle qui permet d'observer le bébé comme un être possédant déjà beaucoup de compétences. A. Grenier (pédiatre français) a mis en évidence la motricité libérée. Ce concept renvoie au fait que les capacités de préhension et d'interaction du nourrisson sont facilitées, par la libération de son hypotonie.

4- Les états de vigilance

Le bébé déploie ses compétences quand il est en état de vigilance adéquat. P.H Wolf (neurophysiologiste allemand) a décrit six états par lesquels l'enfant passe durant son développement :

- Le sommeil paradoxal : c'est un sommeil profond et sans mouvement.
- Le sommeil rapide : c'est un sommeil avec mouvements plus rapides.
- L'état intermédiaire : c'est un état de somnolence avec les paupières fermées.
- L'état de réveils alerte : c'est un état calme et attentif avec suspension motrice et regard vif et brillant.
- L'état d'alerte mais furieux : c'est un état d'éveil avec activités motrices importantes sans fixation de l'attention.
- Les pleurs : c'est un état d'excitation trop importante où il y a cris, pleurs et activités motrices intenses. Dans cette phase, le visage est rouge et grimaçant.

A. Bullinger constate que le bébé peut avoir un contrôle sur ses états de vigilance pour moduler et contrôler l'échange avec son environnement. Le bébé peut l'utiliser dans un but défensif à des stimuli excessifs.

5- Conclusion

E. Pikler (pédiatre et psychiatre hongroise) explique que le bébé est capable de prendre des initiatives. Dès la naissance, l'enfant est un partenaire à part entière, du fait de ses nombreuses possibilités d'action et de réaction.

Dans la prise en soins, le psychomotricien doit s'adapter et prendre en compte où l'enfant en est dans son développement psychomoteur, dans ses capacités, dans ses compétences, dans ses difficultés mais doit également prendre en compte son état de vigilance. L'observation clinique et le bilan psychomoteur permettent au psychomotricien de prendre en compte ces éléments.

C- L'Interaction précoce mère-bébé

Le partenaire des interactions privilégiées du bébé est la mère. Le nourrisson est en interaction avec d'autres partenaires qui eux aussi influencent son développement affectif.

1- Les trois niveaux d'interactions

S. Lebovici (psychiatre français) distingue trois niveaux d'interactions : les interactions comportementales, les interactions affectives et les interactions fantasmatiques.

a- Les interactions comportementales

Les interactions comportementales, aussi appelées interactions réelles, sont caractérisées par la manière dont les comportements de l'enfant et de la mère s'engagent et s'harmonisent l'un par rapport à l'autre. Ce sont des interactions directement observables et qui s'expriment à travers différents canaux : le canal corporel, le canal visuel et le canal vocal. Nous pouvons rajouter le sourire qui est un comportement extrêmement gratifiant du bébé vers son entourage.

i- Les interactions corporelles

Les interactions corporelles correspondent à la manière dont le nourrisson est porté, tenu, manipulé. Dans ces interactions, les comportements de tendresse tels que les contacts peau à peau sont également importants. L'enfant peut répondre à ces comportements par une invitation à les poursuivre ou les arrêter.

Ces interactions renvoient aux notions de handling, d'holding et d'objet presenting de D. Winnicott, mais également à la notion de dialogue tonico-émotionnel développé par H. Wallon (psychologue français) et J. de Ajuriaguerra (neuropsychiatre et psychanalyste français).

D. Winnicott (pédiatre, psychiatre et psychanalyste britannique) distingue trois perspectives dans lesquelles l'environnement doit intervenir pour permettre la maturation du Moi de l'enfant :

- Le « Holding » est la façon dont l'enfant est porté tant sur le plan psychique que corporel. Ce portage de par sa qualité, sa régularité et sa dimension contenante procure à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité.

- Le « Handling » est la manière dont le bébé est soigné, manipulé et traité dans les soins, les changes et les repas.
- « L'object-presenting » est la capacité de la mère à donner l'objet dont a besoin le bébé, au bon moment. D. Winnicott pense que ce sentiment est essentiel, car il joue un rôle dans la confiance et l'acquisition d'un sentiment « d'être » chez le bébé. Cette notion arrive à la suite du holding et du handling. C'est l'élaboration des premiers échanges dans les relations objectales (relations à l'objet).

Le dialogue tonico-émotionnel est introduit par H. Wallon et développé ensuite par J. de Ajuriaguerra. Le tonus et l'émotion sont intrinsèquement liés. L'émotion s'accompagne de manifestations toniques des muscles. Dans les interactions mère-bébé, il y a donc une réciprocité des échanges et des modulations toniques et posturales. Ce dialogue permet donc un ajustement corporel, mutuel dans la relation entre l'enfant et sa mère. Chacun des partenaires est impliqué psycho-corporellement. Ce dialogue est un ensemble d'ajustements toniques, sensoriels et affectifs entre différents partenaires de l'échange. Il est la composante majeure des interactions entre le bébé et sa mère et un support essentiel à la communication non-verbale.

ii- Les interactions visuelles

La vue est l'un des premiers modes de communication et d'interaction entre la mère et l'enfant. Le regard du nourrisson sur sa mère a un effet très gratifiant et valorisant pour elle. Il favorise les premiers sentiments d'amour de la mère pour son enfant. La réciprocité des regards renvoie à la notion de « miroir » et à l'élaboration de « l'image de soi » (image du nourrisson distincte de celle de la figure maternelle).

iii- Les interactions vocales

Les interactions vocales constituent un des modes de communication pour traduire les affects et les besoins du bébé et lui permettre aussi d'exprimer ses désirs. Le bébé synchronise son activité motrice avec les caractéristiques physiques du langage maternel (prosodie, intonation, rythme, tempo...). Les pleurs et les cris sont les premiers langages du bébé et constituent, selon J. Bowlby, un véritable « cordon ombilical acoustique » qui a un rôle primordial dans l'attachement. Ces comportements déclenchent des affects intenses qui poussent la mère à agir. De par ses comportements, le bébé suscite la proximité et l'interaction avec la mère.

b- Les interactions affectives

Les interactions affectives sont définies comme l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de sa mère. Elles concernent la tonalité affective et émotionnelle des interactions et des échanges. Elles permettent de dégager des sentiments tels que : le plaisir, le bien-être, la tristesse, l'ennui, l'indifférence, la sécurité, l'excitation...

Ces interactions renvoient à la notion d'un accordage affectif de D. Stern (pédopsychiatre américain) qui est l'harmonisation des affects entre la mère et son bébé. Les deux partenaires partagent leurs expériences émotionnelles et affectives. Lors de ces expériences, l'un des partenaires reproduit la qualité des états affectifs de l'autre sur un autre canal sensori-moteur. La figure maternelle reprend les paramètres d'expressions émotionnelles et affectives (intensité, durée...) de son enfant, sur une autre modalité sensorielle. La mère traduit donc par empathie ce qu'elle comprend de son bébé. Cette conduite de traduction montre que de son côté l'adulte cherche à comprendre le comportement émotionnel de l'enfant. Du côté de l'enfant, cette conduite de traduction lui permet de délier l'état émotionnel de son expression corporelle et donc progressivement il devient capable d'exprimer ses émotions volontairement.

R.N. Emde (professeur de psychiatrie américain) parle de « référence sociale ». A la fin de sa première année, l'enfant devient capable d'utiliser l'expression émotionnelle d'autrui pour modifier son interprétation voire son action dans des situations ambiguës. Nous pouvons en déduire que dès la fin de sa première année, l'enfant devient peu à peu capable de considérer que l'autre éprouve des états émotionnels. L'enfant est également capable d'utiliser les états émotionnels d'autrui comme ressources dans les interactions. Nous pouvons relier ces capacités au concept de la théorie de l'esprit, qui est la capacité à comprendre les intentions de l'autre et à voir les choses du point de vue de ce dernier.

c- Les interactions fantasmatiques

Les interactions fantasmatiques sont définies comme l'influence réciproque de la vie psychique de la mère et de son bébé. Elles ont été étudiées par L. Kreisler (pédopsychiatre français), B. Cramer (psychiatre suisse) et S. Lebovici (psychiatre français). Ils prennent en compte l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de son bébé, aussi bien dans leurs aspects imaginaires, conscients que fantasmatiques et inconscients. La vie imaginaire et fantasmatique des parents est liée à leur vie affective,

mais aussi à leur histoire et à leur relation avec leurs images parentales. La vie imaginaire et psychique du bébé se construit progressivement à partir de celle de ses parents. A la naissance, la mère se confronte à l'enfant réel qui peut être éloigné de l'enfant imaginaire et fantasmatique créé par la mère. Ce décalage est donc à l'origine du deuil de l'enfant imaginaire et fantasmatique chez la mère. Les interactions fantasmatiques donnent du sens aux interactions comportementales.

2- La rêverie maternelle

W. Bion (psychiatre et psychanalyste britannique) a théorisé la « capacité de rêverie maternelle » aussi appelée « fonction alpha ». Le bébé décharge ses angoisses de manière corporelle qui sont les « éléments bêta » du bébé. La mère reçoit ces « éléments bêta » et les transforme, puis les renvoie à son enfant en « éléments alpha ». Les « éléments bêta » représentent les pulsions destructrices, les confusions, les angoisses... Ce sont des éléments bruts qui entravent l'activité de penser du bébé, ne pouvant être assimilés sans l'aide d'autrui. Les « éléments alpha » renvoyés par la mère sont organisés, pensables et plus supportables pour le bébé. W. Bion appelle cela la « détoxication ». La mère traduit et interprète les comportements et les stimuli de son enfant. La figure maternelle par ce processus donne à son enfant une réponse assimilable qui deviendra progressivement une pensée.

3- Conclusion

Les émotions sont les premières informations que le bébé transmet à sa mère. Elles s'expriment corporellement par le tonus, par les cris, par le rire et par le regard. Le bébé laisse voir ce qu'il ressent, ne choisit pas le moment ni l'intensité de ses expressions, il n'en a pas conscience. C'est le rôle de la mère de donner du sens aux expressions de l'enfant, au début par intuition puis progressivement par la connaissance des moyens de communication de son bébé.

En psychomotricité, on retrouve des dimensions corporelles et relationnelles. Effectivement, dans la relation avec le psychomotricien, le patient vit des expériences corporelles.

Le psychomotricien de par sa capacité de portage, de contenance, de rêverie et d'observation offre au patient un espace-temps sécurisant, qui va permettre au sujet de se représenter psychiquement ses expériences corporelles. De par ses compétences, le psychomotricien peut également percevoir et ressentir les émotions et le vécu du patient. Le psychomotricien va permettre une élaboration psychique des éprouvés du patient, par la verbalisation, la mise en mots, et la symbolisation des états émotionnels, des expressions corporelles et du vécu de ce dernier.

II- La communication non verbale

A- Définition

P. Watzlawick (psychologue, psychothérapeute, psychanalyste autrichien), dans son livre « Une logique de communication » (p. 46 et 48) dit : « on ne peut pas ne pas communiquer ». Pour lui toute situation est une situation interpersonnelle et une situation de communication. Ce psychologue est l'un des membres fondateurs de l'école de Palo Alto. Il conçoit la communication comme un système d'interaction verbale et non verbale. Les deux aspects de la communication sont : le contenu (« indice ») et la relation (« ordre »).

- L'aspect « indices » du message transmet une information, c'est le contenu du message.
- L'aspect « ordre » du message est la façon et la manière de comprendre le message, cela correspond à la relation entre les partenaires.

Il y a également deux types de langage : le langage digital et le langage analogique. Le contenu (« indice ») est transmis sur le mode digital, alors que la relation (« ordre ») définit la nature analogique du message.

- Le langage digital permet l'échange d'informations sur les objets et la transmission du savoir, il renvoie à la communication verbale.
- Le langage analogique renvoie au domaine de la relation, il correspond à la communication non verbale.

L'humain combine en permanence ces deux langages et ces deux aspects.

Dans le livre « La communication non verbale », J. Cosnier (psychiatre et psychanalyste français) et A. Brossard (professeur et chercheur suisse en psychologie) considèrent que la communication humaine possède trois caractéristiques qui sont : la multicanalité, la plurifonctionnalité et l'aspect conventionnel de cette communication. Autrement dit, la communication fait appel à différents sens, elle peut avoir plusieurs fonctions ou buts et elle possède un ensemble de règles et de conventions.

J. Corraze (psychiatre français), dans son livre « Les communications non verbales » définit cette communication comme « l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrit, langage des sourds-muets, etc.) » (p. 15). Il applique le terme de communication non verbale « à des gestes, à des postures, à des orientations du corps, à des singularités somatiques, naturelles ou artificielles, voire à des organisations d'objets, à des rapports de distance entre les individus grâce auxquels une information est émise » (p. 16).

La communication non-verbale suppose l'engagement du corps dans l'échange et dans l'interaction à l'autre. Cette communication est une communication corporelle à laquelle sont intriqués du relationnel et de l'émotionnel. La communication non verbale fait appel à différents canaux de communication.

B- Les modalités de la communication non verbale

1- Les expressions faciales

Les expressions faciales sont l'ensemble des mouvements du visage. Les expressions du visage résultent d'une contraction musculaire de différentes parties du visage (bouche, yeux, sourcils, paupières, joues, front, menton, nez...). Elles interviennent dans l'expression des affects, des émotions, des ressentis... Il y a autant d'expressions faciales que d'émotions avec une grande variabilité d'expressions d'un individu à l'autre.

Le sourire reflète une relation affective positive. Il exprime un sentiment d'apaisement ou de plaisir. Il peut aussi être un signe d'appel, pour attirer l'attention. Au début de la vie, le sourire est un réflexe inné qui devient progressivement volontaire par une maturation neurologique. Pour J. Bowlby, le sourire renvoie à la notion d'attachement. Il explique que le sourire est l'un des cinq comportements innés avec le contact visuel, les pleurs, l'étreinte et la succion qui permettent de maintenir la proximité de la figure maternelle et de soutenir l'attachement.

2- Le regard

Le regard reflète l'intention et les affects du sujet. Le regard peut avoir plusieurs sens : l'agression, la dominance, l'attraction affective, la soumission, la peur... La signification du regard diffère également selon sa durée, sa fréquence et son intensité. Le regard a un rôle dans la relation avec autrui. Il peut être un moyen de montrer son refus de communiquer en détournant son regard. A contrario, le regard peut aussi être un signe d'appel et de soutien à la communication. Le regard permet de chercher l'information et d'attirer l'attention de l'autre. Le regard a une action sur les états d'éveil. Le regard de l'autre augmente notre état de vigilance, alors que s'il détourne le regard, notre vigilance en est diminuée. Le regard a un rôle important sur l'attention du partenaire et sur l'expression des ressentis. Il permet également d'alterner et de réguler la communication. L'attention mutuelle entre la mère et son enfant ou entre deux individus passe notamment par le regard. Cette attention est à l'origine de l'attention conjointe.

3- La voix

La voix est essentiellement impliquée dans le langage verbal. La prosodie fait partie des modalités de la communication non verbale. La hauteur, l'intensité, le timbre, la tonalité, le rythme et le débit de la voix traduisent l'état émotionnel de l'individu. La prosodie permet donc d'exprimer ses sentiments sans utiliser de mots renvoyant à cet état. Elle joue un rôle sur l'impact, l'accentuation et la ponctuation du discours.

4- La Posture

La posture est intrinsèquement liée au tonus, qui est l'état de tension permanente des muscles. Les attitudes sont déterminées par la répartition du tonus dans le corps. Chaque personne a une façon de se tenir qui est en lien avec son état interne, émotionnel et affectif. La posture évolue en fonction de l'évolution de la pensée et de l'état émotionnel du sujet. Cette notion renvoie au dialogue tonico-émotionnel que nous avons vu précédemment. La posture permet également de traduire les intentions de rapprochement ou de rejet. Elle permet de ponctuer le discours. La posture est inconsciente, mais le sujet peut aussi parfois la contrôler.

5- Le Geste

Le geste est un mouvement intentionnel porteur de sens qui peut être conscient ou inconscient. J. Corraze (psychiatre français), dans son ouvrage « Les communications non verbales » distingue cinq catégories de gestes :

- Les gestes illustateurs : ils accompagnent le langage verbal, ils ne peuvent exister hors du langage. Ils sont le résultat d'un apprentissage social (ex : geste de la main pour accentuer une affirmation, une négation ou pour dessiner un objet).
- Les gestes régulateurs : ils maintiennent et règlent l'échange verbal. Ils sont associés au langage (ex : l'auditeur approuve le discours par un hochement de la tête).
- Les emblèmes : ils concernent tous les gestes qui sont susceptibles d'être traduits par des mots. Ces gestes sont des acquisitions culturelles (ex : mouvement de la tête signifiant le oui et le non).
- Les expressions affectives : elles correspondent à des gestes involontaires qui prennent valeur de communication. Elles témoignent d'un sentiment éprouvé par le locuteur. Les expressions affectives impliquent essentiellement les mimiques faciales. Elles sont indépendantes du langage verbal. Elles ont une signification transculturelle identique.
- Les gestes adaptateurs : ils concernent les activités au cours desquelles on manipule une partie de son corps ou un objet. Ils ne sont pas exécutés avec la conscience d'émettre une information (ex : l'activité de se gratter peut augmenter avec l'anxiété). Ces gestes sont distincts de la communication verbale.

Les gestes illustateurs et régulateurs sont associés au langage verbal. Ces gestes accompagnent et soutiennent le langage verbal, l'information peut donc être :

- redondante : le geste apporte la même information ;
- complémentaire : le geste évite une ambiguïté ;
- supplémentaire : le geste apporte une nouvelle information.

Les expressions affectives et les gestes adaptateurs sont des signaux complètement libérés du langage.

Le pointage est un geste nécessaire à la construction du langage. Il permet de désigner un objet ou d'exprimer une demande. Le pointage suppose une intention communicative et donc l'attention conjointe. Cette attention permet à l'enfant de partager un objet d'attention avec l'adulte. Ce type de geste est appelé proto-déclaratif.

6- Le Toucher

Le toucher a une valeur communicative tout au long de la vie. Il est particulièrement présent dans les interactions précoces entre la mère et son enfant. Effectivement, ces deux partenaires communiquent notamment par l'intermédiaire du toucher, ce qui renvoie entre autre à la notion de handling et de holding de D. Winnicott, développée précédemment. Le toucher est utilisé dans les rituels de rencontre, de séparation ou d'apaisement. Il peut aussi être vecteur de sentiments de gêne, d'agressivité ou d'intrusion.

7- La proxémie

E.T Hall (anthropologue et sociologue américain) développe dans son livre « La dimension cachée » la notion de proxémie. Il s'agit de la distance physique dans la relation à l'autre. Elle est liée à la culture, à la notion d'espace et à la personne engagée dans la relation. Elle dépend de l'expérience personnelle, de l'état de sécurité affective et du fonctionnement sensoriel du sujet. Cet anthropologue définit quatre distances relationnelles chez l'homme :

- La distance intime (0 à 45 cm) est réservée aux relations intimes avec les proches, le conjoint, les enfants, les parents et les amis. Une intrusion dans cet espace représente une menace pour l'intégrité de l'individu.
 - Dans le mode proche (0 à 15 cm), les canaux sensoriels privilégiés sont le toucher et l'olfaction.
 - Dans le mode éloigné (15 à 45 cm), les canaux sensoriels privilégiés sont la vision, le toucher et la voix sous forme de murmures.
- La distance personnelle (45 cm à 1,20 m) correspond à l'affectivité et à la proximité tolérée dans la vie publique.
 - Dans le mode proche (45 à 75 cm), les sujets peuvent se toucher et la vision est plus globale sans supprimer les détails. Ce mode correspond aux relations de confiance.
 - Dans le mode éloigné (75 cm à 1,20 m), le contact n'est plus possible.

- La distance sociale (1,20 à 3,60 m) représente la distance des relations internes personnelles excluant les relations intimes et amicales. Elle se termine lorsque la discussion n'est plus audible.
 - Dans le mode proche (1,20 m à 2,10 m), la vision est élargie au haut du corps et correspond à la proximité de rencontre d'un étranger.
 - Dans le mode éloigné (2,10 à 3,60 m), la relation prend un caractère plus formel.
- la distance publique (plus de 3,60 m) ne permet pas de participer à une conversation, c'est la distance des discours. Le discours s'adresse à un ensemble de personnes.

8- L'attention conjointe

Cette notion renvoie au fait que deux personnes sont attentives au même objet et au fait que chacune est consciente que l'autre y est également attentive. L'attention conjointe est la coordination d'un regard vers l'autre et d'un pointage vers un objet, accompagné ou non de vocalisation. L'attention conjointe permet donc d'établir un centre d'intérêt externe à la dyade. Le sujet est capable de déplacer son attention sur l'objet d'attention de l'autre, mais aussi de diriger l'attention de l'autre sur son propre objet d'attention. Il est en capacité de partager son centre d'intérêt et/ou son état mental avec autrui.

9- Conclusion

La communication non verbale a une place importante dans les interactions à l'autre. Elle a de multiples formes et fonctions. Elle peut être associée au langage verbal. Dans ce cas la communication non verbale soutient l'information, mais peut être aussi indépendante du langage verbal et exister sans le support de celui-ci. Cette communication a pour caractéristique d'être toujours présente ; ce qui renvoie à l'impossibilité de ne pas communiquer de P. Watzlawick.

Nous avons vu que l'être humain semble être culturellement ou de manière plus ou moins innée, programmé pour établir des interactions interpersonnelles. Leurs absences ou leurs raretés peuvent induire un sentiment de malaise, d'étrangeté ... C'est ce que l'on peut ressentir lorsqu'on est en interaction avec une personne qui souffre d'un trouble du spectre autistique.

Le psychomotricien s'intéresse à la communication non verbale, car le corps est engagé dans la relation en passant par de multiples canaux. De plus dès la naissance, c'est le corps qui parle et qui communique. Tout le long de la vie, il est source de langage. La communication non verbale a un rôle dans le développement psychoaffectif et psychomoteur du sujet. Toutes les composantes de la communication non verbale sont à prendre en compte dans le travail thérapeutique ; que ce soit dans ce que le patient donne à voir ou bien dans ce que le psychomotricien renvoie aux patients.

III- Conclusion

Dans cette partie, nous avons vu les liens entre les notions de relation, d'interaction et de communication. Cette partie a également mis en lumière l'importance du corporel, du sensoriel, de l'affectif, du fantasmatique et de l'environnement dans les trois notions citées précédemment. Ces notions s'influencent mutuellement et sont présentes dès la vie in utero et tout le long de la vie. Nous avons remarqué qu'il est important que l'environnement soit sécurisé, contenant et qu'il apporte des réponses adaptées au sujet. Cet environnement permet à l'individu de faire des expériences sensori-motrices, qu'il va investir et s'approprier.

Nous avons vu que les interactions commençaient très tôt, in utero et qu'elles étaient permises notamment par les différentes compétences précoces du bébé (corporelles, affectives, sensorielles) et par son langage corporel. Ces compétences vont permettre de créer un lien d'attachement fort et sécurisé avec la mère en premier lieu puis progressivement au reste de l'entourage. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que si les compétences précoces et le langage corporel sont déficitaires chez le bébé cela va entraver l'attachement, l'interaction et la relation du bébé vers la mère et plus largement du sujet vers son entourage. En reprenant notre hypothèse de départ, ces déficits amèneraient également une modification du système familial.

Nous venons de voir l'importance des modalités corporelles dans les interactions de l'individu avec le monde extérieur et dans son développement psychomoteur, psychoaffectif et psychosocial. Cette réflexion sera un appui pour la suite sur la place et le rôle du psychomotricien auprès des personnes présentant un trouble du spectre autistique.

Partie 2 : L'autisme

L'étymologie du mot autisme est dérivée du grec *autos* qui signifie « soi-même ». Le dictionnaire Larousse donne la définition suivante de l'autisme : « Trouble du développement neurologique caractérisé par une altération des interactions sociales (repli pathologique sur soi), de la communication (langage) et du comportement ». L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donne la définition suivante : « l'autisme est un trouble envahissant du développement (TED), caractérisé par un développement anormal ou déficient, manifesté avant l'âge de trois ans avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportements au caractère restreint et répétitif ». J. Sinclair, personne porteuse du syndrome d'Asperger, dit : « Être autiste, ça ne veut pas dire être inhumain, mais ça veut dire être étranger. Ça veut dire que ce qui est normal pour les autres ne l'est pas pour moi et ce qui est normal pour moi ne l'est pas pour les autres. D'une certaine manière, je suis très mal équipée pour survivre dans ce monde, comme un extra-terrestre échoué sur la terre sans manuel d'orientation. »

Dans cette partie, nous verrons tout d'abord l'histoire et l'évolution du concept de l'autisme. Ensuite, nous aborderons le tableau clinique de ce syndrome. Après, nous évoquerons différentes hypothèses sur le trouble du spectre autistique. Enfin, nous verrons différents programmes pouvant être appliqués pour cette population.

I- L'histoire et l'évolution

A- L'histoire

Les pathologies mentales de l'enfant jusqu'au XIXe siècle étaient considérées comme l'expression d'une déficience du développement de l'intelligence.

Le terme « autisme » est proposé pour la première fois par E. Bleuler (psychiatre suisse), au début du XXe siècle pour décrire un symptôme (signe clinique qui représente une manifestation d'une maladie) majeur chez l'adulte schizophrène, qui est défini comme le repli sur soi associé à une perte de contact avec la réalité. L'autisme dans ce cas est donc un symptôme d'une pathologie plus importante.

Le pédopsychiatre américain L. Kanner, en 1943, reprend le terme « autisme » dans son article « Autistic Disturbances of Affective Contact » (« perturbation autistique du contact affectif »), à la suite d'un travail auprès de onze enfants âgés de deux ans et demi à huit ans. Dans cet article, le pédopsychiatre décrit et définit « l'autisme infantile précoce » comme étant un syndrome (ensemble de signes cliniques et de symptômes qu'un patient est susceptible de présenter lors de certaines maladies). L. Kanner différencie ce syndrome de la schizophrénie. Pour lui, l'autisme est responsable d'une incapacité innée à établir des relations normales avec les personnes. Ce pédopsychiatre est le premier à faire la description de l'autisme dont les caractéristiques principales sont les suivantes:

- la précocité du trouble
- l'isolement autistique (*aloneness*) : le sujet a une incapacité innée à interagir avec les autres personnes, un intérêt plus grand pour les objets que pour les personnes et montre un extrême isolement.
- Le désir d'immuabilité (*sameness*) : l'individu a des comportements, des gestes et des émissions sonores répétitifs et des activités spontanées peu variées. Le sujet montre une obsession anxieuse de la permanence qui l'amène à des comportements stéréotypés ou à des manifestations de type écholalie (tendance à répéter de manière spontanée, involontaire et systématique les derniers mots entendus).

- Les îlots d'aptitudes : les personnes avec un autisme peuvent avoir des talents spectaculaires malgré un développement retardé. Par exemple, ils peuvent avoir des capacités mnésiques et de perceptions visuelles étonnantes.
- Un langage atypique : un langage pouvant aller d'un état mutique à un vocabulaire soutenu en passant par un stade uniquement de combinaisons de mots sans fonction de communication.

En 1944, soit un an après L. Kanner, le psychiatre autrichien H. Asperger, définit la « psychopathie autistique » comme étant un manque d'empathie, une faible capacité à se faire des amis, une conversation unidirectionnelle, des centres d'intérêt restreint et de prédilection et une maladresse motrice. Il observe également de fortes capacités intellectuelles et des compétences exceptionnelles dans certains domaines. Cet article étant écrit en allemand, il a donc été peu diffusé. Il faudra attendre la traduction de L. Wing (psychiatre britannique), en 1981, pour reconnaître les travaux d'H. Asperger. L. Wing donne le nom de syndrome d'Asperger pour désigner la « psychopathie autistique » décrite par H. Asperger. Le sujet atteint d'autisme dit Asperger désigne une personne autiste sans retard mental et de langage associé, mais avec une atteinte des aptitudes sociales.

De 1943 à 2017, plusieurs classifications vont décrire et nommer l'autisme de façons différentes, notamment « autisme infantile précoce » de L. Kanner ou de « psychopathie autistique » de H. Asperger ou encore « syndrome Asperger » de L. Wing.

B- Les classifications

Nous utilisons essentiellement deux grands systèmes de classification, il s'agit :

- de la Classification Internationale des Maladies (CIM) publiée par L'OMS
- du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (également désigné par le sigle DSM, abréviation de l'anglais : « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA).

Il existe également la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), mais elle est moins utilisée sur le plan national et international.

1- Les DSM

a- Le DSM I et le DSM II

Dans la DSM I (1952), il n'y a aucun critère de diagnostic propre à l'autisme, les enfants présentant des symptômes autistiques sont alors intégrés dans la « schizophrénie infantile ».

Dans le DSM II (1968), ces enfants sont toujours intégrés dans le diagnostic de la « schizophrénie infantile ». Dans cette deuxième version, il y apparaît un critère de diagnostic, qui est « autistique, atypique, avec un retrait », ce critère est le plus en lien avec l'autisme.

b- Le DSM III et le DSM III-R

Dans la troisième version éditée en 1980, l'autisme est inclus comme diagnostic à part entière sous le terme de Trouble Global du Développement (TGD).

Le DSM III-R (1987) remplace la notion de TGD par celle de Troubles Envahissants du Développement (TED). Dans cette version apparaît la notion de « triade autistique », qui sera reprise dans le DSM IV, le DSM IV-TR et la CIM-10. Le diagnostic de l'autisme est posé selon cette triade qui correspond aux trois secteurs du développement qui sont touchés dans l'autisme et qui sont :

- l'altération qualitative des interactions sociales
- l'altération qualitative de la communication
- le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des centres d'intérêt et des activités

L'apparition de ces troubles avant 36 mois est aussi un critère de diagnostic.

c- Le DSM IV et le DSM IV-TR

Le terme TED du DSM III-R est repris dans la quatrième édition publiée en 1994. Les critères de diagnostic du DSM-IV sont conservés dans le DSM IV-TR.

d- Le DSM V

Le DSM V remplace le terme TED par celui de Troubles du Spectre Autistique (TSA). Les TSA sont désormais inclus dans une plus grande catégorie, qui est celle des troubles neuro-développementaux. Les quatre sous types dans le DSM IV et le DCM IV-TR (troubles autistiques, troubles désintégratifs de l'enfance, syndrome d'Asperger et Trouble Envahissant du Développement Non Spécifié [TED-NoS]) sont remplacés par la catégorie générale des TSA, tandis que le syndrome de Rett n'en fait plus partie. Dans cette version du DSM, nous avons

une approche dimensionnelle. Effectivement, les TSA sont représentés comme un continuum, où il n'y a pas de distinction entre les différentes catégories, mais fait valoir l'expression de l'autisme à divers degrés d'intensité des symptômes. Dans cette version, la triade symptomatique devient une dyade :

- les troubles de la communication sociale rassemblent deux secteurs de la triade qui sont l'altération qualitative des interactions sociales et l'altération qualitative de la communication ;
- le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des centres d'intérêt et des activités est quant à lui gardé. Seules deux modifications sont observables (comparés au DSM IV et au DSM IV-TR) :
 - le critère « trouble/retard de langage » ne fait plus partie des symptômes,
 - tandis que le critère « sensibilité inhabituelle aux stimuli sensoriels » apparaît dans les symptômes.

Un autre changement dans ce DSM est que les symptômes doivent se manifester durant la période précoce du développement et non avant l'âge de trois ans, comme cela était indiqué dans le DSM IV.

2- La CIM

Dans la neuvième version de la CIM, en 1975, le terme « autisme » apparaît dans la section des troubles mentaux. Dans la dixième et dernière version de la CIM, l'autisme est reconnu comme étant un TED. Normalement, dans la onzième version de la CIM qui n'est pas encore sortie, la notion de TED sera remplacée par celle de TSA.

3- La CFTMEA

La CFTMEA a été créée en 1988. Dans la deuxième version du CFTMEA, en 1993, apparaît le terme « autisme ». Dans la dernière version, le CFTMEA R-2012 se rapproche des deux autres classifications en mentionnant les TED comme équivalents à des troubles psychotiques et introduit deux nouvelles catégories qui sont : le syndrome d'Asperger et le trouble désintégratif de l'enfant. Cette classification conserve cependant la notion de dysharmonie psychotique.

4- Conclusion

Le tableau ci-dessous illustre les différents intitulés de diagnostics en fonction de l'évolution des classifications.

DSM III (1980)	DSM III-R (1987)	CIM-10 (2000)	DSM IV (1994) DSM IV-TR (2000)	CFTMEA R-2012	DSM V (2013)
TGD	TED	TED	TED	Psychose précoce (TED)	TSA
Autisme infantile	Trouble autistique	Autisme infantile	Trouble autistique	Autisme infantile précoce type Kanner	TSA
Trouble global développement débutant dans l'enfance		Autisme atypique		Autre forme d'autisme	
Trouble global atypique du développement		Autre TED		Autre TED	
				Dysharmonies psychotiques	
		Hyperactivité associée : retard mental mouvements stéréotypés		TED avec retard mental précoce	
		Autres troubles désintégratifs	Trouble désintégratif de l'enfance	Trouble désintégratif de l'enfance	exclu
		Syndrome de Rett	Syndrome de Rett		
Syndrome d'Asperger		Syndrome d'Asperger	Syndrome d'Asperger	TSA	
	TED-NoS	TED-NoS	TED-NoS	TED-NoS	

Il y a donc d'importantes variations dans les concepts du trouble de l'autisme qui sont majorés par les nombreux signes n'appartenant pas à proprement parler aux critères de diagnostic de l'autisme, mais qui y sont fréquemment associés. Effectivement, les sujets avec un TSA ont un risque élevé d'être affectés par divers troubles : trouble du développement (intellectuel, coordination motrice, attention, langage...), trouble du comportement (hétéro agressivité, automutilation, opposition...), trouble affectif (anxiété, dépression...), comorbidités psychiatriques, épilepsie... Nous observons donc une grande variété d'expressions dans l'autisme d'où le concept de « spectre ». Ce terme représente la variabilité des atteintes chez un même individu dans les différents domaines de développement, de fonctionnement et qui varient avec l'âge, mais aussi avec la présence ou non des signes associés. Désormais, l'autisme est représenté comme un trouble unique avec des manifestations oscillantes d'un bout à l'autre dans ce même continuum. Cette représentation est illustrée par le terme de « continuum symptomatique ».

II- Le tableau clinique

A- La triade autistique

L'autisme se caractérise par un ensemble de signes cliniques présents dans les trois domaines essentiels qui sont :

- l'altération qualitative des interactions sociales
- l'altération qualitative de la communication
- le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des centres d'intérêt et des activités

1- L'altération qualitative des interactions sociales

Chez les sujets atteints d'autisme, les interactions sociales sont altérées de manière sévère et durable. Nous remarquons également chez ces sujets, une altération des comportements non verbaux dans la régulation des interactions, tels que le contact oculaire, les mimiques faciales, les postures et les gestes. Ils établissent rarement le contact, ils semblent même l'éviter. De plus, ces sujets montrent une incapacité à établir des relations avec leurs pairs. La compréhension du fonctionnement de groupe est compliquée et lorsqu'ils tentent d'établir des relations avec leurs pairs, les modes d'entrée de communication sont souvent maladroits, ce qui ne leur permet pas de maintenir durablement l'interaction. Les jeux de groupe chez ces personnes sont anormaux, voire absents. Ils ne cherchent pas à partager leurs plaisirs, leurs intérêts ou leurs réussites. Ils ne cherchent pas non plus le réconfort lorsqu'ils sont dans la souffrance. Ils montrent souvent un manque de réciprocité sociale ou émotionnelle, mais également un manque d'empathie à l'égard d'autrui et des sentiments de leurs partenaires. Ils peuvent ignorer les autres ou ne pas avoir conscience de leur présence, n'avoir aucune notion des besoins d'autrui ou encore ne pas avoir remarqué la détresse d'une autre personne. De ce fait, ces personnes ont tendance à adopter des activités solitaires.

2- L'altération qualitative de la communication

Les altérations de la communication chez les individus présentant un TSA sont marquées et persistent dans le temps. Ces personnes ont souvent un retard ou une absence totale du développement du langage verbal et ne cherchent pas d'autres modes de communication, comme les gestes ou les mimiques. Cette altération du langage se manifeste tant dans sa production que dans sa forme ou son contenu. Les diverses anomalies de la production du langage peuvent être : le volume, la modulation, la hauteur, la fréquence, le rythme, l'intonation... Quant à elles, les différentes anomalies de la forme ou du contenu du langage peuvent être : un usage stéréotypé et répétitif du langage, une inversion du « je » et du « tu », l'utilisation de son prénom pour parler de soi, des réflexions hors sujet... Les structures grammaticales s'avèrent souvent immatures. Les altérations de la communication sont présentes tant sur le versant expressif que réceptif. La compréhension du langage est souvent très tardive, les individus peuvent être incapables de comprendre des questions ou des directives simples. La compréhension chez ces sujets est souvent littérale et se manifeste par l'incapacité à comprendre des aspects abstraits du langage (ironie, humour...). Il y a également une perturbation pragmatique du langage qui se traduit par l'incapacité à coordonner la parole avec la gestuelle. La communication non verbale est anormale notamment du fait de l'altération : de l'utilisation du regard, de la posture, de l'expression faciale ou encore des gestes pour moduler ou engager l'interaction avec l'autre. Lorsque les sujets maîtrisent suffisamment le langage, ils présentent une incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui. Les règles conversationnelles, mais également les codes sociaux utilisés habituellement pour initier et soutenir l'échange, ne sont pas ou très difficilement acquis. Il est compliqué pour les sujets de prendre en considération la pensée de l'interlocuteur. De plus, la production verbale ne semble pas toujours adressée à l'entourage. Lorsque le langage est acquis, il comporte souvent des anomalies :

- écholalie immédiate : la personne répète en écho ce que le partenaire a dit. Par exemple, il peut répéter une question qui lui était posée ;
- écholalie différée : des mots ou des phrases qui captent l'attention de la personne et vont être répétés dans un autre contexte, dans lequel il n'a plus de sens. Par exemple le sujet répète une phrase entendue à la télé : « demain, il fera beau » ;
- utilisation idiosyncrasique du langage : la personne utilise des mots ou des expressions qui lui sont propres.

Ces personnes peuvent avoir une altération de l'imitation. Nous remarquons notamment chez ces sujets une pauvreté de l'imaginaire. Les jeux symboliques ou du faire semblant sont peu variés, peu spontanés ou absents. Par conséquent, ce sont des personnes qui jouent très peu ou de manière rigide et répétitive.

3- Le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des centres d'intérêt et des activités

Les sujets atteints d'autisme montrent des restrictions marquées dans les domaines des activités et des centres d'intérêt. Ces personnes ont des stéréotypies, des préoccupations et des centres d'intérêt restreints et anormaux. Elles peuvent avoir des préoccupations persistantes pour certaines parties des objets ou un attachement à des objets inhabituels. Ces personnes montrent une souffrance marquée à l'occasion de modifications mineures de leur environnement. De plus, elles présentent une inflexibilité aux habitudes, aux routines ou aux rituels spécifiques et non fonctionnels. Par exemple, elles peuvent avoir une insistance déraisonnable pour effectuer certaines activités routinières de manière strictement identique. Nous pouvons remarquer chez ces personnes un maniérisme moteur stéréotypé et répétitif, s'exprimant par exemple par des mouvements du corps stéréotypé (battement ou torsion des mains, ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps). Elles montrent également des réactions inhabituelles aux stimuli sensoriels (ex : intolérance à certains sons) ou un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (ex : fixation des rayons du soleil). Elles ont également des autostimulations sensorielles (ex : balancement du corps, tourner sur soi-même, frotter des surfaces, sentir les objets...).

Les stéréotypies peuvent avoir trois fonctions :

- se sentir exister de façon sensorielle et tonique ;
- se soustraire à un environnement vécu comme inadéquat, soit trop stimulant, envahissant et intrusif ou au contraire un environnement vécu par le sujet comme pas assez contenant et sécurisant ;
- un moyen de réguler un trop-plein d'émotions qui va être déchargé musculairement.

Un matin Jérémy, un adulte avec un TSA est très en colère, car il vient juste d'apprendre que l'éducateur spécialisé est absent et ne sera donc pas présent dans le groupe « EHS et Corps » du matin. Lydie, une adulte atteinte d'autisme, arrive et lui dit « Bonjour ! » et veut lui faire la bise. Jérémy ne dit rien et ne la regarde pas. Nous lui expliquons, avec la psychomotricienne que cela fait beaucoup de peine à Lydie, qu'il ne veuille pas lui dire bonjour et qu'elle n'y est pour rien dans sa colère. Nous lui disons aussi que même s'il est en colère, il doit tout de même dire bonjour. Jérémy ne dit toujours rien et ne réagit pas. Il finit au bout d'une quinzaine de minutes par dire bonjour à Lydie. Nous pouvons remarquer, dans cette situation, l'intolérance au changement des habitudes chez Jérémy, par l'absence de l'éducateur. Cette situation montre également son déficit d'intégration des codes sociaux par son refus de dire bonjour à Lydie.

B- L'altération des modalités corporelles dans l'interaction et la communication

Les personnes porteuses d'autisme présentent de nombreuses difficultés dans les modalités corporelles de la communication et de l'interaction à l'autre.

1- Le contact visuel

Les personnes avec un autisme ont des difficultés à soutenir et à fixer le regard de leur interlocuteur. Le contact visuel est rare, fugitif, périphérique... Les personnes regardent plus facilement les objets et les lumières. Elles portent plus leur attention sur les propriétés physiques des objets que sur la dimension sociale des situations (altération de

la perception : du regard, des mimiques et des gestes de l'interlocuteur). Dans l'interaction à l'autre, les individus avec autisme fixent davantage la bouche ou le reste du corps de leur interlocuteur ou encore des objets environnants ; alors qu'un individu lambda fixe davantage la région des yeux.

2- Les gestes

Les gestes spontanés et conventionnels dans la communication non verbale ne sont pas identifiés et compris par les personnes présentant un autisme. De plus, ils en produisent peu ou pas ou sinon ils ne les réalisent pas de manière spontanée. Dans les interactions à l'autre, ces personnes développent donc peu de gestes symboliques, conventionnels (bonjour, au revoir, bravo, non...), expressifs...

3- Le pointage

Il existe deux types de pointage dont l'apparition est progressive. Le premier à apparaître est le pointage proto-impératif, puis apparaît le pointage proto-déclaratif.

La personne avec un TSA possède le pointage et l'utilise à bon escient, mais moins fréquemment que des personnes lambda. Elle utilise davantage le pointage proto-impératif pour obtenir un objet, que le pointage proto-déclaratif pour partager une expérience ou attirer l'attention de l'autre. Il en résulte une difficulté dans la construction d'un intérêt et d'un partage commun avec autrui. Elle est également en difficulté pour suivre du regard le geste de pointage d'autrui. Son regard est fixe comme s'il ne remarquait pas le geste.

4- Les émotions et les mimiques

Pour les personnes présentant un TSA, les mimiques sont réduites, exagérées ou non adaptées à la situation et rarement adressées à autrui. Elles sont difficilement interprétables et desservent l'interaction. Le sourire est peu présent ou absent. De plus, ces personnes ont des difficultés de perception, de reconnaissance, d'interprétation et de réponse aux expressions émotionnelles faciales ou vocales de leur interlocuteur.

5- L'attention conjointe

La personne atteinte d'autisme a des altérations et des difficultés dans les conduites telles que : montrer les objets, pointer du doigt, utiliser les gestes significatifs, décoder les expressions émotionnelles, regarder autrui et s'orienter à l'appel de son prénom. Toutes ces conduites altérées entraînent des comportements d'attention conjointe moins nombreux. Il existe deux types d'attention conjointe qui sont toutes les deux altérées dans l'autisme. L'attention conjointe en réponse, qui se définit comme la capacité du sujet de se retourner quand il est interpellé ou lorsque l'on attire son attention sur un objet, et l'attention conjointe en initiative qui renvoie à la capacité du sujet à attirer l'attention d'autrui sur un objet ou en l'interpelant.

6- Le tour de conversation

Les individus présentant un TSA gardent généralement trop longtemps la parole ou interrompent celle de l'interlocuteur. Ce non-respect du tour de rôle s'explique par un décryptage difficile des signes conversationnels non verbaux de l'interlocuteur.

Lors d'un repas thérapeutique, Romain, un enfant avec un autisme va parler tout le long du repas des « Rapetou » dans Picsou. Il est très compliqué pour lui de laisser la parole aux autres personnes et de changer de sujet de conversation. Lors de ce repas, lorsque le sujet de conversation est différent du sien, Romain continue de parler des « Rapetou ». Il est dans l'incapacité de s'adapter au sujet de conversation des personnes qui sont autour de lui et reste fixé sur son centre d'intérêt en coupant la parole d'autrui.

III- Les hypothèses d'un déficit de la cognition sociale

Vivre en société implique de pouvoir mettre en place des stratégies de relation à l'autre. Pour cela, il est primordial qu'il y ait une compréhension de l'autre, de ses actions, de ses intentions et de ses pensées. L'anomalie des interactions sociales est au cœur du syndrome autistique. Plusieurs hypothèses expliquent le déficit de la cognition sociale chez le sujet porteur d'un TSA.

A- Le déficit de la théorie de l'esprit

L'hypothèse du déficit de la théorie de l'esprit a notamment été développée par S. Baron-Cohen (professeur de psychopathologie anglaise), A.M. Leslie (psychologue écossaise) et U. Frith (psychologue allemande).

L'ensemble des comportements qui composent l'attention conjointe sont précurseurs de la théorie de l'esprit. La théorie de l'esprit correspond à la capacité d'attribuer des états mentaux à autrui et à soi-même, mais également de les comprendre. Elle nous sert, également à expliquer et à prédire nos propres comportements et ceux d'autrui. Ce processus nécessite donc d'avoir la capacité à se décentrer et à penser qu'autrui peut détenir ses propres croyances et représentations, différentes des nôtres.

Il existe deux niveaux :

- attribuer des états mentaux à autrui à propos d'un événement objectif (du type « je pense que A pense que.... »). Ce niveau est atteint vers quatre ans.
- traiter les états mentaux d'autrui en fonction d'une tierce personne (du type « je pense que A pense que B pense que.... »), atteinte vers l'âge de six ou sept ans.

La théorie de l'esprit a une influence dans la communication, la compréhension des situations sociales et dans l'accès au sens des interactions. La possibilité de comprendre l'état émotionnel d'autrui permet d'adapter ses comportements en fonction des actions et des réactions envoyées par l'interlocuteur. Une mauvaise interprétation des émotions de l'interlocuteur, ou une mauvaise communication de ses propres états émotionnels entraîne une altération des relations à l'autre.

Un défaut de théorie de l'esprit signifie une difficulté à comprendre qu'autrui ait une idée différente de la sienne ou à penser que les désirs et les croyances de l'autre peuvent affecter nos propres actions. Ce déficit altère également : l'attitude dans le jeu du faire semblant, l'attention conjointe, les interactions sociales, la communication par le regard...

Le déficit de la théorie de l'esprit s'observe chez la personne avec un TSA par :

- le manque de compréhension des réactions émotionnelles d'autrui ;
- l'insensibilité aux émotions d'autrui ;
- l'incapacité de comprendre les intentions d'autrui ;
- le fait de ne pas pouvoir considérer les intentions, les connaissances et les intérêts d'autrui ;

- l'incapacité à anticiper ce qu'autrui va penser d'eux ou d'une action ;
- l'incapacité à comprendre les malentendus, la tromperie ou la taquinerie.

La théorie de l'esprit implique des fonctions exécutives. Les difficultés de compréhension des états mentaux s'inscrivent plus largement dans un contrôle exécutif altéré, telles que : la flexibilité, l'anticipation, l'organisation, la programmation... Les difficultés au niveau de la théorie de l'esprit peuvent être liées à des aspects déficitaires des fonctions exécutives.

Dans un exercice, Lydie, une adulte avec un autisme doit guider la psychomotricienne qui a les yeux bandés pour qu'elle effectue un slalom entre des plots. Lydie va lui montrer le chemin avec son doigt sans rien dire. Nous pouvons voir dans cette situation que Lydie semble être incapable de se mettre à la place de la psychomotricienne et semble donc ne pas comprendre que la psychomotricienne n'y voit pas.

B- Le déficit des fonctions exécutives

L'hypothèse du déficit des fonctions exécutives a notamment été développée par J. Russell (psychologue anglais). Les fonctions exécutives désignent un ensemble hétérogène de processus cognitifs de haut niveau qui permettent au sujet d'avoir un comportement adapté et flexible au contexte. Elles englobent les capacités : de planification, de mémoire de travail, de contrôle des impulsions, d'inhibition, de coordination, d'imitation, de programmation motrice, de contrôle de l'attention, d'abstraction, d'atteinte d'un objectif, de flexibilité mentale, d'anticipation, d'organisation et de raisonnements logiques.

Une personne présentant des troubles des fonctions exécutives montre des difficultés : de planification, de flexibilité mentale, de contrôle cognitif, de la pensée abstraite ou encore de la prise d'initiative. Chez les sujets avec un TSA, le déficit des fonctions exécutives se manifeste par une tendance à la persévération, par des réponses hors sujet, par des difficultés d'appliquer des connaissances au contexte réel... Les comportements stéréotypés et répétitifs peuvent être expliqués par les troubles des fonctions exécutives (déficits de la flexibilité mentale, de l'inhibition, du contrôle des impulsions...).

Les hypothèses des déficits de la théorie de l'esprit et des fonctions exécutives ne permettent pas de rendre compte des compétences préservées, voire supérieures à la moyenne dans certains secteurs, chez les personnes avec un TSA. Ces hypothèses expliquent surtout les déficits. Alors que l'hypothèse du déficit de la cohérence centrale amène l'idée d'un style cognitif particulier, plutôt qu'une notion de déficit cognitif. Cette théorie pourrait rendre compte des particularités d'apprentissages accomplis chez certaines personnes avec un TSA.

Lydie, lors des différents exercices proposés dans le groupe « EHS et Corps », laisse voir des déficits des fonctions exécutives notamment dans la planification, l'anticipation, l'imitation, la mémoire de travail, l'attention, l'atteinte d'un objectif...

Dans un exercice où plusieurs chemins sont tracés au sol par du scotch, Lydie doit aller d'un cerceau vert à un rouge, en utilisant les chemins tracés. Elle se trouve dans l'incapacité de programmer le chemin et d'anticiper l'objectif d'arriver au cerceau rouge. Elle va juste suivre les lignes sans essayer d'atteindre l'arrivée et lorsque nous demandons le chemin qu'elle doit prendre elle ne peut pas nous répondre.

Dans un autre exercice où un individu effectue d'abord un mouvement simple avec un ballon puis regarde une personne et lui lance ensuite le ballon. Cette personne doit à son tour imiter le mouvement... Lydie ne pense pas à vérifier si on la regarde ou pas. Elle est donc très surprise et prise au dépourvu quand le ballon lui est envoyé. Une fois le ballon attrapé, elle ne se souvient plus du mouvement à imiter. La personne lui remontre le mouvement, mais elle se trouve dans l'incapacité de le reproduire. Pour qu'elle y arrive, il faudra décomposer le mouvement gestuellement et verbalement avant et pendant la production du mouvement.

C- Le déficit de la cohérence centrale

L'hypothèse du déficit de la cohérence centrale a notamment été développée par U. Frith. La cohérence centrale est la capacité du sujet à élaborer une conception globale des informations reçues. Il s'agit de la tendance à regrouper différentes informations pour les traiter comme un tout cohérent. Il y a deux types de cohérence : la cohérence périphérique et la cohérence centrale. La cohérence périphérique transforme les informations sensorielles en perceptions. Alors que la cohérence centrale interprète,

compare, stocke et tire des conclusions des informations et exécute les actions. Elle est aussi à l'origine des processus mentaux. Dans l'autisme, la cohérence périphérique est intacte contrairement à la cohérence centrale. Il y a donc un surfonctionnement perceptif. Le sujet présentant un TSA est donc surstimulé par les informations extérieures et ne parvient pas à les filtrer. Il va donc cliver les perceptions selon différentes modalités sensorielles afin d'éviter d'être submergé par les informations de l'environnement. Le déficit de la cohérence centrale est donc une difficulté à intégrer des informations multisensorielles. La personne porteuse d'un autisme perçoit et traite donc l'information de façon anormale et fragmentée, portant essentiellement son attention aux détails et pas assez sur l'ensemble. La cohérence centrale laisse place à une cohérence locale. Cette hypothèse permettrait d'expliquer le caractère restreint des centres d'intérêt et des activités ainsi que l'attachement aux détails.

Dans les situations d'interactions sociales, il est nécessaire d'avoir une bonne capacité de cohérence centrale pour pouvoir comprendre leurs implications et s'y adapter. Lorsqu'elle est déficitaire, le sujet ne comprend pas ce qu'on attend de lui, ce qui peut induire chez lui de l'anxiété sociale ou provoquer des troubles du comportement.

Les hypothèses des déficits de la théorie de l'esprit, des fonctions exécutives et de la cohérence centrale sont complémentaires. Chacun de ces déficits impacte la capacité des sujets avec un TSA à interpréter les comportements et les informations venant d'autrui (regards, mimiques, gestuelle, intonation, voix...).

IV- Les programmes d'intervention

Les thérapies proposées sont tout aussi diversifiées que les différentes hypothèses existant sur les TSA. Néanmoins, il est reconnu que la précocité et la pluridisciplinarité de la prise en soins sont essentielles de même que l'accompagnement des parents.

Nous allons maintenant aborder les différents programmes d'interventions proposés par l'établissement dans lequel j'ai effectué mon stage.

A- Le programme TEACCH

L'acronyme « TEACCH » correspond au terme anglais « Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children » et à la traduction française « Traitement et éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication associée ».

Le programme TEACCH a été créé par le professeur et psychologue E. Schopler dans les années 1960 aux États-Unis. Le programme est né à partir du constat que les capacités d'apprentissage des personnes avec autisme sont plus élevées dans le cas d'un apprentissage structuré. En 1972, le Programme devient un programme d'État en Caroline-du-Nord, il est « spécialisé dans le diagnostic, le traitement, la formation, la recherche et l'éducation des personnes autistes ».

La méthode TEACCH est un programme global qui vise à favoriser les apprentissages et le développement de l'autonomie chez le sujet porteur d'autisme, mais également la généralisation des capacités et des compétences au domicile, à l'école et par extension dans la société. Cette méthode a pour objectif de donner des stratégies au sujet avec un TSA afin : de le soutenir toute le long de sa vie, de favoriser son autonomie, de s'adapter à ses besoins et d'adapter l'enseignement à ses capacités pour pallier ses déficits. Le programme se base sur la structuration du temps et de l'espace, sur l'utilisation de moyens de communication multimodaux et sur la collaboration avec les parents.

L'environnement est aménagé à l'aide d'indices visuels clairs et concrets (mots, images, photos ou objets), représentant les lieux, les activités et les personnes. Les repérages concrets et l'anticipation par ces indices permettent au sujet atteint d'autisme de diminuer les manifestations d'anxiété, d'organiser ses comportements, de mieux comprendre son environnement et de faciliter les interactions.

La structuration temporelle consiste à matérialiser l'organisation dans le temps et la notion de durée. L'organisation dans le temps, peut se faire à l'aide d'emploi du temps visualisé et adapté au niveau de compréhension et de représentation du sujet. Il va l'aider à se repérer dans le temps. Cet emploi du temps peut prendre diverses formes (écrit, mobile ; avec des pictogrammes, des photos ou des objets ; vertical ou horizontal...) et va évoluer avec les compétences et les acquisitions de la personne. La notion de durée peut être représentée par l'intermédiaire d'un time-timer ou d'un minuteur.

L'aménagement de l'espace s'effectue par la délimitation de différents espaces selon les activités (espace-temps libre, espace de détente, espace d'activité individuelle, espace de groupe...).

Cet aménagement permet, aux sujets avec un TSA de concrétiser des notions abstraites, mais également de pallier leurs altérations de la communication et de la compréhension, mais aussi leurs déficits des fonctions exécutives en s'appuyant sur leur fonctionnement perceptif.

B- Le programme PECS

L'acronyme « PECS » correspond au terme anglais « Picture Exchange Communication System » et à la traduction française « Système de communication basé sur l'échange d'images ».

Ce programme a été créé en 1985 par la psychologue A. Bondy et l'orthophoniste L. Frost. Cette méthode a pour objectif de suppléer ou d'augmenter la communication chez le sujet d'âge préscolaire présentant des troubles autistiques. Ce programme est utilisé si le sujet présente soit une absence totale de langage, soit un jargon, soit des productions essentiellement écholaliques. Cette méthode permet de travailler deux aspects déficitaires dans le TSA, qui sont : la communication et la relation sociale. Le sujet apprend à venir chercher l'interlocuteur pour lui remettre l'image de l'objet qu'il désire en échange de cette image. La méthode commence par travailler la communication non verbale, la fonction de demande et la spontanéité des échanges pour ensuite progressivement enrichir la communication (demandes, questions...), introduire de nouveaux concepts linguistiques (tailles, couleurs, nombres...) et développer la communication verbale.

La généralisation des acquis de ce programme se fait dès le départ par son utilisation dans les différents lieux de vie du sujet. Cette méthode permet d'augmenter la compréhension grâce aux images, mais aussi de confirmer l'information orale en lui donnant une image mentale et donc d'augmenter le langage oral. Ce programme permet donc d'améliorer la qualité de vie et de produire une communication efficace.

C- Le programme EHS

Le programme d'Entraînement aux Habiletés Sociales (EHS) est une démarche groupale. Cette méthode vise à enseigner en petit groupe les habiletés sociales nécessaires dans les relations interpersonnelles et de les généraliser dans les différents lieux de vie du sujet. Les habiletés sociales correspondent à des savoir-faire comportementaux de nature verbale et non verbale, mais aussi cognitive et émotionnelle, qui permettent d'entrer et d'entretenir des relations avec autrui.

Le modèle le plus simple et le plus fonctionnel est celui de C.J Wallace. Ce modèle a trois étapes successives. Tout d'abord, une première étape d'observation et de compréhension de la situation. La deuxième étape est le choix et la sélection d'une réponse appropriée à la situation. Enfin, la dernière étape est l'exécution de la réponse choisie et de son évaluation par le sujet ou le groupe.

Les techniques de base de cette méthode sont : le jeu de rôle, la résolution de problèmes, l'imitation, le jeu de société...

Les quatre axes principaux de cette méthode chez les sujets atteints d'autisme sont : la communication non verbale, les habiletés conversationnelles, les habiletés sociales et la théorie de l'esprit. La compréhension de l'interaction à l'autre est souvent compliquée de par ses informations implicites (expression faciale, regard, posture, prosodie...). Tous ces indices donnent des informations et du sens sur les émotions, les sentiments, les intentions, les désirs et les croyances de l'interlocuteur. Les thérapeutes doivent aider les participants du groupe à comprendre et analyser la situation, pour pouvoir lire et interpréter les états mentaux des personnes, afin que le sujet arrive à s'ajuster à la situation. L'objectif principal de cette méthode est de permettre aux personnes de mieux comprendre leur environnement social, de les aider à interagir de façon plus adaptée, d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle et donc de diminuer le vécu anxiogène.

V- Conclusion

Cette partie nous apporte un éclairage sur l'évolution du concept de l'autisme, à travers le temps. Elle apporte également des réponses sur les manifestations psychomotrices, psychoaffectives et psychosociales de la personne avec un TSA. Elle nous éclaire également sur les origines plausibles de ces manifestations et sur les prises en soins possibles.

En partant de l'hypothèse de la première partie énoncée de la façon suivante : « *si les compétences précoces et le langage corporel sont déficitaires chez le bébé cela va entraver l'attachement, l'interaction et la relation du bébé vers la mère et plus largement du sujet vers son entourage* », nous pouvons penser que cette hypothèse confirme que les différents déficits des sujets avec un TSA (théorie de l'esprit, fonctions exécutives, cohérence centrale) expliquent en partie, chez ces sujets, les altérations de la relation et des interactions à l'autre. D'ailleurs, malgré l'évolution du concept et des représentations de ce trouble, l'altération des interactions et de la relation ont toujours pris une place centrale dans sa description. Les différents programmes développés pour ce trouble ont d'ailleurs pour but de faciliter les interactions à l'autre et la communication.

Nous avons vu que les sujets atteints d'autisme ont des altérations des relations et des interactions à l'autre. En nous appuyant sur notre réflexion proposée lors de l'introduction, nous pouvons donc penser que ces altérations vont également amener des modifications dans le système et la dynamique familiale. Les altérations des relations et des interactions touchent donc la personne atteinte d'autisme, mais aussi le système familial. Nous pouvons donc vite arriver dans un cercle vicieux.

Nous allons voir maintenant la place et le rôle du psychomotricien pour limiter cette spirale et voire même initier un cercle vertueux, en nous appuyant sur les deux premières parties de ce mémoire.

Partie 3 :

La prise en soins en psychomotricité

Dans cette partie, nous nous intéresserons à comprendre comment le psychomotricien peut limiter le cercle vicieux, voire même initier un cercle vertueux. Pour répondre à cette problématique, nous allons tout d'abord nous intéresser à la relation en psychomotricité puis aux outils du psychomotricien et enfin voir comment le psychomotricien peut intervenir sur les modalités corporelles dans les interactions à l'autre.

Selon moi, pour qu'une prise en soins et qu'un travail en psychomotricité soient de qualité, il faut instaurer une relation thérapeutique et de confiance avec le patient ainsi qu'un cadre thérapeutique. Ces conditions de travail sont valables, quel que soit le lieu d'exercice du psychomotricien (en institution ou en libéral), mais aussi quels que soient la problématique, le contexte, le patient, les objectifs thérapeutiques... Ces conditions de travail sont d'autant plus importantes lorsque le patient a un déficit de l'interaction, de la communication ou du comportement, mais également lorsque les objectifs thérapeutiques sont centrés sur ces différents déficits. Dans ce cas, la relation et le cadre thérapeutique sont à la fois un socle et une base, mais également un outil et un objectif de la prise en soins.

I- La relation en psychomotricité

Nous avons vu précédemment l'importance de la relation thérapeutique et de confiance pour permettre une prise en soins de qualité. Pour comprendre l'importance de cette relation, nous allons tout d'abord comprendre ce qu'est la psychomotricité et son rôle. Nous nous intéresserons ensuite aux prémices de cette relation notamment par l'engagement du psychomotricien, par l'instauration d'une relation thérapeutique et également l'importance des premières rencontres dans la relation en psychomotricité.

A- La psychomotricité

Le psychomotricien est un professionnel paramédical qui prend l'individu dans sa globalité. Effectivement, le psychomotricien considère le sujet dans sa complexité et sa globalité et ne le restreint pas à son handicap, son trouble et ses symptômes aussi bruyants soient-ils. Il prend en compte son histoire, son vécu, ses capacités, ses difficultés, ses demandes, ses besoins...

C. Ballouard (psychologue et psychomotricien français) explique que la psychomotricité s'intéresse aux vécus corporels et à la façon dont le sujet utilise son corps pour entrer en relation avec autrui. Le psychomotricien s'intéresse donc au schéma corporel, à l'utilisation du corps, à l'investissement du corps, aux émotions, au tonus, à la perception vécue du temps et de l'espace, à la relation à l'autre... Le psychomotricien considère le corps et la psyché comme interdépendants et unifiés. Le psychomotricien s'intéresse donc à l'interaction entre la motricité du sujet (tonus, mouvement, équilibre, posture...) et le psychisme de celui-ci (émotions, inconscient, imagination, intention, compréhension...). Il s'intéresse aussi aux interactions entre l'individu dans sa globalité et le monde l'environnant. Le psychomotricien intervient auprès d'individus ayant une altération et un déficit de la relation avec eux-mêmes, avec autrui ou avec l'environnement. Cette altération ou ce déficit peut être causé par une origine organique (troubles neurologiques, cognitifs ou physiques) ou psychologique (troubles émotionnels, de la personnalité, de l'humeur...). Les objectifs principaux du psychomotricien sont d'étayer, de maintenir et de renforcer l'interaction et le rapport du sujet avec lui-même, avec autrui et avec son environnement. Le psychomotricien travaille ces objectifs par la mise en place de la relation par le corps, mais également du mouvement et de l'expression du corps.

La psychomotricité est aussi définie comme une thérapie à médiation corporelle. Il en résulte que le psychomotricien s'engage corporellement et psychiquement dans la relation avec le patient.

B- L'engagement du psychomotricien

La spécificité de la prise en soins en psychomotricité est l'implication et l'engagement corporel du professionnel. Dans la prise en soins, le psychomotricien fait intervenir sa corporéité, son ressenti, sa sensorialité... L'implication corporelle du thérapeute se veut contenant, soutenant et sécurisante pour que le patient puisse progressivement investir son propre corps et s'épanouir psychiquement. Pour favoriser la relation de confiance, le thérapeute doit s'adapter au sujet, à ses particularités, à ses capacités et à ses limites. Il doit donc être attentif à la communication non verbale du patient. Cette lecture corporelle nécessite la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien. Le psychomotricien peut donc recevoir l'état émotionnel des patients, mais renvoie aussi le sien. Le psychomotricien doit donc être à l'écoute de ses propres ressentis et représentations. L'engagement corporel du psychomotricien prend donc valeur de langage. Le psychomotricien doit donc se rendre compte des messages qu'il envoie au patient par : sa posture, sa place dans l'espace, sa manière de se déplacer, ses mouvements, ses modifications toniques, ses mimiques, son regard...

C- La relation thérapeutique

La relation est au cœur du travail du psychomotricien. Il est indispensable de créer une relation de qualité entre le psychomotricien et le patient afin d'établir un lien de confiance et de reconnaissance mutuelle. Le psychomotricien doit être capable de s'ajuster en fonction de ce que montre le patient. Le psychomotricien doit avoir un regard bienveillant et positif à l'égard du patient afin de le revaloriser. La relation thérapeutique renvoie à la notion d'unité, de mutualité et de collaboration active entre le thérapeute et son patient. Cette relation thérapeutique est aussi permise par la mise en place d'un cadre sécurisant et contenant. Cette relation est indissociable du premier temps de la rencontre. Dès la première rencontre, tout ce qui se passe entre le thérapeute et le patient a des effets sur cette relation.

D- La première rencontre

Le bilan psychomoteur correspond à la première rencontre et au premier acte qu'effectue le psychomotricien. Il correspond donc au cadre de la première rencontre avec le sujet. Le bilan permet donc aux professionnels de rencontrer le patient et d'ouvrir la relation. L'examen psychomoteur se construit autour de plusieurs temps, tout d'abord un temps d'entretien, puis ensuite vient le temps du bilan. Cet examen est enrichi en prenant en compte les différents temps informels de rencontre avec le sujet.

1- L'entretien

L'entretien correspond à la première rencontre avec le sujet et parfois les parents. Cet entretien permet également au psychomotricien de rassembler un ensemble d'informations sur le sujet, qui peuvent être : l'anamnèse, l'histoire personnelle, la biographie, les antécédents médicaux, le développement psychomoteur, les différents événements de vie marquants... Le professionnel peut déjà avoir des informations et une description sur le patient lors de réunions de synthèse de l'établissement, cela peut donc constituer pour le psychomotricien une première forme de rencontre de par ce qu'il se représente et s'imaginer du sujet. Cet entretien permet aussi d'observer la relation entre les parents et l'enfant. Il permet aussi de voir la vision et la description que font les parents de leur enfant. Lors de ce temps de discussion avec les parents, l'enfant est souvent plus à distance du psychomotricien. Le professionnel peut en profiter pour observer les réactions et les manifestations de l'enfant au discours des parents, mais aussi sur l'exploration de ce nouvel espace et sur ses activités spontanées. Cette première rencontre permet au psychomotricien, par l'observation, de se donner une idée concrète de la façon dont le sujet utilise son corps dans l'espace environnant et dans la relation, mais aussi sur son vécu corporel. Effectivement, le psychomotricien peut observer, chez les différents partenaires : les postures, les attitudes, les regards, les gestes, les mouvements, les réactions de prestance, le tonus, la voix, les regards, les mimiques... Il peut également observer les interactions, la communication, la relation, la réactivité et les réactions entre les différents sujets.

2- Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur correspond à une succession de tests standardisés. Il vient valider ou non la mise en place d'une prise en soins en psychomotricité et permet d'établir des axes et des objectifs de travail. Il peut permettre également, s'il se fait au cours de la prise en soins, de réajuster les objectifs et les axes de travail. Le bilan permet de se faire une idée sur les capacités, les compétences et les limites du sujet. Il permet également au psychomotricien de se donner une idée sur la façon dont le sujet est en relation à l'autre et avec le monde qui l'entoure, mais également sur la façon dont le patient investit, pense et se représente son corps. L'examen psychomoteur a pour but notamment de dégager un profil psychomoteur à partir de différents domaines observés, qui sont : le schéma corporel, l'image du corps, la latéralité, l'axe du corps, le tonus, l'espace, le temps, la motricité, la coordination, les déplacements, le langage, les stratégies, les intentions, la communication non verbale... Le psychomotricien tout le long du bilan doit être attentif à la communication non verbale du sujet et l'évaluer.

3- Les temps informels

La relation soignant-soigné commence à se créer à partir du moment où tous deux se trouvent dans un même espace au même moment. Lors de ces premières rencontres, le patient et le psychomotricien apprennent à se découvrir et à se connaître. Dans certains lieux de soins, le psychomotricien et le sujet peuvent être amenés à se rencontrer lors de temps informels : dans la salle d'attente, dans les espaces de vie commune, lors des temps de repas... Le psychomotricien peut décider dans ce cas d'observer le comportement et les compétences du sujet à distance ou d'engager l'échange avec celui-ci. Les temps informels permettent au psychomotricien d'avoir une observation clinique plus globale et enrichie du patient. Il peut effectivement observer la façon dont le patient réagit et interagit dans la relation à autrui et à l'environnement qui l'entoure. Ces relations peuvent prendre des formes diverses : l'entrée d'autrui dans le champ perceptif du patient, une main tendue pour dire bonjour, des mimiques, des touchers, des regards...

Nous pouvons donc voir que la communication non verbale est observable et évaluable lors de ces trois temps (entretien, bilan et temps informels). Ces différents temps de la première rencontre sont la base de la relation thérapeutique entre le psychomotricien et le patient.

II- Les outils du psychomotricien

La médiation est un intermédiaire entre soi et l'autre. Elle offre un objet d'attention conjointe partagée par le psychomotricien et le patient ou par les différents membres d'un groupe. Elle est le support de la communication et de l'échange, elle facilite donc la relation. La médiation est également un moyen de découvrir l'expression corporelle et émotionnelle. Elle favorise l'investissement du corps et la transformation des éprouvés et des sensations en représentations. Les outils et les médiations du psychomotricien sont divers et variés.

A- Le cadre thérapeutique

Lorsque nous débutons une prise en soins, nous posons en premier le cadre. L'élaboration, l'application et la pérennité du cadre sont indissociables de toute séance en psychomotricité. Le cadre thérapeutique pose des limites à la fois physiques et psychiques. Le cadre matérialise des espaces et des temps de rencontre et d'échange avec des médiations et des supports. Il permet donc de développer la relation de confiance et encourage la communication entre le patient et le thérapeute, mais également entre les patients dans le cas d'un groupe. Le cadre apporte de la contenance, de la fiabilité et de la sécurité qui permet au patient d'expérimenter, de penser et de travailler.

1- Le cadre spatial

C. Potel (psychomotricienne et thérapeute en relaxation analytique), dans son livre (p.322) « Être psychomotricien », définit les conditions d'espace du cadre de la façon suivante : « pour qu'un lieu puisse accueillir les excitations, les plaisirs que donne le mouvement, les gestes, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps ».

La thérapie psychomotrice se déroule dans un espace donné. Ce lieu va être défini et repéré par le patient afin d'apporter des limites fiables et contenant qui le sécurisent. Cet espace est un premier repère pour le patient. C'est un lieu suffisamment contenant pour accueillir les débordements, les excitations et les pulsions du patient. Il doit être aussi suffisamment sécurisant pour que le patient puisse explorer et découvrir de nouvelles expériences sensori-motrices, cognitives et affectives. Cette salle est délimitée par différents espaces. Par exemple, dans la salle de psychomotricité de l'institut, il y a un banc pour enlever et mettre les chaussures et attendre entre les activités, le bureau pour les activités manuelles et graphiques, des tapis au sol dans un coin pour les temps calmes, des espaces de rangement pour les couvertures et les balles, un espace libre pour des activités motrices... Le lieu doit donc être pensé par le thérapeute pour que l'espace soit adapté au patient et permette à celui-ci de se repérer, se déplacer et s'organiser dans cet environnement. L'espace est aussi la distance séparant le soi, l'autre et l'objet ; c'est donc un support à la relation et à la communication.

2- Le cadre temporel

Le cadre se doit d'être stable dans le temps, la fréquence et la durée des séances. Effectivement, les séances se doivent d'avoir une régularité et une répétition pour qu'elles s'inscrivent comme des repères chez le patient, ce qui permet de garantir une sécurité interne chez le sujet. La séance est délimitée par différents temps pour bouger, construire, se calmer, découvrir... La sécurité doit être également pensée lors des fins de séance. Celles-ci ne doivent pas être arrêtées de façon brutale, mais laisser le temps au sujet de s'y préparer, ce qui peut se faire par le biais de rituels. Ces derniers structurent le temps. Les rituels de début et de fin de séance ont pour but de sécuriser le sujet en diminuant l'angoisse de l'inconnu ou d'une situation perçue comme dangereuse. Ils permettent au sujet d'anticiper les différents temps de la prise en charge et la fin de la séance et donc de mieux investir ce qui lui est proposé et d'acquérir une certaine maîtrise du temps. Ils rassurent le patient, ce qui lui permet d'être plus à l'aise et en confiance dans la séance et dans la relation.

3- Le cadre matériel

Le premier matériel du psychomotricien est lui-même. Le psychomotricien s'engage corporellement avec le patient lors de la séance. Le choix des objets de la salle reflète ses goûts et ses préférences, mais il faut qu'il reste vigilant aux besoins du sujet. Il faut prendre en compte les envies du patient ce qui permet de le rendre acteur de sa prise en soins. Il faut aussi être vigilant de ne pas être trop dans l'abondance, car cela peut être vécu comme envahissant et angoissant pour le patient.

4- Les fonctions du cadre

Le cadre thérapeutique remplit plusieurs fonctions :

- de pare-excitations : fonction de filtre entre le sujet et l'environnement, elle canalise le sujet, le protège des excitations du monde extérieur et évite que les angoisses le submergent ;
- de contenance : notion de holding et d'intégration de repères stables ;
- de miroir : renvoi d'une image positive et renarcissisante du sujet ;
- d'étanchéité : respect de la confidentialité de tout ce qui est dit et fait ;
- de délimitation : permet de délimiter les notions : dedans/dehors, avant/après, moi/non-moi ;
- de sécurité : les règles énoncées sont là pour garantir la sécurité du patient et du psychomotricien ;
- de limites : les règles constituent un principe de réalité et freinent le sentiment de toute-puissance du sujet ;
- de séparation : frontière entre le lieu thérapeutique et le lieu de vie ;
- de symbolisation : permet de trouver d'autres moyens pour s'exprimer que par le passage à l'acte ;

Le cadre thérapeutique doit être à la fois solide, souple et ajustable, car il doit s'adapter à chaque patient, à son évolution, à sa personnalité et au projet thérapeutique. Il est important que le sujet avec un TSA ait des repères afin qu'il se sente en sécurité et puisse intégrer une certaine stabilité. Progressivement, cela lui permet d'accéder plus facilement à la relation et à ce que nous lui proposons.

B- Le groupe thérapeutique

Le sujet se développe et se structure dans le groupe, s'éprouve dans le temps, l'espace, la relation à soi, aux autres, au corps, aux objets tout le long du développement psychomoteur.

Le groupe thérapeutique se constitue d'un ensemble d'individus, incluant les patients et le ou les thérapeute(s), qui interagissent et s'influencent mutuellement. Ce groupe s'effectue dans un espace-temps déterminé où se déroulent des expériences de différentes natures partagées par les différents sujets du groupe. Les rapports qu'entretient le patient avec les autres membres du groupe équivalent à une contenance à caractère social. Le groupe permet à ses membres d'établir et d'investir émotionnellement des relations entre eux. Les positions et les comportements de chacun au sein du groupe ne sont jamais anodins et mettent en jeu différents niveaux de relations : personnelle, interpersonnelle et groupale. Les exercices de présentation individuelle face aux autres membres du groupe soutiennent l'affirmation de soi, l'image que le sujet a de lui-même et la renarcissisation, ce qui est amplifié par l'étayage du thérapeute et des membres du groupe. La dynamique du groupe crée souvent un sentiment d'alliance, ce qui permet à ses sujets un investissement affectif, ce qui rend le groupe solide et contenant. Dans le groupe, les sujets apprennent l'écoute réciproque, les activités coopératives, à connaître et reconnaître leurs potentialités... Chaque groupe a sa propre histoire et sa propre identité. Chaque membre du groupe, avec sa personnalité et avec le vécu de ses expériences, contribue à la construction et à l'évolution de celui-ci. Le groupe thérapeutique permet donc de construire à la fois l'identité du groupe et des différents sujets le composant. Le groupe est un facteur déterminant dans la personnalisation qui est le processus qui permet à l'individu de devenir une personne. Le groupe thérapeutique doit être pensé par le ou les thérapeute(s). Effectivement, les thérapeutes doivent mettre du sens et des mots sur les phénomènes qui se sont produits et les comportements. Le groupe thérapeutique a donc pour principal objectif la communication et la relation.

1- Les fonctions du groupe

Nous l'avons dit précédemment, le groupe joue un rôle dans la personnalisation, les interactions, l'identité, les relations et les communications. Nous allons donc maintenant détailler les différentes fonctions du groupe qui en découlent et qui permettent donc au sujet d'évoluer au sein de ce groupe.

a- La socialisation

La socialisation est le processus par lequel le sujet intègre et intériorise les valeurs, les normes, les codes sociaux, qui sont valables tout au long de la vie. Elle implique également une implication et un engagement actif de la part du sujet pour aller vers l'autre, pour cela le sujet doit s'adapter aux attentes sociales. Dès le début, le groupe a des règles de fonctionnement (le respect des autres, du matériel et du cadre) qui lui sont exposées. Ces règles constituent un cadre, afin que la vie groupale soit possible. Le groupe facilite et favorise la multiplicité des interactions, l'intégration sociale et donc la socialisation.

b- L'intersubjectivité

L'intersubjectivité est un ensemble de processus et de mécanismes qui permettent à l'individu de se sentir différent de l'autre. Il s'agit donc de se sentir exister en tant que tel, distinct de l'autre, mais également de prendre conscience de l'existence de l'autre comme objet extérieur à soi. Sans interaction à l'autre, le groupe ne peut pas exister. Dans le groupe, les sujets peuvent échanger et partager des émotions, des activités, des expériences...

c- L'identification

L'identification est un processus primordial dans la construction de l'identité et l'affirmation de la personnalité. C'est un processus à travers lequel le sujet prélève un trait ou un attribut d'autrui et se l'approprie pour évoluer, changer... Le groupe a une fonction miroir. L'autre est comme un miroir de soi. Dans le groupe, il existe deux types d'identification : celle au thérapeute et celle aux autres membres du groupe. Dans le groupe, les sujets s'identifient notamment en partageant leurs émotions, leurs comportements, leurs vécus...

d- L'individualisation

L'individualisation est une recherche de singularité et d'autonomie qui est permise notamment par le rapport à l'autre ainsi qu'au groupe. Elle permet au sujet de se construire une identité, par la prise de conscience et l'expression de ses similitudes et de ses différences avec l'autre. L'identité se construit aussi dans la position que le sujet occupe dans la communauté par rapport aux autres, ce qui renvoie à la notion de place dans le groupe. La situation de groupe impose aux différents membres de trouver l'équilibre entre le fait de ressembler à l'autre et de se sentir différent de celui-ci. La ressemblance résulte notamment de la construction de l'identité groupale partagée par les sujets du groupe. Le sentiment d'individualisation permet au sujet : de s'approprier ses ressentis, d'accroître son estime de lui-même, de s'éprouver comme un être singulier, de s'affirmer...

2- Le groupe et le sujet avec un TSA

Le groupe en psychomotricité est une bonne indication dans la prise en soins des sujets atteints d'autisme. Le groupe thérapeutique possède à la fois un rôle social et d'apprentissage, ce qui facilite la socialisation, les interactions, la communication, le développement des prérequis aux habiletés sociales et l'intégration en milieu ordinaire. Le groupe agit donc tout particulièrement sur les sphères relationnelles du sujet.

C- La médiation corporelle

Que ce soit en prise en charge individuelle ou groupale, le corps a une place centrale, c'est par lui que les messages s'échangent (position, posture, tonicité, mimique, regard, geste, capacité à engager la relation à l'autre...). Le corps a une place dans toutes relations. Pour engager un lien ou une interaction avec autrui, cela implique un rapport à notre corps, au corps de l'autre et dans le cas d'une prise en soins groupale, il y a aussi un rapport au corps groupal. La médiation corporelle fait du corps le principal objet médiateur. Elle est un moyen de mise en relation entre soi et autrui, mais également un moyen d'expression et donc de communication. C. Potel définit des objectifs de travail de la médiation corporelle qui sont : donner un espace de « parole corporelle », donner un lieu où la régression peut devenir un moyen d'expression et enfin permettre que les comportements émis par le corps et la motricité puissent trouver une écoute. L'expression corporelle est un moyen de créer

et de stimuler les interactions entre les individus. La médiation corporelle en psychomotricité a pour objectif la prise de conscience de son corps dans la relation. Cette prise de conscience est permise par la capacité à s'éprouver à travers la motricité, la sensorialité, les postures et les variations toniques ; à partir d'expériences engageant le corps dans la relation.

III- La prise en soins en psychomotricité des modalités corporelles dans les interactions chez le sujet avec un TSA

La psychomotricité est une médiation pertinente pour travailler la communication non verbale et les interactions à l'autre. Le psychomotricien doit repérer les activités motivant le sujet pour susciter l'intérêt et la curiosité du patient. Il doit être également attentif aux domaines où le sujet est le plus à l'aise, afin d'organiser les activités qui servent de support à l'acquisition et l'intégration des modalités corporelles dans l'interaction à l'autre. Le psychomotricien doit prendre en compte le développement global du sujet et lui donner un cadre contenant dans lequel le sujet va pouvoir réaliser des explorations motrices et sensorielles diverses. La prise en soins psychomotrice peut d'abord commencer par des séances individuelles. Plus tard, lorsque les acquis des séances individuelles seront assez solides ; ils pourront être repris et retravaillés en groupe. Nous allons maintenant voir les moyens dont dispose le psychomotricien pour travailler les différentes modalités corporelles dans les interactions à l'autre, lors de ses séances.

A- La motricité globale et les gestes

C'est par l'observation des autres et par l'imitation que le sujet va progresser dans les domaines psychomoteurs. Effectivement, l'imitation du thérapeute ou des pairs favorise l'émergence des apprentissages moteurs, de nouveaux schèmes moteurs et de nouveaux gestes. Ces émergences peuvent se faire par des jeux sur l'imitation, par exemple par l'observation et la reproduction de mouvements ou de parcours psychomoteurs effectués auparavant par le thérapeute ou les pairs. Ces domaines peuvent aussi être travaillés lors d'activités ludiques.

B- L'engagement dans l'action

Le sujet avec un TSA a des difficultés pour comprendre l'organisation de l'espace physique et social, à en discerner les contours et donc à trouver une place adaptée à l'activité. De plus, la compréhension de l'intention d'autrui, l'intentionnalité, la motivation, la planification sont affectées, ce qui va entraver l'intention et l'engagement dans l'action. Ces perturbations peuvent se manifester par une grande passivité ou au contraire par une hyperactivité désorganisée et une impulsivité du sujet. Pour les sujets passifs ou ne comprenant pas ce que l'on attend d'eux, le psychomotricien peut proposer des situations qui suscitent l'intérêt du sujet. Le sujet va alors trouver plus facilement la motivation et l'envie d'engager l'action. Le fait d'observer le thérapeute ou ses pairs permet au sujet de plus facilement comprendre ce qu'on attend de lui et d'anticiper le plaisir à venir. Pour les sujets désorganisés et dans une impulsivité motrice, le psychomotricien cherche à créer des moments de pause à la fois spatiale et temporelle. Les pauses temporelles peuvent être effectuées par le tour de rôle. Pour la pause spatiale, le psychomotricien peut délimiter des espaces avec une craie ou des cerceaux qui peuvent indiquer au sujet les différentes étapes de l'exercice ou encore là où il doit se positionner pour l'activité, et ses temps de pause (tour de rôle, transition d'activité...). Le psychomotricien peut aussi délimiter différents espaces dans la salle (espace bureau, espace moteur, espace-temps calme...) afin de faciliter la lecture et donc la compréhension de l'espace.

C- La reconnaissance des émotions

Les sujets avec un TSA expriment parfois leurs émotions de façon paradoxale, inattendue ou excessive et ont des difficultés pour décoder, réguler et ajuster leurs émotions et celles d'autrui. Le psychomotricien peut les travailler par le biais de petites histoires, d'images, de photos ou de vidéos. Le psychomotricien peut aussi exprimer ou nommer les émotions du sujet ou de ses pairs, au cours des différentes activités. Il peut aussi demander au sujet et à ses pairs leurs émotions ou leurs ressentis du moment ou du jour par un mot ou un pictogramme.

D- Les interactions

Le regard, le toucher et la distance sont autant de moyens pour le sujet de se distancier ou de se rapprocher de l'autre. Les sujets avec un TSA sont souvent isolés et décrits comme « dans leur bulle » : ils tournent le dos, se collent, bougent sans cesse, restent immobiles... Le psychomotricien peut travailler la distance par la structuration spatiale de sa salle et par l'alternance d'activités en espaces restreints (assis) et en espaces élargis (déplacements). Le thérapeute peut proposer différents modes de rapprochement (côte à côte, l'un derrière l'autre, face à face, en ronde...) en fonction des activités. Le regard quant à lui peut être sollicité par un objet médiateur comme le ballon lors d'échanges, mais il peut aussi être travaillé par l'imitation ou encore par l'observation du thérapeute ou de ses pairs lors des tours de rôle dans l'activité. Le toucher peut être travaillé par des activités introduisant le tactile dans des exercices effectués par le thérapeute, le sujet ou ses pairs ; tel que le réveil du corps ou faire deviner des dessins dans le dos... Le toucher peut être sollicité de manière plus implicite, par exemple en se donnant la main pour former une ronde, en aidant le sujet à franchir un obstacle, en lui donnant la main...

E- L'attention

L'attention correspond à la régulation de l'alerte, en préparant le sujet à l'orientation et la focalisation sur une ou plusieurs informations pertinentes. Elle sert également à maintenir l'intérêt sur une période plus ou moins longue. L'attention conjointe est la capacité d'orienter son attention et celle d'autrui sur un objet commun. Le psychomotricien peut essayer d'atténuer les stimuli extérieurs entravant l'attention du sujet. Il peut aussi utiliser des modalités sensorielles pour attirer l'attention ; par exemple, au niveau auditif, il peut attirer l'attention du sujet par une petite comptine. Pour canaliser le regard, le thérapeute peut proposer des activités ou des mobilisations devant le miroir. L'attention est aussi augmentée si le psychomotricien choisit des activités que le sujet apprécie, mais aussi par l'utilisation de photographies, de pictogrammes, d'emplois du temps visuels, de délimitations visuelles de l'espace, de visualisations du temps par le time-timer. L'attention conjointe peut être travaillée par le tour de rôle, par la demande gestuelle ou verbale

ou par pictogrammes ou encore l'échange et le partage d'objets. L'attention conjointe peut aussi être travaillée par l'utilisation simultanée du même matériel avec le thérapeute ou ses pairs, puis deux par deux et enfin en groupe. Le pointage qui fait appel à l'attention conjointe, peut être travaillé au cours de jeux : de recherche visuelle, de cache-cache...

F- L'imitation

L'imitation est la capacité du sujet à reproduire les activités et les actions. D'après J. Nadel (professeur de psychologie en France), l'imitation est l'un des systèmes de communication développés par le sujet lorsqu'il n'a pas accès au langage. L'imitation permet de s'intéresser et de comprendre l'autre. Elle renvoie aussi à la notion de partage, d'attention et d'intentionnalité. Elle permet d'expérimenter le moi et l'autre, le tour de rôle et la réciprocité, par l'alternance des rôles d'imiter et d'être imité. Le sujet avec un TSA peut présenter des difficultés dans l'imitation. Le psychomotricien peut, dans ce cas, travailler l'imitation par une guidance physique, pour initier le geste à imiter. Le thérapeute va relâcher progressivement la guidance, pour que le sujet s'approprie l'action. Le professionnel peut rechercher les imitations immédiates et spontanées, par l'exploration libre et ludique d'espaces et d'objets du sujet ou de ses pairs. Le psychomotricien peut aussi travailler l'imitation par le mime, la proposition d'un parcours défini après démonstration...

IV- Conclusion

Dans cette partie, nous avons vu le rôle du psychomotricien pour limiter le cercle vicieux, voire même initier un cercle vertueux par le biais de la spécificité de sa profession, de sa relation thérapeutique avec le patient, de son engagement corporel et de sa première rencontre avec le sujet. Nous avons vu aussi les outils dont il dispose pour y parvenir, ce sont : la médiation corporelle, le cadre et le groupe thérapeutiques. Nous allons maintenant l'illustrer par deux études de cas de deux patients que j'ai rencontrés lors de mon stage du jeudi.

Partie 4 :

Les études de cas

Dans cette partie, nous verrons tout d'abord la présentation de l'établissement dans lequel j'effectue mon stage sur la journée du jeudi. Ensuite, nous nous concentrerons sur l'étude de cas d'une petite fille que je vois en prise en soins individuelle en psychomotricité. Enfin, nous verrons l'étude de cas d'un adolescent que je vois dans le cadre d'une prise en charge groupale.

I- La présentation de l'établissement

A- L'histoire de l'établissement

En 2000, une association de parents d'enfants autistes crée la structure qui propose aux enfants, adolescents et adultes un accueil séquentiel de jour. En 2007, la structure obtient l'agrément de « structure expérimentale » par les pouvoirs publics. Enfin en 2016, elle est devenue une « plateforme mobile autisme expérimentale ». Cette structure est spécialisée dans l'autisme et a pour objectif :

- de renseigner la famille sur : le trouble du spectre autistique, les structures existantes et les demandes à effectuer ;
- de répondre rapidement à l'accompagnement et à la prise en soins du sujet, dès l'établissement du diagnostic, en attendant que des places se libèrent dans les structures accueillant les personnes avec un TSA ;
- de généraliser des outils spécifiques à l'accompagnement de la personne avec un TSA dans les différents environnements de cette personne ;
- de diffuser des informations concernant le TSA dans des lieux d'accueil, auprès des personnes pouvant rencontrer des sujets présentant un TSA ou encore dans la société en général afin d'améliorer l'intégration des personnes avec un TSA.

L'équipe de la structure est en cours d'obtention d'une labellisation pour devenir une Equipe de Diagnostic Autisme de Proximité (EDAP). Ce temps de diagnostic est et restera consacré sur le vendredi matin dans la structure.

B- Le fonctionnement de l'établissement

Cet établissement d'accueil séquentiel de jour, pour enfants, adolescents et jeunes adultes avec autisme et troubles apparentés est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures. Cette structure propose une approche pluridisciplinaire. Effectivement, chacun des professionnels de la structure travaille en collaboration et en lien avec les autres professionnels sur le projet global du patient. Ils ont donc des objectifs communs dans la prise en soins du patient, mais ils les travaillent en fonction de leurs spécificités et de leurs approches. L'équipe de la structure est composée : d'un chef de service, d'une psychologue, d'une psychomotricienne, d'une ergothérapeute, d'un éducateur spécialisé, d'une monitrice éducatrice, d'une monitrice éducatrice en remplacement, d'une accompagnante médico-sociale et d'un agent de service intérieur. Nous allons voir succinctement le rôle des différents professionnels :

- Le psychologue apporte un accompagnement psychologique aux usagers, soutient et étaye l'équipe dans ses pratiques, accompagne les familles et rencontre les partenaires impliqués dans le projet global de la personne.
- Le psychomotricien favorise les jeux d'échange et d'imitation avec les personnes accueillies, aide au développement psychomoteur et au développement des compétences sociales et accompagne la compréhension et la perception du langage corporel et non verbal.
- L'ergothérapeute augmente l'autonomie nécessaire à la vie quotidienne, analyse la nature du handicap et propose des aides sur mesure (technique, aménagement, développement des capacités).
- L'éducateur spécialisé accompagne le développement des capacités sociales, d'autonomie, d'intégration et d'insertion et élabore des stratégies éducatives.
- Le moniteur éducateur aide dans les actes de la vie quotidienne, accompagne l'autonomie, la socialisation et l'intégration en milieu ordinaire ; il met également en place des stratégies éducatives.

- L'accompagnateur médico-social assure une partie des trajets des personnes accueillies.

L'équipe utilise notamment les méthodes TEACCH et PECS. Elle adapte leurs utilisations en fonction : de la personne accueillie, du souhait de la famille et de l'approche de chaque professionnel. L'établissement porte une attention particulière sur :

- la structuration de l'espace : aménagement de différents espaces, repères, « pictogrammes »...
- la structuration du temps : emploi du temps visuel, agenda, time-timer...
- l'utilisation d'outils et de supports visuels.

L'accueil dans la structure nécessite au préalable, une décision d'orientation notifiée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) après l'évaluation du diagnostic médical de TSA par un Centre Ressources Autisme (CRA) ou par une EDAP.

Avant l'admission, il y a d'abord une première rencontre organisée par la psychologue et le chef de service éducatif avec le patient et sa famille. Cette rencontre permet de commencer à déterminer les attentes et les besoins du sujet et de sa famille.

Ensuite, il y a une première phase d'accueil, dite d'observation, sur une durée de trois mois. Cette phase permet notamment d'effectuer l'évaluation fonctionnelle et les besoins de la personne. L'évaluation fonctionnelle permet l'établissement d'un profil et donc de dégager les points forts, les capacités en cours d'acquisition et les difficultés de la personne accueillie dans différents domaines (communication, motricité, autonomie...). Au cours de ce temps, sont également recueillies les demandes de la personne et de sa famille. Un partenariat est également engagé avec les différents lieux de vie ou d'accueil (école, foyer de vie, hôpital de jour, orthophoniste...) des sujets. Toutes ces données permettent à l'équipe de construire un projet personnalisé. Ce projet va définir les moyens à mettre en œuvre pour l'accompagnement du sujet, les objectifs souhaités et la durée au terme de laquelle le projet sera réévalué et réajusté.

À la suite de ces trois mois, il y a la présentation du projet d'accueil individualisé (PAI), à laquelle sont conviés : le patient, sa famille, le professionnel référent et un autre membre de l'équipe. Au cours de cette réunion, les bilans de la période d'observation sont présentés ainsi que le PAI qui en découle.

A la suite de cette réunion, commence une deuxième phase, avec la mise en place du PAI. Au cours de cette période, sont organisées avec le sujet et sa famille des rencontres qui permettent d'échanger sur l'accompagnement du sujet, le réajustement du PAI en cours, mais également sur les problèmes qu'ils ont pu rencontrer, de nouveaux questionnements ou attentes.

Cet établissement est un lieu de vie où sont proposés, pour les personnes accueillies, des prises en soins groupales et individuelles, mais également des accompagnements dans les activités de la vie quotidienne (faire des courses, le repas, gérer les temps libres).

C- La présentation du lieu de vie

La structure est composée de deux maisons individuelles avec un grand jardin. L'une des maisons concerne plutôt l'accueil des sujets et les prises en soins. Dans cette maison il y a : le bureau de la psychologue, la salle de psychomotricité, la salle de l'ergothérapeute, le bureau de la monitrice éducatrice, une grande salle de temps libre, une cuisine pour les repas thérapeutiques et les ateliers « cuisine » ou « pâtisserie », une salle de bains et des toilettes. Dans l'autre maison, il y a au rez-de-chaussée une cuisine ouverte sur un salon qui sert également pour les repas thérapeutiques et les ateliers « cuisine » ou « pâtisserie », et à l'étage se trouvent les bureaux administratifs.

II- L'étude de cas de Sarah

A- La présentation de Sarah

1- L'anamnèse

Sarah est née en octobre 2011 au Maroc, elle est donc âgée de cinq ans et demi. Elle a une sœur aînée de deux ans de plus qu'elle. Elle vit au domicile familial avec sa mère et sa sœur.

La grossesse et l'accouchement se sont bien passés. Sarah présente des allergies, notamment une intolérance au gluten et au lactose. Elle est donc obligée de suivre un régime alimentaire particulier. Dès sa naissance, Sarah montre des troubles du sommeil qui se sont atténués avec le traitement de ses allergies.

Les parents inquiets du comportement atypique de Sarah consultent un psychologue au Maroc qui pose le diagnostic de trouble envahissant du développement en mai 2014, elle était alors âgée de deux ans et demi. Le diagnostic a été effectué en se basant sur des outils standardisés (ADI-R, ADOS G et un bilan cognitif de type WNV). Sur cette même période, des bilans somatiques (neuropédiatrique, métabolique, imageries) sont réalisés et ne révèlent pas d'autres anomalies pathologiques. À l'époque Sarah était une enfant non-verbale, qui ne jouait pas avec ses pairs. Ces manifestations vont dans le sens du diagnostic de TED, car l'absence de mots à 18 mois, l'absence du jeu et le manque d'intérêt pour les autres enfants sont des critères de dépistage de l'autisme. À la suite de ce diagnostic, des prises en soins orthophoniques et psychomotrices sont proposées au Maroc. Sarah a bénéficié de 15 séances d'orthophonie en 11 mois et la psychomotricité a été arrêtée au bout de 20 séances. Les parents sont insatisfaits de la prise en charge de leur enfant au Maroc. En juillet 2015, la mère décide donc de venir en France pour consulter un Centre de Ressources Autistes (CRA), dans le but d'avoir une indication sur la prise en soins adaptée pour sa fille. Le CRA confirme le diagnostic d'autisme infantile et préconise une prise en charge pluridisciplinaire incluant : de l'orthophonie, de la psychomotricité et de la psychoéducation.

En janvier 2016, la mère de Sarah décide de venir s'installer en France avec ses deux enfants, mais sans son mari. Le père reste au Maroc pour subvenir aux besoins de la famille. Cette décision de s'installer en France a été motivée afin que Sarah puisse avoir des soins spécifiques et adaptés.

Dès son arrivée en France, Sarah est scolarisée en classe ordinaire. Actuellement, elle est en moyenne section de maternelle cinq matinées par semaine de 8 h 30 à 11 h 30, avec l'accompagnement d'une assistante de vie scolaire.

Sarah dit ses premiers mots en septembre/octobre 2015, elle était donc âgée de 4 ans. Seul le français est parlé au domicile familial. Sarah a commencé à acquérir la propreté diurne au Maroc et depuis le déménagement, la petite fille a de nouveau plus d'oublis. Nous pouvons relier ces oublis à la perte de repères et aux bouleversements psychiques que peuvent entraîner le déménagement et l'absence du père. La propreté nocturne n'a pas été acquise que ce soit en France ou au Maroc. La mère décrit sa fille comme une enfant qui est toujours dans sa bulle et qui présente des troubles sensoriels. La mère décrit notamment une intolérance au bruit, mais également une

attirance pour la musique et certaines sensations tactiles (carrelage, plancher). Elle décrit aussi que sa fille a une intolérance à la frustration, des mouvements stéréotypés accentués lors d'intérêts spécifiques, une énurésie et des troubles du sommeil. Toutes ces manifestations correspondent à des comportements et des manifestations souvent retrouvés dans l'autisme.

Actuellement, Sarah bénéficie d'une prise en soins en psychomotricité une fois par semaine dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) et d'un suivi orthophonique deux fois par semaine dans un cabinet libéral. Sarah est dans l'attente d'une place qui se libère dans un hôpital de jour sur les trois demi-journées, durant lesquelles elle n'est pas à l'école ou dans la structure. Cette nouvelle admission est à l'initiative de la mère. Sarah est accueillie dans la structure expérimentale depuis novembre 2016. Elle y est présente deux demi-journées par semaine. Après un temps d'observation voici les besoins qui ont été définis :

- la mise en place d'une structuration spatio-temporelle et d'un cadre ;
- un travail sur la communication et les interactions ;
- un travail sur l'apprentissage de la propreté ;
- le soutien et le transfert des apprentissages scolaires ;
- un temps hypostimulant ;
- une guidance parentale autour de la généralisation et le transfert des outils et du cadre.

A partir de ces besoins a été construit l'emploi du temps de Sarah présenté ci-dessous.

Lundi	Jeudi (jour où je suis en stage)
11h30 - 14h00 : repas et temps libre (ergothérapeute, monitrice éducatrice)	14h00 - 14h30 : PECS (communication) (ergothérapeute, monitrice éducatrice)
14h00 – 14h30 : atelier imitation (ergothérapeute)	14h30 -15h00 : thérapie d'échange de développement (psychologue)
14h30 - 15h00 : activité d'apprentissage (monitrice éducatrice)	15h00 - 15h30 : atelier détente (monitrice éducatrice)
15h00 - 16h00 : PECS (communication) (ergothérapeute, monitrice éducatrice)	15h30 - 16h00 : psychomotricité
16h00 - 16h30 : goûter	16h00 - 16h30 : goûter

2- Les différents bilans

a- Le PEP-3

La psychologue de la structure expérimentale a fait passer le PEP-3 à Sarah le 28 avril 2016, elle était donc âgée de 4 ans et demi. Le PEP-3 permet de donner une idée sur les acquisitions, les capacités d'émergence et les difficultés de la personne dans différents domaines du développement (la communication, la cognition, la motricité et le comportement). Le PEP-3 montre un retard global de développement chez Sarah. Les scores obtenus sont hétérogènes avec une plus grande difficulté dans le domaine verbal (langage expressif : < 12 mois et langage réceptif = 20 mois). Elle obtient de meilleurs scores dans le domaine de la motricité fine (28 mois). Les autres domaines de ce test (cognitions verbales et préverbales, imitation oculomotrice, motricité globale) sont homogènes (25 mois). Lorsque les consignes des épreuves du test sont uniquement verbales, les épreuves sont échouées. Cette incompréhension se manifeste chez Sarah par des comportements d'opposition. Les consignes sont plus facilement comprises si elles sont étayées de démonstrations, de gestes... Dans la catégorie des comportements, Sarah montre des comportements inappropriés dans les domaines de l'expression affective, du comportement verbal caractéristique et du comportement moteur caractéristique.

b- Le bilan orthophonique

L'orthophoniste en cabinet libéral a fait passer un bilan à Sarah en septembre 2016. Pour ce bilan, l'orthophoniste s'appuie sur deux tests : le test du Reynette et l'évaluation de la communication sociale et précoce (ECSP).

Au test du Reynette qui mesure la compréhension du langage oral, Sarah obtient un âge développemental inférieur à 1 an et 9 mois.

L'ECSP est composée de quatre catégories : imitation, interactions sociales, attention conjointe, régulation comportementale. Dans la catégorie imitation nous retrouvons de nombreuses écholalies immédiates sans volonté de communication. Sarah a un âge de développemental d'environ 12 mois pour la catégorie des interactions sociales. A l'attention conjointe, Sarah a un âge développemental d'environ 11 mois. Le domaine dans lequel Sarah a le meilleur score est celui de la régulation comportementale. Dans cette catégorie, elle a un âge développemental d'environ 14 mois. Pour l'évaluation de la

communication sociale et précoce, Sarah a un âge développemental de 11 mois. Elle présente donc un retard global du développement de la communication qui est homogène. Dans ce test, Sarah a une communication limitée tant dans le verbal et le non verbal, que dans l'expressif et le réceptif. Ses capacités d'expression sont essentiellement écholaliques.

c- Le profil sensoriel de Dunn

Le profil sensoriel de Dunn est un hétéro-questionnaire qui mesure l'impact et la spécificité du traitement de l'information sensorielle de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne. Il passe en revue les différents canaux sensoriels (les cinq sens, la proprioception et le sens vestibulaire) selon trois dimensions : le traitement de l'information, la modulation et enfin les réponses comportementales et émotionnelles.

Le profil sensoriel a été passé en février 2017. Comparée au groupe d'enfants témoins, Sarah a une différence avérée dans le domaine de la motricité fine et de la perception. Ce test a également montré des différences probables, chez Sarah, dans les domaines suivants :

- l'hyporéactivité sensorielle ;
- le traitement de l'information dans les domaines : auditif, visuel, tactile et multisensoriel ;
- la modulation de l'enregistrement de l'entrée visuelle affectant les réponses émotionnelles et le niveau d'activité ;
- les réponses émotionnelles et sociales.

Sarah semble avoir un seuil neurologique élevé. Effectivement, il faut un niveau élevé de stimulations pour que son seuil neurologique soit atteint et que Sarah puisse alors intégrer ces stimulations et qu'elle puisse produire une réponse comportementale. Ce test a aussi permis de montrer des difficultés pour traiter en même temps plusieurs informations venant de différents canaux sensoriels, ce qui provoquerait chez elle des « surcharges sensorielles ».

d- Le bilan psychomoteur

Le dernier bilan psychomoteur de Sarah a été effectué en mai 2016 par la psychomotricienne de la structure expérimentale. Sarah lors de ce bilan était donc âgée de 4 ans et 7 mois.

Sarah n'a pas de difficultés pour entrer dans la salle de psychomotricité et n'essaie pas d'en sortir lors de la passation de ce bilan. Pour que les consignes soient comprises lors de la passation du bilan, il a fallu utiliser un étayage visuel et que les objets de prédilection de Sarah soient placés à proximité, dans une corbeille. Lors de la passation, Sarah montre une attention labile. Les stratégies citées précédemment permettent également de maintenir son attention. Lorsque Sarah se confronte à une épreuve dans laquelle elle est en difficulté, elle manifeste des comportements hétéro-agressifs, notamment en essayant de griffer la psychomotricienne. Lors de ce bilan, la petite fille manifeste très peu de regards dirigés et n'initie pas la relation. Elle montre des capacités pour demander de l'aide notamment lors de demandes de « musique », mais après un certain temps de latence. Durant la passation, la petite fille a beaucoup de conduites d'autostimulation sensorielle et a toujours un objet dans la main, ce qui entrave la passation du bilan. Effectivement, la psychomotricienne ne peut pas faire passer la totalité des items du Brunet-Lézine. Il n'est donc pas possible d'en déduire un âge développemental. Le Brunet-Lézine est une échelle du développement psychomoteur de la première enfance, qui évalue quatre domaines : le contrôle postural et la motricité, la coordination oculomotrice, le langage et enfin la socialisation.

i- Le contrôle postural et la motricité

Sarah montre une hypotonie posturale. Elle n'a pas encore acquis le saut à pieds joints, la montée et la descente des escaliers, la marche sur un banc et la course semble immature. Lors des échanges de balles, elle ne tend pas les bras pour recevoir et arrive une fois à adresser le ballon.

ii- La coordination

Sarah a de très bonnes capacités pour réaliser une tour de cinq cubes et des encastresments. Sarah peut dévisser un bouchon, passer un objet d'une main à l'autre... Elle montre donc de bonnes capacités de coordinations bi-manuelles, mais qui sont tout de même inférieures à son âge. Ses difficultés peuvent être expliquées par le besoin de cette petite fille d'avoir toujours un objet dans la main, ce qui entrave donc ses coordinations. Par contre, elle se trouve en grande difficulté pour réaliser le puzzle du bonhomme du BL-complémentaire. Pour ce qui est du graphisme Sarah tient l'outil scripteur avec sa main droite et a d'abord une prise palmaire qui est corrigée par la pince quadri-digitale. Ses productions spontanées sont des gribouillis. Elle montre cependant des capacités à imiter les traits verticaux et horizontaux, mais pas encore les cercles.

iii- Le langage

La petite fille a essentiellement un langage écholalique, mais peut utiliser quelques mots spontanés et en désignation. Sarah a la capacité de montrer plusieurs parties du corps et de pointer les objets, mais commet des erreurs de champ lexical (par exemple tous les animaux sont appelés « vache »).

iv- La socialisation

Sarah montre des compétences d'imitation. Elle est en capacité d'imiter des gestes, mais ceux-ci sont limités par un schéma corporel restreint.

L'exploration motrice spontanée semble entravée par les conduites d'autostimulation de Sarah.

e- conclusion

Les différents bilans vont dans le sens du diagnostic de TSA. Effectivement, ils montrent un retard global du développement, des déficits dans les domaines : verbal, préverbal, des interactions sociales, de l'attention conjointe, de la communication, du contact oculaire, du traitement de l'information sensorielle, de l'initiative, de la relation... Durant ces bilans, Sarah montre des comportements et des signes de l'autisme tel que : des écholalies, des autostimulations, des stéréotypies, des comportements hétéro-agressifs, un manque de regards dirigés, de l'hypostimulation...

B- La prise en soins psychomotrice

Lors de mon premier jour de stage, Sarah avait déjà vu la psychomotricienne la semaine précédente, pour sa première prise en soins psychomotrice au sein de la structure, mais également lors de son bilan en mai 2016. Je suis donc arrivée au début de sa prise en soins dans l'établissement. Sarah venant d'arriver dans l'établissement, l'équipe s'est laissé un temps d'observation avant de définir plus précisément les besoins cités précédemment. Sa prise en soins dans l'établissement est composée de deux grands temps. Le premier temps était un temps d'observation depuis son arrivée dans l'établissement jusqu'en janvier 2017, vient ensuite le deuxième temps où le PAI, les prises en soins et les objectifs sont définis et adaptés à Sarah.

1- La première rencontre

Ma première rencontre avec Sarah s'est faite le 10 novembre 2016 de 15 h à 15 h 30 sur un temps informel avant sa prise en soins en psychomotricité. Lors de ce temps, je suis seule au bureau de la salle de psychomotricité où je prends des notes des différentes prises en soins de la journée. La psychomotricienne n'est pas présente, sur ce moment, mais revient ensuite pour la prise en soins de Sarah. Ce jour-là, Sarah sur cette période est dans la salle temps libre avec une stagiaire monitrice éducatrice. Cette salle est juste à côté de la salle de psychomotricité et la porte les séparant est entrouverte. Sur cette tranche horaire, Sarah vient plusieurs fois dans la salle de psychomotricité sans vraiment me regarder et repart. Elle ne montre pas une volonté d'interagir avec moi et semble même ne pas repérer ma présence. A chaque fois qu'elle rentre, je fais un « coucou » vocalement ou avec la main, elle ne semble pas y prêter attention. Pourtant nous pouvons nous dire que si elle fait ces allers-retours dans la salle de psychomotricité, c'est peut-être qu'elle a constaté une présence nouvelle qu'est la mienne.

Cela peut nous renvoyer à l'alternance de la présence et de l'absence de la mère dans les premiers temps de vie et au jeu du « coucou/caché ». Cette alternance entraîne tensions et apaisements chez le bébé. Cette alternance constitue un premier rythme organisateur de la vie psychique de l'enfant.

Après cette période, Sarah a une prise en soins en psychomotricité de 15 h 30 à 16 h. Ce jour-là, la psychomotricienne revient et invite Sarah à rentrer dans la salle. Sarah montre une légère résistance pour entrer dans la salle. Elle y rentre avec un dictionnaire. Elle utilise ce dictionnaire à des fins d'autostimulation, en effleurant les feuilles du dictionnaire afin que celles-ci frottent la paume de sa main. Cette autostimulation tactile semble avoir des vertus apaisantes chez Sarah, mais entrave et empêche toutes interactions, explorations ou manipulations. Effectivement, Sarah réclame le dictionnaire de la structure lors des moments de transition entre les activités ou entre les différentes prises en soins. Il lui est donc très difficile de déposer ce dictionnaire dans la corbeille prévue à cet effet ; ce qui semble source d'angoisse pour elle. Ce jour-là, Sarah se calme rapidement et même si à plusieurs reprises elle récupère le dictionnaire au cours de la séance, il lui est de plus en plus facile de le redéposer dans la corbeille et elle manifeste de moins en moins d'angoisses.

La séance commence par le rituel de début, que l'on va appeler « Jean Petit qui danse » et qui sera gardé tout le long de mon stage. Ce rituel est une petite comptine avec une chorégraphie faisant appel à différentes parties du corps. Il est possible pour Sarah de donner la main, de tourner, mais la réalisation de mouvements est difficile, même sur imitation.

Après ce rituel du début, il y a un petit temps de trampoline. Tout d'abord, nous sautons chacune notre tour. Il est très compliqué pour Sarah d'attendre son tour, elle a besoin de quelqu'un qui la contienne physiquement. Par la suite Sarah accepte que l'on saute avec elle sur le trampoline. Elle semble y prendre beaucoup de plaisir et y trouver une source d'autostimulation vestibulaire, mais n'interagit pas avec la psychomotricienne ou moi-même.

Après ce temps au trampoline, il y a un temps de parcours où nous réutilisons ce trampoline. Le parcours est effectué par Sarah sur imitation. Elle a besoin qu'on lui montre ce qu'elle doit faire à chaque moment. Lors du passage dans le tunnel, Sarah s'allonge de tout son long afin d'avoir une stimulation tactile globale. Sarah s'enferme dans son autostimulation et ne semble plus faire attention au monde environnant. Il est très compliqué, à ce moment-là pour la psychomotricienne et moi-même d'interagir avec Sarah. Le « chacun son tour » est aussi très compliqué lors du parcours qui est source d'agitation motrice, pour Sarah. Elle a besoin d'une contenance physique, pour pouvoir supporter d'attendre et de différer ses désirs.

Tout le long de cette première séance, Sarah se montre très distractible aux moindres stimuli sensoriels. Elle présente aussi beaucoup d'autostimulations sensorielles, par exemple vestibulaires (en sautant au trampoline, en tournant sur elle-même dans le rituel de début), tactiles (en s'allongeant sur le sol), visuelles (avec la lumière du soleil passant par la fenêtre)... Cette grande distractibilité et la recherche d'autostimulations entravent fortement la séance, les interactions, la motricité, l'attention...

Sur les cinq dernières minutes de la séance, nous proposons un temps d'échange de balles, mais Sarah manifeste son envie d'arrêter et de sortir de la salle. Nous lui faisons comprendre que nous pouvons arrêter l'activité en cours, mais qu'elle doit attendre la fin de la séance pour sortir de la salle.

Comme nous l'avons développé précédemment, il est primordial dans une prise en soins d'instaurer un cadre. C. Potel, dans son livre « Etre psychomotricien » explique (p. 321) que : « Le cadre thérapeutique est ce qui contient l'action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. »

2- Le temps de la structuration des repères

Lors de ce premier temps d'accueil dans la structure, Sarah présente beaucoup d'autostimulations sensorielles qui entravent la séance et les interactions. Ces autostimulations peuvent être :

- écholaliques, un jargon chantonné,
- vestibulaires, kinesthésiques (tournoiement, saut),
- visuelles (fixation des rayons du soleil),
- tactiles (dictionnaire, s'allonge sur le sol).

Sarah a peu d'initiatives de relations, d'interactions ou de regards adressés. Le chacun son tour est très compliqué et nécessite une contenance physique par le professionnel disponible. Les échanges peuvent être possibles sur une courte période, mais seulement lorsqu'elle est contenue ou qu'elle a un appui au niveau du dos. Par exemple lors d'échanges de balles, pour que Sarah puisse un minimum interagir, il faut que quelqu'un lui donne un appui au niveau du dos.

Nous pouvons relier ce besoin de contact au niveau du dos à la notion d'absence de représentation d'un espace de derrière développée par G. Haag (psychiatre et psychanalyste) et A. Bullinger.

Sarah montre une intolérance à la frustration avec des larmes, des cris, des pleurs et des comportements hétéro-agressifs. La psychomotricienne et moi-même sommes là pour contenir ses angoisses et y mettre du sens. Nous pouvons relier cela à la notion de « la fonction alpha » de W. Bion. Sarah projette à l'extérieur d'elle des éléments d'ordre sensori-tonique non pensables, car elle n'a pas la capacité à y mettre du sens pour le moment. Ces éléments bêta sont traités par le psychisme du soignant et transformés en éléments alpha détoxifiés et devenus pensables pour Sarah. Ce processus permet à Sarah de ne pas être débordée par ses sensations et y mettre progressivement du sens et donc de se les approprier au fil des séances.

Malgré ses difficultés, la petite fille montre une certaine capacité à s'engager, notamment en utilisant les pictogrammes pour demander une activité. Les activités qu'elle demande sont toujours le trampoline et les ballons. Elle arrive aussi à faire une demande verbale en utilisant le mot « musique » pour prolonger le rituel du début avec la comptine ou pour le redemander au cours de la séance. Sarah aime la musique et cela semble l'apaiser et la contenir. Depuis quelques semaines une musique de fin de séance différente de celle du début est venue ritualiser la fin de séance, ce qui lui permet de repartir plus apaisée qu'avant. Les séances sont ritualisées autour de différentes activités. Nous commençons toujours la séance par le rituel du début avec la comptine « Jean Petit qui danse » et finissons la séance avec la chanson de fin. Les activités entre ces deux rituels sont presque toujours un temps d'échange de balles et un parcours psychomoteur auquel y est intégré le trampoline. Cette structuration des séances s'appuie sur les intérêts et les demandes par pictogrammes de Sarah. Il est possible d'introduire des modifications sur les différents temps, sans que cela lui pose problème.

Selon J. Cazeneuve (psychologue français), le rituel permet de repousser la menace et de s'y familiariser en créant un espace dépourvu d'angoisse. D. Marcelli (pédopsychiatre français) définit le macrorythme comme une répétition de moment de meilleure qualité possible, cela permet à l'enfant de construire un espace-temps primitif. La répétition de ses activités permet à Sarah d'en connaître les réponses et donc de former une habitude. Elle peut donc construire quelque chose de l'ordre de l'attention, de l'anticipation et construire des repérages spatio-temporels.

Un environnement et un déroulement des séances structurées et claires permettent à Sarah d'être plus contenue, ce qui entraîne donc une diminution de ses angoisses, de ses autostimulations, de ses stéréotypies, lui permettant alors d'être plus dans la relation et dans l'activité proposée. Pour structurer la séance et les différents temps, nous utilisons l'imitation, les pictogrammes, la vision de la séance avec un emploi du temps vertical, la structuration d'espaces avec des cerceaux pour localiser les espaces pour les échanges de balles ou pour visualiser le début et la fin du parcours.

La différenciation des différents temps et espaces dans la prise en soins permet à Sarah d'adopter un comportement plus adapté.

A la fin de la période d'observation, il a été décidé d'instaurer un temps hyposensoriel avec la monitrice éducatrice appelé « atelier détente ». Ce temps a été décidé, car Sarah avait des comportements de surstimulations quasi permanents. Ce temps se situe juste avant la prise en soins en psychomotricité. Pour Sarah, cette période d'observation a permis de montrer son besoin d'avoir un cadre et une structuration spatio-temporelle claire. Cette période a également permis de montrer qu'il fallait favoriser la mise en place de binômes professionnels afin de soutenir une contenance physique, d'aider à la compréhension des consignes et de faciliter son attention.

Au vu des besoins de contenance et de cadres clairs, nous avons décidé avec la psychomotricienne que lors des séances nous alternerions les rôles de la mise en place des activités et de la personne contenant au cours de la séance. C'est-à-dire que lorsque l'une d'entre nous installe le parcours, l'autre reste à côté de Sarah pour la contenir ou encore lorsque l'une de nous est dans l'échange de balles l'autre contient Sarah au niveau du dos. Ces rôles sont alternés au cours de la séance de façon implicite afin d'avoir une continuité dans le cadre et de fluidifier les échanges et d'augmenter les possibilités d'interaction avec nous deux.

3- L'investissement du cadre

Depuis quelques semaines, Sarah se montre de plus en plus disponible lors des prises en soins en psychomotricité. Les manifestations d'angoisses, d'autostimulations et de stéréotypies ont diminué autant en nombre qu'en intensité au fur et à mesure des séances, permettant ainsi une augmentation du nombre, de la qualité et de la durée : des interactions, des regards et de l'investissement de Sarah. Par exemple, elle a une meilleure participation et une meilleure interaction lors du rituel du début. Elle peut maintenant engager et maintenir le regard sur une plus longue période lors des échanges de balles. Le besoin de contact au niveau du dos est toujours présent au début des activités, mais peut être enlevé progressivement, sans que l'activité en soit atteinte. Maintenant, elle peut aussi attendre le « chacun son tour » sans contenance physique. Lors d'une attente, il faut juste que quelqu'un s'assoit à côté d'elle et lorsque l'attente devient compliquée, une main posée sur le dos lui suffit pour patienter.

Cette évolution s'explique entre autres par l'instauration d'un cadre contenant et sécurisant pour Sarah. Effectivement, un environnement fiable et stable est nécessaire pour que l'enfant puisse acquérir des repères organisateurs. La régularité et la répétition des expériences permettent de construire la constance et la fiabilité du cadre et des repères chez l'enfant et lui permettent aussi d'avoir une meilleure compréhension du cadre spatio-temporel et des activités se déroulant au sein de ce cadre. De plus, le cadre physique soutient le cadre psychique. Ces cadres soutiennent, portent, contiennent l'enfant. Nous pouvons les relier à la notion de « holding » de Winnicott. Le cadre thérapeutique porte donc physiquement et psychiquement l'enfant en lui offrant un environnement stable, ferme et contenant. Ce cadre contenant et sécurisant permet à l'enfant :

- de mieux investir ce qui lui est proposé ;
- d'avoir des relations et des interactions de meilleures qualités ;
- d'augmenter la qualité des explorations de son environnement et de sa motricité.

Le cadre thérapeutique est d'autant plus important chez les sujets avec un TSA, de par leurs troubles. Effectivement, ces sujets ont besoin de repères et de stabilité. De plus, de par leurs traitements de l'information et de par leurs perceptions spécifiques, la structuration spatio-temporelle des séances est nécessaire pour s'adapter et s'ajuster à ces spécificités.

Cette progression chez Sarah s'explique aussi par le travail pluridisciplinaire. Sarah a su réutiliser les outils travaillés en PECS avec l'ergothérapeute et la monitrice éducatrice. Notamment par l'utilisation des pictogrammes « trampoline » et « ballon » lui permettant de faire une demande et d'exprimer ses désirs. Du fait que Sarah se trouve davantage dans la possibilité d'exprimer ses attentes, ses besoins et ses désirs, il y a par conséquent une diminution de ses manifestations d'angoisses et de ses frustrations.

Cette progression peut aussi s'expliquer par la mise en place d'un temps hypostimulant depuis la fin janvier 2017, juste avant le temps de la prise en soins psychomotrice, ce qui permet donc à Sarah d'être plus disponible lors de la séance en psychomotricité. Les manifestations d'autostimulation restantes peuvent s'expliquer par la fatigabilité liée à l'attention et l'investissement fournis par la petite fille lors des séances.

Du fait de l'autisme, Sarah présente un retard global du développement. Les nombreuses autostimulations et le fait qu'elle ait toujours quelque chose dans la main empêchent Sarah d'expérimenter et d'explorer son environnement et sa motricité. Ces comportements entravent donc son développement et ses acquisitions et amplifient ainsi son retard. Maintenant que Sarah investit plus ce qu'on lui propose en séance et qu'elle ait moins d'autostimulations et moins de stéréotypies, nous pouvons lui permettre d'expérimenter et d'explorer son environnement et sa motricité, mais également d'enrichir la qualité de ses interactions. Pour permettre à Sarah d'explorer sa motricité et son environnement, nous utilisons le parcours psychomoteur, où nous introduisons le trampoline qui est un objet très demandé par Sarah. Pour effectuer ce parcours nous utilisons les capacités perceptives de Sarah, en aménagement l'espace, notamment, avec un cerceau vert symbolisant le début du parcours et un cerceau rouge symbolisant la fin. Nous utilisons aussi ses capacités d'imitation en faisant une démonstration du parcours avant qu'elle l'effectue et lorsqu'elle se trouve en difficulté pour l'effectuer. Lors du parcours nous travaillons aussi sur l'interaction et la relation avec le « chacun son tour ». Nous les travaillons également avec les échanges de balles. Du fait des bonnes capacités de coordination de Sarah et que les balles sont des objets aimés et privilégiés pour elle, Sarah ne se trouve donc pas en difficulté lors de l'activité et peut donc être plus dans la relation, l'interaction et le regard.

III- L'étude de cas de Quentin

A- La présentation de Quentin

1- L'anamnèse

Quentin a été diagnostiqué comme ayant une encéphalopathie avec épilepsie généralisée cryptogénique associée à un retard mental. L'épilepsie est un trouble fréquemment associé à l'autisme. Il est né en juin 1999, il est donc âgé de 17 ans et demi et vit actuellement chez ses parents.

Il est né à terme d'une grossesse gémellaire. Lors du troisième trimestre de la grossesse, il y a eu une infection maternelle par cytomégalo virus. Il n'y a pas eu de problèmes en période néonatale.

Son frère jumeau monozygote présentait des difficultés de langage et de motricité lors de son enfance et a un tableau épileptique à minima de celui de Quentin. Actuellement, il est dans un lycée professionnel et ne dispose pas de prise en charge ou d'accueil dans des structures médico-sociales.

À neuf mois, Quentin a une première crise épileptique, le diagnostic posé à l'époque était celui de convulsion hyperthermique. Durant sa toute petite enfance, Quentin a des otites et des crises épileptiques à répétition. Par la suite, les otites diminuent, mais les crises d'épilepsie surviennent toujours régulièrement. Quentin montre un retard de développement moteur (troubles de l'équilibre, de la motricité globale, de la motricité fine, du tonus, des coordinations...) et du langage (trouble de l'articulation) dès la petite enfance. Quentin a effectué rapidement ses nuits, mais des troubles du sommeil apparaissent entre novembre 2003 et juin 2004. Quentin était donc âgé de quatre ans et demi. Ces troubles du sommeil se manifestaient par des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes. La modification du traitement antiépileptique a entraîné une amélioration du sommeil. Il n'a actuellement plus de difficultés à ce niveau-là. Il a acquis la propreté de jour comme de nuit en mars 2006, il était donc âgé de sept ans et demi. Lors de son enfance, Quentin montre différents signes de l'autisme dans les trois domaines de la triade :

- Dans le domaine des interactions sociales : des difficultés au niveau du jeu, du contact oculaire, et de la compréhension des règles sociales, mais aussi une pauvreté de l'utilisation des expressions faciales et des comportements non verbaux dans la communication et la régulation des interactions sociales...

- Dans le domaine de la communication : des phrases stéréotypées, l'utilisation de son prénom à la place du « je ».
- Dans le domaine des comportements restreints et stéréotypés : des comportements hétéro-agressifs, des routines non fonctionnelles, des préoccupations inhabituelles, une attirance pour la lumière et les jeux de lumière (ampoule électrique, rayon de soleil...).

2- Les observations cliniques

Les derniers bilans de Quentin datent de sa consultation au CRA en février 2008. Mon lieu de stage n'a depuis pas fait passer de bilans. De plus, ils ont décidé de ne pas lui en refaire passer dans la mesure où Quentin quitte la structure en juin prochain, par ailleurs il n'est dans la structure qu'une demi-journée par semaine et ne dispose que de très peu de prise en charge dans l'établissement. Je vais donc vous décrire Quentin à partir d'observations cliniques.

Aujourd'hui, Quentin utilise spontanément le langage verbal. Il dispose d'un bon vocabulaire et peut utiliser des termes spécifiques dans ses domaines de prédilection comme le jardinage. Il présente un trouble important de l'articulation qui rend la compréhension difficile et gêne donc les échanges. Par contre, Quentin persévère lorsqu'on lui demande de répéter. Il présente aussi un trouble de la dynamique du discours, tel que de la logorrhée ou un manque d'organisation des thématiques, il peut être happé par des thématiques spécifiques telles que le jardinage. Cependant, Quentin peut avoir des échanges de bonne qualité en relation duelle malgré ses difficultés. Il ne sait ni lire ni écrire.

Quentin montre une certaine lourdeur corporelle avec des difficultés : de coordination dynamique générale, de l'organisation du mouvement, de l'équilibre et de la régulation tonique. Quentin a une fragilité de la représentation de l'axe corporel qui fluctue et qui est en lien avec son état émotionnel et les variations de ses capacités attentionnelles. Quentin montre également un déficit de l'attention ainsi que des difficultés à prévoir et à anticiper les déplacements des autres. La présence de l'adulte lui permet de se recentrer sur son attention et de contenir sa précipitation dans l'exécution des gestes.

3- L'histoire de la prise en soins

Quentin est accueilli depuis février 2005 dans la structure expérimentale où j'effectue mon stage ; il avait alors cinq ans et demi, cela fait donc douze ans qu'il est dans l'établissement. Entre 2007 et 2011, Quentin a aussi bénéficié d'une prise en charge en hôpital de jour. De 2007 à 2014, Quentin a eu un suivi orthophonique qui s'est arrêté, car il n'investissait plus les séances. De 2006 à 2013, Quentin a été scolarisé en Classes pour L'Inclusion Scolaire (CLIS), puis en Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS). Depuis septembre 2013, Quentin a intégré un Institut Médico-Professionnel (IMPro).

De son arrivée dans l'établissement jusqu'en juin 2014, soit de cinq ans et demi à seize ans, Quentin a eu une prise en soins individuelle en psychomotricité. La prise en soins individuelle en psychomotricité s'est arrêtée, car il ne s'impliquait plus dans les séances et montrait sa volonté d'arrêter à la fois verbalement (en disant qu'il en avait marre et qu'il voulait arrêter) et corporellement (par des comportements d'opposition). Il a donc été décidé d'arrêter les séances individuelles, mais de continuer les séances en groupe avec la psychomotricienne. Effectivement, en septembre 2010, en parallèle de sa prise en soins individuelle en psychomotricité, Quentin a commencé une prise en soins groupale avec la psychomotricienne dans le groupe « psychomotricité ». Cette prise en soins groupale avec la psychomotricienne, continue, mais a évolué dans sa forme avec le groupe « EHS et Corps ».

C'est la dernière année où Quentin est accueilli dans la structure expérimentale. En septembre prochain, il sera accueilli toute la semaine en IMPro. La transition a été pensée par la structure, afin que celle-ci soit progressive. Le temps d'accueil dans la structure a peu à peu diminué. Au départ, il venait quatre demi-journées par semaine. Puis de 2014 à 2015, il était présent trois demi-journées par semaine. De 2015 à 2016, il était accueilli deux demi-journées par semaine. Enfin cette année scolaire, il ne vient qu'une demi-journée par semaine, le jeudi matin.

L'actuel projet d'accueil individualisé de Quentin est centré sur trois besoins :

- le besoin d'être soutenu dans ses capacités d'interactions et de communication ;
- le besoin de construire son identité ;
- le besoin d'augmenter sa capacité à gérer seul ses temps libres.

La demi-journée a donc été pensée en fonction de ses besoins. Il commence sa matinée par un temps de parole avec la psychologue de 9h30 à 10h00. Après ce temps, il participe au groupe d'entraînements des habiletés sociales à médiation corporelle de 10h00 à 11h00. Ce groupe est composé de trois participants ; il est co-animé par l'éducateur spécialisé et la psychomotricienne. Lors des quatre derniers mois de mon stage, j'ai animé ce groupe, l'éducateur et la psychomotricienne étaient toujours présents pour soutenir le cadre et les repères instaurés. Ensuite, de 11h00 à 12h00, Quentin participe en individuel à un atelier « cuisine » animé par l'éducateur spécialisé. Enfin, il participe à un repas thérapeutique jusqu'à 13h30.

Sur cette demi-journée, je vois Quentin au groupe des entraînements des habiletés sociales à médiation corporelle et parfois sur le temps du repas. Quentin a commencé le groupe « EHS et Corps » en septembre 2014, et a demandé à le poursuivre sur cette année scolaire.

B- Le groupe « EHS et Corps »

1- La présentation du groupe

Pour A. Zanello (psychologue et psychothérapeute suisse), les habiletés sociales sont des savoir-faire comportementaux verbaux et non verbaux, qui permettent au sujet de nouer et d'entretenir des relations à l'autre au sein d'un groupe culturel donné. Elles mettent en jeu des éléments affectifs, émotionnels, comportementaux, corporels... mais également des éléments de connaissance, de recherche et de traitement de l'information et de la planification de l'action.

L'atelier « EHS et Corps » de la structure s'est inspiré des groupes des entraînements aux habiletés sociales, mais n'utilise pas leur protocole, car cet atelier est composé de deux personnes autistes avec un retard mental, notamment Quentin. L'objectif de ce groupe est de favoriser le développement des habiletés sociales par l'observation et l'expérimentation de situations mettant en jeu le corps, telles que : le langage corporel, le visage, l'attention conjointe, le regard, l'intentionnalité du langage corporel et les déplacements.

Le déroulement d'une séance type :

- Commence par un temps assis où il y a un petit temps de parole pour dire : comment on va, ce que nous avons fait le week-end dernier ou ce que nous allons faire le week-end prochain.
- Puis, nous enlevons les chaussures.
- Après, il y a le réveil du corps animé par l'un des trois participants avec si besoin l'étayage du professionnel.
- Ensuite, il y a deux à trois exercices. Leurs formes peuvent être variées : jeux de balles, déplacements dans l'espace, imitations, touchers...
- Pour finir, il y a un retour au banc où nous remettons nos chaussures et où il peut y avoir un petit retour verbal des différents participants.
- Enfin, les participants peuvent sortir de la salle, quand tout le monde a remis ses chaussures et a exprimé, s'il le souhaitait, ses ressentis de la séance.

Durant les premiers mois de l'année 2017, ce temps de groupe a dû être annulé plusieurs fois, à cause des différentes absences des participants. Quentin a notamment été absent durant une convalescence de plusieurs semaines, à la suite d'une brûlure superficielle à la main.

2- Quentin dans le groupe

Je vais maintenant vous décrire les capacités, les déficits et les évolutions des habiletés sociales corporelles et non verbales de Quentin, que j'ai pu observer lors des temps du groupe « EHS et Corps », mais également sur quelques temps informels.

a- La relation et les interactions entre Quentin et moi

Lors de notre première rencontre, Quentin évite la relation et l'interaction. Effectivement, il ne répondait pas ou peu à mes questions, détournait le regard et était en position de repli (dos courbé, tête baissée, épaules rentrées à l'intérieur...). Petit à petit, une relation de confiance s'est instaurée entre Quentin et moi. Je l'ai particulièrement remarqué, le jour de son retour de convalescence. Ce jour-là, nous sommes quatre stagiaires (moniteur éducateur, éducateur spécialisé, cadre de santé et moi-même en psychomotricité). La monitrice éducatrice explique à Quentin qu'il faut qu'il y ait un stagiaire qui vienne manger avec son groupe de repas thérapeutique, car sinon ils seront trop nombreux dans l'autre groupe. Quentin exprime qu'il ne veut que

moi et pas les autres stagiaires. Son choix peut s'expliquer par le fait que parmi les stagiaires, je suis celle avec laquelle il a le plus travaillé et celle qu'il a le plus vue, je suis donc pour lui quelqu'un de repéré et de confiance. Cette relation de confiance peut se voir aussi lors de temps informels où Quentin aime me montrer des photos sur son téléphone ou m'expliquer ce qu'il a fait le week-end précédent. Ces comportements ne sont possibles chez Quentin que si c'est avec une personne de confiance et repérée pour lui. Par exemple, Quentin refuse un jour de montrer ses photos sur son téléphone, à la monitrice éducatrice avec qui il n'a pas de prise en soins. Cette relation de confiance a notamment été permise par mon regard positif et bienveillant à son égard, par la revalorisation et l'écoute attentive de ce qu'il me montre ou me dit, mais aussi par ma capacité à m'ajuster à ce que Quentin montre consciemment ou inconsciemment. Cette relation de confiance s'est mise en place aussi bien en séance de groupe que lors de temps informels (discussions, jeux de société, repas, les « bonjour », les « au revoir », temps libres...) dans un cadre contenant et sécurisant qu'est l'institut et la prise en soin groupale.

b- La distance dans la relation

Lors des premiers temps de mon stage, l'éducateur spécialisé semblait faire figure de contenance et semblait avoir un rôle pare-excitateur pour Quentin. Le rôle contenant de cet éducateur était particulièrement observable dans les moments où Quentin était dans une situation relationnelle qu'il n'arrivait pas à anticiper et dans laquelle il n'avait pas le contrôle, ce qui était donc source d'anxiété et d'agitation motrice pour lui. La présence de l'éducateur, de par sa contenance physique, psychique et verbale, diminuait le vécu anxiogène de Quentin. Lorsque Quentin était en situation de contrôle et d'anticipation ou que la situation était sur l'un de ses centres d'intérêt, il arrivait à être dans une relation ajustée à l'autre. Cette relation avec l'éducateur spécialisé ne lui permettait pas toujours d'être en relation avec les différents sujets qui composent le groupe. Effectivement, Quentin avait surinvesti cet éducateur, il était dans un collage corporel extrême, empêchant et entravant ainsi les interactions à l'autre. Effectivement, lors des premiers temps de mon stage, Quentin était très distant des autres participants, il n'interagissait pas avec eux et ne répondait que très peu à leurs sollicitations.

La distance rapprochée équivalente à la « distance intime » de E.T. Hall (par exemple assis l'un à côté de l'autre) avec les autres membres du groupe semblait mettre Quentin mal à l'aise, alors qu'avec la « distance personnelle » de E.T. Hall (45 cm à 1,20 m), il était plus à l'aise. Il a pu d'ailleurs l'exprimer et le verbaliser lors d'un exercice. Le but de cet exercice était d'effectuer un slalom à deux, où les deux partenaires tenaient un objet symbolisant la distance (une balle pour la distance rapprochée et un bâton pour la distance personnelle). Effectivement, lors du slalom avec le ballon, Quentin était crispé, marchait très vite, ne regardait et ne s'adaptait que très peu à l'autre. Alors qu'avec le bâton, Quentin était plus détendu, allait plus doucement, regardait et s'adaptait mieux à l'autre. Lors du retour de l'exercice, Quentin avait pu verbaliser qu'il lui était plus facile d'effectuer le slalom avec le bâton et que c'était plus difficile avec le ballon.

Il a pu avec l'étayage du professionnel ajuster sa distance en fonction des activités ; par exemple, lors d'un exercice de « mouvements en chaîne ». Dans cet exercice, les participants sont en file indienne. Le dernier sujet de la file interpelle la personne devant lui, pour qu'elle se retourne, afin de lui montrer le mouvement à reproduire. La personne interpellée va reprendre sa position initiale et va ensuite interpeler le participant devant elle, pour qu'il se retourne à son tour et qu'elle puisse alors lui montrer le mouvement à reproduire, ainsi de suite, jusqu'au bout de la file. Au bout d'un moment, nous leur expliquons que si le mouvement à reproduire nécessite de toucher une partie du corps de l'autre, ils peuvent se rapprocher de celui-ci afin de faciliter la reproduction de ce mouvement. Après cette explication, de lui-même, Quentin se rapprochera de l'autre si le mouvement à reproduire le nécessite.

Maintenant, la présence de l'éducateur n'entrave plus les interactions avec les autres membres du groupe, mais lui permet d'entrer plus facilement dans la relation et dans l'interaction à l'autre, dans des moments vécus pour lui comme anxiogènes. Par exemple, lors de son retour de convalescence, c'est par l'intermédiaire de l'éducateur qu'il a pu communiquer et discuter avec le reste du groupe. Effectivement, soit c'était l'éducateur qui choisissait la question et Quentin qui choisissait la personne à qui il allait la poser, soit l'inverse. De plus, Quentin ne choisit plus automatiquement l'éducateur pour réaliser les exercices, ce qu'il faisait auparavant. Les manifestations de collage corporel à ce professionnel sont devenues rares. Il peut même participer à ce groupe sans difficulté quand l'éducateur est absent. Cet ajustement de la distance dans la relation lui permet

aujourd'hui d'être moins à distance des autres membres du groupe. Il peut aujourd'hui s'asseoir à côté des autres participants ou être à proximité d'eux, ce qui était très compliqué pour lui auparavant. De plus, il interagit et répond davantage aux sollicitations des personnes du groupe que ce soit lors des temps du groupe ou sur des temps plus informels. Effectivement, au début de mon stage, Quentin refusait de jouer aux jeux de société ou de cartes auxquels jouaient les autres participants du groupe, lors des temps libres se situant avant et après le temps du repas. Aujourd'hui, il participe avec plaisir aux jeux de société ou de cartes avec les autres membres du groupe, il lui arrive même, maintenant, d'être l'initiateur du jeu et de proposer aux autres membres du groupe d'y participer. Nous pouvons expliquer cette évolution des interactions de Quentin avec les autres membres du groupe, par le fait que le groupe est devenu assez contenant et sécurisant pour lui.

c- L'attention

Comme nous l'avons vu précédemment, lors des premières séances auxquelles j'ai participé, les exercices à distance rapprochée semblaient être très compliqués pour Quentin qui avait donc une attention très labile. Par exemple, lors d'un exercice où nous étions assis en rond sur des tapis et où nous devions nous faire passer une sonnette, en faisant le moins de bruit possible. Quentin alternait des moments d'effondrement tonique et de grande agitation. Il prenait toute la place et lorsque la sonnette arrivait à lui, il faisait exprès de la faire tomber afin que celle-ci fasse du bruit. Nous pouvions voir ici que Quentin essayait d'entraver l'exercice et cherchait à perturber les interactions du groupe. Il semblait donc très difficile pour Quentin de faire attention à l'autre, lors de l'exercice où il n'avait pas le contrôle. Cette difficulté était particulièrement observable, lors d'un exercice de déplacement où il devait s'ajuster à l'autre. Cet exercice était un parcours avec un départ simultané de deux sujets aux deux extrémités de celui-ci. Quentin fonçait et ne prêtait pas attention à l'autre. Par conséquent, lors du croisement avec l'autre participant, Quentin n'a pas modifié son déplacement et s'est imposé, obligeant l'autre à s'arrêter et s'adapter à lui. À aucun moment dans cet exercice, Quentin ne semblait prendre en compte l'autre. Par contre, tout le long de mon stage, Quentin a montré de bonnes capacités d'attention dans les activités où il ne se trouvait pas ou peu en difficulté et dans lesquelles il avait donc un certain contrôle.

Aujourd'hui, Quentin arrive mieux à maintenir son attention dans les situations et les exercices dans lesquels il se trouve en difficulté. Cette amélioration a été permise par la contenance du cadre et des professionnels, mais également de l'étayage de ces derniers et des autres participants.

d- Le regard

Le contact visuel n'est pas toujours facile pour Quentin. Cette difficulté peut se remarquer par la fuite de son regard lors de notre première rencontre, décrite précédemment, mais également lors d'exercices dans le groupe. Il est compliqué pour lui de regarder l'autre ou de prendre en compte le regard de l'autre. Lors d'un exercice d'imitation de mouvements, le participant ayant produit ou reproduit le mouvement, indique par son regard à qui sera le tour de reproduire le mouvement en question. Quentin semblait être dans l'impossibilité de comprendre quand le regard lui était adressé. Nous lui avons expliqué avec la psychomotricienne que s'il avait du mal à savoir si on le regardait, il pouvait aussi s'appuyer sur la position et l'orientation du corps de la personne, pour savoir vers qui la personne adressait son regard. Après cette explication, Quentin arrivait mieux à comprendre et à savoir quand quelqu'un lui adressait le regard pour qu'il imite le mouvement.

e- Le geste et l'initiation de l'action

La compréhension et l'imitation d'un geste ou d'une action semblent compliquées pour Quentin. Par exemple, lors de l'exercice que je vous ai décrit précédemment dans la partie du regard, Quentin semblait être aussi en difficulté pour comprendre le mouvement et le reproduire. Effectivement, à chaque fois, il a fallu qu'il demande à la personne de reproduire le mouvement et que celle-ci le décompose.

Par contre, Quentin n'a aucune difficulté pour inventer et initier un geste ou un mouvement. La difficulté est donc seulement dans la reproduction et la compréhension des gestes et des mouvements d'autrui.

Au début de mon stage, les parties du corps et le schéma corporel semblaient ne pas être pleinement intégrés chez Quentin. C'était d'autant plus marquant, lorsque c'était lui qui animait « le réveil du corps ». Effectivement, même si Quentin demandait souvent à animer cette activité, il se retrouvait souvent en difficulté pour savoir quelle partie du corps il fallait réveiller et avait besoin de l'étayage du professionnel.

Aujourd'hui, Quentin n'a presque plus besoin de l'étayage du professionnel pour animer « le réveil du corps » et quand il en a besoin c'est maintenant pour de la réassurance et de la validation. Pour ce qui est de la reproduction et de l'imitation de gestes, Quentin a de moins en moins besoin de demander à reproduire le mouvement. Par contre, la reproduction du mouvement reste approximative, entraînant ainsi une modification de ce mouvement.

f- Le toucher

Lors des premiers temps de mon stage, Quentin montrait des difficultés, mais aussi une certaine aisance au niveau du toucher. Par exemple, pour « le réveil du corps », il se trouvait en difficulté pour donner le réveil du dos, mais pas pour le recevoir. Cette partie « du réveil du corps » s'effectue en ligne. Le sujet réveille le dos de la personne de devant et le dos du sujet est réveillé par la personne de derrière. Quentin ne semblait pas en difficulté à recevoir le réveil du dos qui s'effectue avec la paume de la main. Par contre, Quentin avait plus de difficultés à recevoir le toucher au niveau du dos lorsque celui-ci était effectué avec l'index. Effectivement, ce toucher pouvait être source d'agitation, par exemple dans l'exercice du « téléphone arabe ». Dans cet exercice les personnes sont assises en file indienne. Le dernier sujet de la file va dessiner avec son index une forme sur le dos de la personne devant lui, qui elle-même va reproduire la forme dessinée dans le dos de la personne devant elle, ainsi de suite jusqu'au bout de la file. Lorsque la personne dessinait la forme sur le dos de Quentin, il réagissait par une agitation motrice et un tortillement.

Lors des premiers temps de mon stage, il lui était compliqué de donner le toucher, sa capacité à toucher autrui était en lien avec son état émotionnel et affectif. Lorsqu'il réveillait le dos de l'éducateur spécialisé, avec qui il avait une relation très fusionnelle, il y allait très fortement et brutalement, alors que quand il me réveillait le dos, dans les toutes premières séances, Quentin me touchait à peine le dos, il l'effleurait, il semblait être mal à l'aise. Sa difficulté à toucher l'autre se manifestait également lors d'autres exercices. Par exemple, dans l'exercice du massage du dos avec une balle en binôme. Lorsque c'était Quentin qui était massé, il semblait calme et détendu. Par contre, quand c'était lui qui massait, il était dans une grande agitation motrice.

Au fur et à mesure de mon stage, le toucher semble de moins en moins difficile pour Quentin. Il peut aujourd'hui réveiller le dos de l'éducateur de manière plus douce et réveiller le mien de manière plus ferme. Ce toucher plus ajusté peut aussi se voir dans d'autres exercices tels que celui du modelleur et du modelé. Dans cet exercice, une personne va en mobiliser une autre pour lui donner une posture ou une position. Dans cet exercice, Quentin ne montre pas de difficultés ni d'agitation lorsqu'il est mobilisé, mais également lorsque c'est lui qui mobilise quelqu'un. Quentin a donc un toucher plus ajusté. Par exemple, lorsque c'est lui qui choisit l'ordre de la file indienne pour réveiller le dos, il peut maintenant accompagner les personnes à leur place, en posant une main sur leur épaule, tout en verbalisant là où elles doivent se mettre.

3- Conclusion

Nous pouvons voir dans cette description que Quentin montre des déficits des fonctions exécutives par le manque d'anticipation des déplacements des autres ou dans la compréhension et la reproduction des mouvements d'autrui. Nous pouvons voir aussi qu'il a un déficit de la théorie de l'esprit et de la cohérence centrale par le fait qu'il n'arrive pas à percevoir quand une personne le regarde. Effectivement, il n'arrive pas à se mettre à la place de l'autre, pour comprendre que cette personne la regarde. Dans cette situation, il n'arrive pas non plus à avoir une vision globale et donc n'arrive pas à en déduire que la personne le regarde. Nous pouvons voir que ces différents déficits entravent les interactions à l'autre chez Quentin, notamment d'un point de vue corporel. Le cadre, la prévisibilité des séances, la présence de personnes perçues comme rassurantes et de confiance pour lui, ainsi que l'étayage des professionnels, semblent le contenir, le sécuriser et diminuer ses angoisses ce qui lui permet donc de mieux investir le groupe. Quentin semble prendre plaisir à continuer de venir au groupe « EHS et Corps », ce qui est d'ailleurs une demande de sa part sur cette année scolaire. Ce groupe a permis à Quentin de progresser et d'être plus à l'aise dans les interactions à l'autre, notamment, d'un point de vue corporel. Pour moi, ce travail doit être poursuivi. Une continuité va se faire, car un travail similaire lui est aussi proposé en IMPro.

Conclusion

Les personnes avec un TSA ont de nombreux troubles et manifestations entravant les interactions à l'autre et leur intégration en milieu ordinaire. Ces troubles et ces altérations sont majorés par les traitements de l'information spécifiques au sujet avec un TSA. Les spécificités et les répercussions du TSA engendrent une altération des interactions, de la communication et de la relation du sujet atteint d'autisme avec les différents membres de sa famille. Plus largement, nous pouvons penser que les spécificités et les répercussions du TSA ont des conséquences entre les différents membres de cette famille pouvant entraîner une modification et une altération du système familial. Les altérations de l'interaction à l'autre chez les sujets atteints d'autisme peuvent se manifester sur le versant oral, mais sont également particulièrement présentes au niveau corporel. Par exemple, le sujet avec un syndrome d'Asperger a accès au langage oral, mais très souvent les modalités corporelles dans l'interaction à l'autre sont affectées.

Pour travailler les modalités corporelles dans l'interaction à l'autre, il me semble primordial de prendre en compte et de comprendre le fonctionnement, les capacités et les difficultés des sujets avec un TSA. La famille, les proches et les soignants doivent donc s'y adapter. Pour travailler ces modalités, l'équipe pluridisciplinaire peut utiliser des outils comme : PECS, TEACCH, des pictogrammes, des supports visuels ou encore la structuration de l'espace et du temps. Pour qu'une généralisation de ces outils se fasse lors des différentes prises en soins, dans les lieux où le sujet est accueilli et au domicile familial, il faut que ces moyens soient utilisés par les différents professionnels, partenaires et structures accueillant le sujet, mais également la famille. Pour que la généralisation se produise, il faut donc un travail pluridisciplinaire au sein de l'établissement, une collaboration avec les différents partenaires et structures accueillant le sujet. Il faut également une guidance parentale sur la compréhension et le fonctionnement spécifique de leur l'enfant, mais également sur les outils qui doivent être mis en place au sein de leur foyer.

La psychomotricité a un rôle important dans le travail des modalités corporelles dans l'interaction à l'autre. Le psychomotricien peut proposer au sujet de mettre en jeu son corps et de faire des expériences sensorimotrices en interaction avec l'autre. Cette relation peut être duelle lors des séances individuelles ou multiple lors de séances groupales. Les

séances individuelles vont permettre d'acquérir et de consolider des compétences corporelles facilitant les interactions à l'autre. Une fois que ces compétences sont assez solides, le sujet peut les généraliser et les enrichir dans des séances groupales. De plus, le groupe thérapeutique de par sa nature a tendance à améliorer les interactions et la communication à l'autre, ce qui va donc d'autant plus majorer la généralisation et l'enrichissement de ces compétences. Que ce soit en prise en charge individuelle ou groupale, le psychomotricien doit être disponible à la fois corporellement et psychiquement mais doit également être attentif aux manifestations, aux comportements et aux ressentis du patient. Le psychomotricien doit aussi instaurer un cadre contenant et sécurisant afin que le patient puisse investir les expériences sensori-motrices, ce que le professionnel lui propose, la relation thérapeutique et de confiance, mais aussi la relation et les interactions avec les autres partenaires dans le cas des séances groupales.

Pour majorer la généralisation et l'enrichissement des compétences corporelles facilitant l'interaction à l'autre dans le système familial, il me semble qu'il serait intéressant de faire un travail avec les parents et la famille. Par exemple, ce travail pourrait se faire en invitant les parents à participer à des séances individuelles ou groupales de leur enfant de façon ponctuelle ou régulière ; ou encore en faisant des prises en soins au sein du domicile familial. Il me semble aussi important d'écouter les difficultés et les souffrances que peut rencontrer la famille. Effectivement, même s'il a été prouvé que l'autisme n'est pas dû au système familial, la culpabilité de la famille reste très souvent présente. De plus, le diagnostic de TSA amène souvent le système familial dans un isolement et un repli sur lui-même. La structure accueillant l'enfant peut donc être un support pour aider la famille à trouver des solutions, panser ses souffrances, être écoutée... Selon moi, une prise en soins systémique familiale au sein de la structure permettrait aux familles de trouver ce soutien.

Mes stages, mes recherches et la rédaction de ce mémoire m'ont permis de travailler et d'affiner mon regard clinique, notamment au niveau des subtilités de la communication non verbale, des interactions et de la relation à l'autre. Tout au long de ma formation, j'ai également pris conscience de ma communication non verbale et de l'expressivité de mon corps. J'ai aussi pu travailler ma disponibilité tant corporelle que psychique.

Bibliographie

- BALLOUARD, C.** (2008). L'aide-mémoire de psychomotricité (2^e édition). Dunod
- BARON-COHEN, S., NADEL, J.** (1999). La cécité mentale dans l'autisme. *Enfance*, vol 52, n° 3, 285-293
- BATAILLE-JALLET, M., BLANC, R., CARTEAU-MARTIN, I., DANSART, P., HAMEURY, L., MAHE, C., ... & BARTHELEMY, C.** (2011). Communication sociale chez les enfants avec autisme. *Contraste*, 1/n° 34-35, 255-270.
- BLOSSIER, P.** (2002). Groupe et psychomotricité : le corps en jeu. Solal
- BOUTINAUD, J.** (2013). Psychomotricité, psychose et autisme infantile (3^e édition). In Press
- BRISSON, J., SERRES, J., GATTEGNO, M., ADRIEN, J.** (2011). Étude des troubles précoces du contact social à partir de l'analyse des films familiaux des nourrissons de la naissance à six mois ultérieurement diagnostiqués autistes. *Devenir*, vol 23, n° 1, 87-106
- BULLINGER, A.** (2013). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche (2^e édition). Erès
- CAUCAL, D., BRUNOD, R.** (2014). Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme. AFD
- CONEJERO, E.** (2014). Être soit parmi les autres : quand le groupe thérapeutique soutient le sentiment d'existence chez l'enfant autiste. (Mémoire de psychomotricité). Université de Bordeaux
- CORRAZE, J.** (1980). Les communications non-verbales. Presse Universitaires de France
- COSNIER, J., BROSSARD, A.** (1984). La communication non verbale. Paris : Delachaux et Niestlé
- CUNY, F.** (2009). Groupe de communications et d'habiletés sociales pour jeune enfant autiste. *Contraste*, n° 30, 133-147
- CUNY, F.** (2012). Les groupes d'entraînements aux habiletés sociales. *Annales médico-psychologiques*, n° 170, 482-484

CUNY, F., DUMONT, A., MOUREN, M. (2004). Les techniques d'aide aux jeunes enfants sans langage. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 52, 490-496

CUNY, F., GASSER, F. (2000). Évaluation des capacités de communication verbale et non verbale chez l'enfant autiste. *Glossa*, n° 70, 4-14

DEGENNE, C., SERRES, J., GATTEGNO, M., ADRIEN, J. (2009). Étude préliminaire des troubles des interactions et de la motricité chez des bébés âgés de quelques jours à six mois et présentant ultérieurement un trouble autistique. *Devenir*, vol 21, n° 4, 265-294

DUVERNOY, L. (2016). La relation au plus près de l'autisme : réflexion sur l'approche psychomotrice. (Mémoire de psychomotricité). Université de Bordeaux

GEPNER, B., TARDIF, C. (2009). Le monde va trop vite pour l'enfant autiste. *La recherche*, n° 436, 56-59

GOLSE, B. (2015). Le développement affectif et cognitif de l'enfant (5^e édition). Elsevier Masson

GOLSE, B., MORO, M. (2014). Le développement psychique précoce : de la conception au langage. Elsevier Masson

GUEDENEY, N., GUEDENEY, A. (2015). L'attachement : approche théorique (4^e édition). Elsevier Masson

HALL, E. (1971). La dimension cachée. Édition du Seuil

JEAN-BART, C. (2014). L'accompagnement de l'enfant autiste et la prise en compte des trajectoires et du réseau social des familles : regards croisés des familles et des professionnels (Mémoire d'ingénierie sociale)

JOLY, F. (2016). L'enfant autiste et son corps : une approche psychomotrice de l'autisme infantile. In Press

LAPASSET, J. (2005). Entraînement aux habiletés sociales : intervention psychomotrice, des psychoses chroniques à l'adolescence difficile. *Évolutions psychomotrices*, vol 12, n° 48, 95-104

LAPASSET, J. (2000). Contribution psychomotrice à la réhabilitation psychosociale des schizophrènes. Congrès mondial de la psychomotricité, Strasbourg

- LAWSON, W.** (2011). Comprendre et accompagner la personne autiste. Dunod
- NADEL, J.** Imitation et autisme. Cerveau et psycho, n° 4, 68-71
- NADEL, J.** (2005) Imitation et autisme. Mep-autism, 341-356
- PERRIN J., NAFFRE T.** (2013). Autisme et psychomotricité. De Boeck Solal
- PIREYRE, A.** (2011). Clinique de l'image du corps : du vécu au concept. Dunod
- POIRIER, N.** (1998). La théorie de l'esprit de l'enfant autiste. Santé mentale au Québec, vol. 23, n° 1, 115-129
- POTEL, C.** (2012). Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'advenir (2^e édition). Erès
- ROGE, B.** (2015). « Autisme, comprendre et agir (3^e édition), Dunod
- SCIALOM, P., GIROMINI, F., ALBARET, J-M.** (2011). Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 1 : concepts fondamentaux. De Boeck Solal
- SCIALOM, P., GIROMINI, F., ALBARET, J-M.** (2015). Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 2 : Méthodes et technique. De Boeck Solal
- SCIALOM, P., GIROMINI, F., ALBARET, J-M.** (2015). Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 3 : Clinique et thérapeutique. De Boeck Solal
- TARDIF, C, GEPNER, B.** (2009). Particularités de traitement des informations sensorielles dynamiques chez les personnes présentant des désordres du spectre autistique. Bulletin scientifique de l'ARAPI, n° 23, 38-45
- WATZLAWICK, P., HELMICK BEAVIN, J., JACKSON, D.** (1972). Une logique de la communication. Édition du Seuil

Tables des matières

Avant-propos	1
Introduction	3
Partie 1 : Les interactions corporelles interhumaines	5
I- Les prémices des interactions corporelles	6
A- L'attachement.....	6
1- K. Lorenz	7
2- H. Harlow	7
3- R. Spitz	7
4- J. Bowlby.....	8
5- M. Ainsworth	8
B- Les compétences du nourrisson	9
1- Les capacités sensorielles	10
a- Le toucher	10
b- L'olfaction et le goût.....	10
c- L'audition	11
d- L'appareil vestibulaire	11
e- La vision	11
f- Conclusion	12
2- Les compétences motrices	12
3- Les compétences affectives.....	12
4- Les états de vigilance.....	13
5- Conclusion	13
C- L'Interaction précoce mère-bébé	14
1- Les trois niveaux d'interactions.....	14
a- Les interactions comportementales	14
i- Les interactions corporelles	14
ii- Les interactions visuelles.....	15
iii- Les interactions vocales.....	15
b- Les interactions affectives	16
c- Les interactions fantasmatiques	16

2- La rêverie maternelle	17
3- Conclusion	17
II- La communication non verbale	18
A- Définition	18
B- Les modalités de la communication non verbale	19
1- Les expressions faciales.....	19
2- Le regard.....	20
3- La voix.....	20
4- La Posture.....	20
5- Le Geste	21
6- Le Toucher	22
7- La proxémie	22
8- L'attention conjointe	23
9- Conclusion	23
III- Conclusion.....	24
Partie 2 :L'autisme.....	25
I- L'histoire et l'évolution	26
A- L'histoire	26
B- Les classifications	27
1- Les DSM	28
a- Le DSM I et le DSM II.....	28
b- Le DSM III et le DSM III-R	28
c- Le DSM IV et le DSM IV-TR	28
d- Le DSM V.....	28
2- La CIM.....	29
3- La CFTMEA.....	29
4- Conclusion	30
II- Le tableau clinique.....	31
A- La triade autistique	31
1- L'altération qualitative des interactions sociales.....	31
2- L'altération qualitative de la communication	32

3- Le caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des centres d'intérêt et des activités	33
B- L'altération des modalités corporelles dans l'interaction et la communication	34
1- Le contact visuel	34
2- Les gestes.....	35
3- Le pointage	35
4- Les émotions et les mimiques	35
5- L'attention conjointe	36
6- Le tour de conversation.....	36
III- Les hypothèses d'un déficit de la cognition sociale	36
A- Le déficit de la théorie de l'esprit	37
B- Le déficit des fonctions exécutives	38
C- Le déficit de la cohérence centrale	39
IV- Les programmes d'intervention	40
A- Le programme TEACCH.....	41
B- Le programme PECS.....	42
C- Le programme EHS.....	43
V- Conclusion	44
Partie 3 : La prise en soins en psychomotricité	45
I- La relation en psychomotricité	46
A- La psychomotricité.....	46
B- L'engagement du psychomotricien	47
C- La relation thérapeutique	47
D- La première rencontre.....	48
1- L'entretien	48
2- Le bilan psychomoteur	49
3- Les temps informels	49
II- Les outils du psychomotricien	50
A- Le cadre thérapeutique	50
1- Le cadre spatial.....	50
2- Le cadre temporel	51
3- Le cadre matériel.....	52

4- Les fonctions du cadre.....	52
B- Le groupe thérapeutique	53
1- Les fonctions du groupe	54
a- La socialisation	54
b- L'intersubjectivité	54
c- L'identification	54
d- L'individualisation	55
2- Le groupe et le sujet avec un TSA.....	55
C- La médiation corporelle	55
III- La prise en soins en psychomotricité des modalités corporelles dans les interactions chez le sujet avec un TSA	56
A- La motricité globale et les gestes	56
B- L'engagement dans l'action	57
C- La reconnaissance des émotions	57
D- Les interactions.....	58
E- L'attention	58
F- L'imitation	59
IV- Conclusion	59
Partie 4 :Les études de cas	60
I- La présentation de l'établissement	60
A- L'histoire de l'établissement.....	60
B- Le fonctionnement de l'établissement.....	61
C- La présentation du lieu de vie.....	63
II- L'étude de cas de Sarah	63
A- La présentation de Sarah	63
1- L'anamnèse.....	63
2- Les différents bilans.....	66
a- Le PEP-3.....	66
b- Le bilan orthophonique	66
c- Le profil sensoriel de Dunn	67
d- Le bilan psychomoteur	68
i- Le contrôle postural et la motricité	68

ii- La coordination.....	69
iii- Le langage.....	69
iv- La socialisation	69
e- conclusion	69
B- La prise en soins psychomotrice	70
1- La première rencontre.....	70
2- Le temps de la structuration des repères	72
3- L'investissement du cadre	75
III- L'étude de cas de Quentin	77
A- La présentation de Quentin	77
1- L'anamnèse.....	77
2- Les observations cliniques.....	78
3- L'histoire de la prise en soins	79
B- Le groupe « EHS et Corps »	80
1- La présentation du groupe	80
2- Quentin dans le groupe	81
a- La relation et les interactions entre Quentin et moi	81
b- La distance dans la relation	82
c- L'attention.....	84
d- Le regard	85
e- Le geste et l'initiation de l'action	85
f- Le toucher	86
3- Conclusion	87
Conclusion	88
Bibliographie.....	90
Tables des matières	93