



HAL
open science

**“ Imiter, assimiler, et ensuite innover... ” : réflexion sur
l’utilisation de l’imitation pour entrer en relation avec
l’enfant porteur d’autisme**

Sevana Abrahamian Gheslagh

► **To cite this version:**

Sevana Abrahamian Gheslagh. “ Imiter, assimiler, et ensuite innover... ” : réflexion sur l’utilisation de l’imitation pour entrer en relation avec l’enfant porteur d’autisme. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01592135

HAL Id: dumas-01592135

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01592135>

Submitted on 22 Sep 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.

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris Cedex 14



**INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE
PITIE-SALPETRIERE PARIS**

« Imite, assimile, et ensuite innove... »

Réflexion sur l'utilisation de l'imitation pour entrer en relation avec
l'enfant porteur d'autisme

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Psychomotricité
Par **Abrahamian Gheslagh Sevana**

Référent de mémoire :
M. Christophe AROULANDA

Session Juin 2017

REMERCIEMENTS

*Je tiens tout d'abord à remercier **ma maîtresse de stage**, pour m'avoir accueillie cette année. Merci de ta confiance, de ta transmission. Je te remercie pour tout. Je tiens également à remercier **l'équipe de mon lieu de stage** pour leur chaleureux accueil qui a fait de ce stage une superbe expérience.*

***M. Christophe Aroulanda**, je vous remercie chaleureusement pour vos précieux conseils, vos encouragements. Je vous remercie pour la justesse de votre accompagnement et pour le temps que vous m'avez consacré.*

*Je tiens également à remercier **Alexandra Soullier**. Merci de ton accueil, de ton accompagnement et de ta confiance durant ma deuxième année. Tu as grandement contribué à l'émergence de mon identité professionnelle, je t'en serai toujours reconnaissante.*

*Je remercie **Laurène Etienne**, sans qui la psychomotricité me serait probablement encore inconnue.*

*Je remercie **mes parents**, merci de m'avoir transmis les valeurs qui font ce que je suis aujourd'hui. C'est grâce à cela que je me suis orientée vers ce si beau métier. Merci d'avoir tout mis en œuvre pour que je puisse réaliser ces études. Merci pour vos encouragements et votre soutien.*

***Siona**, merci d'être toi. Je ne pouvais pas rêver mieux comme sœur. Merci pour tes relectures, ta bonne humeur et ton soutien sans faille cette année comme toutes les autres auparavant.*

***Vana**, merci pour ton amitié, pour l'intérêt que tu portes à mon futur métier. Un immense merci pour tes relectures, et ton soutien dans ce projet de mémoire.*

***Lucene**, thank you for your english touch.*

*Un grand merci à **mes amies de promo** avec qui j'ai tant appris, tant partagé ces trois dernières années.*

*Et enfin, je tiens à remercier tout particulièrement **les enfants et les adultes** croisés sur le chemin des stages, ces merveilleuses rencontres. Pour l'unicité de vos sourires, de vos regards et de votre être. Tout particulièrement Amari et Adrien, ce mémoire n'aurait pas été possible sans vous.*

« Le fou est cet homme qui s'abstient d'imiter les hommes. »

Robert Sabatier

« Une bonne imitation est une nouvelle invention. »

Xavier De Maistre

« Qui n'imité point n'invente point. »

Emile-Auguste Chartier, dit Alain

**« L'amour porte à imiter ceux qu'on aime, c'est la loi qu'observe l'enfant ;
dès qu'il a pu rendre à ses parents leurs sourires, il se met à imiter leurs
gestes, à balbutier leur langue, à singer leurs habitudes. »**

Louis-Auguste Martin

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	8
PARTIE THÉORIQUE.....	10
I. <u>Les Troubles du Spectre Autistique</u>	10
A. Historique	10
B. Définition et critères diagnostiques de l'autisme	11
C. Epidémiologie de l'autisme	12
D. Etiologie de l'autisme	13
1. Hypothèses génétiques	13
2. Hypothèses neurologiques et neuroanatomiques.....	13
3. Hypothèses cognitives et neuropsychologiques	14
E. Troubles associés à l'autisme	15
F. Sémiologie psychomotrice spécifique à l'autisme.....	16
II. <u>Les outils de communication : le PECS et le Makaton</u>.....	17
A. Les pré-requis à la communication	17
1. L'imitation	17
2. L'attention conjointe.....	17
3. Le pointage	19
4. Les jeux de « faire-semblant » et symboliques.....	20
5. Le tour de rôle.....	21
6. Le regard.....	22
7. La posture	22
8. Les productions verbales	23
9. Les gestes conventionnels et symboliques	23
10. Les mimiques.....	24
11. La compréhension du langage oral.....	25
B. L'accompagnement de l'enfant autiste sans langage.....	25
1. Le PECS : Picture Exchange Communication System.....	26
2. Le Makaton.....	28

III. L'imitation	30
A. Qu'est-ce que l'imitation ?	30
1. Imiter quoi ?.....	31
2. Imiter quand ?.....	32
3. Imiter comment ?.....	33
4. L'imitation vocale, écholalie	33
B. L'imitation de mouvements et d'actions familiers.....	34
1. Bénéfice moteur.....	34
2. Bénéfice social.....	35
3. Bénéfice pour la conscience de soi.....	35
C. L'imitation d'actions nouvelles	35
D. Imitation et développement psychomoteur	36
E. La boîte à outil de l'imitation.....	37
1. Faire et imaginer faire.....	37
2. Voir faire et faire	38
3. Le couplage perception-action.....	38
F. L'imitation dans le TSA.....	39
1. Controverse actuelle : l'enfant atteint de TSA peut-il imiter ?.....	39
2. Evaluer l'imitation dans le TSA : le PEP-R et la CARS	42
 PARTIE CLINIQUE	 47
 I. Une expérience en Hôpital de Jour.....	 47
A. Histoire de l'institution.....	47
B. L'Hôpital de Jour.....	48
C. La place de la psychomotricité	49
 II. L'atelier conte.....	 50
A. Présentation de l'atelier conte	50
B. Indications de l'atelier conte pour les enfants avec autisme.....	51
C. Adrien, un enfant du groupe conte	52
1. Résultats du PEP-R d'Adrien	52
2. Projet individualisé de soins d'Adrien.....	53
3. Adrien dans le groupe conte	54
D. Adrien pendant l'heure du repas	55

III. <u>L'accompagnement individuel : Amari</u>	57
A. Présentation d'Amari	57
B. Présentation clinique générale et évolution d'Amari	57
C. Evaluation psychomotrice d'Amari sur l'année 2015/2016	59
D. Projet thérapeutique d'Amari pour l'année 2016/2017	60
1. Le projet en psychomotricité	60
2. Le projet général	61
E. Les séances de psychomotricité	62
1. Première rencontre avec Amari	62
2. Evolution d'Amari	64

DISCUSSION71

I. <u>Le cadre et l'imitation</u>	71
A. La préparation de la salle	71
1. La répétition du cadre pour Amari	72
2. La structure de l'atelier conte pour Adrien.....	74
B. Les aménagements en cours d'année	75
1. L'aménagement de l'espace	75
2. Comment présenter les activités à l'enfant ?	76
C. Le cadre et l'évolution de la relation	76
D. Les éléments du cadre influent sur les activités de l'enfant	78
II. <u>L'imitation face à l'hétérogénéité du développement</u>	79
A. Amari et Adrien, deux stades de développement	79
1. Le niveau de développement	79
2. La perception	80
3. Les capacités motrices	81
B. Et après l'imitation spontanée ?	82
III. <u>La communication et l'imitation</u>	83
A. Les pré-requis à la communication	83
1. Pointage et attention conjointe	83
2. Une émergence du tour de rôle ?	84
B. L'utilisation adaptée des outils de communication	85
C. L'autre dans l'imitation	86

1. L'étayage auprès des enfants.....	86
2. L'étayage auprès de l'adulte.....	86
IV. <u>Conclusion de la discussion</u>	88
CONCLUSION.....	90
BIBLIOGRAPHIE.....	91
ANNEXES.....	95
GLOSSAIRE	104

INTRODUCTION

Cette année, j'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage en Hôpital de Jour, à raison de deux jours par semaine. Cela m'a permis de m'enrichir auprès de chaque personne que j'ai pu rencontré, que ce soit auprès de l'équipe éducative, de l'équipe thérapeutique, auprès des enfants que nous avons accompagnés et surtout auprès de ma maître de stage. J'ai également pu participer à chacune des réunions de synthèse, ce qui m'a permis d'avoir un regard multidisciplinaire et global sur les enfants, rendant leur accompagnement plus adapté et bénéfique pour eux.

Le désir de réaliser mon mémoire sur l'imitation prend son origine dans un reportage nommé « Planète Autisme », réalisé par Valeria LUMBROSO. Ce documentaire évoque les travaux de Jacqueline NADEL, directeur de recherche au CNRS*¹, sur le sujet de l'imitation chez les personnes avec autisme. Dans ce reportage, il est question de l'utilisation de l'imitation pour entrer en relation avec les enfants atteints d'autisme en les entraînant au tour de rôle et à la communication.

Je me suis alors remémorée les enfants que je rencontre sur mon lieu de stage. L'évidence m'a frappé : l'inconfort que je pouvais ressentir auprès de ces enfants porteurs d'autisme provenait de la difficulté à établir une relation avec eux. L'approche du psychomotricien est particulière avec ces enfants. Comme le dit, Pierre DELION, c'est un « langage à réinventer, une démarche à adapter, une psychopathologie à construire pour pouvoir déjà rentrer en contact avec eux sans déclencher les symptômes qui les mettent en rupture relationnelle »².

J'ai ensuite réalisé que les tentatives d'entrée en relation avec les enfants sur mon lieu de stage consistaient majoritairement en l'attente de reproduction de ce que nous leur proposons. Par exemple, lors des jeux d'échanges de balle, nous attendions que l'enfant nous la relance. Ou bien, lors de la réalisation des encastremets, nous faisons une démonstration à l'enfant avant qu'il le fasse lui-même. L'imitation m'a alors paru un support essentiel à l'établissement d'un échange entre le thérapeute et l'enfant avec autisme.

¹ Les termes suivis d'une astérisque (*) sont à retrouver dans un glossaire en fin de document.

² DELION Pierre dans « Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles » de BOUTINAUD Jérôme, 2015, p. 9.

J'ai donc voulu consacrer ce mémoire à une réflexion autour des apports de l'imitation dans la relation avec les enfants avec autisme. Ainsi ce fonde la question centrale de ce travail : L'imitation serait-elle un moyen pour amener l'enfant porteur d'autisme à communiquer et à entrer en relation ?

Afin de répondre à cette question, je pars des hypothèses que :

- L'imitation peut être amenée et nourrie par un cadre soutenant lorsqu'elle en est qu'au stade émergent chez l'enfant autiste.
- L'imitation peut permettre l'enrichissement du répertoire de mouvements de l'enfant, ce qui favoriserait la communication.
- L'imitation peut permettre de travailler d'autres pré-requis à la communication chez les enfants porteurs d'autisme sans langage, notamment le tour de rôle, l'attention conjointe et le regard, ce qui favoriserait l'entrée en relation avec l'Autre.

Dans une première partie, je m'intéresserai aux éléments théoriques de l'autisme afin de mieux comprendre cette pathologie dans son fonctionnement et ses manifestations. J'ajouterai une description des pré-requis à la communication et les difficultés spécifiques de ces derniers rencontrées chez les personnes atteintes d'autisme. Un autre point sera consacré à l'imitation dont le contenu sera principalement fondé à partir des apports de Jacqueline NADEL.

Dans une deuxième partie axée sur la clinique, je présenterai la structure dans laquelle j'effectue mon stage. J'exposerai également les deux enfants que j'ai choisis pour illustrer ce mémoire, Adrien et Amari. Ces deux cas cliniques m'aideront à appuyer ma réflexion autour de l'imitation.

Les liens théorico-cliniques se tisseront dans une troisième partie, la discussion. Ils viendront questionner les hypothèses pensées autour de la question centrale de ce mémoire.

PARTIE THÉORIQUE

I. Les Troubles du Spectre Autistique

A. Historique

Le terme d'autisme provient du grec *autos* qui signifie « soi-même ». Il est utilisé pour la première fois par Eugen BLEULER en 1911 pour décrire l'entité de schizophrénie infantile pour des sujets hors de la réalité présentant un retrait par rapport au monde extérieur, à la manière des patients adultes atteints de schizophrénie. Ici, l'autisme est considéré comme un symptôme.

Puis, Leo KANNER reprendra le terme d'« autisme infantile précoce » (*early infantile autism*) en 1943 pour désigner une affection spécifique de l'enfance, donc un syndrome. A partir de l'observation de 11 enfants, KANNER observe un trait commun qui est l'incapacité à établir des relations sociales normales avec les autres individus et à réagir normalement aux situations. De plus, les caractéristiques suivantes sont mises en évidence :

- Retrait autistique (absence massive de contact avec la réalité externe).
- Besoin d'immuabilité (désir de maintenir stable et inchangé l'environnement habituel).
- Stéréotypies variables.
- Troubles du langage (inversion pronominale, répétition écholalique, difficile accès au « oui », néolangage).

Indépendamment des travaux de KANNER, Hans ASPERGER emploie en 1944 l'expression de « psychopathie autistique » pour décrire les enfants ayant des difficultés dans l'établissement des relations sociales.

En 1953, Margaret MAHLER, pédiatre psychanalyste, invente le terme de psychose infantile qu'elle distingue des « psychoses autistiques » proches de l'autisme décrit par Leo KANNER. Dans la psychose infantile, elle décrit les caractéristiques suivantes chez le sujet :

- Conduites d'isolement.
- Perturbations des conduites motrices.
- Instabilité.

- Troubles du langage (mutisme rare mais perturbations du langage comme le jargon, les néologismes, les bizarreries...).
- Troubles de l'humeur (excitation maniaque, état dépressif).
- Éléments phobiques (rituels...).
- Trouble de l'image du corps.

Dans leur rapport à la réalité, les enfants psychotiques peuvent aussi avoir des hallucinations et des pensées délirantes. Les enfants avec autisme, eux, abordent le monde extérieur avec des troubles de l'intégration sensorielle et des angoisses corporelles spécifiques. Geneviève HAAG³, psychiatre et psychanalyste française, parle à leur sujet, d'angoisses de chutes sans fin et de liquéfaction.

Dans les années 1970 et 1980, l'autisme infantile a généré de l'intérêt dans les milieux scientifiques. Cet intérêt a amené au développement de nombreuses recherches dans tous les domaines, tant neurobiologique et cognitif que psychanalytique.

B. Définition et critères diagnostiques de l'autisme

L'autisme devient un syndrome à part entière aux yeux de la communauté psychiatrique en 1980, lorsqu'il apparaît dans le DSM*-III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) dans la catégorie des Troubles Globaux du Développement (TGD*).

Dans le DSM-IV, l'autisme infantile glisse des TGD aux Troubles Envahissants du Développement (TED*). Cette catégorie enveloppe l'autisme infantile, l'autisme atypique, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance ainsi que les troubles envahissants du développement non spécifiés. Cette classification retient une triade symptomatique :

- Des troubles de la communication verbale et non verbale.
- Des troubles des relations sociales.
- Des centres d'intérêts restreints et/ou des conduites répétitives.

La CIM*-10 (Classification internationale des troubles mentaux et du comportement) retient les TED comme un « groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales et réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypés et répétitifs. Ces anomalies

³ HAAG Geneviève et Coll., 2011.

qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toute situations. »

Dans le DSM-V, l'autisme n'apparaît plus dans la catégorie des TED, celle-ci est remplacée par celle des Troubles du Spectre Autistique (TSA*). Le TSA est défini comme un trouble neuro-développemental qui se caractérise essentiellement par une altération dans deux domaines principaux. La triade symptomatique devient alors une dyade. On retrouve :

- Un déficit persistant dans l'interaction et la communication sociale (communications verbale et non verbale) observé dans des contextes variés.
- Des activités ou intérêts restreints et répétitifs.

Ces symptômes sont présents dès la petite enfance et, associés, altèrent le fonctionnement global au quotidien. Ils persistent à l'âge adulte.

La sévérité du trouble est cotée selon le niveau d'aide requis pour chacun des deux domaines touchés. On distingue trois niveaux de sévérité :

- Niveau 1 : « Nécessitant de l'aide ».
- Niveau 2 : « Nécessitant une aide importante ».
- Niveau 3 : « Nécessitant une aide très importante ».

C. Epidémiologie de l'autisme

En février 2016, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS*) estime qu'un enfant sur 160 présente un Trouble du Spectre Autistique. Ce chiffre correspond à une moyenne et la prévalence varie notablement d'une étude à l'autre.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS*), en 2009, la prévalence de l'ensemble des Troubles Envahissants du Développement (TED) était de 6 à 7 pour 1000 personnes de moins de 20 ans. L'autisme infantile touchait 2 personnes de moins de 20 ans sur 1000.

L'autisme touche 4 fois plus de garçons que de filles.

D'après les études épidémiologiques des cinquante dernières années, il semble que la prévalence des Troubles du Spectre Autistique augmente à l'échelle mondiale. Cette augmentation peut s'expliquer de nombreuses façons, notamment par une plus grande sensibilisation au problème de l'autisme, par l'élargissement des critères de diagnostic ou par un meilleur dépistage grâce au perfectionnement des outils diagnostiques.

D. Etiologie de l'autisme

D'après l'INSERM*, « il est désormais bien établi que l'autisme et les autres TED sont des maladies dont l'origine est multifactorielle, avec une forte implication de facteurs génétiques »⁴.

1. Hypothèses génétiques

Une origine génétique de l'autisme a été fortement suspectée dès les premières descriptions de l'autisme infantile de KANNER en 1943. Grâce aux études portant sur l'héritabilité de l'autisme, les analyses épidémiologiques montrent que le risque est plus élevé chez les frères et sœurs d'enfants autistes de développer un trouble autistique classique (3%) ou un trouble du développement (10 à 20%). Les études sur les jumeaux montrent que la concordance de l'autisme chez les vrais jumeaux (60 à 90%) est beaucoup plus élevée que chez les faux jumeaux (10 à 20%).

Des mutations concernant un ou plusieurs gènes seraient considérées comme étant des marqueurs de prédisposition à l'autisme. D'autres études montrent que plusieurs maladies génétiques, malformations chromosomiques ou maladies infectieuses qui affectent le cerveau sont en lien avec l'autisme de façon statistiquement significative : la sclérose tubéreuse (3 à 9% des cas d'autisme), le syndrome de l'X fragile (10% des cas d'autisme)...

Malgré ces observations, pour la plus grande majorité des personnes porteuses de TSA, les gènes impliqués dans le syndrome autistique ne sont pas toujours clairement identifiés. La découverte des gènes de prédisposition à l'autisme et la poursuite des recherches dans ce domaine permettront néanmoins d'identifier les bases moléculaires impliquées dans l'apparition de ce syndrome. Ces informations seront cruciales pour mieux caractériser l'hétérogénéité du syndrome.

2. Hypothèses neurologiques et neuroanatomiques

Cette approche favorise l'idée d'anomalies de la maturation cérébrale, anatomiques et fonctionnelles, dans les régions du « cerveau social ». Il serait impliqué notamment dans la perception et la cognition sociale et cela induirait des troubles du traitement de l'information

⁴ BARTHÉLÉMY Catherine, 2013.

sensorielle. On relève également des particularités neuronales avec une présence excessive de neurones causée par l'absence de tri neuronal.

3. Hypothèses cognitives et neuropsychologiques

Nous aborderons ici quelques exemples comme la théorie de l'esprit et de la communication, le déficit des fonctions exécutives, le défaut de cohérence centrale et la cécité contextuelle.

a. Théorie de l'esprit

La théorie de l'esprit est la capacité à attribuer les états mentaux (intentions, souhaits, conceptions, connaissances...) à sa propre personne et à autrui. L'hypothèse serait que ce concept est perturbé chez les personnes avec autisme. Seulement, cette incapacité n'est pas spécifique à l'autisme. D'autre part, elle n'est pas totalement pertinente chez tout enfant de moins de trois ans. Les recherches actuelles s'orientent donc plus vers l'observation des précurseurs de la théorie de l'esprit, à savoir l'attention conjointe et l'imitation.

b. Déficit des fonctions exécutives

Il y a eu des constats de caractéristiques communes entre des personnes autistes et des personnes souffrant d'une lésion cérébrale spécifique.

Les fonctions exécutives, ou les fonctions de contrôle, sont des mécanismes de pensée cruciaux pour la planification des actions et la résolution adéquate d'un problème. Il est donc nécessaire de décomposer au maximum une action et non d'énoncer uniquement une finalité.

c. Défaut de cohérence centrale

Les personnes autistes ont tendance à voir le monde de façon fragmentée, comme un chaos, et à faire des fixations sur des détails mineurs. Elles établissent moins vite une cohérence dans ce qu'elles observent. D'où la recherche de sécurité dans des actes répétitifs, une quête de routines et de structures. Elles ont une grande réticence face aux changements. Les personnes autistes ont des difficultés à transposer dans une nouvelle situation ce qu'elles ont appris dans une autre situation (pas de généralisation).

En revanche, le défaut de cohérence centrale permet parfois des performances supérieures aux personnes non autistes, par exemple dans la réalisation de puzzles.

d. Cécité contextuelle

L'observation est un processus dans lequel nous construisons activement une signification et dans lequel le contexte joue un rôle majeur. Notre cerveau place les stimuli observés en perspective : ils donneront la signification aux détails sur base de leur cohérence mutuelle et du contexte. Le contexte détermine si la signification a du sens et est correcte.

Donna WILLIAMS témoigne dans son livre autobiographique⁵ de son vécu d'enfance : « C'est ainsi que je voyais les choses : bribe par bribe, comme une chaîne d'éléments disparates assemblés arbitrairement les uns aux autres. »

Les théories cognitives nous ont permis de mieux comprendre le processus de pensée des personnes autistes et leur symptomatologie. Il reste cependant de nombreuses imprécisions et des questions non résolues. À ce jour, aucune théorie n'est universelle et spécifique et ne parvient à expliquer tous les symptômes secondaires du syndrome autistique. Une telle théorie n'existe probablement pas. Il semble plutôt que nous ayons affaire à un ensemble de déficits cognitifs, qui interagissent ou non et qui provoquent ce trouble autistique. Il est nécessaire de poursuivre les recherches relatives aux précurseurs de la théorie de l'esprit (attention conjointe et imitation), les fonctions exécutives, la cohérence centrale et toutes les interconnexions entre ces processus cognitifs. Jusqu'à nouvel ordre, l'autisme reste un mystère en grande partie irrésolu.

E. Troubles associés à l'autisme

Les anomalies, troubles ou maladies associés à l'autisme sont fréquents. Ils doivent être recherchés systématiquement :

- Le retard mental : le TSA est associé à une déficience intellectuelle dans 70% des cas. Ce retard mental est plus ou moins sévère. Les autres 30% sont appelés « autistes de haut niveau ».
- L'épilepsie : environ 35% des personnes autistes souffrent d'épilepsie. Ils présentent des manifestations épileptiques plus ou moins graves.

⁵ WILLIAMS Donna, 1993.

- La déficience sensorielle : les déficits sensoriels, auditifs ou visuels sont beaucoup plus importants que dans la population générale.

F. Sémiologie psychomotrice spécifique à l'autisme

Nous retrouvons les perturbations psychomotrices spécifiques suivantes :

- Troubles de la motricité relationnelle avec une sagesse particulière, des troubles de la régulation tonique, des troubles de l'adaptation posturale et des troubles de l'orientation dans la relation. En général, les compétences perceptives et motrices sont supérieures aux compétences des domaines de la communication et de la socialisation (imitation, langage). Les troubles moteurs sont fréquents (difficultés praxiques, latéralisation plus tardive, difficultés de coordinations bimanuelles, hypotonie avec hyperlaxité ligamentaire).
- Trouble de l'intégration sensorielle. Bullinger énonce que chez les enfants avec autisme, le tonico-postural, le tactile et le visuel, dominé par le périphérique, sont très archaïques. Les coordinations entre les différentes modalités sensorielles sont déficitaires car tous les flux sensoriels ont un effet désorganisateur⁶.
- Troubles de la communication non verbale avec une mimique pauvre, des sourires parfois inadaptés, des troubles du regard et une gestualité inadéquate.
- Troubles du niveau d'activité ou de l'attention avec une agitation et une instabilité, ou au contraire une apathie et une inhibition. On observe des variations brutales du niveau d'activité et des troubles de l'attention.
- Mouvements anormaux avec des stéréotypies corporelles ou d'objet, des comportements d'autostimulation ou d'apaisement.

⁶ BULLINGER André, 2004.

II. Les outils de communication : le PECS* et le Makaton

A. Les pré-requis à la communication

La communication est définie par le dictionnaire d'orthophonie comme « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu »⁷. Il peut donc s'agir de mots, mais aussi de symboles non-verbaux comme les gestes, les regards, les mimiques, la posture... La communication non-verbale est universelle et permet un échange immédiat et spontané, sans intervention de processus cognitifs élaborés. Elle permet à l'enfant de s'adresser à autrui bien avant l'émergence du langage.

Nous allons reprendre ces éléments de communication non-verbale, ainsi que les pré-requis à la communication et au langage afin de retracer leur développement chez l'enfant au développement normal et chez l'enfant porteur d'autisme, chez qui ils sont fortement altérés.

1. L'imitation

Nous aborderons l'imitation en détail dans la troisième partie⁸.

2. L'attention conjointe

L'attention conjointe est définie comme la capacité à partager un événement avec autrui, à attirer et à maintenir son attention vers un objet ou une personne afin d'obtenir une observation commune et conjointe. Ceci s'accompagne de coups d'œil vers le visage de la personne afin de vérifier qu'elle regarde bien l'objet qui est devenu le centre de l'attention conjointe.

a. Chez l'enfant au développement normal

Cette capacité apparaît normalement vers 9 mois et se développe tout au long de la deuxième année.

⁷ BRIN-HENRY et Coll., 2011, p. 57.

⁸ Cf. *infra*. « III. L'imitation » p. 30.

Pour obtenir une attention conjointe, l'enfant va d'abord utiliser la co-orientation des regards, puis plus tard les gestes de pointage, notamment proto-déclaratif, c'est-à-dire pointer pour partager et non pour obtenir (pointage proto-impératif).

L'attention conjointe met en évidence l'intention de communiquer de l'enfant qui s'accorde avec son partenaire pour communiquer à propos de quelque chose qui l'intéresse lui-même ou pour s'intéresser aux propos de son partenaire.

Elle est aussi un acteur important de la socialisation puisque les premières demandes intentionnelles vont émerger dans ce cadre. Grâce à l'émergence de l'attention conjointe, l'enfant commence à comprendre que les actions d'autrui sont guidées par des états mentaux qui peuvent être différents des siens. L'attention conjointe est donc considérée comme un concept précurseur de la théorie de l'esprit.

L'émergence de l'attention conjointe donne naissance à un triangle référentiel. Comme le disait Alain BERTHOZ, « l'attention conjointe avec désignation suppose l'établissement d'une triade (je-tu-il) et un changement de référentiel qui permettent à l'enfant de sortir de son référentiel égocentré, de changer de point de vue »⁹. Ainsi, il va pouvoir se décentrer grâce au partage autour de cet objet extérieur. C'est une étape majeure dans le développement.

L'attention conjointe est une composante essentielle dans le développement du langage puisqu'elle permet de lier l'objet au discours de l'adulte : la signification du mot devient ainsi accessible. Elle joue donc un rôle important dans l'acquisition du langage, dans l'intersubjectivité, dans la mise en place de la théorie de l'esprit et dans le développement de l'interaction sociale.

b. Chez l'enfant porteur d'autisme

On observe un déficit de l'attention conjointe chez les enfants porteurs d'autisme. Ils ne manifestent pas de comportements consistant à suivre où porter le regard de l'interlocuteur ainsi que les gestes d'attention conjointe comme le pointage proto-déclaratif. J'illustrerai ce thème avec Amari dans la partie « *1. Pointage et attention conjointe* »¹⁰ de la partie discussion.

Ce déficit conduit à une difficulté dans la transmission et le partage d'informations ce qui amène à la déficience des comportements non verbaux de demande, comme le pointage.

⁹ BERTHOZ Alain, 2008, « Regard et émotion ».

¹⁰ Cf. *infra*. « *1. Pointage et attention conjointe* » p. 83/84.

Il existerait un lien entre ce déficit et le déficit de la théorie de l'esprit. En effet, le déploiement des comportements d'attention conjointe signifierait l'émergence de la capacité à partager des états mentaux, ce qui est le fondement de la théorie de l'esprit.

3. *Le pointage*

a. Chez l'enfant au développement normal

Le geste de pointage est réalisé par l'enfant à partir de 8 mois, dans une situation d'attention conjointe, en tendant sa main vers l'objet pour signaler son intérêt. C'est un geste de communication non-verbale qui associe le mouvement de désignation de l'index et le regard vers la personne référente. Il s'accompagne souvent de vocalisations.

On distingue deux types de pointage : le pointage proto-impératif et le pointage proto-déclaratif. Le pointage proto-impératif se situe plus dans le cadre d'une demande afin que l'enfant obtienne quelque chose. Le pointage proto-déclaratif est produit en vue d'un échange, d'un partage. Pour Haydée MARCOS, ce geste « a souvent pour seul but d'établir l'attention conjointe et/ou d'inciter le partenaire à fournir des informations à propos de l'objet, de l'événement ou de la personne désignée »¹¹. Ce geste traduirait donc une demande d'étayage. L'enfant souhaite que l'adulte apporte une information sur un élément particulier d'une situation.

Les auteurs portent beaucoup d'intérêt au pointage car c'est le premier signe évident de l'établissement par l'enfant d'une communication dont le thème est détaché, extériorisé par rapport aux deux interlocuteurs. Il témoigne donc de l'accès de l'enfant à une communication destinée uniquement au partage des connaissances.

Pour pointer du doigt, il faut pouvoir prêter une pensée à l'autre et être convaincu que ce que l'on fait peut avoir du sens pour lui. De même, suivre le pointage de l'autre demande la compréhension de son altérité et de fait, qu'il puisse avoir des intérêts différents des nôtres. Ces deux compétences témoignent de l'installation de la théorie de l'esprit.

Les auteurs définissent le pointage comme le comportement gestuel le plus prédictif dans le développement du langage chez l'enfant.

¹¹ MARCOS Haydée, 1998, p. 18.

b. Chez l'enfant porteur d'autisme

L'enfant porteur d'autisme utilise beaucoup moins souvent le geste de pointage. Il utilise plus le pointage pour demander un objet ou solliciter de l'aide (pointage proto-impératif) que pour partager des émotions, des expériences et des intérêts (pointage proto-déclaratif). J'aborderai ce thème avec Amari dans la partie « *1. Pointage et attention conjointe* »¹² de la discussion.

Pour pointer, il faut prendre en compte l'autre et reconnaître le fait qu'il soit porteur d'états mentaux et doué de pensée, ce qui fait défaut aux enfants avec autisme. De plus, le pointage est un geste réalisé en situation d'attention conjointe le plus souvent, ce qui est aussi déficitaire chez les enfants porteurs d'autisme.

4. Les jeux de « faire-semblant » et symboliques

a. Chez l'enfant au développement normal

Les conduites de jeu dans le développement du jeune enfant sont importantes. C'est l'activité la plus naturelle pour aborder l'enfant et entrer en communication avec lui car c'est son activité principale. Le premier type de jeu est le jeu sensori-moteur qui fait souvent participer des conduites imitatives et le contact physique. En parallèle, l'enfant commence à jouer avec des objets en expérimentant des conduites de « cause à effet ». Puis, les jeux se diversifient de plus en plus à l'initiative de l'enfant et les jeux fonctionnels apparaissent. Entre 12 et 24 mois, les jeux de faire-semblant et les jeux symboliques se développent.

Le jeu est l'expression du développement affectif et psychologique de l'enfant. En effet, à travers le jeu, l'enfant va projeter ses conflits, ses affects et les points de vue d'autrui. C'est le début de l'empathie. Il participe fortement au processus de socialisation de l'enfant puisqu'il s'inscrit le plus souvent dans une interaction où se met en place l'alternance des rôles, où interviennent l'imitation et l'attention conjointe.

Les jeux offrent la première occasion d'explorer la façon dont on peut utiliser les mots. En effet, l'adulte, en jouant avec l'enfant, parle beaucoup pour commenter ce qui se passe : il lui offre à ce moment des modèles langagiers très précieux. Il existe donc une relation étroite entre les jeux et les habiletés langagières, notamment dans la capacité à utiliser les symboles. Ainsi, le jeu serait un précurseur au langage.

¹² Cf. *infra*. « *1. Pointage et attention conjointe* » p. 83/84.

b. Chez l'enfant porteur d'autisme

Le jeu est souvent stéréotypé, répétitif et axé autour des intérêts restreints plutôt qu'imaginatifs et symboliques. Ces enfants ont du mal à jouer, ne manifestent que peu de curiosité et d'exploration de l'environnement. Ainsi, ils manipulent les objets sans intérêt pour leur fonction ou intention ludique mais en explorant leurs propriétés physiques. Ils utilisent donc les objets de façon inhabituelle avec entre autre, des activités d'alignement qui perdurent (besoin d'immuabilité).

De plus, les enfants porteurs d'autisme ont du mal à accorder des pensées propres à autrui, ce qui entraîne un déficit dans les capacités de jeu de « faire-semblant » et de jeu symbolique. Ils ont de grandes difficultés dans les activités impliquant les relations sociales et préfèrent les activités solitaires.

5. Le tour de rôle

a. Chez l'enfant au développement normal

Le tour de rôle est une compétence communicative qui apparaît très tôt dans les interactions entre les parents et leur enfant. Vers 3, 4 mois, ils peuvent déjà se répondre à tour de rôle. Les tours de rôles sont établis à travers l'imitation des vocalises du bébé par l'adulte, mais aussi lorsque l'enfant et l'adulte jouent ensemble. L'enfant doit accepter de jouer différents rôles : prendre l'initiative et s'ajuster à la demande de l'autre. Pour ce dernier, il faut accepter l'autre et accepter qu'il ait des désirs différents des siens.

Cette compétence se met en place quasi-automatiquement mais nécessite de l'entraînement.

b. Chez l'enfant porteur d'autisme

On assiste à une défaillance de cette compétence dès son plus jeune âge. Les enfants porteurs d'autisme ne manifestent pas de conduites d'alternance des rôles. Cela est dû aux déficits de l'interaction, des procédures d'imitation et du jeu symbolique.

C'est un point que l'on peut travailler, notamment grâce au travail autour de l'imitation que je traiterai en troisième partie. Et j'illustrerai le tour de rôle avec Amari dans la partie « 2. Une émergence du tour de rôle ? »¹³ de la discussion.

¹³ Cf. *infra*. « 2. Une émergence du tour de rôle ? » p. 84/85.

6. Le regard

a. Chez l'enfant au développement normal

Le regard permet le partage d'informations, d'établir, de maintenir ou d'interrompre le contact. Les jeux de regards ponctuent l'interaction. Ils appartiennent au champ de la communication non-verbale.

b. Chez l'enfant porteur d'autisme

On note des anomalies du regard avec un évitement du regard. Il n'utilise pas le regard pour communiquer un intérêt ou attirer l'attention de l'autre. Le regard est souvent périphérique, dans le vide ou transparent.

Il est à noter que le défaut de cohérence central amène l'enfant porteur d'autisme à traiter toutes les informations visuelles dans le détail. Cela explique la difficulté pour la personne autiste de regarder dans les yeux, car le traitement visuel de toutes les mimiques du visage en plus du traitement de ce qui est énoncé oralement implique un surplus d'informations.

7. La posture

a. Chez l'enfant au développement normal

La proxémique fait référence à la façon dont nous nous positionnons par rapport aux autres. La distance que nous choisissons dans nos relations interpersonnelles varie en fonction des degrés d'intimité et les normes culturelles. Les attitudes corporelles transmettent aussi les réactions de l'interlocuteur à l'échange. C'est le dialogue tonico-émotionnel.

b. Chez l'enfant porteur d'autisme

Le sujet autiste semble ne pas percevoir les règles sociales de proxémique et peut, sans le vouloir, enfreindre certaines règles (ce qui peut être perçu comme une intention communicative). De plus, les attitudes corporelles chez les autistes sont peu porteuses de communication. Ils ne modifient pas leur posture en fonction de leur intérêt, ou bien au

contraire, le font de façon trop excessive. Dès son jeune âge, l'enfant autiste a une adaptation posturale déficitaire et une absence d'attitude anticipatrice.

8. *Les productions verbales*

a. Chez l'enfant au développement normal

Le vagissement, les pleurs et les cris sont les premiers moyens d'expression du nouveau-né. Prémices du langage, ces bruits constituent une première ébauche d'échange. L'enfant expérimente l'émission de sons, l'intonation du cri se spécialise rapidement, et la mère apprend à distinguer les cris de colère, de fatigue, de faim... Elle donne à ces cris la réponse la mieux adaptée.

Puis, à partir de 1 ou 2 mois, le bébé se met à babiller. Il produit des séquences phoniques qui ne sont plus des cris. La boucle audio-phonatoire se met en place grâce au niveau de maturation du système nerveux central, et ainsi le bébé différencie ses lallations et son jasis devient plus riche. La mère la renforce en répondant. Une sorte de dialogue vocal devient possible. Peu à peu, en passant par le babillage, on passe de la voix à la parole pour arriver vers, 12 mois, aux premiers mots. De la qualité de ce babillage dépend le futur développement du langage.

b. Chez l'enfant porteur d'autisme

Les pleurs du bébé autiste sont difficilement interprétables et se différencient peu. L'intonation de ses cris ne varie pas en fonction de la faim, de la colère ou autre. Le babillage est absent ou inhabituel et peu différencié, sans imitation de sons et d'expression. On note une absence de mots à 18 mois.

9. *Les gestes conventionnels et symboliques*

a. Chez l'enfant au développement normal

Les gestes conventionnels sont des mouvements spontanés de communication que l'on fait pour dire « oui », « au revoir », pour saluer, pour refuser, pour demander et autres. L'enfant les acquiert au contact de son entourage à partir de ses 12 mois. Ils ont la

particularité de reposer sur un code connu et partagé par tous les membres d'un même groupe culturel. Nous communiquons tous grâce à ces gestes conventionnels qui peuvent parfois remplacer la parole. Très vite, les intentions communicatives de l'enfant vont s'exprimer à travers eux.

Les gestes conventionnels de communication sont considérés comme des précurseurs des symboles. Les gestes de pointage font partie des gestes conventionnels.

b. Chez l'enfant porteur d'autisme

L'enfant autiste n'interprète pas correctement les gestes de communications, soit parce qu'il ne les a pas identifiés, soit parce qu'il n'arrive pas à se les représenter, soit parce qu'il ne comprend pas leur valeur.

De plus, l'enfant porteur d'autisme s'exprime peu par gestes conventionnels. Tous les autistes font des gestes apparentés conventionnels comme l'avancée des bras lors de la tentative de préhension, le rapprochement des mains lors du contentement ou le détournement de la tête dans un contexte de refus, mais ils font rarement des gestes conventionnels typiques comme « non », « bravo », « au revoir ». La fréquence des gestes diminue après 23 mois comme chez les enfants au développement normal mais sans être remplacé par le langage.

10. Les mimiques

a. Chez l'enfant au développement normal

Le visage est la partie la plus porteuse d'expressivité. Les expressions faciales et les mimiques nous informent de l'état émotionnel : la joie, la surprise, la colère, la peur, la tristesse... Elles sont donc un moyen de communication non-verbale très important. Ces expressions se fixent chez le bébé entre 0 et 6, 8 mois, grâce aux réactions de l'entourage qui met des mots dessus et leur accorde plus ou moins d'importance.

b. Chez l'enfant porteur d'autisme

Chez l'enfant porteur d'autisme, les expressions faciales sont pauvres et le sourire rare. Il ne manifeste pas de mimiques, de demandes, de rires, de colères et autres, ou alors de façon trop exagérée, mal appropriée au contexte socio-communicatif et peu dirigée.

La compréhension de ce mode de communication non-verbale est aussi très altérée.

11. La compréhension du langage oral

Les profils des enfants porteurs d'autisme sont très différents et il est important de noter que le niveau de compréhension est un des facteurs le plus variable en fonction des enfants. Les enfants autistes sans langage ont des difficultés de compréhension orale qu'il sera très important d'évaluer par les orthophonistes pour mettre en place un accompagnement adapté.

Les enfants avec autisme peuvent comprendre par le biais d'indices sans avoir compris le sens de la phrase énoncée, leur compréhension fait donc illusion. Par exemple, un enfant à qui l'on dit « La séance est terminée pour aujourd'hui » se dirige vers la porte. On peut penser qu'il a compris le sens de cette phrase alors qu'en fait, il a vu le psychomotricien et la stagiaire se diriger vers la porte une clé à la main. La compréhension peut être indicielle (geste, intonation, objet), environnementale (contexte) ou verbale (un mot prend sens dans une phrase).

B. L'accompagnement de l'enfant autiste sans langage

Un autisme sévère associé à un retard mental plus ou moins important laisse souvent l'enfant très démuni dans les situations de la vie quotidienne. Pour instaurer un mode de communication, l'orthophoniste va mettre en place des supports visuels qui vont aider l'enfant à prendre des repères, à anticiper et à comprendre ce qu'on attend de lui. Ces supports visuels seront construits avec le matériel que l'enfant peut appréhender selon son degré d'accès au symbolisme (objets, photos, images, dessins, pictogrammes...) et permettront de mettre en place un emploi du temps visuel. Ce dernier sera bénéfique pour l'enfant car il lui permettra d'anticiper, de savoir ce qu'on va lui demander de faire. Il permet également d'introduire un changement en prévenant et en préparant l'enfant qui pourra le visualiser. De plus, cet emploi du temps va permettre une mesure du déroulement temporel de la journée ou de la demi-journée écoulée. Le temps étant un concept particulièrement difficile à appréhender pour le jeune enfant en général et pour l'enfant porteur d'autisme en particulier, ce dernier visualisera le déroulement d'une journée avec les temps de pause, de repas et de fin des activités. Il est également possible d'ajouter une mesure concrète du temps nécessaire à une activité comme un time-timer, un chronomètre...

Certains enfants vont développer un mode de communication assez étendu grâce aux supports de communication qui vont être appelés « communication augmentée » ou « communication alternative ».

La communication est dite « augmentée » lorsqu'il s'agit de favoriser le développement du langage oral par la superposition de plusieurs canaux de communication (gestuel, symbolique, écrit...). L'utilisation de plusieurs afférences apporte une redondance au message. Cette présentation multimodale permet à l'enfant de s'approprier et d'utiliser le moyen le plus adapté à ses capacités (orales, motrices, mnésiques).

La communication est dite « alternative » lorsque le langage oral ne se développe pas. C'est un moyen substitutif qui va permettre à l'enfant de communiquer avec son entourage par un autre moyen que le langage oral.

Je développerai ici deux moyens de communication les plus utilisés en général par les orthophonistes, le PECS et le Makaton. Ce sont également les deux systèmes utilisés sur mon lieu de stage. Ces systèmes sont construits en plusieurs étapes et tiennent compte des particularités de fonctionnement des personnes ayant des troubles de la communication.

1. Le PECS : Picture Exchange Communication System

Le PECS a été développé en 1985 dans le cadre d'un programme pour enfants avec autisme du Delaware aux États-Unis. Il permet de travailler deux aspects du déficit autistique : la communication et les relations sociales. Il suit le développement du langage dans la mesure où l'enfant apprend comment communiquer (ici en exprimant une demande avec une image) puis comment adresser des messages spécifiques avec des images différentes. Le PECS définit 9 aptitudes de communication essentielles à acquérir :

- Demander un objet désiré.
- Demander de l'aide.
- Demander une pause.
- Refuser/rejeter des offres d'autrui.
- Répondre par l'affirmative aux offres d'autrui.
- Apprendre à attendre.
- Répondre aux consignes fonctionnelles visuelles ou orales.
- Réagir aux indices de transition.
- Suivre un emploi du temps.

Le PECS implique un matériel spécialisé, c'est-à-dire des images de taille identique. Suivant le niveau des enfants, nous utiliserons des symboles, des pictogrammes, des images ou des photos. Les images seront rangées dans un classeur avec des bandes velcro et une bande-phrase. Les personnes impliquées sont le partenaire de communication qui va interagir avec l'enfant, placé en face de lui et accueillant la demande. Et l'incitateur physique, ou le facilitant qui va accompagner l'enfant se place derrière lui. Il attend que l'enfant initie la demande puis l'incite physiquement à échanger l'image et amenuise peu à peu son aide jusqu'à ce que le geste soit autonome.

Le PECS comporte 6 phases que nous détaillerons brièvement :

- Phase 1 : comment communiquer. En voyant l'objet/aliment désiré, l'enfant guidé par l'incitateur physique, prend l'image de l'objet/aliment, tend le bras vers le partenaire de communication, lâche l'image dans la main du partenaire. Cette étape est associée à une récompense sociale ou au nom de l'objet. C'est un travail initial sur la qualité de l'échange et sur l'importance de l'aide du facilitateur dont l'aide diminuera progressivement. L'enfant autiste peut répondre à une sollicitation mais initie très difficilement un échange. C'est cet apprentissage de la spontanéité de l'échange qui sera abordé en premier.
- Phase 2 : distance et persistance. La distance entre le classeur et le partenaire de communication est augmentée. L'objectif est que l'enfant se dirige vers son classeur de communication, décroche l'image, aille chercher le partenaire, attire son attention et lui remette l'image. On utilise toujours une image à la fois, les partenaires de communication doivent varier. Le facilitateur aide l'enfant à se lever de sa chaise et le guide dans ses déplacements, son aide devra diminuer jusqu'à l'autonomie.
- Phase 3 : discrimination d'images. Cette phase peut débuter quand l'enfant a acquis un répertoire de 5 à 10 images. L'objectif est que l'enfant puisse demander les objets désirés en allant vers le classeur de communication, en choisissant l'image appropriée parmi une sélection, puis en allant vers le partenaire de communication et en la lui donnant. La présence du facilitateur n'est plus nécessaire. Il convient de changer régulièrement les images de place dans le classeur.
- Phase 4 : structuration de la phrase. L'objectif est que l'enfant demande des objets présents ou non en se servant d'une phrase à mots multiples. Pour cela, il va chercher son classeur, prend l'image (symbole « je veux ») qu'il place sur la bande-phrase, puis il place à la suite l'image de l'objet désiré et donne la bande au partenaire de communication. Ce dernier lit la phrase en pointant les deux images. L'enfant pourra

aussi demander plusieurs objets et on lui apprendra à utiliser le « et » pour les lier. A ce stade, on introduira le refus d'une demande.

- Phase 5 : réponse à la question « qu'est-ce que tu veux ? ». L'objectif est que l'enfant demande spontanément une variété d'objets et qu'il réponde à la question.
- Phase 6 : mise en place des commentaires. L'objectif final est que l'enfant réponde aux questions « qu'est-ce que tu veux ? », « qu'est-ce que tu vois ? », « qu'est-ce que tu as ? », « qu'est-ce que tu entends ? » et qu'il fasse des demandes et des commentaires spontanés.

Le PECS est un système qui permet à l'enfant de développer des capacités de communication. L'utilisation de supports imagés accompagne le développement du langage oral, le renforce, ou la remplace s'il ne se développe pas. Il est facilement accessible à l'entourage de l'enfant. Toutefois, il nécessite une formation spécifique pour sa mise en place et doit être utilisé par tout l'entourage de l'enfant si on veut que l'enfant puisse généraliser ce mode de communication.

J'évoquerai l'utilisation du PECS avec Amari dans la partie « B. L'utilisation adaptée des outils de communication »¹⁴ de la discussion.

2. *Le Makaton*

Le programme Makaton a été mis au point en 1973 par Margaret WALKER, orthophoniste britannique, pour répondre aux besoins d'un public d'enfants et d'adultes souffrant de troubles d'apprentissage et de la communication. C'est le programme de communication augmentée le plus utilisé en Grande-Bretagne. Il a été introduit en France en 1996. L'adulte oralise et signe les mots en suivant le déroulement syntaxique de la phrase orale. Les objectifs du programme Makaton sont :

- D'établir une communication fonctionnelle.
- D'améliorer la compréhension et favoriser l'oralisation.
- De structurer le langage oral et le langage écrit.
- De permettre de meilleurs échanges au quotidien.
- D'optimiser l'intégration sociale.

C'est un programme original du fait de sa multi-modalité. Il utilise à la fois la parole, les signes et les pictogrammes. Les signes et les pictogrammes procurent un feed-back kinesthésique et visuel, alors que le langage oral ne laisse qu'une trace auditive fugace. Le

¹⁴ Cf. *infra*. « B. L'utilisation adaptée des outils de communication » p. 85.

vocabulaire est volontairement restreint pour réduire la charge mnésique. Ce vocabulaire est personnalisé pour convenir aux besoins personnels de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte.

Pour être fonctionnel un système de communication augmentée doit être simple à apprendre, utilisable immédiatement et doit mettre l'enfant en confiance. Ces considérations ont donc amené à la conception du vocabulaire Makaton en quatre principes fondamentaux :

- Cibler l'apprentissage sur l'enseignement d'un vocabulaire de base, restreint en quantité, mais très fonctionnel.
- Organiser ce vocabulaire en niveaux de difficultés.
- Personnaliser le vocabulaire en fonction des besoins spécifiques de chaque enfant.
- Combiner l'utilisation de différentes modalités de communication (gestes, symboles, langage oral).

Les signes réalisés par l'adulte attirent le regard de l'enfant. L'enfant s'approprie le signe lorsqu'il se rend compte qu'il peut obtenir un objet désiré par ce biais. C'est un moyen de communication immédiatement disponible. Les pictogrammes offrent un avantage particulier car ils fournissent une image visuelle constante et peuvent être manipulés. Les supports pictographiques sont souvent privilégiés par l'enfant autiste. Ils aident à structurer l'expression, à améliorer la compréhension et organiser ou anticiper les activités et les situations. Ils entrent dans la composition des emplois du temps visuels.

Le programme Makaton apporte une progression structurée en 8 niveaux, du niveau le plus simple jusqu'à l'expression de phrases complètes et complexes. Les signes permettent un renforcement de la compréhension de l'enfant et favorisent son intelligibilité sur le plan expressif. Cependant, la réussite de cette approche reste conditionnée par son utilisation par le plus grand nombre d'intervenants autour de l'enfant et l'implication familiale apparaît indispensable, tout comme le PECS.

III. L'imitation

A. Qu'est-ce que l'imitation ?

L'imitation est un phénomène qui prend des formes multiples, et selon ses formes, est plus ou moins exigeante en capacités. Certaines d'entre elles sont communes à tous les types d'imitation comme l'attention (il faut regarder ou regarder l'autre pour imiter) et les capacités motrices qui seront plus ou moins limitées selon les individus, leur âge et leur intérêt pour ce que font les autres.

L'étude menée par Jennifer A. STEVENS¹⁵ en 2000 montre que le cerveau distingue les actions que nous ne pouvons réaliser à cause des contraintes physiques que nous impose notre corps (par exemple, plier notre coude à l'envers). En effet, l'étude montre que lorsque des mouvements possibles sont présentés, les régions pariétales et prémotrices s'activent. Au contraire, elles ne s'activent pas lorsque les mouvements projetés étaient impossibles à reproduire. Ainsi, il ne suffit pas d'être attentif à ce que l'on veut imiter, il faut avoir le potentiel moteur pour le faire.

Leslie GONZALEZ-ROTHI, Cynthia OCHIPA et Kenneth HEILMAN¹⁶ décrivent les diverses composantes de l'imitation. Celles-ci ne sont pas toutes nécessaires lorsque l'imitation est simple, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas d'actions intermédiaires :

- L'attention visuelle ou auditive.
- Le transfert intermodal (transformer ce que l'on voit en mouvement par exemple).
- La connaissance du corps.
- La production motrice.
- La mémoire.
- Le contrôle moteur de l'activité.
- Le rapport moyen-but (faire le bon mouvement pour faire aboutir l'action).
- L'analyse séquentielle des sous-buts (avancer étape par étape).
- La planification.
- La représentation.
- La rotation mentale.

On reconnaît dans ces éléments, des mécanismes directement liés aux fonctions exécutives.

¹⁵ STEVENS Jennifer A., 2000.

¹⁶ GONZALEZ-ROTHI Leslie-J., OCHIPA Cynthia, HEILMAN Kenneth-M., 1991.

1. Imiter quoi ?

L'imitation était d'abord définie comme la reproduction de gestes ou d'actions nouveaux pour l'imitateur. La reproduction d'une action familière n'était pas considérée comme de l'imitation. Elle était donc perçue comme un outil d'apprentissage.

L'imitation de gestes, de postures, d'actions ou autres ne requièrent pas les mêmes capacités. Il est plus aisé d'imiter des mouvements que des actions, car les mouvements impliquent le corps tout seul, tandis que les actions supposent de mettre en relation le corps avec l'environnement (souvent par l'intermédiaire d'objets). Cela exige de se placer dans l'espace, de prendre en compte la droite et la gauche... Il y a donc des imitations plus précocement accessibles que d'autres, selon les capacités motrices développées. Jean PIAGET avait déjà montré le parallélisme étroit entre les stades du développement de l'intelligence sensorimotrice et les stades du développement de l'imitation en 1945¹⁷.

Il est important de rappeler que l'imitation d'actions nécessite des mouvements connus à notre répertoire. En effet, on ne peut aller contre les contraintes biologiques de notre corps et il faut déjà avoir effectué une action pour que notre cerveau réagisse à son observation. Une étude¹⁸ avec des danseurs classiques montre que leurs cerveaux s'activent fortement à l'observation d'une danse classique et peu à celle de capoeira. Et inversement avec les danseurs de capoeira. On ne peut réagir à des actions que si l'on a les moyens de les réaliser dans son répertoire moteur.

Il faut faire la distinction entre ce qui est familier et ce qui est nouveau dans la question de l'imitation, mais aussi ce qui est possible d'imiter et ce qui ne l'est pas. C'est grâce à notre répertoire d'actions familières que l'on peut apprendre des actions nouvelles. Et donc plus nous disposons d'un large répertoire, plus les recombinaisons sont multiples et plus on peut réaliser de nouvelles actions.

« Imiter quoi » renvoie donc au caractère familier ou nouveau de l'action produite.

¹⁷ PIAGET Jean, 1978.

¹⁸ CALVO-MÉRINO Beatriz, GRÈZES Julie, GLASER Daniel E., PASSINGHAM Richard E. et HAGGARD Patrick, 2005.

2. Imiter quand ?

Imiter tout de suite, plus tard ou beaucoup plus tard n'a pas les mêmes effets et n'impliquent pas les mêmes capacités. On distingue :

- L'imitation immédiate.
- L'imitation différée.
- L'imitation décalée.

Ces types d'imitation exigent de la mémoire à des niveaux différents et ont des conséquences sociales différentes.

L'imitation immédiate désigne le fait de faire comme l'autre et en même temps. Cette imitation est repérée par l'autre. L'imitateur aura un effet sur le modèle. Ce dernier va réagir à travers de la colère, de la frustration, de la curiosité. L'imitateur va donc entrer en relation avec lui. L'imitation a ici une fonction de communication, c'est un moyen de communication. L'objectif ici est de s'adresser à l'autre, peu importe si l'imitateur apprend quelque chose de nouveau ou pas.

L'intérêt pour l'imitation immédiate a été initié par Jacqueline NADEL en 1979. Elle souligne que l'imitation est une de plus puissantes capacités humaines, à la base de deux fonctions adaptatives de base : l'apprentissage et la communication¹⁹.

L'imitation différée désigne le fait de réaliser la même chose bien après l'autre, et en son absence. L'imitation se passe plus tard et ailleurs. Ici, l'imitation n'a pas de fonction d'interaction avec l'autre. Il s'agit plutôt de recourir à sa mémoire et de reproduire l'action dans un autre contexte qui fait sens. Il faut pour cela, comprendre la relation entre l'action et l'effet qu'elle produit. L'objectif est d'apprendre quelque chose de nouveau ou bien de réaliser l'action de façon à ce qu'elle ait un effet nouveau pour soi.

L'imitation décalée désigne le fait de faire la même chose avec retard. Elle concerne également l'apprentissage mais sous contrôle d'une personne qui sait faire quelque chose que nous ne savons pas faire. Par exemple, faire un massage cardiaque ou apprendre une nouvelle danse. L'objectif n'est pas de communiquer mais d'apprendre.

« Imiter quand » se réfère au délai entre la production de l'activité modèle et la reproduction. Cette distinction touche aussi bien aux circonstances sociales de la reproduction (la personne imitée est présente ou non) qu'aux capacités mnésiques (l'imitation est

¹⁹ NADEL Jacqueline, 2001.

immédiate ou suppose un rappel) et aux capacités de représentations motrices (l'imitation reproduit une action en cours ou une action passée dont on simule l'actualité).

3. Imiter comment ?

L'imitation est également caractérisée par la façon dont elle est réalisée. On parle de la qualité de l'imitation. On distingue plusieurs éléments à prendre en compte :

- L'imitation exacte ou approximative : l'imitation exacte est la forme la plus rare.
- L'imitation complète ou partielle : on parle d'imitation partielle lorsqu'une partie seulement du comportement d'ensemble est réalisé ou quand la réalisation se fait avec une autre partie du corps.
- L'imitation d'emblée ou après de multiples corrections.

Cet aspect qualitatif de l'imitation nous renseigne notamment sur les capacités motrices de la personne, sachant que cela peut également traduire la qualité de la perception.

On distingue également l'imitation à l'initiative de l'imitateur de celle qui est provoquée. Lorsque l'imitateur a choisi son modèle, c'est qu'il éprouve de l'intérêt pour la personne qu'il imite ou pour son action. L'imitation est sélective lorsqu'elle est spontanée. Imiter reste donc un choix.

« Imiter comment » suggère donc de distinguer le contexte de la reproduction : l'imitation spontanée est sélective du modèle et l'imitation commandée suppose seulement de suivre l'exécution en cours ou rappelée.

4. L'imitation vocale, écholalie

Outre l'imitation gestuelle, on distingue également l'imitation vocale et verbale. L'imitation vocale consiste à reproduire des sons entendus, souvent avec la même intonation. Elle est très fréquente dans les premiers mois de la vie et constitue un élément primordial à la préparation au langage. Comme l'imitation gestuelle, on retrouve l'imitation vocale immédiate et l'imitation vocale différée.

L'imitation verbale immédiate consiste à répéter les mots qu'on entend. Elle constitue un élément important de l'acquisition du vocabulaire pendant les trois premières années de vie.

L'imitation verbale différée est difficile à repérer, car il s'agit de répétitions d'exclamations ou de sons utilisés plus tard et dans une autre occasion. Elle représente un élément capital de l'acquisition du langage productif (le langage que l'on produit soi-même), surtout lorsque le mot reproduit est utilisé de manière adaptée.

Dans le cas des enfants TSA, l'imitation vocale est désignée sous le terme d'écholalies. C'est la répétition de ce qui vient d'être dit. L'écholalie, ici, peut présenter les mêmes caractéristiques de l'imitation vocale du jeune enfant qui commence à parler, or ils ne sont pas interprétés de la même manière. Elle est pourtant un bon pronostic pour un accès possible au langage ultérieurement. Cependant, parfois l'imitation peut rester le seul moyen langagier de l'enfant. La reproduction et la production d'un mot sont différentes sur l'initiative et la construction du concept.

L'imitation vocale peut également relever de la reproduction sans que le contexte soit adapté. C'est une des tournures négatives de l'imitation vocale.

B. L'imitation de mouvements et d'actions familiers

L'imitation de mouvements et d'actions familiers déjà stockés dans le répertoire peut paraître sans grand intérêt. Cependant, cette forme basique d'imitation est un puissant levier d'acquisitions. Jacqueline NADEL décrit les bénéfices de cette forme d'imitation pour le développement moteur, social et pour la conscience de soi²⁰.

1. Bénéfice moteur

La reproduction de mouvements ou d'actions déjà inscrits dans le répertoire permet la consolidation des traces motrices (ancrage corporel) et une automatisation du répertoire. Les rappels se font grâce à la perception. Plus l'action est automatisée, plus le rappel est facilité. Lors de l'observation d'action, on relève une activation similaire à la production dans le cortex prémoteur mais aussi dans le cortex moteur primaire et le cortex primaire somatosensoriel²¹. Cela suggère que les mouvements et leurs composantes proprioceptives et somatotopiques sont stockés en tant que représentations motrices et somatosensorielles et que ces représentations sont rappelées durant l'observation d'action. Ainsi, en imitant des actions

²⁰ NADEL Jacqueline dans « *Autisme et Psychomotricité* » de PERRIN Julien et MAFFRE Thierry, 2016, pp. 231-247.

²¹ RAOS Vassilis, EVANGELIOU Mina et SAVAKI Helen, 2007.

familiales, les enfants exerceraient leur imagerie motrice. Ces imitations précèdent aux imitations d'actions nouvelles car il est nécessaire d'avoir stocké suffisamment de représentations motrices pour pouvoir les recombinaison en imitation d'actions nouvelles.

J'illustrerai le bénéfice moteur avec Amari dans la partie « a. L'émergence de l'imitation par la répétition du cadre »²² de la discussion.

2. Bénéfice social

Le bénéfice social est l'intersubjectivité. Il rend compte de l'attention portée à l'autre et de l'expérience « imiter » et « être imité ». Il entraîne au tour de rôle et à la synchronie dans les jeux d'imitation. Durant la période pré-verbale, il permet la rencontre lors des échanges entre pairs.

Je l'évoquerai avec Amari dans la partie « b. L'émergence de la relation »²³ de la discussion.

3. Bénéfice pour la conscience de soi

Ce bénéfice est lié au fait que l'individu peut s'approprier une action proposée par l'autre, et se rendre compte des conséquences de l'action de l'autre sur l'objet, dans le jeu ou sur le partenaire. C'est la différence des rôles entre imitateur et modèle qui engendre une distinction entre moi et l'autre.

J'illustrerai le bénéfice pour la conscience de soi avec Adrien dans la partie « b. L'imitation, un bénéfice pour la conscience de soi »²⁴ de la discussion.

C. L'imitation d'actions nouvelles

Lorsque l'on apprend des actions nouvelles par observation, il y a acquisition de savoir-faire mais aussi d'une réorganisation du répertoire. En effet, apprendre de nouvelles actions suppose d'exploiter ce qui est acquis en le recomposant. A partir de patterns moteurs stockés, les enfants peuvent produire des variations qui enrichissent leur répertoire. C'est une grande clé du développement psychomoteur et de l'imitation en particulier.

²² Cf. *infra*. « a. L'émergence de l'imitation par la répétition du cadre » p. 72.

²³ Cf. *infra*. « b. L'émergence de la relation » p. 73.

²⁴ Cf. *infra*. « b. L'imitation, un bénéfice pour la conscience de soi » p. 74/75.

D. Imitation et développement psychomoteur

Les conduites imitatives dépendent de la maturation neuromotrice. Elles suivent les lois de maturation qui façonnent le développement psychomoteur : la loi de maturation progressive, de différenciation, d'équilibration et de variation. Elles permettent aussi d'acquérir de nouvelles capacités motrices, de nouveaux schèmes moteurs et d'enrichir le répertoire psychomoteur de l'enfant.

Les étapes de développement de l'imitation selon Jacqueline NADEL²⁵

- A la naissance : premières imitations du bébé autour de la bouche (protrusion de la langue, ouverture de la bouche), clignements des yeux, expressions faciales.
- 1 mois : début des auto-imitations exerçant le couplage entre perception et action.
- 2 mois : imitation de mouvements de la tête, du buste, des bras et des mains.
- 3 mois : imitation de trajectoire sur le corps.
- 6 mois : imitation d'actions familières simples avec des objets familiers, imitation différée de 24 heures dans des conditions de répétition de l'acte-modèle ou de renforcement.
- 9 mois : imitation d'actions familières avec des objets non familiers, premiers apprentissages par observation seule, reproduction de l'action mais pas du but.

Importants changements entre 9 et 12 mois

- 10 mois : début d'imitation du but d'une action.
- 12 mois : imitation de l'action et du but de l'action, imitation de deux actions simples familières enchaînées et de gestes bi-manuels.
- 14 mois : imitation réussie d'une action-modèle ratée : compréhension de l'intention d'une action, manifestant ainsi qu'il a établi des relations entre objet et action.
- 18 mois : imitation d'actions complexes enchaînant au moins trois actions familières simples.
- 21 mois : imitation d'actions contrevenant à l'apprentissage culturel.
- 24 mois : imitation de deux actions enchaînées portant sur un objet nouveau 24 heures après observation.
- 30 mois : imitation de gestes non significatifs impliquant des parties non visibles du corps.

²⁵ NADEL Jacqueline, 2011.

E. La boîte à outil de l'imitation

La boîte à outil de l'imitation est le cerveau, avec ses neurones, ses réseaux neuronaux et ses régions d'intérêt pour l'imitation. Grâce à la possibilité d'obtenir des images de l'activité du cerveau en fonctionnement (imagerie fonctionnelle par résonance magnétique, électroencéphalographie, magnétoencéphalographie, stimulation magnétique transcranienne), nous sommes capable de repérer quelles zones sont activées en même temps lors d'un comportement. Cependant, il faut s'assurer que les activités enregistrées sont causées par l'action ou par l'imagination de l'action et non par quelque chose de plus général. Grâce à ces techniques, deux consensus ont pu être mis en évidence pour produire des imitations : premièrement, les rapports fait par le cerveau entre faire et imaginer faire, et deuxièmement, les rapports entre voir faire et faire.

1. Faire et imaginer faire

Quelle est la différence pour notre cerveau entre faire une action ou imaginer la faire ? Les travaux de Marc JEANNEROD en 1995²⁶ démontrent que les mouvements imaginés et les mouvements produits activent les mêmes aires cérébrales. Celles connues pour leur rôle dans la programmation motrice sont également actives au cours de l'imagerie motrice et donc au cours de la représentation mentale de l'action. Ces zones cérébrales sont le cortex prémoteur, l'air motrice supplémentaire, les noyaux gris centraux et le cervelet latéral.

Ce fonctionnement du cerveau concerne l'individu seul face à lui-même, à son répertoire moteur et à son imagerie motrice. Ce fonctionnement solitaire ne concerne pas l'imitation, qui suppose de toujours prendre le modèle de quelqu'un d'autre. En revanche, cela nous permet de savoir que le cerveau traite de la même façon ce que l'on fait et ce que l'on imagine faire. C'est un outil précieux pour l'apprentissage par observation, cependant nous ne sommes pas seul dans ce cas-là. C'est là qu'intervient l'intérêt du deuxième consensus en neuro-imagerie.

²⁶ JEANNEROD Marc, 1995.

2. Voir faire et faire

Dans ce cas-là, l'individu n'est pas seul face à son répertoire, il y a le répertoire de l'autre. L'équipe de Giacomo RIZZOLATTI²⁷ montre que les mêmes neurones du cortex prémoteur sont impliqués lors de mouvements de préhension du macaque, et lorsqu'il observe ces mêmes mouvements faits par quelqu'un d'autre. Le cortex prémoteur intervient donc pour sélectionner et préparer une action ou l'imaginer, mais aussi lorsque l'animal voit faire les actions d'autrui. C'est ce que l'on a appelé le couplage perception-action.

Ce couplage entre la perception (réelle ou évoquée) et l'action a été expliqué par l'existence de neurones miroirs. Ils semblent refléter sur le cerveau ce qui est perçu de l'extérieur. La présence d'activations simultanées entre différentes régions cérébrales durant l'exécution comme durant l'observation d'actions assure l'existence d'un réseau neuronal miroir (Système Neuronal Miroir ou SNM*).

3. Le couplage perception-action

La similitude des activités cérébrales lors de la perception et de l'action a rapidement mené à l'hypothèse que le couplage perception-action et les régions qui lui correspondent sont impliqués dans l'imitation et l'apprentissage par observation. Le cerveau traduirait directement l'observation d'une action en termes moteurs ce qui permettrait son exécution. L'idée est que l'aire de Broca décrirait l'action observée en termes moteurs sans entrer dans les détails. Le pariétal, lui, coderait les détails du mouvement. De plus, il permettrait de préserver la distinction entre ce que l'on fait, soi, et ce que fait l'autre par la différence de ressenti moteur entre faire et regarder faire.

²⁷ RIZZOLATTI Giacomo, FADIGA Luciano, FOGASSI Leonardo et GALLESE Vittorio, 1996.

F. L'imitation dans le TSA

1. Controverse actuelle : l'enfant atteint de TSA peut-il imiter ?

a. Le couplage perception-action dans le TSA

Ce domaine a entraîné beaucoup de débats. Peu de précautions cliniques ont été prises, sûrement causé par un grand enjeu : trouver l'explication de l'autisme dans un dysfonctionnement du système miroir. Ce dysfonctionnement entraverait les capacités basiques de couplage entre perception et action, donc ne permettrait pas l'imitation et la communication, l'accès au langage, l'accès à une théorie de l'esprit... Le raisonnement était le suivant : il y a un déficit spécifique de l'imitation et de la communication dans le TSA, les neurones miroirs sont le système sous-tendant l'imitation, donc les neurones miroirs doivent mal fonctionner. C'est à partir de ce raisonnement que naît la « théorie des miroirs brisés de l'autisme »²⁸.

Seulement, cette théorie présente de nombreux contre-arguments. Les difficultés d'imitation ne sont pas une généralité en ce qui concerne les individus présentant un TSA, elles ne sont pas spécifiques de l'autisme et elles pourraient être présentes chez un individu sans TSA. De plus, certaines études comportementales montrent que certaines formes d'imitation sont intègres dans le TSA²⁹. D'autres études plus récentes démontrent une activation normale de système neuronal miroir durant l'observation d'action dans le cas de TSA³⁰. Même si ces études montrent une hétérogénéité de résultats, elles permettent de mettre en exergue des similitudes de fonctionnement cérébral pendant la performance d'une tâche donnée.

b. La personne autiste présente-t-elle des difficultés à imiter?

Tout d'abord, l'hétérogénéité de l'autisme implique qu'une généralisation n'est pas possible. Les niveaux de comportement diffèrent énormément. Comment est-il alors possible de croire qu'il puisse y avoir une incapacité à imiter dans tous les cas ? Il faut également noter

²⁸ WILLIAMS Justin H.G, WHITEN Andrew, SUDDENDORF Thomas, PERRETT David I., 2001.

²⁹ BIRD Geoffrey, LEIGHTON Jane, PRESS Clare et HEYES Cecilia, 2007.

³⁰ MARSH Lauren et HAMILTON Antonia, 2011.

que le résultat de l'imitation sera différent en fonction du type d'imitation proposée à l'individu : symbolique ou non symbolique, arbitraire ou signifiant, instrumental ou corporel, immédiat ou différé.

Une deuxième chose à noter, c'est la capacité des personnes autistes à faire des imitations vocales (écholalies). Même si ce ne sont pas les mêmes mécanismes qui sont mis en place, il serait bien curieux que l'imitation soit présente dans le domaine des sons et pas dans le domaine des gestes. L'écholalie était d'abord considérée comme dénuée de sens : « répétition involontaire et dénuée de sens, par un malade, des derniers mots qu'il vient d'entendre »³¹. Or, certains auteurs américains, comme Theodore SHAPIRO³², la voyait déjà comme ayant une fonction de communication et participant au développement du langage. Ils notent l'importance des productions écholaliques dans le répertoire des enfants non mutiques diagnostiqués autistes.

Barry PRIZANT et Judith DUCHAN proposent quatre stades entre le passage de l'écholalie au langage dans un développement ordinaire :

- Stade 1 : les écholalies sont prédominantes.
- Stade 2 : les écholalies permettent d'exprimer des intentions et des commentaires par rapport à l'environnement. A la fin de ce stade l'enfant combine différemment mots. Les écholalies diminuent tandis que le langage productif apparaît.
- Stade 3 : on observe une fluidité croissante dans l'utilisation du langage spontané pour des fonctions qu'occupaient les écholalies auparavant.
- Stade 4 : les écholalies sont vestigiales et le langage prédomine.

Serait-il possible d'établir un tableau évolutif pour les imitations gestuelles où imiter des gestes et des actions permettrait ensuite de les utiliser librement ? C'est le questionnement que se pose Jacqueline NADEL³³.

Troisième chose, s'il existe un déficit de l'imitation chez une personne autiste, il faut se poser la question de l'origine de cette déficience. Celle-ci peut refléter un trouble de la mise en œuvre de mouvements volontaires ou alors l'action à imiter peut être non adaptée à la personne³⁴. Dans le cas du trouble des mouvements volontaires, il est à noter que, souvent, le déficit imitatif est diagnostiqué sans, au préalable, avoir pris en compte le développement moteur de la personne. On considère généralement que le développement moteur global est

³¹ BLOCH Henriette et Coll., 1997.

³² SHAPIRO Theodore, 1977.

³³ NADEL Jacqueline, 2011.

³⁴ Cf. *supra*. « 1. Imiter quoi ? » p. 31.

normal (l'enfant peut marcher, courir et sauter). Mais ce qui frappe, c'est la limitation de la motricité, le peu de diversité des gestes fonctionnels. Ainsi donc, l'imitation pourrait tout simplement être limitée du fait des limitations du répertoire moteur.

Autres possibilités, le déficit imitatif pourrait être causé par une déficience de planification de l'action, un déficit dans le développement des fonctions exécutives, un déficit dans la perception de l'organisation des mouvements ou alors une perception et une représentation du monde extérieur différente à la notre. En résumé, le déficit imitatif dériverait d'une anomalie de traitement des informations perceptives concernant le mouvement.

Le DSM-IV et le DSM-V évoquent une possible difficulté d'imitation, la forme différée décrite par Piaget dans le jeu de faire semblant ou le jeu social d'imitation. Ces deux formes sont sujettes aux difficultés particulières des personnes autistes. En revanche, ce n'est pas un déficit imitatif dont il est question mais de difficultés dans la sphère de l'élaboration des symboles (représentation) ou de difficultés à s'intéresser à l'environnement social.

Comme nous l'avons vu, l'imitation est sélective³⁵. Peut-être les enfants autistes sont particulièrement sélectifs dans ce qu'ils imitent. Ce qui les frappe et retient leur attention n'est sans doute pas la même chose que ce qui retient notre attention. Du coup, une partie de ce qu'ils imitent spontanément peut nous échapper parce qu'on ne fait pas la relation entre ce qu'ils font et ce qu'ils ont observé. Il est également possible que nous soyons trop rapides dans nos actions pour qu'ils aient le temps de les suivre. Bruno GEPNER et Carole TARDIF³⁶ ont démontré en 2009 que les mouvements ralentis sont plus accessibles à l'observation et à l'imitation chez certaines personnes avec TSA, en particulier les personnes non verbales et de niveau limité de fonctionnement.

c. L'imitation spontanée

Selon Jacqueline NADEL, l'imitation spontanée chez les enfants présentant un TSA peut être très bénéfique pour la communication, notamment avec les notions de synchronie, de tour de rôle et d'attention conjointe. Cela à travers des imitations simples et la reconnaissance d'être imité. Comme nous l'avons vu, suivant le type d'action, l'enfant avec TSA est plus ou moins réceptif et donc amené à imiter. Il y a donc la capacité d'imiter un tant

³⁵ Cf. *supra*. « 3. Imiter comment ? » p. 33.

³⁶ GEPNER Bruno et TARDIF Carole, 2009.

soit peu et de reconnaître être imités. Cela suggère une possible utilisation de l'imitation pour communiquer.

Les recherches menées par NADEL ont démontré que les enfants non verbaux avec autisme étaient capables d'imiter leur partenaire en synchronie sur des actions simples. Ces expériences³⁷ ont été réalisées avec deux enfants, un présentant le diagnostic d'autisme et l'autre non. Les résultats sont les suivants : tous les enfants avec autisme ont imité au moins certaines actions familières simples de leur partenaire, et certains ont même imité des usages non familiers des objets, dans un but de communication. Deux des huit couples ont même présenté une synchronie et une alternance des rôles. Dans les six autres dyades, les enfants avec autisme imitaient dans la mesure de leurs moyens mais les enfants sans autisme n'ont jamais imité leur partenaire avec autisme. Cela s'explique par un répertoire d'actions trop pauvre pour donner envie d'être reproduit. Le tour de rôle est donc difficile à évaluer dans ces cas.

Ces résultats ont amené NADEL à mieux définir le partenaire d'imitation afin que le tour de rôle se mette en place plus facilement : avec un adulte.

Nous pouvons également penser que la difficulté pour les personnes autistes dans l'imitation spontanée, et l'instauration d'un tour de rôle, réside dans la « négociation » : elle se fait à deux et consiste à comprendre le moment où l'autre est prêt à lâcher son rôle de modèle pour prendre celui d'imitateur, ou l'inverse.

2. Evaluer l'imitation dans le TSA : le PEP-R* et la CARS*

Je présenterai dans cette partie, deux outils d'évaluation générale de l'autisme utilisés sur mon lieu de stage dans lesquels le domaine de l'imitation est évalué : le PEP-R et la CARS.

a. Le Profil psycho-éducatif révisé : le PEP-R

Le PEP* a été mis au point par Eric SCHOPLER en 1979. Cet outil a permis d'évaluer des enfants présentant des TSA et qui avaient été jusqu'alors considérés comme « instables ».

³⁷ NADEL Jacqueline, 2011, p. 102.

Le PEP est révisé en 1990 par Eric SCHOPLER, Robert Jay REICHLER, Ann BACHFORD, Margaret LANSING et Lee M. MARCUS suite à une loi stipulant l'obligation des programmes préscolaires pour les enfants âgés de 3 à 5 ans en situation de handicap. Il s'en est suivi une tendance à diagnostiquer de manière plus précoce l'autisme et les troubles de développement et à intégrer les plus jeunes enfants dans des programmes préscolaires. Le PEP a donc été révisé pour mieux répondre à la demande et faciliter l'identification des difficultés cognitives et d'apprentissage spécifiques à l'autisme. Les résultats permettent de mettre au point des programmes éducatifs individualisés pour ces enfants.

Le PEP-R est spécialement adapté à des enfants de niveau préscolaire ou au-dessous, c'est-à-dire entre 6 mois et 7 ans. La version révisée présente quatre nouveautés :

- Ajout d'items pour le niveau préscolaire, particulièrement pour la tranche d'âge antérieure à 2 ans et demi.
- Elargissement de sous-test du fonctionnement langagier.
- Adaptation des parties relatives à l'évaluation des comportements-problèmes.
- Modification de la terminologie afin de respecter les définitions et usages en vigueur.

Cette nouvelle version révisée donne une mesure cliniquement valide des capacités de l'enfant pour les raisons suivantes :

- La plupart des items ne dépendant pas des compétences linguistiques de l'enfant.
- La souplesse des procédures d'administration permet un ajustement aux troubles du comportement de l'enfant.
- Il n'y a pas de limites de temps pour la passation des items.
- Le matériel de test est concret et intéressant, même pour l'enfant en situation de handicap sévère.
- Tous les enfants testés peuvent avoir des réussites car les niveaux de développement concernés sont très divers.
- Le langage est évalué indépendamment des autres fonctions.

Le PEP-R nous donne des informations sur le niveau de développement atteint dans 7 domaines différents :

- Imitation.
- Perception.
- Motricité fine.
- Motricité globale.
- Coordination oculo-manuelle.

- Performance cognitive.
- Cognition verbale.

L'échelle de développement situe le fonctionnement de l'enfant par rapport à ses pairs. Plutôt que d'évaluer un enfant en utilisant seulement des cotations « Réussite » et « Echech », le PEP-R propose une troisième cotation appelée « Emergence ». Celle-ci indique une certaine connaissance de ce qu'il faut faire pour réussir l'activité, mais pas la compréhension complète ou les aptitudes nécessaires pour réussir l'activité.

Le PEP-R identifie également l'importance des troubles du comportement dans les domaines suivants : relations et affect (coopération et intérêt pour les personnes), jeu et intérêt pour le matériel, réponses sensorielles et langage.

L'échelle de comportements met en exergue tous les comportements inhabituels ou déviants qui sont quantifiés et qualifiés. Ils indiquent la sévérité des difficultés de comportement de l'enfant (« approprié », « léger » ou « sévère »).

Le domaine de l'imitation comporte 16 items qui évaluent les capacités de l'enfant à imiter tant sur le plan verbal que sur le plan moteur. Parmi ces items, nous retrouvons l'imitation de mouvements de motricité globale, l'imitation de l'usage de certains matériels et l'imitation de sons et de mots après démonstration par l'examineur.

b. L'échelle d'évaluation de l'autisme infantile : la CARS

La CARS est une échelle d'évaluation de l'autisme qui permet d'apprécier l'intensité des troubles autistiques. Elle a été créée par Eric SCHOPPLER et Robert Jay REICHLER en 1971. La dernière révision date de 1988. Cette échelle s'adresse aux enfants de tout âge à partir de 2 ans. Elle évalue 14 domaines qui sont généralement perturbés à des degrés variables dans l'autisme. De plus, elle permet une appréciation subjective du niveau général de perturbation (item 15). Chacun des 15 domaines de l'échelle est coté de 1 à 4, allant des réponses appropriées à sévèrement anormales. L'échelle est donc graduée de 15 à 60.

Les domaines évalués sont les suivants :

- Item 1 : Relations sociales.
- Item 2 : Imitation.
- Item 3 : Réponses émotionnelles.
- Item 4 : Utilisation du corps.
- Item 5 : Utilisation des objets.

- Item 6 : Adaptation au changement.
- Item 7 : Réponses visuelles.
- Item 8 : Réponses auditives.
- Item 9 : Goût, odorat, toucher (réponses et modes d'exploration).
- Item 10 : Peur, anxiété.
- Item 11 : Communication verbale.
- Item 12 : Communication non-verbale.
- Item 13 : Niveau d'activité.
- Item 14 : Niveau intellectuel et homogénéité du fonctionnement intellectuel.
- Item 15 : Impression générale.

Les résultats seront interprétés de la manière suivante :

- Entre 15 et 30 : non autistique.
- Entre 30 et 37 : légèrement à moyennement autistique.
- Entre 38 et 60 : sévèrement autistique.

Les créateurs de cette échelle précise ce qu'il attende de l'item de l'imitation : « L'évaluation porte sur la manière dont l'enfant imite les comportements verbaux et non verbaux. Le comportement à imiter doit se situer nettement dans les possibilités de l'enfant. Cette échelle a pour but d'évaluer la capacité d'imiter et non la capacité d'effectuer certaines tâches ou de produire certains comportements. Il est souvent intéressant de chercher à faire imiter des comportements que l'enfant a déjà présentés spontanément. »

Ils rajoutent « L'imitation verbale peut inclure la répétition de simples sons, ou la répétition de longues phrases. L'imitation motrice peut concerner la reproduction de mouvements de mains ou du corps complet, le découpage avec des ciseaux, la copie de formes avec un crayon, ou le jeu avec des objets. S'assurer que l'enfant comprend ce qu'il est supposé imiter dans le jeu. (...) Relever la manière dont l'enfant imite les sons et les mouvements simples ou complexes. Essayer de voir si l'enfant ne veut pas imiter, est incapable de comprendre ce que l'adulte attend de lui, ou est incapable de reproduire le son, le mot ou le mouvement qu'on veut lui faire imiter. Observer une grande variété de situations dans lesquelles l'imitation est requise. En particulier, noter si l'imitation apparaît immédiatement ou après délai important. »³⁸

³⁸ SCHOPLER Eric, REICHLER Robert Jay, ROCHEN-RENNER Barbara, 1988.

La cotation de l'imitation est la suivante :

1. Imitation appropriée : l'enfant peut imiter des sons, des mots et des mouvements qui correspondent à son niveau.
2. Imitation légèrement anormale : la plupart du temps, l'enfant imite des comportements élémentaires tels que taper des mains ou produire de simples sonorités. De temps à autre, il n'imitate que s'il y est poussé ou après un délai.
3. Imitation moyennement anormale : l'enfant n'imitate que de temps à autre et l'adulte doit insister et l'aider pour qu'il le fasse. Fréquemment, il n'imitate qu'après un certain temps.
4. Imitation sévèrement anormale : l'enfant n'imitate que rarement ou jamais des sons, des mots ou des mouvements, même quand il y est poussé ou aidé par l'adulte.

PARTIE CLINIQUE

Dans cette partie clinique, les prénoms des enfants ont été modifiés afin de respecter la confidentialité des patients. Les prénoms inscrits ont donc été inventés.

I. Une expérience en Hôpital de Jour

A. Histoire de l'institution

Le centre dans lequel se déroule mon stage a été créé en 1966. Il est né du besoin de fonder un établissement accueillant des enfants présentant une déficience intellectuelle et/ou des troubles de la personnalité. L'hôpital de jour et l'externat médico-pédagogique qui composent le centre sont alors créés. A cette période, les premiers hôpitaux de jour pour enfants et adolescents réclamant des soins spécialisés s'ouvrent en France. Ils permettent le traitement intensif et pluridisciplinaire de ces patients en milieu « ouvert », sans séparation avec leur entourage familial.

La gestion du centre est assurée par une association locale jusqu'en 1996, puis par une autre association à but non lucratif. Le centre est un établissement privé, non sectorisé mais intégré à l'infrastructure sanitaire et médico-sociale du département. Il est dirigé en double-direction par un directeur administratif et par un médecin-directeur pédopsychiatre. L'équipe pluridisciplinaire de l'établissement se compose d'une cinquantaine de professionnels³⁹.

L'histoire du centre est marquée par sa reconstruction en 1992 qui correspond à son implantation dans les locaux actuels. Ces locaux se composent d'un bâtiment principal à un étage et d'un bâtiment annexe. Le bâtiment principal est constitué d'une partie centrale (accueil, bureaux administratifs, bureaux de consultations, salle de détente du personnel) et de deux ailes symétriques. Une aile est consacrée à l'hôpital de jour, l'autre à l'externat médico-pédagogique. Ces ailes contiennent différentes salles pour les groupes d'enfants et les activités : une grande salle polyvalente, un gymnase, une salle d'hydrothérapie, des salles de classe, une salle Snoezelen... La salle de psychomotricité est située au rez-de-chaussée de l'aile de l'externat médico-pédagogique. Quant au bâtiment annexe, il est séparé du bâtiment principal par la cour de récréation et contient la cuisine, le réfectoire et la lingerie.

³⁹ Cf. Annexe 1 : Organigramme du personnel p. 96.

La particularité du centre est de réunir deux structures distinctes au sein du même établissement. Ceci permet un projet institutionnel autour de l'accueil dans une même institution d'enfants et d'adolescents aux pathologies différentes mais qui ont en commun leurs difficultés d'intégration dans les circuits habituels. L'hôpital de jour est une structure sanitaire psychiatrique pouvant accueillir 40 enfants et adolescents. L'externat médico-pédagogique est une structure médico-sociale d'éducation spécialisée pouvant accueillir 30 enfants et adolescents. Chacune de ces structures a des missions spécifiques mais elles se rencontrent toutes deux dans leur conception du soin. En effet, le soin est envisagé comme l'attention portée à l'autre, sa prise en charge et son accompagnement global, tant éducatif, pédagogique que thérapeutique.

B. L'Hôpital de Jour

L'hôpital de jour est une structure de soins spécialisés en psychiatrie infanto-juvénile. Il accueille à la journée, tout au long de la semaine des enfants et des adolescents présentant des difficultés de la structuration de soi et de la relation à autrui. Ces enfants et adolescents sont âgés de 6 à 16 ans et sont répartis en deux sections suivant leur âge : le « groupe des petits » et le « groupe des grands ».

Ils sont accueillis en petits groupes par les éducateurs spécialisés et peuvent participer à divers ateliers sur prescriptions médicales. Ces groupes sont des lieux de vie et ont une dimension communautaire. Ils ont pour but le développement des échanges relationnels, des capacités d'apprentissage, d'expression et de créativité. Ils favorisent également l'autonomisation. Certains ateliers dits « institutionnels » réunissent des enfants de l'externat médico-pédagogique et des enfants de l'hôpital de jour autour de projets définis.

Certains enfants ou adolescents sont suivis en psychomotricité ou en orthophonie, individuellement ou en petit groupe. Certains reçoivent un traitement médicamenteux. D'autre part, dès que cela est possible, les enfants et les adolescents sont scolarisés au sein de l'hôpital de jour et suivent la classe d'un des deux enseignants spécialisés.

Ainsi, les soins sont prodigués de façon globale, sans privilégier une méthode exclusive : les dimensions médicales, psychologiques, éducatives et pédagogiques sont envisagées. Un projet de soins individualisé est élaboré pour chaque enfant et chaque adolescent lors des réunions de synthèse cliniques qui réunissent les divers intervenants.

Les psychothérapies ont lieu à l'extérieur de l'établissement (dans des centres médico-psychologiques ou des cabinets libéraux). En revanche, l'enfant et sa famille sont suivis et

régulièrement reçus en entretien par leurs référents psychiatres ou psychologues. Ceux-ci assurent la coordination entre l'enfant, sa famille, l'équipe de l'hôpital de jour et les partenaires extérieurs. Ils animent les diverses réunions et soutiennent la construction du projet individualisé de l'enfant qu'ils suivent.

C. La place de la psychomotricité

Deux psychomotriciennes travaillent à temps partiel dans l'institution, l'une à l'externat médico-pédagogique, l'autre à l'hôpital de jour. Elles occupent la même salle de psychomotricité. Leurs emplois du temps permettent d'utiliser la salle chacune à des jours différents. Les prises en charge en psychomotricité ont lieu soit en individuel, soit en petit groupe. Un temps de bilan psychomoteur ou, le cas échéant, d'observation clinique précède les prises en charge individuelles. Les psychomotriciennes travaillent en mono-thérapie ou en co-thérapie.

II. L'atelier conte

A. Présentation de l'atelier conte

A l'hôpital de jour, l'atelier conte s'intègre en complémentarité avec les autres techniques de soins. Il accueille cinq enfants âgés de 9 à 11 ans. Ce groupe a été constitué en septembre 2015 et s'est poursuivi pour l'année 2016/2017. Il est animé en co-thérapie par la psychomotricienne et l'orthophoniste de l'hôpital de jour. Chaque séance est suivie d'un post-groupe.

L'atelier conte est inscrit dans un espace (la salle de psychomotricité) et un temps donné (le mercredi matin, de Septembre à Juillet). La salle est aménagée en trois espaces différenciés : un espace pour le contage, un espace pour le dessin et un espace pour le jeu⁴⁰. L'histoire est racontée oralement, le dessin est en rapport avec l'histoire entendue et enfin l'histoire est jouée. Une place est attribuée à chaque enfant dans l'air d'écoute et de contage⁴¹. Il est possible de faire des modifications de place en fonction des problématiques progressivement rencontrées. Tous les enfants bénéficient d'un appui dorsal, ce qui leur permet de se sentir plus en sécurité et facilite l'écoute. Les enfants sont placés en arc de cercle plutôt qu'en cercle pour faciliter le balayage du regard de la conteuse. L'espace de dessin est constitué de chaises et d'une table sur laquelle sont disposées des feuilles et une boîte de feutres. L'air de jeu est formé par rapport au décor du conte. Nous essayons de limiter au maximum les stimulations qui détourneraient les enfants du conte.

Les premières séances autour d'un conte sont dédiées au contage et au dessin. Lorsque les enfants sont suffisamment imprégnés de l'histoire, le jeu est mis en place après le contage. Les enfants choisissent leur rôle et à chaque rôle est attribué un costume très simple. Des accessoires emblématiques de l'histoire sont également proposés. Une marotte, appelée Doody, est animée par l'une des thérapeutes qui ne conte pas l'histoire. Elle est la meneuse de jeu, organise la séance et rappelle le cadre aux enfants les plus agités. Pour certains enfants, le contage peut être accompagné d'images et d'objets pour aider à la compréhension du récit. De plus, le contage est accompagné de quelques signes Makaton afin d'attirer le regard des enfants dont le portage visuel est difficile.

⁴⁰ Cf. Annexe 2 : Organisation de la salle de psychomotricité pendant l'atelier conte p. 97.

⁴¹ Cf. Annexe 3 : Placements des enfants et des adultes dans l'espace contage p. 98.

Les objectifs de ce groupe sont multiples :

- Intégration d'un dispositif groupal avec la mise en place de rituels de début et de fin avec des repères identifiables afin d'instaurer des éléments de permanence.
- Soutien des émergences de langage et de productions pré-verbales (onomatopées, imitation de gestes, écholalie, comptines et chants reprises en groupe...).
- Compréhension du récit avec l'utilisation d'images, d'objets, de costumes, d'accessoires, de figurines et d'un décor en lien avec le conte.
- Etayage du jeu par imitation de l'adulte.
- Accompagnement de l'accès à la figuration par le dessin en lien avec le conte.
- Proposition d'un conteneur de pensée aux angoisses archaïques inconscientes.

Deux contes ont été abordés cette année. Tout d'abord *Le Loup, la Chèvre et le Chevreau*⁴² dans la continuité de l'année précédente. Les enfants connaissaient donc déjà le conte puisqu'ils l'avaient utilisé comme support de travail. Et enfin *Le Petit Chaperon rouge*⁴³ avant les vacances de Noël.

B. Indications de l'atelier conte pour les enfants avec autisme

Les soignants de l'institution sont confrontés à l'apparente absence de vie psychique des enfants autistes. Cet atelier conte est un moyen visant à communiquer avec ces enfants. Cela va leur permettre de mieux vivre leurs angoisses, de sortir de l'errance et de la confusion. Il offre un espace et un temps structurant et repérable grâce à ses rituels et à sa permanence.

L'aménagement du cadre de l'atelier est indispensable car il est primordial d'amener une contenance aux angoisses archaïques des enfants. Pierre LAFFORGUE⁴⁴ énonce que le pacte narratif est un outil pour la fonction contenante du soignant. Il doit être introduit et conclu par des rituels d'ouverture et de fermeture. La position de l'enfant et du conteur doit être pensée pour favoriser la relation auditeur/conteur. La particularité archaïque du conte permet à l'enfant de penser. En effet, René KAËS énonce que le conte permet d'établir un lien entre la représentation de choses mal articulées et la représentation de mots gérés par le

⁴² Cf. Annexe 4 : *Le Loup, la Chèvre et le Chevreau* p. 99.

⁴³ Cf. Annexe 5 : *Le Petit Chaperon rouge* p. 101.

⁴⁴ LAFFORGUE Pierre, 1995.

sens commun⁴⁵. C'est un « appareil à penser les pensées ». Pour cela, il faut créer avec les enfants, des outils permettant la construction d'un monde intérieur suffisamment solide pour qu'ils puissent les réutiliser dans un autre contexte.

L'atelier conte permet de travailler les angoisses archaïques destructrices de l'enfant autiste. En effet, ce groupe permet de former un contenant symbolique et organisateur qui permet d'initier le passage de la représentation de chose à la représentation de mot, de l'agir à la pensée.

Le conte a alors une fonction contenant, une fonction organisatrice et une fonction médiatrice dans la vie psychique. Selon René KAËS, le recours privilégié au conte est un moyen de travail psychique privilégié en situation de groupe avec des enfants dont le préconscient est déficient.

C. Adrien, un enfant du groupe conte

Cinq enfants participent à l'atelier conte, quatre garçons et une fille. J'ai choisi de ne présenter qu'un enfant du groupe conte dans ce mémoire au regard de la clinique. Je tâcherai toutefois de restituer cette étude au sein du contexte groupal de l'atelier. Je rappelle qu'Adrien est dans le groupe conte pour la deuxième année consécutive.

Adrien est un garçon né le 05.12.2007. Il a donc 8 ans et 9 mois au moment de notre rencontre en Septembre 2016. Il a été accueilli à l'hôpital de jour en Novembre 2014, d'abord à mi-temps, puis à temps plein à partir de l'année 2015/2016.

1. Résultats du PEP-R d'Adrien

Un PEP-R a été réalisé sur trois jours entre Avril et Juin 2016 (8 ans et 4 mois) par la psychologue. Adrien obtient un Âge de Développement (AD) global consolidé de 22 mois et un AD global émergent de 36 mois.

Les résultats concernant le langage montrent qu'Adrien est le plus souvent silencieux. Il ne privilégie pas la parole, ni les sons vocaux pour entrer en relation avec l'adulte ou pour s'exprimer. Il favorise davantage le contact oculaire et parfois les sourires, les rires ou les déplacements dans l'espace (se rapproche, s'éloigne). La communication non-verbale est

⁴⁵ KAËS René, 1996.

marquée par une tonicité corporelle et une attitude corporelle globale expressive. Il adresse parfois quelques mots isolés à l'examinatrice. Il est à noter qu'Adrien connaît certains mots et compte de un à neuf avec une très bonne prononciation.

Concernant l'imitation, Adrien obtient un AD de 15 mois mais un score émergent de 46 mois, c'est-à-dire presque 4 ans. C'est un des domaines où il a le plus d'émergences. C'est donc un réel support pour travailler avec Adrien. Il s'appuie sur l'imitation pour comprendre ce qui lui est demandé tout au long du test. Adrien réussit à imiter des cris d'animaux ou encore des actions de la vie quotidienne avec des objets et peut se brosser les cheveux, par exemple. Par ailleurs, c'est en imitant l'adulte qu'Adrien peut répéter des sons ou encore des mots. Il est également sensible lorsque nous l'imitons et cela peut prolonger sa capacité attentionnelle.

Le domaine où Adrien a le plus de facilité est le domaine de la perception, avec un AD de 48 mois et un score émergent de 5 ans et 3 mois. Aucun échec n'a été noté dans ce domaine.

Les domaines de la motricité globale et de la coordination oculo-manuelle sont également importants avec un AD respectif de 61 et de 55 mois.

2. Projet individualisé de soins d'Adrien

Un projet personnalisé pour Adrien a été mis en place avec les objectifs et moyens suivants :

- Favoriser des repères corporels, temporels et relationnels : continuer les rituels structurant la journée (l'accueil, l'emploi du temps, le menu du midi, un temps calme et le goûter pour les repères temporels ; le sport, l'hydrothérapie et la proposition d'appuis stables sur le groupe pour les repères corporels ; donner un cadre avec des règles et des limites avec le « non », le respect de l'autre et du matériel).
- Favoriser le développement du langage et de la communication : favoriser l'émergence de la parole sur le groupe avec ou non l'aide de pictogrammes, pendant les ateliers (atelier jeux, théâtre, atelier cuisine) et les moments de repas qui permettent à Adrien de faire des demandes concrètes (pain, eau, encore, merci, s'il-te-plait...).
- Le sensibiliser aux jeux et aux représentations symboliques : à travers l'atelier conte, le théâtre, l'atelier terre et dessin et l'hydrothérapie.
- Favoriser l'autonomie et la socialisation : le repas du jeudi est soutenu par la présence de la psychomotricienne afin de permettre à Adrien de moins éparpiller la nourriture sur lui ou sur la table. Cela favorise également l'utilisation des outils comme le couteau, la fourchette et la cuillère. De plus, Adrien participe à l'atelier jeux favorisant le tour de rôle.

3. Adrien dans le groupe conte

a. Première rencontre avec Adrien

La première séance est la reprise de l'atelier conte. Adrien ne présente pas de difficulté à retrouver sa place attribuée et ne semble pas être gêné ou perplexe par ma présence. Je suis assise à sa gauche et ce placement ne changera pas pendant toute l'année.

Pendant le contage, Adrien est très attentif. Il regarde constamment la conteuse. On peut observer quelques imitations gestuelles ainsi que des imitations vocales sous forme d'onomatopées.

Cette séance est la reprise de l'atelier, nous avons donc décidé de faire un deuxième temps dessin et non de jeu. Adrien est installé en face de Neville, un de ses camarades du « groupe des petits ». Neville commence à dessiner les contours de sa main sur la feuille. Adrien va alors imiter spontanément son camarade en dessinant, à son tour, les contours de sa main. Il ne dessinera rien d'autre.

b. Evolution d'Adrien

Adrien est toujours très attentif pendant le contage. Le contact visuel est toujours maintenu avec la conteuse, même lorsque celle-ci change. En effet, lorsque nous changeons de conte, les deux thérapeutes changent de rôles.

En ce qui concerne l'imitation gestuelle, Adrien est dans de l'imitation spontanée. Il reprend le « toquer à la porte » et les différents signes Makaton introduits pendant le contage. Les différents signes Makaton utilisés sont les suivants : « fleur », « au revoir », « arbre », « maison », « loup », « là-bas », « non », « porte », « dormir », « penser », « manger », « regarder », « sentir » et « écouter ».

Adrien est également dans l'imitation vocale. Au cours de l'année, Adrien présente de plus en plus d'écholalies. Il répète les mots avec plaisir et de manière fluide. Bien évidemment, cela varie d'une séance à l'autre. Parfois, nous l'entendons chantonner les comptines. Il est possible qu'Adrien répète non seulement des mots mais également des phrases. En effet, au début du contage, la même phrase introductive est toujours énoncée : « Cric crac, c'est l'heure

du conte, cric crac, alors raconte ! ». Adrien nous a parfois surpris à la prononcer entièrement en imitation spontanée.

Adrien se situe également de plus en plus dans du langage spontané. En effet, il peut prononcer « Doody », le nom de la marotte du groupe conte, ou même « conte » lorsqu'il aperçoit la psychomotricienne entrer dans son groupe.

Il est intéressant de noter que lors d'une séance, Adrien paraissait très inquiet pendant le contage. Il était au bord des larmes. Son camarade, Neville, a commencé à rire, sans rapport avec l'histoire contée. Adrien l'a alors regardé longuement et a lui aussi commencé à rire aux éclats. On peut également remarquer des rires de la part d'Adrien pendant quelques séances. Ces moments correspondaient majoritairement au moment de l'entrée du loup pendant l'histoire ou lorsque les chevreuils (*Le Loup, la Chèvre et le Chevreau*) étaient mangés.

En ce qui concerne le temps dessin, Adrien peut suivre les indications de l'adulte pour dessiner un bonhomme. Il a également dessiné seul une tête avec les yeux, la bouche, le nez et les cheveux, le tout à l'envers. Dessin qu'il a ensuite recouvert de traits verticaux. Lors des dernières séances, on observe également un grand investissement de la zone orale pendant ce temps de dessin. En effet, Adrien éructe et met les bouchons des feutres à la bouche en permanence.

D. Adrien pendant l'heure du repas

Un jour par semaine, la psychomotricienne et moi mangeons avec Adrien à l'heure du midi. Nous avons donc eu la chance de pouvoir observer Adrien dans un autre contexte que l'atelier conte.

Adrien peut également être dans le registre de l'imitation avant l'arrivée des plats. Des échanges de regard sont possibles à cet instant. Il peut imiter nos postures comme la position de nos bras, de nos mains ou de notre tête et même parfois, de nos expressions du visage. En revanche, Adrien est un enfant qui a un très grand appétit et qui ingurgite les aliments très rapidement, nous donnant parfois l'impression qu'il se remplit sans fin. Lorsque son assiette est remplie, son regard ne se pose plus sur l'autre. Toute son attention est captée par son plat.

Les contacts visuels sont davantage présents entre les moments d'attente ou à la fin du repas. C'est à ces moments que l'imitation est notable. Nous essayons d'introduire des jeux de mains et des comptines avec la psychomotricienne. Adrien est très attentif et nous observe,

comme il le fait pendant le temps contage. Il est également possible qu'il nous imite vocalement et gestuellement. Néanmoins, nous pouvons observer que son attention est partagée entre l'attente du plat (coup d'œil vers la cuisine) et ce qu'on lui propose.

Il est également possible que d'autres enfants se joignent à nous pour le repas avec Adrien. Il est intéressant de noter qu'Adrien imite l'adulte mais aussi les enfants avec qui il partage son repas. Par exemple, un des enfants mangeait son yaourt en plaçant la cuillère à l'envers dans sa bouche. Adrien l'a tout de suite remarqué et il a commencé à manger comme son camarade. Pendant ce même repas, je mélangeais mon yaourt et le sucre avec ma cuillère. Adrien m'a observé très rapidement, puis il a repris le même mouvement avec sa cuillère. Il est intéressant de voir qu'Adrien distingue très rapidement ce que son entourage fait différemment de lui. Cela est un bon élément marquant la distinction entre soi et l'autre. J'aborderai cette notion dans la partie « 2. *La perception* »⁴⁶ de la discussion.

⁴⁶ Cf. *infra*. « 2. *La perception* » p. 80/81.

III. L'accompagnement individuel : Amari

A. Présentation d'Amari

Amari est un garçon né le 29.01.2009. Il a donc 7 ans et 8 mois au moment de notre rencontre. Le diagnostic d'autisme sévère a été posé en 2012.

Il est le troisième d'une fratrie de quatre enfants et a un frère jumeau. Les parents sont divorcés, il vit alors avec sa mère mais voit son père régulièrement. Amari est né le premier entre les deux frères. Ils ont alors été allaité jusqu'à un mois pour ensuite boire au biberon. La mère était fatiguée car les deux frères avaient des rythmes différents. D'après la mère, Amari dormait beaucoup et n'ouvrait pas les yeux. Le contact visuel a été établi uniquement à un mois. Amari ne souriait pas jusqu'à ses 4-5 mois et vocalisait peu. L'alerte des parents est survenue à partir de 3-4 mois car Amari présentait une hyperflexion des membres inférieurs et une hypertonie des membres. Au niveau psychomoteur, Amari s'est assis à 14 mois et n'a marché qu'à 2 ans et 6 mois.

Amari présente un strabisme divergent ainsi qu'une hypermétropie. Le bilan neuropédiatrique en 2011 s'est révélé être normal. C'est lors d'un bilan en centre diagnostic pour autisme qu'Amari a été diagnostiqué Trouble Envahissant du Développement associé à un retard cognitif.

B. Présentation clinique générale et évolution d'Amari

Amari a été accueilli à l'hôpital de jour en Novembre 2015 à mi-temps. Une CARS a été réalisée en Janvier 2016. Elle a été discutée en réunion pluridisciplinaire de l'hôpital de jour des « petits ». Amari est suivi en orthophonie à l'extérieur et à domicile à raison de deux séances par semaine. Les domaines travaillés sont la communication avec l'outil PECS, la demande, l'imitation, l'autonomie, les jeux de types appariement d'images...

Depuis son arrivée au centre, Amari a évolué. Il s'est redressé, paraît plus tonique et semble globalement à l'aise dans son corps. Il a un meilleur équilibre (moins de chutes) et explore plus aisément un environnement inconnu. Il expérimente beaucoup d'activités motrices par des sensations de chutes avec le canapé de son groupe. Il regarde davantage les autres et cherche des interactions avec les autres enfants. Il peut même être parfois dans de l'agrippement. Ces expérimentations plus nombreuses seraient-elles en lien avec son intérêt

grandissant dans les interactions avec les autres enfants ? Amari reproduirait-il en imitation différée ce qu'il observe à l'hôpital de jour ? J'aborderai ce questionnement dans la partie « 1. *L'étayage auprès des enfants* »⁴⁷ de la discussion. Il est donc moins isolé du groupe. En revanche, la rentrée à l'institution a été difficile. Les quinze premiers jours, Amari était très agressif, il pouvait mordre, tirer les cheveux ou attraper le visage des enfants de son groupe pour les griffer.

La CARS d'Amari a mis en avant une absence d'imitation spontanée. En revanche, il est noté que des émergences sont présentes. Il peut tendre la main en réponse à l'adulte qui lui tend la main. Il arrive aussi à utiliser le bouclier après démonstration. Une synthèse en Novembre 2016 démontre encore une pauvreté de l'imitation mais il peut lancer ou faire rouler une balle dans un échange à deux par imitation décalée et peut faire des encastresments après démonstration. Amari a toujours besoin de l'étayage de l'adulte pour participer à une activité. Est-ce parce qu'il fait après avoir vu faire l'adulte et serait donc dans l'imitation décalée ? J'aborderai cette question dans la partie « 2. *L'étayage auprès de l'adulte* »⁴⁸ de la discussion.

La CARS met également en évidence que la perception est fluctuante. En effet, Amari peut balayer le mur pour placer un pictogramme sur le scratch au mur, comme il peut apercevoir de loin un adulte qui mange un gâteau et se précipiter vers lui.

Amari exprime ses souhaits en montrant l'objet avec sa main et quelques fois avec un pointage proto-impératif. Amari est plus dans la provocation cette année, il peut exprimer son désaccord, ce qui démontre une progression : il a des intérêts. Il peut également exprimer son envie de sortir du groupe en prenant et en donnant un pictogramme. Cependant les éducateurs pensent que c'est l'objet « pictogramme » et non pas l'image représentée qui a valeur de demande pour Amari. De plus, la passation du COMVOOR* (outil d'évaluation des précurseurs à la communication) montre qu'Amari n'a pas accès au stade de la représentation. Il présente un intérêt pour la manipulation d'objets, notamment le lâcher et le lancer d'objets. La communication doit être développée à l'aide d'objets, les pictogrammes sont encore prématurés pour Amari. Il est néanmoins possible de l'aider en accompagnant la parole de gestes simples. Est-ce donc pertinent d'enseigner le PECS à Amari s'il n'a pas accès à la représentation ? J'aborderai cette question dans la partie « B. *L'utilisation adaptée des outils de communication* »⁴⁹ de la discussion.

⁴⁷ Cf. *infra*. « 1. *L'étayage auprès des enfants* » p. 86.

⁴⁸ Cf. *infra*. « 2. *L'étayage auprès de l'adulte* » p. 86/87.

⁴⁹ Cf. *infra*. « B. *L'utilisation adaptée des outils de communication* » p. 85.

Le toucher est toujours le canal sensoriel le plus utilisé et apprécié par Amari. Des séances Snoezelen lui sont proposées, avec une éducatrice spécialisée, pendant lesquels il n'est pas dans la manipulation des objets mais plutôt dans une recherche sensorielle.

Amari est extrêmement sélectif au niveau de l'alimentation. Il mange très peu à l'hôpital de jour, même s'il y a des progrès depuis son admission. La zone orale est encore peu investie, la déglutition reste difficile.

C. Evaluation psychomotrice d'Amari sur l'année 2015/2016

Amari a commencé sa prise en charge en psychomotricité en Novembre 2015, c'est-à-dire dès son arrivée à l'hôpital de jour. Celle-ci s'est montrée positive dans l'évolution d'Amari au fil de l'année.

Au niveau psychomoteur, les jets d'objets éparpillés accompagnés d'un recrutement tonique global en extension et de stéréotypies avec émission de cris ont fait place à des jeux de lancer d'objets dans un contenant. Amari ne se désorganise plus au niveau postural, la coordination oculo-manuelle est en place et permet la visée. La course est maintenant spontanée, il explore son environnement extérieur de façon variée : Amari monte et descend seul les escaliers des jeux extérieurs, il glisse sur le toboggan avec plaisir sans sollicitation de l'adulte. La course reste cependant mal coordonnée et il n'y a pas d'alternance des membres inférieurs pendant la descente des escaliers. Amari change de posture facilement, il peut passer du décubitus dorsal au décubitus ventral, puis à la position quatre pattes et enfin à la position debout.

Globalement, la fréquence des stéréotypies a beaucoup diminué. Amari présente des stéréotypies gestuelles, il agite une main devant ses yeux. Il peut faire preuve d'auto-agressivité, il se frappe la tête assez fortement avec la main. Il peut répéter ce comportement plusieurs fois. Au niveau de la propreté, il accepte les toilettes mais peut aussi utiliser l'énurésie pour s'opposer à l'adulte. Au niveau du repas, il commence à utiliser seul sa cuillère pour manger un yaourt. La coordination main-bouche est maintenant possible. Il sait boire au verre.

Au niveau de la communication, il instrumentalise encore la main de l'adulte mais il peut aussi montrer avec sa main en direction de l'objet convoité ou le saisir lui-même dans une situation de besoin. Les cris se sont modifiés et peuvent avoir maintenant valeur d'interpellation de l'adulte. Amari a souvent le regard perdu au loin, mais peut néanmoins regarder l'adulte.

L'expression émotionnelle d'Amari est plus variée et différenciée. Il sourit aux retrouvailles après un temps d'absence, il sourit lorsqu'une situation lui est plaisante et il peut adresser un

sourire taquin. Amari peut avoir des rires d'excitation avant soit de se frapper soit de lancer les objets à travers la pièce. Amari peut également se mettre en colère en réponse à une frustration. Il peut très rarement pleurer et montrer une certaine tristesse.

En séances, Amari est attiré par les balles, les sacs lestés, les encastresments simples, les jeux de cause à effet et l'eau (robinets, chasse d'eau, pluie, broc d'eau, bassin d'hydrothérapie...). Amari touche peu à la nourriture.

D. Projet thérapeutique d'Amari pour l'année 2016/2017

1. Le projet en psychomotricité

A partir de cette observation, on distingue plusieurs points à travailler avec Amari pour l'année 2016/2017 :

- Sur le plan postural, lui proposer d'éprouver ses appuis sensori-moteurs au niveau des pieds au sol, de l'appui dos et de l'assise (coussin proprioceptif) pour la position assise sur une chaise. Pour la position au sol, proposer d'autres alternatives car Amari a tendance à s'asseoir en W.
- L'amener à explorer les différentes positions et changements de positions qui mobilisent l'ajustement tonique : décubitus dorsal et ventral, position assise sur une physio-balle, position à califourchon sur des rouleaux... Il est possible de travailler d'abord sur des tapis au sol pour ensuite l'amener vers un plan incliné en utilisant des supports durs puis plus mous.
- Amener Amari à diversifier ses centres d'intérêt en motricité dynamique pour favoriser les coordinations globales : modes de locomotion, équilibre, jeux d'échange et exercices de coordination bimanuelles.
- Proposer des supports ludiques pour développer la poursuite visuelle et la coordination oculo-manuelle.
- Développer l'imitation, l'attention conjointe (à l'aide de gestes rythmés, de comptines mimées et de toute utilisation d'objet qui requiert son intérêt) et initier le tour de rôle.
- Encourager, nommer et commenter ses expressions émotionnelles, ses mimiques, ses expressions vocales spontanées et son langage corporel.
- Orienter ses demandes de massage vers des conduites d'automassage avec l'utilisation d'objets qu'il maîtrise lui-même. Travailler avec lui devant le miroir, de face et de profil. Pour ses demandes concernant son dos, favoriser l'échange d'objets. Montrer les parties du corps en les nommant sur lui et sur les autres.

2. Le projet général

Hormis la psychomotricité, Amari participe à de nombreux ateliers lui permettant de favoriser l'intégration sensorielle et la construction d'une enveloppe grâce aux séances d'hydrothérapie et à l'atelier « patatou » (travail autour de la farine, de la pâte à sel, de graines...).

Sur le groupe, un travail autour de l'autonomie et de la socialisation est également mis en place. Il est accompagné pour faire son emploi du temps.

Pour la propreté, les accidents sont plus rares. Néanmoins il est nécessaire de proposer et d'accompagner Amari aux toilettes car il n'y va pas spontanément. Un travail sur la demande est à continuer pour ce domaine.

Amari s'intéresse davantage aux objets et à des jeux plus variés et peut prendre l'initiative de s'installer dans le groupe pour jouer. Il accepte et peut montrer du plaisir à ce que l'adulte participe à ces jeux. Est-ce parce qu'il prend appui sur ce que fait l'adulte pour pouvoir le faire lui-même ? Son répertoire moteur lui permet-il d'être dans l'imitation de nouvelles activités ? J'aborderai cette question dans la partie « 2. *L'étayage auprès de l'adulte* »⁵⁰ de la discussion.

Il est important de continuer à accompagner Amari à travers des jeux et des objets qui l'intéressent (balles, apparition/disparition, garage, circuit, jeux de cause à effet) pour soutenir au maximum l'entrée dans l'imitation et le jeu, l'attention conjointe et globalement la relation. Il s'agira aussi de lui proposer du matériel nouveau pour développer sa curiosité et continuer à varier ses centres d'intérêts.

Un projet autour de l'investissement de la zone orale est également mis en place. Amari participe à deux repas à l'hôpital de jour. Il accepte maintenant plus facilement de rester à table et de garder l'assiette devant lui, même lorsqu'il ne mange pas.

Au niveau de son alimentation, il est toujours très sélectif et ne mastique pas vraiment les aliments. Cependant, alors qu'il refusait catégoriquement de manger auparavant, Amari s'est peu à peu mis à manger et commence à diversifier son alimentation.

Il peut montrer un intérêt à toucher et porter des choses à la bouche, notamment à l'atelier « patatou ».

⁵⁰ Cf. *infra*. « 2. *L'étayage auprès de l'adulte* » p. 86/87.

E. Les séances de psychomotricité

1. Première rencontre avec Amari

Nous nous sommes rencontrés avec Amari le 29 Septembre 2016. Ses séances se déroulent le jeudi matin et durent environ trois quarts d'heure. Nous allons toujours chercher Amari sur son groupe. Avant cela, nous organisons la salle afin de préparer le cadre et d'accueillir au mieux l'enfant qui pourra retrouver les objets qu'il avait utilisés aux séances précédentes. Le dispositif de la séance est le suivant : dans une boîte transparente posée sur le bureau, il y a une balle à picots, un tube à bulles et un encastrement à quatre pièces. Dans la salle sont disposés une toupie et un grand ballon ovale rebondissant. Des tapis pliables sont dans un coin de la salle, à côté desquels il y a des modules carrés. Une autre boîte transparente est posée sur les modules, dans laquelle il y a des tubes en plastique de différentes tailles et des balles percées.

Lorsque nous entrons dans le groupe des « petits », Amari aperçoit la psychomotricienne. Il se dirige alors vers la porte et prend le pictogramme des toilettes pour le tendre vers elle. La psychomotricienne attire donc l'attention d'Amari sur le pictogramme et lui indique que ce n'est pas le bon. Elle prend alors le pictogramme « Psychomotricité » sur lequel est écrit le mot « Psychomotricité » suivi d'une photo de la psychomotricienne. Elle échange les deux pictogrammes afin de le montrer à Amari. Cependant il n'y prête pas grande attention et se tient déjà devant la porte, le regard dirigé vers la psychomotricienne. Avant de sortir de la salle, elle me présente à Amari et lui explique que je serais présente toute l'année pendant les séances de psychomotricité. Je lui dis alors « Bonjour Amari » en le regardant dans les yeux. Il me lance un regard furtif sans vraiment changer d'expression du visage. En général, Amari présente un sourire depuis que nous sommes rentrés dans la salle. Nous quittons donc le groupe et nous nous rendons en salle de psychomotricité.

Pour les premières séances, ma maître de stage m'a proposé d'être observatrice afin que la relation ne soit pas intrusive avec l'enfant. La psychomotricienne veillait tout de même à m'introduire progressivement dans les séances par des jeux d'échanges de balle ou autres objets pour qu'ensuite je puisse participer entièrement aux séances.

Amari rentre donc dans la salle et prend directement la balle à picots dans la boîte comme à son habitude. Il positionne la balle à picots dans la main de la psychomotricienne et s'installe au sol sur les genoux en position fœtale, la tête posée sur ses mains. La psychomotricienne lui pose donc un tapis au sol pour qu'il puisse s'installer plus

confortablement. Elle lui enlève ses chaussures car Amari ne le fait pas seul. La psychomotricienne lui demande ce qu'il veut, Amari lui prend alors la main avec la balle pour la poser sur sa tête. Elle passe donc la balle à picots sur la partie arrière de la tête d'Amari. Il ne montre pas de réaction particulière. Dans cette position, Amari est plutôt en hypertonie, les épaules relevées. La psychomotricienne continue le passage de la balle sur la tête et verbalise ce qu'elle fait. Elle passe alors de la tête au cou, pour continuer sur son dos. Amari s'esclaffe alors au passage de la balle de la tête au dos, mais reste dans la même position. La psychomotricienne fait des allers-retours entre le dos et la tête d'Amari toujours en verbalisant. Parfois, elle s'arrête dans son mouvement et enlève le contact de la balle avec Amari. Ce dernier se relève alors et reprend la main de la psychomotricienne pour la poser sur sa tête. Ce temps peut durer indéfiniment.

Spontanément, Amari ne se dirige vers aucun autre objet et n'arrête pas le massage avec la balle. Après un temps long, la psychomotricienne propose à Amari de passer à une autre activité en rangeant la balle à picots dans la boîte où il l'avait trouvée en premier lieu. Amari se lève donc et regarde la psychomotricienne ranger l'objet. Afin de dynamiser l'enfant, elle propose d'utiliser la balle ovale rebondissante. Elle place des cibles sur le sol pour marquer l'espace et aider l'enfant à se repérer (un rond vert pour Amari et deux ronds violets pour nous). La psychomotricienne essaie d'instaurer un jeu d'échange avec Amari en faisant rouler le gros ballon. Il émet parfois des cris lorsque la balle arrive vers lui. En possession du ballon, Amari le prend et le jette vers un coin de la salle. Le lancer n'est dirigé ni vers la psychomotricienne, ni vers moi. Lorsque le ballon rebondit sur le sol, Amari présente des réactions auto-agressives. Il se tape la tête avec la main droite. Plusieurs fois pendant la séance, Amari a esquissé ce mouvement mais l'a inhibé. Cette auto-agressivité était très présente durant l'année 2015/2016. Depuis, elle a beaucoup diminué. Les échanges n'étaient donc pas possibles avec Amari car une fois en possession du ballon, il le jetait à travers la salle.

Dans son élan de jeter les choses, Amari continue avec les tuyaux en plastique posés sur les modules. Il éprouve un grand plaisir à voir les objets chuter, la poursuite oculaire est efficace. Amari se maintient parfois debout, mais il est généralement assis au sol en W. Il peut continuer cette même action pendant très longtemps. Ses stéréotypies augmentent (agitation de la main droite devant ses yeux), il crie et la relation avec l'autre est coupée. La psychomotricienne essaie donc d'amener Amari à lancer les objets dans un contenant, la toupie. Elle installe donc la cible verte en face et y lance des sacs lestés. Cependant, Amari est toujours bloqué dans son action circulaire répétitive. La psychomotricienne est donc obligée

de ranger les objets éparpillés de la salle dans l'armoire. Une fois les objets hors de vue, la psychomotricienne invite Amari à se placer sur la cible verte et commence par lui montrer ce qu'il faut faire. Amari ne reste pas debout, il s'assoit de nouveau en W. Malgré les démonstrations de la psychomotricienne, il n'adhère pas à l'exercice.

La séance se finit bientôt. La psychomotricienne prévient Amari cinq minutes avant la fin qu'il va falloir remettre ses chaussures. Elle opère au rangement de la salle. Pendant ce temps, Amari reste en position assise en W. Spontanément, il ne fait rien. La psychomotricienne prend les chaussures d'Amari et lui les montre avant de les poser devant le banc suédois. Amari se lève, s'assoit et attend. Il ne sait pas mettre seul ses chaussures. La psychomotricienne l'accompagne donc dans cette tâche. Une fois les chaussures enfilées, nous retournons ensemble sur le groupe.

Le trajet du retour est fluide. Amari nous suit et ne s'arrête pas. Cependant, lorsque nous arrivons devant la porte de son groupe, il s'éloigne mais reste toujours dans notre champ de vision. Il ne rentre pas de lui-même sur le groupe, une éducatrice est obligée de le prendre par le bras pour l'amener à l'intérieur.

2. Evolution d'Amari

a. La compréhension des pictogrammes

Durant toute l'année, lorsqu'Amari nous apercevait dans son groupe, il se dirigeait vers le mur des emplois du temps et tendait le pictogramme à la psychomotricienne. L'image des premières séances était celle des toilettes, pour ensuite être remplacée par celle de la maison.

Exceptionnellement, il est également arrivé qu'Amari nous tende les deux pictogrammes en même temps. Cette séance suivait une coupure d'une semaine de prise en charge en raison des journées portes ouvertes de l'établissement. Ce jour-là, Amari était très souriant et nous tirait le bras pour nous rendre à la séance. A partir de cette séance, Amari nous tend toujours le pictogramme « maison ». Cela confirme les résultats du COMVOOR ainsi que les dires des éducateurs : Amari n'a pas accès à la représentation et il n'utilise pas le pictogramme pour l'image représentée mais pour l'objet pictogramme en lui-même, qu'il a associé à la sortie du groupe.

Avant l'une des séances, Amari n'avait pas voulu aller aux toilettes. Nous l'aménonons toujours avant de commencer la séance car il n'effectue pas de demande pour les toilettes et il est déjà arrivé qu'il urine dans la salle de psychomotricité. A un moment de la séance, il est assis par terre et commence à toucher son pantalon au niveau de sa braguette. Je prends alors le pictogramme des toilettes, me mets à sa hauteur et lui demande tout en pointant le pictogramme : « Tu veux aller aux toilettes Amari ? ». Amari se lève alors, se dirige vers la porte et urine dans les toilettes. Toutefois, nous ne pouvons pas établir qu'Amari comprend le pictogramme des toilettes. Peut-être a-t-il uniquement compris qu'il doit sortir de la salle comme il le fait sur son groupe en nous tendant un pictogramme avant la séance.

Il est important de noter que les éducateurs du groupe d'Amari ont majoritairement suivi la formation Makaton. Certains signes Makaton sont donc introduits sur les horaires de groupe. Amari a réussi à intégrer le signe « encore », qu'il utilise non pas uniquement sur le groupe mais également dans d'autres contextes comme en hydrothérapie ou en psychomotricité.

L'éducatrice s'occupant de l'accompagnement d'Amari en hydrothérapie énonce que l'utilisation des signes Makaton permet à Amari de porter davantage son attention lorsqu'elle lui parle. Elle utilise les signes pour exprimer « debout », « s'habiller » ou encore « mettre les chaussures ». Ainsi, elle n'a plus besoin d'inciter corporellement Amari à faire ces actions.

b. Les premières demandes en séance

En début d'année, Amari était très demandeur de la balle à picots. Au fur et à mesure des séances, il a commencé par s'intéresser aux bulles pour désinvestir progressivement la balle à picots.

Il est intéressant de noter la manière dont les demandes étaient effectuées. Pour la balle à picots, Amari la prenait directement dans la boîte, la positionnait dans la main de la psychomotricienne et s'installait en position fœtale, sans adresser un regard.

La demande pour les bulles a pris une autre tournure : Amari tendait le tube vers l'autre pour qu'on le prenne au lieu de le positionner directement dans la main.

De plus, comme je l'ai indiqué dans la description, lorsque la psychomotricienne arrêtait le massage avec la balle, Amari repositionnait sa main, toujours sans échange de regard. Cependant, la position fœtale n'aidait pas à la relation. Nous avons donc mis en place

un autre dispositif : l'utilisation d'une chaise tripp trapp permettait à Amari de s'installer avec des appuis au sol et au dos correctes. Ce nouveau positionnement nous a permis d'avoir un contact visuel avec Amari et de passer la balle, non plus uniquement sur une partie du corps, mais sur les membres inférieurs et supérieurs ainsi que sur le buste et le dos (haut/bas, droite/gauche et avant/arrière du corps). Nous avons essayé d'inciter Amari aux automassages, cependant il restait inerte avec la balle dans la main et finissait par nous la tendre. Le contact visuel étant installé, nous avons également pu introduire des temps de comptines (« Ainsi font, font, font les petites marionnettes »). Bien qu'étant très attentif, Amari ne reproduisait pas les mouvements accompagnant le chant.

Concernant les bulles, contrairement à la balle à picots, Amari pointait avec l'index pour en faire la demande. C'était un pointage proto-impératif et non déclaratif : Amari effectue une demande, il n'est pas dans le partage avec l'autre. Le pointage est dirigé vers le tube à bulles, son regard suit d'abord la direction de son index (vers le tube) pour ensuite se poser sur la personne qui possède l'objet (la psychomotricienne ou moi en fonction des séances). A ce moment-là, le regard d'Amari reflète sa demande et n'est pas dans le vide ou transparent. Il est adressé à l'autre. Une fois que les bulles ont disparu, Amari revient vers l'adulte et effectue de manière identique sa demande. Peut-on parler d'attention conjointe à cet instant ? J'aborderai cette question dans la partie « *1. Pointage et attention conjointe* »⁵¹ de la discussion.

c. Les lancers d'objet à travers la salle

Amari a tendance à jeter les petits objets à travers la salle, sur le groupe ou pendant la séance de psychomotricité. Il regarde très attentivement les objets chuter qu'il accompagne toujours d'un recrutement tonique global en extension et de stéréotypies avec émission de cris. Nous avons donc travaillé sur cet intérêt qu'Amari présente en introduisant les lancers d'objets dans un contenant, la toupie.

Ce processus nous a également permis de travailler le tour de rôle à travers l'imitation. Le dispositif est le suivant : nous choisissons des sacs lestés en double exemplaire et nous plaçons deux cibles au sol en face de la toupie, une destinée à Amari et l'autre à l'adulte. Les sacs lestés sont placés devant chacune des cibles. Je commence alors à lancer les sacs lestés dans la toupie sous le regard attentif d'Amari. Puis une fois tous les sacs lancés, je me déplace derrière la toupie en regardant l'enfant et en lui disant « A toi » en pointant mon index vers lui

⁵¹ Cf. *infra*. « *1. Pointage et attention conjointe* » p. 83/84.

puis vers les sacs lestés. Il me suit du regard, puis pose ses yeux sur les sacs lestés. Amari s'en approche et commence à les jeter dans la toupie avant de se repositionner là où il était assis. Je note l'absence de stéréotypes lors du lancer, contrairement à d'habitude. Je reprends alors les sacs lestés de la toupie pour les repositionner devant les cibles. Je recommence le jeu de lancer et Amari le reprend lorsque je me positionne derrière la toupie, mais aussi lorsque je reste sur ma cible. Un véritable tour de rôle et un partage autour d'une activité se sont mis en place avec des échanges de regards. Nous explorerons ce point dans la partie « 2. Une émergence du tour de rôle ? »⁵² de la discussion.

d. L'investissement des différents objets

Grand ballon ovale rebondissant

En début d'année, l'utilisation de ce ballon se limitait à le lancer au travers de la salle sans destinataire. Les échanges n'étaient pas possibles. Au fur et à mesure des séances, quelques échanges étaient réalisables. Lorsque nous faisons rouler le ballon vers Amari, ce dernier le jetait toujours, mais dans la direction de l'autre. Le lancer était destiné à l'autre. Il va progressivement réussir à réguler sa force de lancer. En effet, les échanges roulés sont maintenant possibles, variables d'une séance à l'autre. A partir de ces échanges, le regard d'Amari était davantage posé sur l'autre et il était possible d'introduire des jeux de mains entre chaque passe pour travailler le tour de rôle et l'imitation différée. Je m'explique : lorsque je recevais le ballon, la psychomotricienne tapait une fois sur le ballon avec ses deux mains, puis une fois des mains. Elle m'envoyait ensuite le ballon et je reprenais les mêmes mouvements pour ensuite le lancer à Amari. Cela permettait d'installer un tour de rôle dans l'activité. Amari ne reprenait pas les jeux de mains, en revanche il était attentif, son regard suivait le ballon et il le relançait en maintenant l'ordre de passage sur nos sollicitations (nous incitions Amari à le lancer lorsqu'il gardait le ballon en main).

Nous avons également utilisé le ballon pour des activités plus corporelles et dynamiques. Ces expériences motrices consistaient à se positionner à plat ventre sur le ballon pour travailler les appuis des mains et des pieds. Nous avons aussi abordé la position assise. Je détaillerai la deuxième situation car elle permet plus d'être dans l'échange et la relation. Lorsqu'Amari se stabilise sur le ballon en position assise, le dos tenu, sans appuis nécessaires, nous avons repris les situations de jeux de mains. Pour qu'Amari se sente en sécurité, une personne se positionnait derrière lui. L'autre se plaçait en face de lui et produisait des

⁵² Cf. *infra*. « 2. Une émergence du tour de rôle ? » p. 84/85.

mouvements de mains simples (taper des mains, taper les deux mains de la personne en face, chanter des comptines avec les gestes, taper les cuisses...). Amari imitait parfois en spontané. Il est intéressant de noter qu'Amari pouvait nous regarder, sans forcément effectuer les mouvements, mais qu'il les reprenait parfois plus tardivement dans la séance, en différé. Par exemple, Amari a repris le mouvement de taper des mains lorsqu'il remettait ses chaussures, en fin de séance.

Ballon de baudruche

Dans la même idée que le grand ballon ovale rebondissant, l'échange du ballon de baudruche était d'abord très difficile. Comme le grand ballon, Amari le lançait pour le voir chuter et retombait dans ses activités stéréotypées. Nous avons fait des démonstrations pour amener Amari à taper dans le ballon de baudruche en imitation. Quelques reproductions étaient possibles uniquement en spontané. En revanche, lorsque nous étions dans une situation d'échanges à trois, Amari ne reprenait pas le mouvement tapé mais lancé, comme à son habitude et n'était plus en relation. Cela m'amène à me questionner sur la prise de sens de l'imitation spontanée en général. Quand est-ce que cet outil archaïque devient-il un moyen d'entrer en relation avec l'autre ? Comment l'imitation spontanée gestuelle ou vocale peut prendre sens pour l'enfant pour qu'il puisse l'utiliser dans un autre contexte et être un outil pour la communication ? J'aborderai cette question dans la partie « B. Et après l'imitation spontanée ? »⁵³ de la discussion.

Globalement, l'évolution des échanges avec Amari est notable, que se soit avec le grand ballon, le ballon de baudruche ou avec d'autres objets. L'ordre des choses est toujours le même : Amari nous regarde d'abord faire, la psychomotricienne et moi, pour ensuite se joindre à nous. Il y a là quelque chose de l'ordre du voir faire pour ensuite faire, que ce soit pour les expériences motrices avec le grand ballon ou pour les échanges. Le langage oral ne suffit pas à inciter Amari à participer. Peut-être que la compréhension des consignes orales n'est pas suffisante. Les démonstrations gestuelles et donc l'imitation sont à privilégier avec cet enfant.

Banc suédois

Le banc suédois est ici positionné sur l'espalier pour former une surface légèrement en pente. Spontanément, Amari s'assoit à califourchon sur la partie basse du banc et ne bouge pas. L'activité motrice est très pauvre. La psychomotricienne et moi proposons donc différentes situations motrices : escalader le banc pour atteindre l'espalier et glisser comme

⁵³ Cf. *infra*. « B. Et après l'imitation spontanée ? » p. 82.

sur un toboggan. Lorsque le banc est au sol nous proposons d'autres situations : monter dessus, marcher tout le long de côté, de face ou en l'enjambant. Amari a reproduit tout ce que nous faisons en imitation décalée.

Il est intéressant de noter que d'une séance à l'autre Amari reprenait en différé les différentes situations proposées, sans démonstration de notre part. Pendant une séance, il est spontanément monté sur le banc, s'est allongé et a glissé lentement. Après cela, Amari m'a regardée, m'a prise par le bras pour m'amener vers le banc : il voulait que je le fasse à mon tour. Il est ensuite monté sur le banc et a glissé à nouveau en regardant vers ma direction. Y aurait-il une émergence du tour de rôle ?

Lorsque nous faisons les démonstrations, il est possible qu'Amari s'éloigne pour aller vers le coin des tapis où un petit espace est toujours disponible pour les enfants s'ils souhaitent s'y réfugier.

Nous avons tenté d'introduire le saut pour Amari. La psychomotricienne et moi-même étions donc en train de sauter du banc à tour de rôle. Amari est resté dans le coin, il était très attentif à ce que nous faisons et il a commencé à sauter sur place plusieurs fois à la suite par imitation. Il est intéressant de noter que lorsqu'il est venu sauter du banc, il a enrichi l'activité en continuant de faire des sauts une fois au sol tout en s'avançant. Puis il est retourné dans le coin, le regard toujours dirigé vers nous, dans l'attente de quelque chose. Nous avons donc continué les sauts comme il les avait proposés, ce qui le faisait très rire, et un tour de rôle s'est mis en place. Amari venait sauter du banc lorsque la psychomotricienne et moi-même étions passées. De plus, j'ai vraiment eu l'impression d'un partage à trois. Nos attentions étaient toutes dirigées vers une même activité, les regards, les sourires et les rires étaient très présents.

e. Un investissement fluctuant

Les séances avec Amari sont très variables d'une semaine à l'autre. Nous pouvons observer qu'Amari peut se situer dans deux états très différents. Soit il peut présenter un bon état de vigilance où il est présent avec l'autre et où les conduites psychomotrices sont envisageables. Soit il peut être dans une passivité très importante accompagnée d'une grande hypotonie.

L'initiative motrice d'Amari est donc liée à son niveau de vigilance. Cependant, son répertoire moteur reste pauvre en général. Si Amari ne présente pas d'intérêt pour ce qu'on lui propose, il peut être dans une hypertonie de résistance très importante. En revanche, on peut

noter que lorsqu'Amari présente de l'intérêt pour une activité ou autre, il peut mettre en place des stratégies motrices efficaces.

DISCUSSION

I. Le cadre et l'imitation

A. La préparation de la salle

Avant la prise en charge de chaque enfant, la salle de psychomotricité est aménagée, que ce soit pour les accompagnements individuels que groupaux, nous l'avons vu avec l'atelier groupe et la prise en charge d'Amari. Cette préparation instaure le cadre de la séance, c'est pour cela qu'elle est une étape primordiale pour accueillir l'enfant dans de bonnes conditions. Lorsque l'enfant entre dans la salle, il retrouve toujours le même cadre, avec des objets qu'il a investis aux séances précédentes. Cela permet d'amener une permanence, une contenance et une sécurité où l'enfant retrouve ses repères. Bien évidemment, de nouveaux objets sont introduits au cours de l'année. Mais d'une séance à l'autre, l'enfant pourra toujours retrouver des objets familiers.

Il est notamment important de penser au cadre avec les personnes autistes car ils peuvent rapidement s'installer dans une relation fusionnelle avec l'adulte en recherchant une certaine exclusivité avec celui-ci. J'évoquerai ce point plus en détail dans « C. Le cadre et l'évolution de la relation »⁵⁴.

L'instauration du cadre va également permettre de juger des capacités imitatives de l'enfant pour pouvoir ensuite les utiliser comme outil de travail. En effet, en proposant les mêmes outils de travail à l'enfant, il est possible d'observer le développement de leur investissement. L'enfant a pu nous observer investir l'objet dans ses diverses propriétés, investissement qu'il peut reprendre en nous imitant spontanément ou en décalé.

⁵⁴ Cf. *infra*. « C. Le cadre et l'évolution de la relation » p. 76/77.

1. La répétition du cadre pour Amari

a. L'émergence de l'imitation par la répétition du cadre

Pour l'accompagnement d'Amari, la répétition du cadre lui a permis d'enrichir l'investissement des différents objets, avec le banc suédois⁵⁵, par exemple. Ses activités motrices ont été enrichies dans le cadre de la séance en psychomotricité. Par exemple, Amari a tendance à s'asseoir en position W. Au fur et à mesure des séances, Amari a pu s'en détacher pour favoriser la position sur les genoux. Cette position favorise le dynamisme de l'enfant car les changements de positions sont possibles. Lorsqu'Amari était assis en W, il était très difficile de l'amener à expérimenter sa motricité, il nous donnait l'impression d'être bloqué au sol. A partir de la position à genoux, il était possible d'amener Amari à expérimenter diverses situations motrices avec le grand ballon rebondissant, avec le banc suédois ou encore avec les structures présentes dans la cour de récréation. Amari pouvait reprendre spontanément les propositions amenées aux séances précédentes.

En revanche, lorsque nous allons chercher Amari dans son groupe et qu'il joue au sol, nous le retrouvons toujours dans cette position en W. Il serait intéressant de réfléchir aux moyens envisageables pour généraliser ce bénéfice moteur pendant les autres temps de l'institution et pour ensuite pouvoir les appliquer à la maison. Comme Amari est sensible lorsqu'on l'imité, peut-être serait-il possible de jouer avec ce pré-requis à la communication sur les groupes pour ne pas le laisser dans des positions néfastes ou des activités stéréotypées. D'abord par un temps où l'éducateur adhérerait à ce que fait Amari pour attirer son attention, qu'un tour de rôle se mette en place, pour ensuite l'amener vers d'autres propositions.

Pour l'exemple du banc suédois, Amari ne l'investissait pas pendant les premières séances ou très peu. La répétition du dispositif l'a amené à reproduire de plus en plus nos propositions motrices jusqu'à ce qu'Amari s'y dirige seul pour reprendre spontanément les expériences motrices avec le banc.

La répétition du cadre et des activités proposées a donc été un préalable à l'émergence de l'imitation pour Amari. En effet, la reprise des activités proposées a été possible car Amari retrouvait le même dispositif ainsi que les mêmes objets d'une séance à l'autre. Parfois, Amari avait besoin de plusieurs séances avec le même dispositif pour commencer à investir

⁵⁵ Cf. *supra*. « Banc suédois » p. 68/69.

l'objet et reprendre ce qu'on lui proposait. La répétition du cadre est donc nécessaire avec Amari pour amener l'imitation et donc à améliorer ses compétences motrices. On observe là un bénéfice moteur important pour Amari.

b. L'émergence de la relation

Il est intéressant de noter qu'un mouvement relationnel s'est mis en place en parallèle des séances. Amari est considérablement plus dans le maintien d'un contact visuel avec l'adulte. Il peut même être dans un contact corporel distinguable de la fusion dans laquelle peuvent se situer les enfants avec autisme. En effet, il est déjà arrivé qu'Amari s'approche de moi, ouvre les bras et laisse tomber son poids. Son visage et son regard sont dirigés vers moi. Cela nous a donné l'impression qu'Amari attend qu'on le serre dans les bras. J'étais d'abord désarçonnée et ne savait pas comment réagir à ce mouvement relationnel. Après en avoir discuté avec la psychomotricienne, nous avons convenu qu'il était possible de serrer l'enfant dans ses bras en verbalisant. Amari accepte ce mouvement puis reprend la séance où il en était.

De plus, ce mouvement relationnel s'est également dirigé vers les autres enfants de son groupe. Nous restons dans le groupe de l'enfant suite à la séance pour observer l'enfant sur un temps court. Les retours sur le groupe ont également connu quelques changements depuis le début de l'année. Dans la continuité du mouvement relationnel mis en place avec l'adulte, Amari nous a surpris à interagir de plus en plus avec les autres enfants du groupe. Au début de l'année, Amari allait s'installer pour jouer seul. Maintenant, il est possible qu'il se dirige vers un enfant spécifique du groupe, que l'on nommera Thierry. Un jeu s'est installé entre les deux enfants : Amari place un objet en plastique sur la tête de Thierry et prend un grand plaisir à le voir tomber. On retrouve ici son activité stéréotypée qu'il avait avec le grand ballon et les autres objets pendant la séance de psychomotricité. En revanche, il est extrêmement intéressant de voir qu'ensuite, Thierry pose à son tour le même objet sur la tête d'Amari. Et ainsi de suite le jeu continue, jusqu'à ce qu'il se transforme : Amari commence à jeter les objets au travers de la salle. Cependant, outre l'aspect stéréotypé du jeu, il y a là une émergence notable du tour de rôle et de l'interaction avec un autre enfant.

Nous pouvons donc noter l'évolution de la dynamique relationnelle avec Amari. La répétition du cadre est donc nécessaire pour pouvoir envisager la mise en place d'une relation avec des échanges de regard, un tour de rôle et une attention conjointe, que ce soit avec un adulte ou un enfant.

2. La structure de l'atelier conte pour Adrien

a. La contenance au service de l'attention

La place des cinq enfants a été attribuée au début de l'année précédente pour le temps contage. Adrien est un enfant qui peut s'agiter facilement. C'est pour cela qu'il a été placé dans le coin de la salle, à côté d'un adulte afin qu'il puisse se sentir contenu et en sécurité. La conteuse est placée en face des enfants, à la même hauteur que leur regard. Les rideaux de la salle sont tirés pour éviter toute distraction de l'environnement extérieur. Notamment que la cour est visible de la salle de psychomotricité.

Adrien présente parfois une agitation psychomotrice importante au début de la séance. Une couverture est maintenant systématiquement posée sur sa chaise. Nous la déployons d'abord sur Adrien les premières fois. Maintenant, il la prend spontanément et s'y enveloppe. La couverture donne l'impression d'une seconde enveloppe pour Adrien et son agitation s'estompe progressivement. Son attention et son regard ne quittent plus la conteuse de toute l'histoire.

b. L'imitation, un bénéfice pour la conscience de soi

Dans la première moitié du conte, Adrien imite spontanément les gestes Makaton introduits. Il est intéressant de noter qu'Adrien commence ensuite à investir son corps, en particulier son ventre. Souvent, il s'y intéresse pendant la deuxième moitié du conte, lorsque celle-ci fait référence au ventre (la chèvre qui coupe le ventre du loup pour sauver ses enfants, le chasseur qui ouvre le ventre du loup pour sauver la grand-mère et le petit chaperon rouge).

Adrien peut également être en contact tactile avec l'adulte. Il cherche à leur toucher les cheveux ou le cou. Je suis assise à sa gauche pendant le conte et il est déjà arrivé qu'il touche mes cheveux ou mon dos pendant le contage. Il peut aussi être très curieux par ce qu'il y a en dessous des vêtements. Il a souvent voulu soulever les habits de la psychomotricienne ou les miens, que ce soit pendant l'atelier conte ou lorsqu'on le croise dans les couloirs. Nous verbalisons toujours en lui indiquant que ce n'est pas autorisé car c'est notre corps et qu'il nous appartient, mais qu'il pouvait le faire pour le sien. Cela en accompagnant sa main sur son ventre. Il est intéressant de voir qu'il est dans cette recherche du corps de l'adulte après avoir touché son ventre et soulever ses propres habits.

Les dessins de bonhomme qui commencent à apparaître, les angoisses qu'il peut présenter pendant le contage et qui sont contenues par la couverture qui l'enveloppe, l'investissement de la zone orale pendant le temps dessin et l'intérêt qu'il présente pour son corps peuvent démontrer une certaine construction de soi chez Adrien. De plus, il travaille également avec l'orthophoniste en salle Snoezelen, où il est très en demande du passage d'une balle sur le dos. Adrien nous donne l'impression qu'il découvre son corps à travers les différentes activités qui lui sont proposées dans l'institution. L'intérêt qu'il éprouve dans la découverte de son corps et de celui de l'adulte peut également démontrer une certaine distinction entre soi et l'autre.

B. Les aménagements en cours d'année

1. L'aménagement de l'espace

Certains changements ont été réalisés au cours de l'année. En accompagnement individuel, il est possible de ne plus utiliser un objet car il entrave la relation que l'on essaie d'instaurer avec l'enfant. En effet, certains enfants avec autisme présentent des objets autistiques auxquels ils s'agrippent et pour lesquels il devient difficile de les investir autrement par la suite. Ces objets ne permettent pas à l'enfant d'être présent avec l'autre car ils l'enferment dans ses stéréotypies.

Dans le cadre du groupe, il est possible que l'aménagement amène l'enfant à se situer dans une relation trop duelle et fusionnelle avec l'adulte. Dans l'atelier conte, un des enfants du groupe, que l'on nommera Haby, était dans une relation très fusionnelle avec la psychomotricienne. Haby était assise à côté d'elle et avait tendance à se coller et à s'agripper à elle, comme dans une recherche d'exclusivité de la personne. Nous avons donc repensé la place des enfants et des adultes dans l'atelier conte. Haby a maintenant intégré sa nouvelle place, entouré de deux enfants, et ne présente plus de comportement fusionnel avec l'adulte. Elle peut cependant parfois poser sa main sur la jambe de l'adulte le plus proche quelques instants, comme pour se rassurer, puis l'enlève et continue à écouter le conte. Haby est donc plus à l'écoute du conte et dans la relation. Le partage de regards est davantage possible grâce à la nouvelle configuration du groupe conte.

Les changements dans l'atelier conte, que ce soit pour les modifications de placement des enfants, de l'histoire contée, du passage du dessin au jeu ou alors de l'absence de l'un des

enfants sont toujours verbalisés par l'adulte afin d'éviter qu'ils soient une source de questionnement de la part des enfants pouvant générer de l'angoisse. C'est d'ailleurs la marotte Doody, présente à chaque séance et marquant la continuité de l'atelier conte, qui annonce ces changements.

2. Comment présenter les activités à l'enfant ?

En reprenant mes notes de stage, il m'est souvent arrivé de noter que l'enfant ne porte pas d'intérêt pour les propositions. Seulement, il faut se poser la question de comment faire pour éveiller la curiosité de l'enfant pour la proposition. Car si l'enfant n'y voit pas d'intérêt, il ne va pas le faire. Notamment pour les enfants comme Amari qui savent exactement ce qu'ils ne veulent pas faire. Lorsqu'Amari ne souhaite pas faire une activité, il adopte une posture très hypotonique, comme s'il était happé par le sol.

Il ne faut donc pas penser « objectif » mais « moyen », que ce soit avec les enfants avec autisme ou avec toutes les autres populations que nous sommes susceptibles de rencontrer. Si l'individu n'adhère pas au processus de travail, il ne faut pas abandonner l'idée que nous avons, mais essayer de trouver un moyen détourné d'y parvenir en partant de ce qu'il propose. Dans le cas où il ne propose rien en retour, il faut s'adapter.

Par exemple, dans le cas d'Amari, les propositions au bureau de type encastrement ou boîtes gigognes ont été difficiles à réaliser. Il est arrivé qu'il ne souhaite pas s'asseoir sur la chaise et reste assis au sol. Dans ces moments là, la psychomotricienne s'est donc adaptée à l'enfant en amenant le matériel au sol. Amari aime voir les objets chuter, nous nous sommes donc servis de cet intérêt : au lieu d'encastrement les boîtes gigognes les unes dans les autres, nous les avons utilisées pour construire une tour, qu'il pouvait ensuite détruire. Nous avons donc réussi à amener Amari à construire la tour avec les boîtes gigognes, chose qui n'était pas évidente en début d'année.

C. Le cadre et l'évolution de la relation

Comme nous l'avons abordé avec Amari⁵⁶ et Haby⁵⁷, l'aménagement de l'espace peut affecter et favoriser la relation que l'on peut avoir l'enfant.

⁵⁶ Cf. *supra*. « a. L'émergence de l'imitation par la répétition du cadre » p. 72/73.

⁵⁷ Cf. *supra*. « 1. L'aménagement de l'espace » p. 75.

En tant que stagiaire, je représente un tiers. Il est intéressant de voir comment l'enfant accueille ce tiers dans la relation préétablie avec la psychomotricienne. Le passage d'une relation duelle à une relation triangulaire implique le partage et donc la socialisation. Cela implique également de sortir de la relation fusionnelle qu'ont souvent les enfants porteurs d'autisme avec l'adulte. Le passage d'une relation fusionnelle à deux, à une relation triangulaire permet de partager une relation plus riche.

Amari avait bénéficié d'un suivi en psychomotricité avec la psychomotricienne durant l'année 2015/2016. Il est intéressant d'étudier comment l'enfant accueille ce tiers pendant ses séances de psychomotricité. D'abord, l'enfant partage une relation duelle avec la psychomotricienne puis il est possible que la psychomotricienne et la stagiaire partagent également une relation duelle. Comment l'enfant réagit-il à ce moment-là ? Est-ce que l'enfant accepte de ne pas être dans une exclusivité ? Est-ce qu'il le refuse en tirant le bras de la psychomotricienne comme pour s'en accaparer ? Cette situation peut être comparable à la naissance d'un deuxième enfant dans une famille et le sentiment d'hostilité de l'aîné qui peut s'installer envers le nouveau-né.

Cette relation triangulaire amène à la notion de tour de rôle : d'abord entre l'enfant et la psychomotricienne, puis entre la psychomotricienne et la stagiaire et enfin dans une relation triangulaire. Parfois, l'entrée en relation avec Amari était difficile, et c'est donc ce processus que l'on essayait de mettre en place avec la psychomotricienne pour l'amener à un « jouer ensemble ». Par exemple, lorsque les échanges de balle ne se mettaient pas en place, la psychomotricienne échangeait le ballon avec moi. Amari était attentif et nous observait durant cet échange. Cependant il ne cherchait pas à retenir l'attention de la psychomotricienne. Après quelques échanges, soit Amari pouvait ne pas réagir, dans ce cas nous réessayions de lui lancer le ballon. Soit Amari pouvait tendre son bras, comme pour demander le ballon. C'est à partir de ce que nous montrons à l'enfant et de son envie de participer au jeu qu'il choisit de nous rejoindre ou non.

Amari a bien accepté mon arrivée car elle a été verbalisée par la psychomotricienne. Mon intégration aux séances a été progressive : d'abord en tant qu'observatrice, puis en tant qu'observatrice pouvant parfois intervenir quand les échanges à trois étaient possibles et enfin en participant à toute la séance.

D. Les éléments du cadre influent sur les activités de l'enfant

Il est intéressant de comparer les activités d'Amari pendant ses différents temps institutionnels et de s'intéresser au cadre de ces temps.

Amari est pris en charge en salle Snoezelen sous l'accompagnement d'une éducatrice spécialisée de son groupe, à raison d'une séance par semaine. Amari y est suivi en individuel. L'éducatrice note qu'il est majoritairement dans une recherche sensorielle dans cette salle que dans la manipulation d'objets.

Sur le groupe, Amari est dans la manipulation d'objets et peut parfois être dans des expériences motrices. Il met son corps en mouvement en expérimentant autour du canapé lorsque son état de vigilance est de bonne qualité. Il faut noter que sur le groupe, Amari est entouré d'enfants et d'adultes qu'il peut observer à tout moment.

En séance de psychomotricité, Amari peut se situer dans les deux registres, moteur et sensoriel. Sachant qu'il est suivi en salle Snoezelen, la psychomotricienne veut explorer davantage la motricité et le dynamisme d'Amari. Comme nous l'avons vu, cela reste difficile car il peut se situer dans des états de vigilance variés. Amari peut utiliser des objets dans un registre sensoriel alors qu'ils n'ont pas cette finalité. Par exemple, nous utilisons un coussin noir à double face (lisse et à picots) pour qu'Amari sente bien ses appuis au niveau du bassin en position assise. Cependant, il est souvent arrivé qu'Amari le pose au sol et commence à le gratter avec ses doigts. De même pour les tapis pliables empilés les uns au dessus des autres, Amari peut s'y asseoir et gratter la surface légèrement rugueuse. Amari peut s'enfermer dans ces activités sensorielles : dans ces moments, il est toujours assis en position W, la nuque cassée en arrière, le regard vide vers le haut. Ces situations sont notables lorsque peu d'objets sont à disposition dans la salle où lorsque les objets proposés n'éveillent pas d'intérêt pour Amari.

Nous pouvons alors noter que la sensorialité est investie majoritairement lorsqu'Amari est le seul enfant où qu'il est peu entouré. On peut émettre l'hypothèse que la sensorialité est un moyen auquel Amari s'accroche lorsqu'il n'y a pas l'autre sur lequel il peut s'appuyer et imiter. Son répertoire d'action est pauvre d'où l'importance de l'étayage auprès de l'autre, décrit par les éducateurs.

II. L'imitation face à l'hétérogénéité du développement

A. Amari et Adrien, deux stades de développement

1. Le niveau de développement

Nous pouvons observer que l'imitation spontanée est encore pauvre chez Amari, malgré une certaine émergence dans ce domaine. Comme nous l'avons vu plus haut⁵⁸, il est nécessaire que le cadre soit répétitif pour qu'Amari puisse investir les objets comme nous le proposons et non de manière stéréotypée. On peut noter que la relation avec Amari s'instaure difficilement, notamment à cause de son niveau de vigilance très fluctuant et des demandes rarement exprimées, même s'il est arrivé qu'il pointe son index vers un objet désiré. Amari nous amène à très bien comprendre ce qu'il ne veut pas faire, en revanche, il demeure une difficulté à comprendre ce qu'il souhaite.

Toutefois, l'utilisation adaptée du signe Makaton « encore » qu'il a intégré par imitation est un grand progrès dont il faut se saisir car il peut révéler les préférences de l'enfant et donc nous permettre de mieux entrer en relation avec lui à partir de ce qui l'intéresse.

Adrien, lui, est toujours dans de l'imitation spontanée, gestuelle ou vocale. On observe en parallèle une émergence d'exploration corporelle sur soi et sur l'autre, comme une ébauche de construction de son corps, distinct de l'autre. L'imitation, les échanges de regard, le langage ainsi que les demandes sont plus présents chez Adrien. Cela est perceptible car il est plus facile d'entrer en relation avec lui qu'avec Amari.

Une corrélation peut donc être établie entre le niveau de développement et l'imitation chez l'enfant, et donc dans la possibilité de la mise en place d'une relation. Comme on observe une évolution dans le développement psychomoteur et langagier chez un enfant, il existe également une évolution de l'imitation comme nous l'avons vu dans la partie théorique⁵⁹. L'enfant, au fur et à mesure de son développement, va imiter l'autre plus fréquemment dans un premier temps, puis des actions de plus en plus complexes aux niveaux moteur et symbolique dans un deuxième temps. L'imitation est d'ailleurs un des moyens dont dispose l'enfant pour accéder aux jeux symboliques : l'enfant va imiter sa maman faire la cuisine, nourrir son enfant, faire la vaisselle, faire le repassage...

⁵⁸ Cf. *supra*. « a. L'émergence de l'imitation par la répétition du cadre » p. 72/73.

⁵⁹ Cf. *supra*. « D. Imitation et développement psychomoteur » p. 36.

Cette corrélation entre l'imitation, le niveau de développement et la relation est observable chez les enfants présentés dans ce mémoire. Dans le cas d'Amari, on observe peu d'imitations de l'autre, le répertoire moteur est pauvre avec peu d'initiative motrice et la relation est difficile à mettre en place. Tandis que chez Adrien, qui est plus dans de l'imitation, la capacité relationnelle est notablement plus importante.

2. La perception

Nous mangeons une fois par semaine avec Adrien pendant l'heure du repas. Comme nous l'avons vu, il est dans le registre de l'imitation pendant ce temps, que ce soit dans l'imitation de l'adulte ou de l'enfant.

Les résultats du PEP-R nous ont montré que le domaine où Adrien présente le plus de facilité est celui de la perception. Nous pouvons le confirmer par ses imitations très justes pendant les repas du midi. Il lui suffit d'observer rapidement l'autre pour reproduire spontanément ce qu'il fait, comme nous l'avons décrit plus haut⁶⁰.

Cet élément indique qu'Adrien distingue très rapidement ce que son entourage fait différemment de lui. La notion de distinction entre soi et l'autre est sous-jacente à ce phénomène. En effet, pour apercevoir que l'autre effectue des actions différemment des nôtres, il faut déjà se rendre compte que l'autre est distinct de soi, tout comme « je suis distinct de l'autre ». Ce phénomène est nouveau pour Adrien, d'où l'intérêt qu'il porte pour la découverte de son corps et de celui d'autrui⁶¹.

Au contraire d'Adrien, le résultat de la CARS montre que la perception d'Amari est fluctuante⁶². En effet, Amari présente des difficultés de perception lorsque l'adulte lui demande de faire une activité mais il ne présente aucune difficulté à apercevoir l'adulte manger un gâteau au loin. Cela rejoint un fait notable chez Amari : c'est un enfant qui sait s'adapter au niveau de ses capacités lorsqu'il porte de l'intérêt pour une activité ou un objet. Au contraire, s'il ne présente pas d'intérêt à faire une action, Amari ne le fera pas. Dans ces cas-là, il faut mettre en place un autre dispositif qui amènera l'enfant à y porter de l'intérêt, comme nous l'avons vu plus haut⁶³.

⁶⁰ Cf. *supra*. « D. Adrien pendant l'heure du repas » p. 55/56.

⁶¹ Cf. *supra*. « b. L'imitation, un bénéfice pour la conscience de soi » p. 74/75.

⁶² Cf. *supra*. « B. Présentation clinique générale et évolution d'Amari » p. 57/58.

⁶³ Cf. *supra*. « 2. Comment présenter les activités à l'enfant ? » p. 76/77.

Il est également important de rappeler qu'Amari souffre d'un strabisme divergent ainsi que d'une hypermétropie. Il portait des lunettes au début de l'année mais celles-ci diminuaient son champ périphérique et impactaient son équilibre dynamique. Amari ne les a donc plus portées à partir du mois de Novembre 2016.

Nous pouvons mettre en lien ce déficit en imitation, qui n'en est qu'au stade émergent, avec la perception fluctuante d'Amari. En effet, si l'enfant décide de ne pas porter attention à ce qu'on lui propose, il ne pourra pas reproduire ce que nous faisons.

Nous pouvons voir ici, que la perception et l'imitation sont directement liées. Si la perception est déficitaire, l'enfant présentera moins d'actions imitatives. Tandis que si la perception est de bonne qualité, l'enfant sera plus dans l'imitation avec ses pairs.

3. Les capacités motrices

Les capacités imitatives sont donc reliées aux capacités perceptives de l'enfant, mais pas uniquement. Les capacités motrices et la connaissance de son schéma corporel sont également en jeu.

Il est intéressant de voir que l'imitation est plus présente chez Adrien qui, comme nous l'avons vu, est très axé sur la découverte de son corps et la distinction avec le corps de l'autre. Au contraire, Amari montre peu de capacités imitatives et peu d'intérêt pour son corps. Nous savons que les personnes atteintes d'autisme présentent une singularité dans leur habitation corporelle. Le fonctionnement et l'utilisation de leur corps sont particuliers et c'est pour cela qu'ils vont prendre une grande importance dans leur vie quotidienne. En effet, ces difficultés corporelles sont sources de souffrance pour la majorité des personnes.

Nous pouvons donc établir un lien entre l'imitation et les capacités motrices de l'enfant. Toutefois, il ne faut pas le généraliser car si les capacités motrices sont correctes nous pouvons juger des capacités imitatives de l'enfant. En revanche, si les capacités motrices sont diminuées, nous ne pouvons pas établir si l'enfant est apte à imiter ou non car la difficulté peut provenir d'un point de vue corporel.

B. Et après l'imitation spontanée ?

L'imitation spontanée est un système très archaïque pour entrer en relation avec l'enfant autiste. C'est une première étape, mais il est important de ne pas rester dans ce fonctionnement, sinon comment savoir si l'enfant n'est pas uniquement dans la fusion avec l'adulte comme peuvent l'être les enfants avec autisme. Dans le cas d'Adrien, on observe qu'il utilise l'imitation spontanément dans la majorité des situations et c'est sur quoi l'équipe s'appuie pour l'amener à progresser.

Il est important que l'enfant arrive à intégrer ce qu'il imite spontanément pour pouvoir l'utiliser en différé dans un autre contexte. Cela est possible si l'enfant met du sens sur ce qu'il imite. C'est le principe de la méthode Makaton. L'enfant sans langage apprend le signe par imitation, il y met du sens grâce à la verbalisation que l'adulte lui apporte, pour ensuite l'utiliser dans un but de communication. L'enfant peut alors entrer en relation avec l'autre. Dans le cas d'Amari, l'intégration des signes Makaton se fait difficilement mais on observe qu'il peut utiliser le signe « encore » lorsqu'un jeu ou qu'un aliment lui plaît. L'utilisation de ce signe par Amari lui permet de réitérer une demande et donc d'être directement en communication et en relation avec l'adulte. Ici, l'imitation du geste par Amari a permis d'augmenter son répertoire moteur pour l'utiliser ensuite dans la communication avec l'adulte.

L'évolution de l'imitation spontanée à son intégration puis à son utilisation dans la vie quotidienne peut être comparée à n'importe quel apprentissage. Par exemple, pour communiquer oralement, nous apprenons d'abord les lettres de l'alphabet, puis nous associons les lettres pour obtenir des sons, puis nous formons des mots pour enfin construire des phrases. A partir de là, nous pouvons nous exprimer et entrer en relation avec les autres.

III. La communication et l'imitation

A. Les pré-requis à la communication

1. Pointage et attention conjointe

Comme nous l'avons vu dans la partie clinique, Amari pointe parfois avec l'index pour faire une demande⁶⁴. Néanmoins, nous pouvons considérer ce pointage comme un pointage proto-impératif et non déclaratif. Lorsqu'un enfant au développement ordinaire pointe avec son index, c'est souvent un pointage proto-déclaratif car il veut partager une expérience avec l'autre. Dans le cas d'Amari, on note la présence d'un pointage qui a pour visée d'obtenir quelque chose et non un partage avec l'autre.

Le pointage proto-déclaratif est souvent réalisé en situation d'attention conjointe, au contraire du pointage proto-impératif. Dans le cas d'Amari, on note que le pointage est effectué pour demander à l'adulte de faire des bulles. A ce moment-là, Amari regarde vers le tube de savon et pose son regard sur le possesseur du tube lorsqu'il y a un temps de latence entre sa demande et son exécution. Plusieurs fois, nous avons tenté d'amener Amari à souffler et à produire les bulles lui-même, mais il repousse toujours la main de l'adulte. Amari nous donne l'impression d'instrumentaliser l'adulte pour obtenir ce qu'il souhaite. Lorsque les bulles apparaissent, Amari tombe dans une activité cyclique et stéréotypée : il pousse des cris et agite ses mains en périphérie de son regard. Ce processus reste identique à chaque fois. C'est là qu'apparaît la limite de l'utilisation des bulles : si l'adulte ne range pas l'objet, Amari n'arrêtera pas. Il est arrivé que cette séquence de demande suivie de stéréotypies dure quinze minutes de manière identique, si ce n'est de changer l'orientation des bulles par rapport à Amari pour qu'il amène son regard dans des directions différentes.

Amari ne prête pas attention à l'adulte lorsque les bulles sont présentes. Nous aurions pu parler d'attention conjointe si Amari pointait de manière déclarative les bulles, tout en dirigeant son regard vers l'adulte. Cependant, Amari pointe uniquement pour demander et redemander les bulles. Il me semble donc qu'Amari n'est pas en situation de partage avec l'adulte à cet instant, même si l'on peut être amené à y croire.

⁶⁴ Cf. *supra*. « b. Les premières demandes en séance » p. 65/66.

Dans le cas d'Adrien pendant l'atelier conte, il est déjà arrivé qu'il pointe en direction de la marotte Doody tout en prononçant « Doody », puis en regardant vers l'adulte. Ses paroles sont toujours accompagnées d'un sourire, comme s'il était content de retrouver le cadre de l'atelier conte. A la différence d'Amari, dont la joie pour les bulles s'exprime à travers des stéréotypes, Adrien vit un moment partagé avec l'adulte et recherche le contact visuel avec lui. Nous pouvons donc parler de pointage proto-déclaratif car Adrien est en situation d'attention conjointe avec l'adulte.

2. Une émergence du tour de rôle ?

Il est difficile d'établir qu'Amari a acquis la notion de tour de rôle, cependant certains éléments dans son accompagnement individuel sont notables. En effet, deux situations m'amène à penser qu'une émergence est envisageable : les lancers de sacs lestés dans la toupie, ainsi que les activités motrices autour du banc suédois.

En ce qui concerne les lancers dans la toupie⁶⁵, le cadre est strict avec des cibles au sol et des sacs lestés en double exemplaire. On voit ici que lorsque le cadre est instauré, il est possible qu'Amari entre dans un jeu partagé avec l'adulte, avec une progressive installation d'un tour de rôle. Nous avons essayé de recréer ce même cadre lors d'une prochaine séance, cependant Amari était dans un niveau de vigilance bas, il était donc difficile de l'amener dans des activités dynamiques.

Pour les activités motrices avec le banc suédois⁶⁶, c'est Amari qui a instauré le tour de rôle en nous tirant le bras vers le banc après qu'il y soit monté et descendu. Il y a eu une alternance entre l'enfant et l'adulte qui, contrairement au lancer de sacs lestés, a été amené par Amari sur une courte séquence.

Le tour de rôle est donc réalisable avec Amari pendant la séance de psychomotricité si le cadre et les activités s'y prêtent. Il est maintenant intéressant de voir s'il est également présent en dehors de ce cadre. C'est ce que nous avons pu observer lors du retour de la séance de psychomotricité avec son camarade de groupe, Thierry. Comme nous l'avons vu, Amari a instauré un jeu avec Thierry qui consiste à poser un objet sur le sommet du crâne de son

⁶⁵ Cf. *supra*. « c. Les lancers d'objet à travers la salle » p. 66/67.

⁶⁶ Cf. *supra*. « Banc suédois » p. 68/69.

partenaire pour le voir ensuite tomber⁶⁷. Ici, le tour de rôle s'est installé seul, sans la sollicitation de l'adulte, et surtout, sans communication orale entre les deux enfants.

Nous pouvons donc dire qu'il y a là une ébauche du tour de rôle chez Amari qui n'est cependant pas généralisable à toutes les situations et qui reste très fluctuante en fonction de son niveau de vigilance ainsi que de son intérêt pour les activités.

B. L'utilisation adaptée des outils de communication

Amari est suivi en orthophonie à l'extérieur de l'établissement à raison de deux fois par semaine. Il y apprend l'utilisation de l'outil PECS. Toutefois, un COMVOOR a été réalisé avec Amari par l'orthophoniste de l'hôpital de jour et les résultats sont les suivants : d'un point de vue de l'accès au sens, Amari n'a pas accès au stade de la représentation. Cela m'amène à me questionner sur la pertinence de la prise en charge extérieure en orthophonie. Il y a là un décalage de regard sur Amari entre son suivi à l'extérieur et son accompagnement à l'hôpital de jour. Cela m'amène également à me questionner sur l'importance de la collaboration entre l'institution et les intervenants extérieurs, s'il y en a.

Si Amari n'a pas accès à la représentation, les pictogrammes sont encore prématurés pour lui. Il faut donc adapter le pictogramme, passer d'une image en deux dimensions à l'objet réel en trois dimensions, c'est-à-dire grâce à l'utilisation d'objets miniatures. Les objets utilisés pour développer la communication ne doivent pas être déformables et doivent être différents les uns des autres, que ce soit au niveau de la forme, de la couleur que de la matière. De plus, ils doivent être facile à manipuler d'un point de vue moteur.

Ce système a été mis en place dans le groupe pour les toilettes, ainsi que pour les bicyclettes. En revanche, les éducateurs énoncent qu'Amari ne les utilise pas pour exprimer des demandes non plus.

Il est également possible d'utiliser des photos réelles au même format qu'un pictogramme à condition que les images soient épurées et adaptées aux intérêts d'Amari, c'est-à-dire avec ce dont il a l'habitude d'utiliser sur le groupe.

L'utilisation de l'objet réel reste tout de même difficile à mettre en place pour Amari. Pour l'aider à communiquer, nous pouvons donc envisager d'accompagner la parole avec des gestes comme pour l'outil Makaton. Nous avons vu qu'Amari reprenait pour l'instant le signe

⁶⁷ Cf. *supra*. « b. L'émergence de la relation » p. 73.

« encore » de manière adaptée et généralisée. Cet outil semble être le plus efficace pour amener Amari à communiquer avec les adultes.

C. L'autre dans l'imitation

1. L'étayage auprès des enfants

Les éducateurs du groupe d'Amari notent qu'il expérimente de plus en plus son corps à travers les diverses expériences motrices sur le groupe et que son intérêt pour ses pairs a augmenté au cours de l'année. Nous avons pu l'observer lors de l'interaction avec Thierry sur son groupe⁶⁸.

Nous pouvons émettre l'hypothèse d'une corrélation entre son intérêt grandissant pour les autres enfants ainsi que la multiplication des expériences motrices sur le groupe. Comme nous l'avons vu, Amari se situe dans le registre sensoriel lorsqu'il n'est pas entouré par d'autres enfants. Il est donc possible qu'il s'appuie sur les autres enfants pendant les temps de groupe. Le répertoire moteur d'Amari est pauvre et il est difficilement mobilisable. Les autres enfants du groupe peuvent alors lui apporter des possibilités de mouvements qu'il peut essayer de reprendre en les adaptant à ses capacités motrices. Amari serait donc dans une tendance à reproduire en différé ce que font ses pairs. Il y a là l'idée d'observer l'autre et de s'approprier les observations par rapport à ses capacités motrices.

Même si Amari n'est pas toujours dans de l'imitation spontanée, nous pouvons penser qu'il possède tout de même une capacité d'observation et d'assimilation de ce qu'il observe, pour ensuite essayer de les reprendre. Nous pouvons rapprocher ce processus à celui de l'imitation en différé.

2. L'étayage auprès de l'adulte

Les éducateurs décrivent qu'Amari a besoin de l'étayage de l'adulte pour faire une activité. Cela rejoint l'étayage qu'il recherche auprès des enfants : a-t-il besoin de voir l'autre faire pour pouvoir faire ?

⁶⁸ Cf. *supra*. « b. L'émergence de la relation » p. 73.

Cependant l'adulte est un étayage différent par rapport aux enfants de son groupe : il n'est pas en situation de handicap. Il est donc intéressant de comparer les productions d'Amari lorsqu'il est en interaction avec les enfants et lorsqu'il l'est avec les adultes.

Nous avons vu que cette année, Amari s'intéresse plus aux objets et à des jeux plus variés, et qu'il peut prendre l'initiative de s'installer dans le groupe pour jouer. Il prend également plaisir à ce que l'adulte participe aux jeux. Cela peut s'expliquer par l'apport de nouveautés de la part de l'adulte, contrairement aux enfants du groupe qui se situent dans des activités répétitives. De plus, les séances en psychomotricité montrent qu'Amari aime être surpris. C'est un enfant qui ne sortira pas de sa « zone de confort » seul, qui va répéter les activités qu'il maîtrise et qui sont souvent très répétitives. Cependant, son attention sera captée lorsqu'il se retrouvera en face d'un élément non familier. D'où l'importance du rôle des éducateurs sur le groupe, de l'extirper de ses activités répétitives et de l'amener à sortir de cette « zone de confort ».

Une autre question se pose : pourquoi Amari est-il intéressé par la nouveauté mais ne cherche pas à reproduire ce qui l'intéresse ? Nous pouvons déjà répondre à cette question par l'intérêt qu'il peut porter ou non pour ce qui est proposé.

Mais au-delà de son intérêt, nous pouvons parfois remarquer qu'Amari est intéressé par la proposition car il nous observe attentivement, mais qu'il va tirer le bras de l'adulte pour le faire à sa place. Il y a là une instrumentalisation de l'adulte que l'on peut souvent ressentir avec Amari. Cependant, n'y aurait-il pas également une auto-restriction d'Amari car il aurait conscience que son répertoire moteur n'est pas suffisant ? Cela rejoint le fait qu'Amari présente des difficultés à s'éloigner de sa « zone de confort ».

Il me semble donc important d'amener Amari à augmenter son répertoire moteur en utilisant des moyens variés, dont l'imitation. Mais surtout, de veiller à commencer par des actions simples pour ensuite tendre vers des actions plus complexes.

IV. Conclusion de la discussion

A travers ce mémoire, j'ai tenté de mettre en lumière les apports de l'imitation dans la communication et la relation avec les enfants atteints d'autisme.

D'après Fabien JOLY, le cadre est considéré « comme appui ou comme fond à la rencontre, à la relation »⁶⁹. Durant mon stage, l'instauration d'un cadre spécifique aux enfants nous a permis de les amener à développer leurs capacités d'imitation. Nous avons pu voir que le niveau d'imitation était différent chez chacun d'entre eux, et que le cadre a permis à ceux qui n'en étaient qu'au stage émergent de développer leur capacité imitative.

Le répertoire de mouvements démontre une très grande hétérogénéité d'un enfant porteur d'autisme à l'autre. L'imitation amène l'enfant à expérimenter de nouvelles situations motrices qui ne seront pas obligatoirement identiques à la réalité perçue par l'adulte. En effet, l'enfant atteint d'autisme perçoit le monde différemment et il est possible que sa perception des propositions de l'adulte soit différente de la nôtre. Je pense que le dissensus autour des capacités imitatives des personnes atteintes d'autisme provient de là : l'enfant qui paraît ne pas imiter l'autre, peut être dans de l'imitation partielle. Cela rejoint la notion de cécité contextuelle. Nous pouvons l'apercevoir avec les enfants qui apprennent le programme de communication augmentée Makaton, dont les signes ne sont pas exactement identiques. Cela remet en question les capacités perceptives de l'enfant mais aussi ses capacités motrices. Hormis ces difficultés, Amari et Adrien m'ont permis d'affirmer que l'imitation peut enrichir le répertoire moteur afin de l'utiliser à visée communicative. La limite que l'on peut toutefois poser, dans certains cas, demeure dans la non généralisation de ce bénéfice moteur, qui peut être utilisé uniquement dans le cadre de la séance de psychomotricité.

L'imitation est un pré-requis à la communication. Au vue de la clinique rencontrée en stage, j'en suis venue à observer que l'imitation permettait de travailler un autre pré-requis à la communication : le tour de rôle. Jacqueline NADEL affirme qu'elle permet également de travailler l'attention conjointe, cependant l'accompagnement d'Amari nous a démontré qu'il n'en était toujours pas à ce stade, malgré l'imitation. Toutefois, il est difficile d'être dans de l'imitation spontanée avec Amari. Il est donc probable que cette absence d'attention conjointe en soit la conséquence. Nous pouvons voir qu'au contraire, Adrien est dans de l'imitation spontanée et qu'il peut présenter des situations d'attention conjointe.

⁶⁹ JOLY Fabien, 2013, p. 233.

Ce qui est évidemment remarquable, c'est la survenue des sourires et l'augmentation des regards sur l'autre lorsque le dispositif de l'imitation est présent, car Adrien et Amari s'apercevaient immédiatement lorsque nous les imitions. Les partages de rires, de sourires et de regards ont donc contribué à l'instauration d'une relation avec les enfants.

CONCLUSION

Ce sujet de mémoire m'est venu tardivement dans mon année scolaire. Le dispositif d'imitation a donc été introduit dans l'accompagnement individuel d'Amari sur des séquences d'une dizaine de minutes environ. Il est donc possible qu'un dispositif d'imitation d'une trentaine de minutes sur une plus longue période dans l'année soit davantage efficace et fasse émerger d'autres pré-requis à la communication.

Cet éclairage sur l'imitation m'a beaucoup apporté pour cette population qui attisait ma curiosité depuis le début de mes études en Psychomotricité. Ce stage de troisième année m'a mis face à la difficulté me semblant majeure avec les enfants porteurs d'autisme : la difficulté à entrer en relation. L'imitation, qui possède une dimension très archaïque mais qui peut également être très ludique, m'a amenée des solutions pour cette problématique qui me semblait insurmontable en début d'année. Les résultats ne sont pas probants pour tous les enfants que j'ai pu rencontrer, mais les quelques regards pour certains, les contacts et les sourires pour d'autres m'ont amenée à pouvoir mieux comprendre leurs attentes, de mieux y répondre et donc de forger une relation plus palpable.

Le travail en équipe à l'Hôpital de Jour auquel j'ai pu participer, souligne l'importance d'un travail multidisciplinaire avec ces enfants. Il offre une richesse clinique au vue des différentes professions qui y sont représentées. Cela permet d'avoir une vision globale de la personne en situation de handicap, dans ses capacités et ses difficultés, et ainsi de mieux orienter son accompagnement. Il me semble également important de souligner qu'il faut continuer à être en perpétuel questionnement car la clinique de l'autisme nous confronte sans cesse à des situations singulières, bien que toujours enrichissantes.

En effectuant ce travail de mémoire, la généralisation des soins m'a également semblé primordiale. En effet, le discours de tous les professionnels était le même : le retour des vacances scolaires se déroule généralement avec quelques encombres. N'y aurait-il donc pas un travail à faire avec la famille afin d'établir une continuité dans les soins de l'enfant ? La généralisation permettra à l'enfant de mettre en pratique ce qui lui est bénéfique au sein de sa famille, pour ensuite pouvoir l'utiliser dans la société. Cependant, il faut réfléchir aux moyens que peut mettre en marche l'institution pour cette généralisation. Mais ceci est un tout autre sujet qui aurait, peut-être, sa légitimité dans un autre travail de mémoire...

BIBLIOGRAPHIE

APA (American Psychiatric Association) (1980), *DSM-III Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Elsevier Masson.

APA (American Psychiatric Association) (2004), *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Elsevier Masson.

APA (American Psychiatric Association) (2015), *DSM-V Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson.

BAUDIER Anna et CELESTE Bernadette (1990), *Le développement affectif et social du jeune enfant*, Paris, Armand Colin, 2010.

BARTHÉLÉMY Catherine, HAMEURY Laurence et LELORD Gilbert (1995), *L'autisme de l'enfant : la thérapie d'échange et de développement*, Paris, Expansion Scientifique Française.

BARTHÉLÉMY Catherine (2013), *Dossier Autisme*, INSERM.

BERTHOZ Alain (2008), L'échange par le regard, *Enfances & Psy*, 4/2008 (n° 41), pp. 33-49.

BIRD Geoffrey, LEIGHTON Jane, PRESS Clare et HEYES Cecilia (2007), Intact automatic imitation of human and robot actions in autism spectrum disorders, *Proceedings of Biological Science*, 274 (1628), pp. 3027-3031.

BLOCH Henriette et Coll. (1997), *Dictionnaire fondamental de la psychologie*, Paris, Larousse, 2002.

BOUTINAUD Jérôme (2013), *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, Paris, Éditions In Press, 2015.

BRIN-HENRY et Coll. (1997), *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues, Ortho Edition.

BULLINGER André (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Un parcours de recherche*, Editions Érès.

CALVO-MÉRINO Beatriz, GRÈZES Julie, GLASER Daniel E., PASSINGHAM Richard E. et HAGGARD Patrick (2005), Action observation and acquired motor skills : an fMRI study with expert dancers, *Cerebral Cortex*, 15, pp. 1243-1249.

FERRARI Pierre (1999), *L'autisme Infantile*, Paris, Que sais-je ?, 2015.

GEPNER Bruno et TARDIF Carole (2009), Le monde va trop vite pour l'enfant autiste, *La Recherche*, n°436, pp. 56-59.

GONZALEZ-ROTHI Leslie-J., OCHIPA Cynthia, HEILMAN Kenneth-M. (1991), A cognitive neuro-psychological model of limb praxis, *Cognitive Neuropsychology*, 8, pp. 443-458.

HAAG Geneviève et Coll. (2011), *Échelle d'Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme*.

JEANNEROD Marc (1995), Mental Imagery in the Motor Context, *Neuropsychologia*, Vol. 33, No. 11, pp. 1419-1432.

JOLY Fabien (2013), Psychomotricité et médiations corporelles thérapeutiques : le méditatif et le travail du médium malléable, in BOUTINAUD Jérôme, JOLY Fabien, MOYANO Olivier, RODRIGUEZ Marc (2014), *Où en est la psychomotricité ? Etat des lieux et perspectives, pour une approche psychodynamique*, Editions In Press, pp. 219-236.

KAËS René (1996), *Contes et Divans, médiation du conte dans la vie psychique*, Paris, Dunod.

LAFFORGUE Pierre (1995), *Petit Poucet deviendra grand, Soigner avec le conte*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2002.

MARCOS Haydée (1998), *De la communication prélinguistique au langage : formes et fonctions*, Paris, L'Harmattan.

MARSH Lauren et HAMILTON Antonia (2011), Dissociation of mirroring and mentalising system in autism, *Neuroimage*, 56, pp. 1511-1519.

NADEL Jacqueline (2001), Chercher l'enfant, trouver l'humain, *Enfance*, 1, pp. 67-74.

NADEL Jacqueline (2011), *Imiter pour grandir, Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*, Paris, Dunod, 2016.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (2001), *Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent*, Masson, Paris.

PERRIN Julien et MAFFRE Thierry (2016), *Autisme et Psychomotricité*, Bruxelles, De Boeck Solal.

PIAGET Jean (1945), *La formation du symbole chez l'enfant*, Paris, Delachaux & Niestlé.

RAOS Vassilis, EVANGELIOU Mina et SAVAKI Helen (2007), Mental simulation of action in the service of action perception, *Journal of Neuroscience* 27 (46), pp. 12675-12683.

REY-FLAUD Henry (2017), *L'autiste et son miroir, Alice parmi nous*, Paris, Editions Campagne Première.

RIZZOLATTI Giacomo, FADIGA Luciano, FOGASSI Leonardo et GALLESE Vittorio (1996), Premotor cortex and the recognition of motor actions, *Brain Research : Cognitive Brain Research*, 3, pp. 131-141.

SCHOPLER Eric, REICHLER Robert Jay, ROCHEN-RENNER Barbara (1988), *Echelle d'évaluation de l'autisme infantile*.

SCHOPLER Eric, LANSING Margaret, REICHLER Robert Jay, MARCUS Lee M. (1994), *PEP-3 Profil psycho-éducatif*, Belgique, De Boeck Supérieur, 2010.

SHAPIRO Theodore (1977), The quest for a linguistic model to study the speech of autistic children : studies on echoing, *Autism* 1977, Vol.16, Issue 4, pp. 608-619.

STEVENS Jennifer A. (2000), New aspects of motion perception : selective neural encoding of apparent human movements, *Neuroreport*, 11, pp. 109-115.

TARDIF Carole (2010), *Autisme et pratiques d'intervention*, Marseille, Solal.

THURIN Jean Michel et Coll. (Décembre 2012, Mars 2013), EPCA* Echelle d'évaluation psychodynamique des changements dans l'autisme, *Pour la Recherche, Bulletin de la Fédération Française de Psychiatrie*, n° 75-76.

WILLIAMS Donna (1993), *Si on me touche, je n'existe plus*, France Loisirs, Paris.

WILLIAMS Justin H.G, WHITEN Andrew, SUDDENDORF Thomas, PERRETT David I. (2001), Imitation, mirrors neurons and autism, *Neuroscience Biobehavioral Research*, 25, pp. 287-295.

ANNEXES

Annexe 1 : Organigramme du personnel.

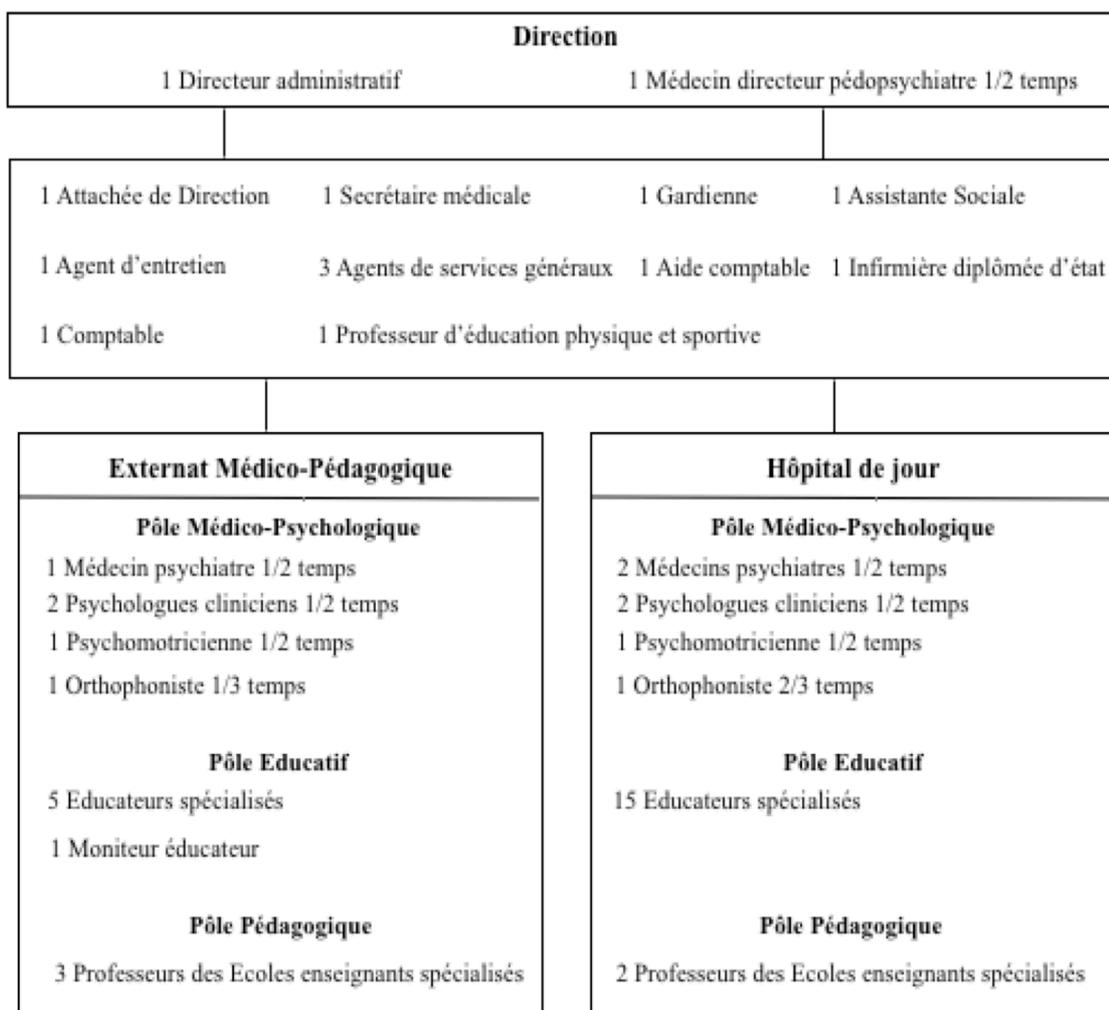
Annexe 2 : Organisation de la salle de psychomotricité pendant l'atelier conte.

Annexe 3 : Placements des enfants et des adultes dans l'espace contage.

Annexe 4 : *Le loup, la chèvre et le chevreau.*

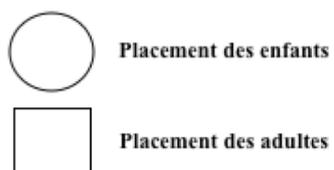
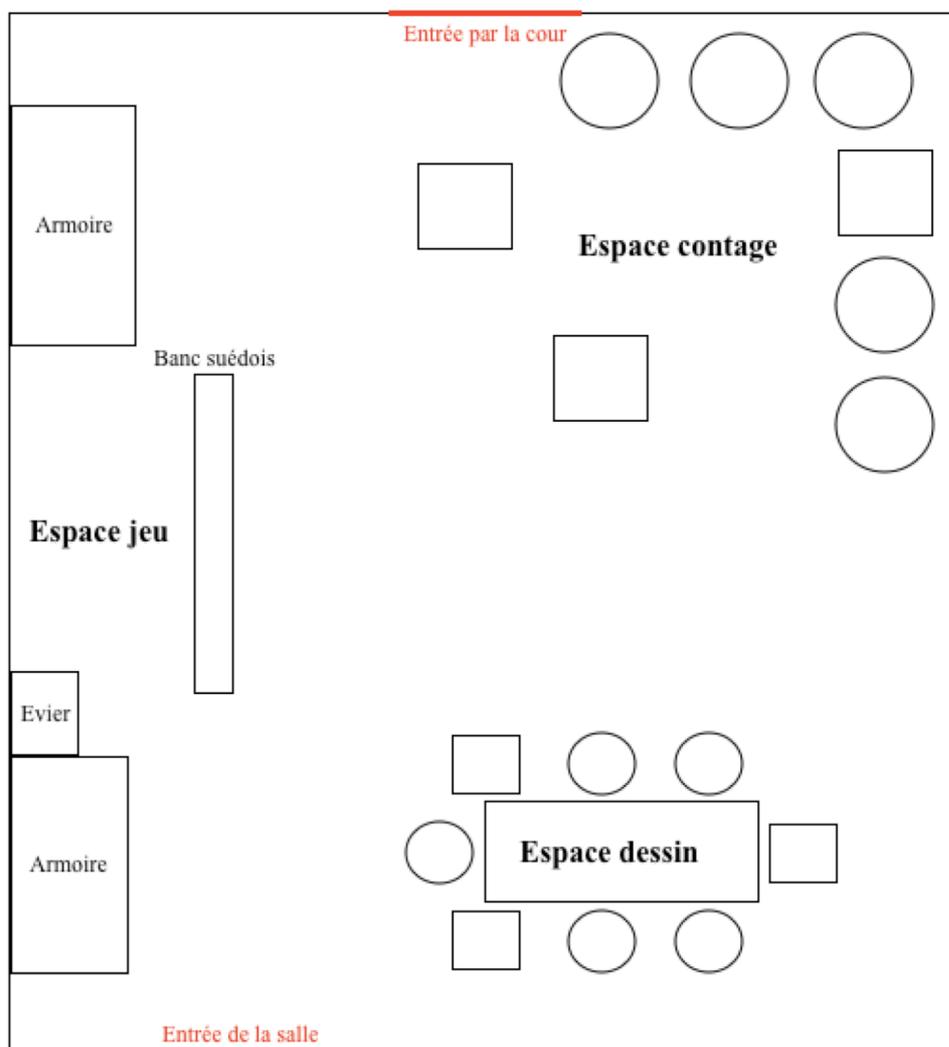
Annexe 5 : *Le Petit Chaperon rouge.*

Annexe 1
Organigramme du personnel



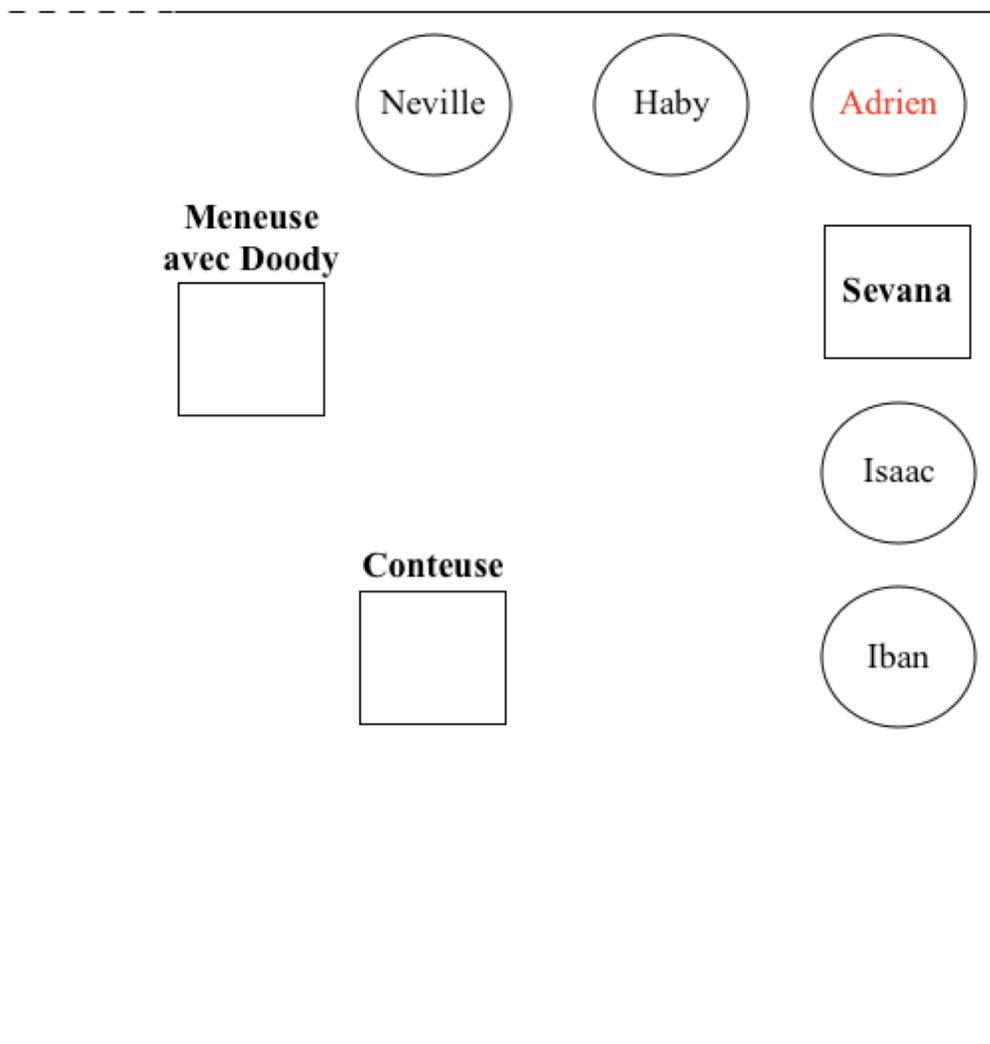
Annexe 2

Organisation de la salle de psychomotricité pendant l'atelier conte



Annexe 3

Placements des enfants et des adultes dans l'espace contage



Annexe 4

Le loup, la chèvre et le chevreau

Cric, crac, c'est l'heure du conte. Cric, crac, alors raconte !

Il était une fois une chèvre blanche qui avait trois chevreaux. Un jour, cette chèvre se cassa la jambe. Il fallait partir à la ville pour se faire raccommoder avec un fil d'argent. « N'ouvrez à personne, dit-elle à ses petits, le loup vous mangerait. » Et elle partit.

Peu de temps après, on frappa à la porte.

- « Chevette, Barbichette, ouvrez la porte à votre mère. »

Ça parle trop gros, ce n'est pas notre mère, pensèrent les chevreaux. Ils avaient reconnu le grand méchant loup.

- « Va-t'en loup ! On ne t'ouvrira pas, tu nous mangerais. »

Alors le loup alla chez le forgeron se faire aiguiser la langue pour parler à voix douce comme les mamans. « Passim, passam, passim, passam » faisait la pierre pour aiguiser la langue du loup qui était grande comme une faux.

Peu de temps après, on frappe à la porte.

- « Chevette, Barbichette, ouvrez la porte à votre mère. »

Ça parle pointu, dirent les chevreaux.

- « Montre-nous patte blanche. »

La patte du loup était noire comme la suie. Ils avaient reconnu le grand méchant loup.

- « Va-t'en loup, on ne t'ouvrira pas. Tu nous mangerais. »

Alors le loup alla chez le meunier. Il trempa sa patte dans la farine blanche. Maintenant, elle ressemblait à une patte de chèvre.

Peu de temps après, on frappe à la porte.

- « Chevette, Barbichette, ouvrez la porte à votre mère. »

La voix était pointue.

- « Montre-nous patte blanche. »

La patte était blanche comme une patte de chèvre. Les chevreaux ouvrirent la porte. Mais c'était le grand méchant loup :

- « Qui je mange le premier ? », cria-t-il en se léchant les babines.

- « Pas moi, ni moi, ni moi. »

Et les chevreaux coururent se cacher. Le premier se cacha sous la table, le deuxième se cacha sous le lit et le troisième se cacha dans l'horloge. « Croc », le loup avale le premier. « Croc, croc », le loup avale le second. Mais il ne trouva pas le plus petit. Alors le loup partit pour aller faire la sieste et digérer près du ruisseau.

Peu de temps après, « boitine, boiteuse, boitine, boiteuse », raccommodée avec un fil d'argent, la chèvre revint de la ville. Quel désastre ! Tout était renversé et cassé dans la maison. Plus de chevreaux. Elle comprit que le loup les avait tous mangés. Elle se mit à pleurer très fort. Entre les sanglots, on entendit une toute petite voix qui disait :

- « Je suis caché dans l'horloge ! Je suis caché dans l'horloge ! Le loup ne m'a pas mangé ».

Quelle joie pour la mère de retrouver son petit vivant.

Dehors, on entendait les ronflements du loup. Alors la mère prit les grands ciseaux à tondre les brebis et d'un seul coup, « couic », elle ouvrit le ventre du loup. Elle retira les chevreaux : « Ouf ! Il était temps ! ». Ils étaient un peu étouffés mais pas égratignés du tout. Le loup dormait toujours. La mère, tout doucement, mit deux grosses pierres dans le ventre du loup. Elle recousit avec son fil d'argent et avec ses trois chevreaux elle rentra dans sa maison et ferma à double tour : « Cric ! Crac ! ». Puis ils regardèrent par la fenêtre. Le loup ne tarda pas à se réveiller. Il s'étira. « Poume, patapoume, qu'est-ce qui poume, patapoume dans mon ventre ? J'ai soif, bigre, j'ai soif ! » s'écria le loup. Pour boire, il se pencha au-dessus du ruisseau mais les pierres l'entraînèrent dans l'eau où il se noya.

Et depuis ce jour, on n'a plus jamais entendu parler du loup.

Mon conte est fini, si tu penses au loup, penses-y !

Cric, crac, le conte est dans le sac.

Annexe 5

Le Petit Chaperon rouge

Cric, crac, c'est l'heure du conte. Cric, crac, alors raconte !

Il était une fois une adorable petite fille que tout le monde aimait. Sa grand-mère, l'aimait beaucoup, beaucoup et lui faisait souvent des cadeaux. Une fois, elle lui donna un petit chaperon rouge et la fille le trouva si joli, il lui allait si bien, qu'elle ne voulut plus porter autre chose. Alors on l'appela le Petit Chaperon rouge.

Un jour, sa mère lui dit :

- « Tiens, Petit Chaperon rouge, voici un morceau de galette et une bouteille de lait : tu iras les porter à ta grand-mère ; elle est malade. Marche vite, et ne traîne pas dans la forêt. »

- « D'accord », dit le Petit Chaperon rouge à sa mère, avant de lui dire au revoir et de partir.

Lorsque le Petit Chaperon rouge entra dans la forêt, ce fut pour rencontrer le loup. Mais elle ne savait pas que c'était une si méchante bête et elle n'avait pas peur.

- « Bonjour, Petit Chaperon rouge », dit le loup.

- « Bonjour aussi, loup. »

- « Où vas-tu de si bonne heure, Petit Chaperon rouge ?

- « Chez grand-mère. »

- « Que portes-tu sous ton tablier, dis-moi ? »

- « Une galette et du lait pour ma grand-mère », dit le Petit Chaperon rouge.

- « Où habite-t-elle, ta grand-mère, Petit Chaperon rouge ? » demanda le loup.

- « Plus loin dans la forêt sous les trois grands chênes, tu reconnaîtras forcément », dit le Petit Chaperon rouge.

Le loup pensa : « Un fameux régal, cette petite ! Miam-miam : meilleure encore que la grand-mère, que je vais manger aussi. Mais attention, il faut être malin si je veux les manger toutes les deux. »

Puis il dit :

- « Regarde toutes ces jolies fleurs dans la forêt, comment se fait-il que tu ne les regardes même pas, Petit Chaperon rouge ? Et les oiseaux, on dirait que tu ne les entends pas chanter ! Tu marches trop vite, soit cool, promène toi tranquillement, cette forêt est si jolie ! »

Le Petit Chaperon rouge se dit : « Et si j'en faisais un bouquet de fleurs pour grand-mère ? Cela lui ferait plaisir, j'ai bien le temps d'en cueillir. »

Sans attendre, elle quitta le chemin pour cueillir des fleurs ; une ici, l'autre là, mais la plus belle était toujours un peu plus loin, et encore plus loin dans l'intérieur de la forêt.

Le loup, pendant ce temps, courait tout droit à la maison de la grand-mère et frappait à sa porte : toc-toc-toc.

- « Qui est là ? » cria la grand-mère.

- « C'est moi, le Petit Chaperon rouge. Je t'apporte de la galette et du lait, ouvre-moi ! » dit le loup.

- « Tu n'as qu'à tirer la chevillette, la bobinette cherra. Je suis trop fatiguée et je ne peux me lever de mon lit. » cria la grand-mère.

Le loup tira la chevillette et la porte s'ouvrit : crrr ! Il entra pour s'avancer tout droit, sans dire un mot, jusqu'au lit de la grand-mère : « Arrrgh ! », qu'il avala. Il mit ensuite sa chemise, s'enfouit la tête sous son bonnet de dentelle, et se coucha dans son lit.

Le Petit Chaperon rouge avait couru de fleur en fleur, mais à présent son bouquet était assez gros. Elle arrive chez la grand-mère. La porte était ouverte et cela l'étonna : « Tiens ! ». Mais quand elle fut dans la chambre, elle se dit : « Tiens comme tout est bizarre aujourd'hui ! »

- « Bonjour, grand-mère ! »

Mais comme personne ne répondait, elle s'avança jusqu'au lit. Elle avait l'air si étrange cette grand-mère qui était couchée avec son bonnet qui lui cachait presque toute sa figure.

- « Comme tu as de grandes oreilles, grand-mère ! »

- « C'est pour mieux t'entendre. »

- « Comme tu as de gros yeux, grand-mère ! »

- « C'est pour mieux te voir », répondit-elle.

- « Comme tu as de grandes mains ! »

- « C'est pour mieux te prendre dans mes bras », répondit-elle.

- « Oh ! Grand-mère, quelle grande bouche et quelles terribles dents tu as ! »

- « C'est pour mieux te manger », dit le loup qui fit un bond hors du lit et avala le pauvre Petit Chaperon rouge d'un seul coup : « Arrrgh ».

Le loup retourna se coucher dans le lit et s'endormit bientôt, ronflant de plus en plus fort.

Le chasseur, qui passait devant la maison l'entendit et pensa : « Qu'a donc la vieille femme à ronfler si fort ? Il faut que tu entres et que tu voies si quelque chose ne va pas. » Il entra donc et, s'approchant du lit, vit le loup qui dormait là.

- « C'est ici que je te trouve, vieille canaille ! Il y a un moment que je te cherche ! » dit le chasseur.

Il prend son fusil et il tire : « pan ! ». L'idée lui vint que le loup avait peut-être mangé la grand-mère et qu'il pouvait être encore temps de la sauver. Il posa son fusil, prit des ciseaux et se mit à tailler le ventre du loup qui était mort sur le coup. Au deuxième ou au troisième coup de ciseaux, il vit le rouge chaperon qui luisait. Deux ou trois coups de ciseaux encore, et la fillette sortait du loup en s'écriant :

- « Ah ! Comme j'ai eu peur ! Comme il faisait noir dans le ventre du loup ! »

Et bientôt après, il sortait aussi la vieille grand-mère, mais c'était à peine si elle pouvait encore respirer.

Tous les trois étaient bien contents. Le chasseur prit la peau du loup et rentra chez lui. La grand-mère mangea la galette et but le lait avec le Petit Chaperon rouge.

Mais pour ce qui est du Petit Chaperon elle se jura : « Jamais plus de ma vie je ne quitterais le chemin pour traîner dans la forêt, quand ma mère me l'a interdit. »

Mon conte est fini, si tu penses au loup, penses-y !

Cric, crac, le conte est dans le sac.

GLOSSAIRE

CARS : La CARS est une échelle d'évaluation de l'autisme créée par SCHOPPLER et REICHLER en 1971. Elle permet d'apprécier l'intensité des troubles autistiques en évaluant 15 domaines généralement perturbés dans l'autisme.

CIM : La Classification Internationale des Maladies est la norme internationale permettant de rendre compte des données de mortalité et de morbidité. Elle organise et code les informations sanitaires qui sont utilisées pour les statistiques et l'épidémiologie, la prise en charge des soins, l'allocation des ressources, le suivi et l'évaluation, la recherche, les soins primaires, la prévention et le traitement. Elle contribue à brosser le tableau de la situation sanitaire générale des pays et des populations.

CNRS : Le Centre National de la Recherche Scientifique est un organisme public de recherche. C'est un établissement public à caractère scientifique et technologique, placé sous la tutelle du Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Il exerce son activité dans tous les champs de la connaissance.

COMVOOR : Cet outil permet une évaluation clinique des compétences de communication réceptive des personnes avec autisme qui ne communiquent pas ou peu verbalement. Il peut être utilisé également avec des personnes (enfants ou adultes) présentant d'autres problèmes de communication et dont l'âge de développement se situe entre 1 et 5 ans.

Le COMVOOR se penche sur les questions essentielles : Que comprend la personne de son environnement ? Que perçoit-elle et quelle signification y attribue-t-elle ?

Cet outil a pour but de proposer des recommandations dans le cadre de l'élaboration de projets de communication.

DSM : Le « Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders » ou le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux est un ouvrage de référence publié par l'Association Américaine de Psychiatrie décrivant et classifiant les troubles mentaux.

EPCA : L'Echelle d'Evaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme est un instrument clinique issu de l'observation des fonctionnements et de l'évolution d'enfants autistes par un groupe de psychanalystes. L'échelle permet l'évaluation des changements suivant une orientation psychodynamique et développementale. Cette approche aborde les comportements autistiques comme des manifestations que sous-tendent des difficultés

majeures du rapport à soi et au monde, mais dont la résolution est possible par un accompagnement et des psychothérapies adaptés.

HAS : La Haute Autorité de Santé est une autorité publique indépendante qui a pour but de contribuer à la régulation du système de santé par la qualité et l'efficacité. Ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de la santé publique, visent à assurer à tous les patients et usagers un accès pérenne et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficaces que possible.

INSERM : L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale est un organisme public de recherche français dédié à la santé humaine. Sous la double tutelle du ministère de la Santé et du ministère de la Recherche, l'INSERM réunit 15 000 chercheurs, ingénieurs et techniciens, avec un objectif commun : améliorer la santé de tous par le progrès des connaissances sur le vivant et sur les maladies, l'innovation dans les traitements et la recherche en santé publique.

OMS : L'Organisation Mondiale de la Santé est l'institution spécialisée des Nations Unies pour la santé. Elle a pour but d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. La constitution de l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

PECS : Le « Picture Exchange Communication System » ou système de communication par échange d'images est une méthode permettant de mettre en place une communication fonctionnelle auprès de personnes avec autisme ou ayant une incapacité de communication orale. Ce système a été développé en 1985.

PEP : Le « PsychoEducational Profile » ou Profil Psycho-Educatif est un test destiné aux enfants souffrant de troubles autistiques. Il a été mis au point par le Pr. SCHOPLER et son équipe de la division TEACCH* de l'Université de Caroline du Nord à Chapel Hill en 1985.

PEP-R : Le « PsychoEducational Profile Revised » ou Profil Psycho-Educatif Révisé facilite l'identification des difficultés cognitives et d'apprentissage spécifiques à l'autisme. C'est à partir du PEP-R que le programme individualisé et personnalisé de l'enfant se construit.

Le PEP-R nous donne des informations sur le niveau de développement atteint dans les domaines suivants : l'imitation, la perception, la motricité fine, la motricité globale, la coordination oculo-manuelle, la performance cognitive et la cognition verbale.

Le PEP-R identifie aussi l'importance des troubles du comportement dans les domaines suivants : relations et affect (coopération et intérêt pour les personnes), jeu et intérêt pour le matériel, réponses sensorielles et langage.

SNM : Le Système Neuronal Miroir a été découvert par l'équipe italienne menée par Giacomo RIZZOLATTI en 1996. On parle de système car la localisation des neurones miroirs est très diffuse. Les neurones miroirs sont une catégorie de neurones du cerveau qui présentent une activité aussi bien lorsqu'un individu exécute une action que lorsqu'il observe un autre individu, en particulier de son espèce, exécuter la même action, ou même lorsqu'il imagine une telle action.

TEACCH : La méthode TEACCH, « Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children » ou Traitement et éducation des enfants avec autisme ou souffrant de handicaps de communication apparentés, a été élaborée en 1971 par Eric SCHOPLER et ses collaborateurs de l'Université de Chapel Hill en Caroline du Nord. Son but est de développer l'autonomie de la personne autiste à tous les niveaux et de fournir des stratégies pour la soutenir dans son milieu familial et scolaire, sa communauté ou son environnement social.

TED : Le terme de Trouble Envahissant du Développement correspond à l'ancienne appellation des Troubles du Spectre Autistique. Il enveloppe l'autisme infantile, l'autisme atypique, le syndrome d'Asperger, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance ainsi que les troubles envahissants du développement non spécifiés. On retrouve une triade symptomatique : des troubles de la communication verbale et non verbale, des troubles des relations sociales et des centres d'intérêts restreints et/ou des conduites répétitives.

TGD : Le terme de Trouble Global du Développement apparaît dans le DSM-III pour décrire le syndrome de l'autisme. Ce terme sera remplacé par celui de Trouble Envahissant du Développement dans le DSM-IV, puis par celui de Trouble du Spectre Autistique dans le DSM-V.

TSA : Le Trouble de Spectre Autistique est défini comme un trouble neuro-développemental qui se caractérise essentiellement par une altération dans deux domaines principaux. La triade

symptomatique devient alors une dyade. On retrouve un déficit persistant dans l'interaction et la communication sociale (communications verbale et non verbale) et des activités ou intérêts restreints et répétitifs. Ces symptômes sont présents dès la petite enfance et, associés, altèrent le fonctionnement global au quotidien. Ils persistent à l'âge adulte.

RESUME

Au détour de cette année, j'ai eu la chance de faire la rencontre de plusieurs enfants porteurs d'autisme. L'entrée en relation avec ces enfants m'a semblé être une étape préliminaire indispensable à leur accompagnement et à la réalisation de leur projet de soins individualisés. Mais comment y parvenir ?

Je dédie ce mémoire à une réflexion autour de l'imitation. Quels sont les apports de l'imitation dans l'instauration d'une relation avec les enfants porteurs d'autisme ? L'imitation peut-elle être envisagée comme un moyen visant à travailler les pré-requis à la communication comme le tour de rôle, l'attention conjointe ou bien encore le regard ? Les deux enfants choisis pour ce mémoire, Amari et Adrien, nous aiderons à éclairer ces questionnements.

➤ **Mots clés :** Psychomotricité – Autisme – Imitation – Communication – Relation – Cadre thérapeutique – Conte.

ABSTRACT

This past year, I had the opportunity to meet many children with autism. Interacting with these children is an essential step to their therapy and their individualised health care plan. But how do we achieve this objective ?

I am writing this dissertation to further research imitation. What are the benefits of imitation in terms of confidence-building in children with autism? Could imitation be used as a means to work on the pre-requisites for communication like joint attention, taking turns and the autistic gaze ? The two children chosen for this dissertation, Amari and Adrien, will help us clarify these questions.

Keywords : Psychomotor therapy – Autism – Imitation – Communication – Relationship – Therapeutic framework – Tale.