UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du
Diplôme d'État de Psychomotricien

« L'enfant qui éprouve est sur le chemin de l'enfant qui évoque. » H. WALLON

Soutenir la construction de soi chez l'enfant autiste à travers l'éprouvé en psychomotricité.

CREFF Maëlys
Née le 22 Août 1997 à Brest

Directrice de mémoire : **Claire CAU**

Juin 2019

UNIVERSITÉ de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

Mémoire en vue de l'obtention du
Diplôme d'État de Psychomotricien

« L'enfant qui éprouve est sur le chemin de l'enfant qui évoque. » H. WALLON

Soutenir la construction de soi chez l'enfant autiste à travers l'éprouvé en psychomotricité.

CREFF Maëlys
Née le 22 Août 1997 à Brest

Directrice de mémoire : **Claire CAU**

Juin 2019

Remerciements

Je souhaite remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont permis que ce mémoire soit possible et qui m'ont soutenu, accompagné et étayé dans ma réflexion.

Merci à **Claire Cau**, ma maître de stage et ma directrice de mémoire pour l'accompagnement et sa confiance tout au long du stage, pour la transmission de ses connaissances au travers d'échanges très enrichissants et toujours très passionnants et enfin, pour son aide et ses précieux conseils dans l'élaboration de ce mémoire.

Merci à toute l'équipe soignante de l'hôpital de jour pour leur accueil chaleureux, leurs conseils, leur réflexion, leur disponibilité ainsi que leur étayage au travers de nos échanges et rencontres qui m'ont beaucoup nourris et apporté professionnellement et personnellement.

Merci à **Katalin**, ma maître de stage, pour sa confiance et son accompagnement tout au long de cette troisième année.

Merci à tous **mes maîtres de stages** et **aux différentes équipes professionnelles** rencontrés durant ces 3 années de formation pour le partage de leurs connaissances et expériences, pour les enrichissantes discussions, pour la transmission de leur savoir-faire et savoir-être qui m'ont permis de construire ma propre identité professionnelle.

Merci, tout particulièrement, aux **enfants, adolescents et adultes** que j'ai eu la chance de rencontrer tout au long de ces stages, pour ces belles et riches rencontres et pour m'avoir permis de développer mes connaissances et qualités tant professionnelles que personnelles.

Merci à l'ensemble de **l'équipe pédagogique de l'IFP** ainsi qu'aux intervenants pour leur accompagnement et leurs enseignements pendant ces trois années d'études.

Merci également, à **ma maman, Anne** et **Cécile** pour le temps passé à la relecture de ce mémoire et pour leurs précieux conseils.

Merci à **mes parents** pour leur confiance, leur investissement dans mes études et mes choix ainsi que pour leur présence et soutien permanent.

Enfin, je veux remercier également **mes amis**, rencontrés lors de cette formation, pour le partage de nos expériences, pour leur joie de vivre, pour leur soutien, pour leur amitié tout simplement.

Avant-propos

« L'auteur de ce livre, un garçon de treize ans, invite le lecteur à se représenter la vie quotidienne d'un être humain auquel la faculté de parler a été retirée. Expliquer qu'on a faim, qu'on est fatigué, qu'on souffre devient alors impossible, au même titre qu'une discussion amicale avec un proche. Poussons un peu plus loin ce petit exercice imposé : imaginez qu'après avoir perdu votre capacité à communiquer, vous constatiez également la disparition inopinée de votre « rédacteur en chef interne », celui qui se charge d'habitude de mettre de l'ordre dans vos pensées. Il est probable que vous n'ayez jamais pris conscience, auparavant, de son existence. En revanche, maintenant qu'il est parti, vous réalisez trop tard que, pendant toutes ces années, c'est lui qui a permis à votre esprit de fonctionner correctement. Irrésistiblement, vous voici submergé par un torrent d'idées, de souvenirs, d'impulsions et de pensées en tout genre. Jusque-là, votre rédacteur en chef personnel s'occupait de contrôler ce torrent d'informations et d'en rejeter la plus grande part pour n'en conserver qu'une toute petite quantité afin de les soumettre à votre attention.

Votre esprit ressemble à présent à une pièce où vingt postes de radio, tous réglés sur des stations différentes, vomissent, une cacophonie de voix et de musiques entremêlées. Ces radios ne possèdent pas de bouton marche-arrêt, et encore moins de réglage de volume ; la pièce dans laquelle vous vous trouvez, qui plus est, n'a ni porte ni fenêtre : le soulagement ne vous sera autorisé que lorsque vous serez trop épuisé pour rester éveillé. Et comme pour compliquer un peu plus le problème, un autre « rédacteur en chef interne » dont, jusqu'ici, vous ne soupçonniez pas davantage l'existence, vient lui aussi de prendre congé sans préavis : votre « aiguilleur des sens ». Voilà que déferle soudain, renversant tout sur son passage, un flux sensoriel déclenché par votre environnement, sans le moindre filtrage qualitatif. Couleurs et motifs s'y bousculent en hurlant dans le dessein de capter votre attention. L'adoucissant textile de votre pull-over exhale un arôme aussi entêtant qu'un désodorisant d'ambiance qu'on vous pulvériserait sous le nez. Votre jean si confortable habituellement vous gratte autant qu'un vêtement de bure bien rêche. Mais ce n'est pas tout : votre système vestibulaire et proprioceptif est lui aussi en panne, si bien que le sol tangue comme un ferry par gros temps ; du coup, vous n'êtes plus du tout certain que vos mains et vos pieds sont toujours en relation avec le reste de votre corps. Vous éprouvez la sensation tactile des plaques osseuses qui composent votre crâne. Vous sentez physiquement chacun de vos muscles faciaux et votre mâchoire. Votre tête est comme prise en étau dans un casque de motard trois tailles trop petit, ce qui explique peut-être (ou pas) pourquoi le climatiseur vous semble aussi assourdissant qu'une perceuse électrique. Quant aux paroles de votre père, qui se trouve pourtant juste devant vous, elles sont à peu près aussi intelligibles que s'il vous appelait sur son portable, depuis un train circulant au bout du monde, conversion régulièrement entrecoupée de passages dans des tunnels et tenue dans une langue que vous ne comprenez plus. De toute façon vous n'êtes pas plus capable de comprendre votre langue maternelle qu'aucun autre idiome : à partir de maintenant, toutes les langues sont des langues étrangères. Même votre perception de la durée a disparu, ce qui vous rend impuissant à distinguer entre une minute et une heure - comme si vous étiez enseveli dans un poème d'Emily Dickinson consacré à l'éternité ou enfermé dans un film de science-fiction où le temps est élastique. Mais les poèmes et les films ont une fin, alors que

cette réalité-là, c'est désormais la vôtre, et elle est permanente. L'autisme dure toute la vie. Et d'ailleurs le mot lui-même, autisme, n'a pas plus de sens pour vous que 自閉症, αυπισμός *ou* आत्मकेंद्रित. 

De **David Mitchell**,
en introduction de l'oeuvre de Naoki Higashida,
un adolescent atteint d'autisme sévère. [36, p.9-12]

Sommaire

Remerciements.....p.1

Avant-propos.....p.2

Sommaire.....p.4

Introduction.....p.5

Partie 1 : De l'éprouvé vers la construction de soi.....p.7

Chapitre 1 : La construction de l'enfant au travers des liens entre appuis psychiques et corporels.....p.7

Chapitre 2 : Le rôle de l'éprouvé dans le développement psychomoteur.....p.18

Partie 2 : Défaillance dans la construction de soi.....p.30

Chapitre 1 : L'autisme.....p.30

Chapitre 2 : Défaut d'investissement du corps par l'enfant autiste.....p.38

Chapitre 3 : Le psychomotricien comme soutien à l'éprouvé.....p.48

Partie 3 : Observations et réflexions cliniques.....p.57

Chapitre 1 : Présentation de l'établissement.....p.57

Chapitre 2 : L'atelier « corps en jeu ».....p.60

Chapitre 3 : L'étude de cas Maxime.....p.76

Conclusion.....p.86

Bibliographie.....p.88

Table des matières.....p.93

Annexes.....p.97

Introduction

Dans le cadre de ma troisième année d'étude en psychomotricité, j'effectue un stage au sein d'un hôpital de jour, dans l'unité qui accueille des enfants de 4 à 9 ans, atteint d'un trouble du spectre autistique (TSA).

Bien qu'auparavant, lors d'un stage en deuxième année, j'ai eu l'opportunité de rencontrer des enfants et adolescents autistes, lors de mes premières journées de stage à l'hôpital de jour je rencontre des enfants dans des états archaïques sévères dont je ne soupçonnais pas l'existence. En effet, j'avais rencontré des enfants autistes qui pour la plupart, avaient accédé au langage oral avec un niveau de développement beaucoup plus élevé que ceux que je rencontre cette année.

La première chose qui m'interpelle le plus est la grande fragilité de ces jeunes enfants autistes dans l'expression de leurs besoins, envies et préoccupations, leurs moyens de communiquer étant très limités. D'ailleurs, dès les premiers jours, j'assiste à des situations très complexes, de par leur extrême difficulté à exprimer leur souffrance. En effet, ces entraves engendrent, la plupart du temps, des troubles du comportement et des désorganisations importantes sur lesquelles il est parfois difficile de mettre du sens.

De plus, au travers de mes premières observations cliniques, je m'interroge beaucoup sur le vécu de ces enfants, sur leur rapport au monde mais surtout à eux-mêmes, je me demande ce qu'ils peuvent ressentir et éprouver. Progressivement, à leur contact, je prends conscience de toute la complexité de cette pathologie et des multiples déclinaisons et différences inter-individuelles possibles. Je remarque également l'impact significatif qu'elle induit dans toutes les sphères du développement de l'enfant.

Ainsi, j'observe des enfants qui s'isolent, de tout contact relationnel, le plus souvent dans des agrippements sensoriels et toniques et qui par conséquent, sont très peu disponibles et n'explorent quasiment pas. En effet, je constate dans un premier temps qu'il est difficile pour eux de se lancer dans des expériences nouvelles, elles sont sources d'angoisses.

> « L'enfant qui éprouve est sur le chemin de l'enfant qui évoque. »
>
> **H. WALLON** [4, p.47]

Je trouve que cette citation illustre ma réflexion autour de l'importance de l'expérience dans le développement de l'enfant. Je prends conscience de la nécessité pour ces enfants de pouvoir avoir un espace, suffisamment sécurisant et contenant, où différentes expériences sont initiées et proposées.

De plus, de par leur comportement et leur manière d'être, j'ai pu me rendre compte d'un défaut évident dans la construction de soi. Ces enfants ne semblent pas avoir conscience d'être eux-mêmes un sujet unifié, entier et différent de l'autre ou de l'objet. La perception de leur corps, de l'autre et de l'environnement est entravée. La question de la construction de soi m'a donc semblé être au centre des soins de ces enfants et m'a beaucoup intéressé.

Ainsi je me suis demandé : *comment l'enfant autiste peut-il s'individuer, au sens de prendre conscience de lui-même comme un être unique et différencié de l'autre, sans se lancer dans l'exploration ?* Au travers de cette question de l'identité et de l'expérience, je me suis demandé plus précisément : *Comment éprouver, quelles expériences doit-on faire pour se développer ? Comment au travers des expériences motrices, sensorielles et émotionnelles l'enfant arrive à exprimer des choses et à intérioriser certains appuis dont il a besoin pour se construire ? Quel rôle peut avoir le psychomotricien pour l'aider à prendre conscience de lui-même, de l'autre et de son environnement ? Par quel moyen soutenir cet enfant avec un défaut d'investissement du corps et dans la mise en sens de ses vécus ?* Tous ces questionnements ainsi que mes observations et réflexions m'ont conduit à élaborer la problématique suivante :

Comment au travers de divers éprouvés corporels et psychiques, le psychomotricien peut-il soutenir la construction de soi chez l'enfant autiste ?

Il s'agit pour moi de réfléchir au lien entre les entraves à l'exploration et à l'intégration des différents éprouvés, avec la difficulté d'individuation et d'expression de soi-même. Je fais donc l'hypothèse que des expériences offertes à l'enfant autiste, dans un cadre contenant, sécurisant et adapté à son niveau d'expression et de développement, sont essentielles dans la construction de soi. Il s'agit d'aider l'enfant à intérioriser différents appuis internes et externes. Ainsi, je suppose que sans la mise en sens de ces éprouvés, par le psychomotricien, ils restent vécus par l'enfant comme un chaos et par conséquent, ne peuvent être au service de son développement et de la construction de son identité. C'est-à-dire qu'on peut faire l'hypothèse que si ces jeunes enfants autistes n'ont pas d'espace d'exploration de ces différents vécus, ils sont en panne pour construire leur identité corporelle et psychique. D'ailleurs, pour **A. CICCONE** *« l'expérience corporelle - sensorielle, motrice, comportementale - est un préalable à l'émergence de la pensée »* [59, p.46].

Ce mémoire reflète le cheminement de ma pensée au travers de mes interrogations, dans la rencontre avec ces enfants autistes et tente alors d'aboutir à une réflexion et de théoriser la pratique de la psychomotricité auprès de ce public. Pour répondre à cette problématique, dans une première partie, il s'agit de réfléchir au passage de l'éprouvé vers la construction de soi. Au cours du premier chapitre, nous nous intéresserons à la construction de l'enfant par l'intermédiaire de l'émergence d'appuis psychiques et corporels. Puis, dans un deuxième chapitre, à l'importance du travail de l'éprouvé dans le développement de l'enfant.

Dans une seconde partie, nous aborderons plus précisément la question de l'autisme et de son impact sur la construction de soi. Pour cela, dans un premier chapitre nous définirons l'autisme et évoquerons le tableau clinique de cette pathologie. Puis dans un second chapitre, nous nous focaliserons sur l'enjeu du défaut de l'investissement du corps chez l'enfant autiste et son impact sur la construction de son identité. Enfin, dans le troisième chapitre nous nous intéresserons à l'étayage du psychomotricien pour soutenir l'enfant autiste dans ses éprouvés.

Pour finir, je souhaite illustrer cette problématique autour d'une réflexion clinique, avec dans un premier temps la présentation brève de l'établissement dans lequel je suis en stage et son fonctionnement. Puis, il s'agit de présenter deux cas cliniques : l'un au travers de l'atelier « corps en jeu » que j'ai mené cette année et l'autre au travers d'une prise en charge individuelle en psychomotricité.

Partie 1 : De l'éprouvé vers la construction de soi

Dans cette partie, nous allons d'abord nous questionner sur l'importance pour l'enfant de vivre et d'intégrer des appuis corporels et psychiques pour se construire et s'individuer. Puis, dans un deuxième chapitre, il s'agit de comprendre comment au travers de ses expériences motrices, sensorielles et relationnelles, l'enfant enrichit son vécu corporel d'éprouvé et se développe comme un être rassemblé et unique.

Chapitre 1 : La construction de l'enfant au travers des liens entre appuis psychiques et corporels.

I. De la vie intra-utérine à la naissance

A. In-utéro

Pendant la grossesse, le foetus se développe au sein de la cavité utérine de sa mère. Cette paroi utérine l'enveloppe et le contient dans un espace clos, il est alors en apesanteur dans un milieu aquatique constitué de liquide amniotique. À cette période anténatale, le bébé est totalement dépendant de sa mère et dans une indifférenciation totale avec un mode physiologique particulier. En effet, ses besoins sont satisfaits en permanence et de manière continue : par exemple, il est nourri de manière régulière par l'intermédiaire du cordon ombilical. On peut le voir comme le modèle du « *paradis perdu* » où le foetus est dans une totale fusion avec sa mère et par conséquent, n'est confronté à aucun conflit.

[50] En revanche, dès la période intra-utérine, le foetus présente déjà le début d'une maturation de certains appareils biologiques : il est compétent. De ce fait, il commence notamment à développer des compétences sensorielles, pour **B. GOLSE** : *« la sensorialité fœtale se développe de manière très précisément programmée tout au long de la grossesse »* [27, p.999]. Un des premiers sens à émerger est le tact avec le développement précoce des récepteurs tactiles au niveau de la bouche dans un premier temps, puis du visage, du tronc, et des membres. Aux alentours de 20 semaines, le foetus devient sensible et recouvert de récepteurs tactiles sur toute la surface de son corps. Au contact du liquide amniotique cette compétence tactile devient vite sollicitée et donc fonctionnelle. Le tact n'est pas la seule compétence à se développer in-utéro. Il y a aussi l'audition : très vite le foetus peut percevoir les bruits des appareils vitaux de la mère comme les bruits du coeur ou de l'appareil digestif. On observe d'ailleurs des réactions motrices à ces bruits. Le bébé est aussi en capacité de reconnaître la voix de sa mère. L'olfaction et la gustation se développent aussi dès la période intra-utérine. On sait que le goût du liquide amniotique est corrélé à l'alimentation de la mère, à la naissance le bébé présente des préférences gustatives et olfactives. En ce qui concerne la vision, l'appareil biologique est formé mais il n'est pas encore mature dans le ventre de la mère, il se développe progressivement à la naissance. Le rôle de la paroi utérine, à cette période, est importante puisqu'elle favorise l'atténuation de ces différents flux sensoriels internes et externes.

Le développement précoce de ces sens in-utéro favorise l'émergence de compétences dès la naissance.

B. Les importants bouleversements de la naissance

Lors de sa venue au monde, le bébé se confronte à un environnement bien différent de celui qu'il a jusque là connu, impliquant de nouvelles conditions de vie : il passe d'un milieu aquatique à un milieu aérien. Il quitte l'espace utérin de sa mère ainsi que sa dépendance absolue avec, il est alors soumis au rythme de son propre corps. Il va se retrouver, brutalement, face à une succession d'états d'inconforts, au contact de l'effet de la pesanteur, la lumière, les bruits ou encore l'arrivée de l'air dans ses poumons qui jusque là n'étaient pas encore déployés. Il quitte aussi ce milieu intemporel et doit répondre à divers rythmes : rythme respiratoire, rythme lié au sommeil mais aussi rythme concernant la faim.

Le bébé subit aussi des modifications en ce qui concerne son organisation tonique et posturale. Il perd la fonction d'arrière-fond et de regroupement assurée par la matrice utérine. L'intégration de limites est difficile dûe à l' *« absence de contact des extrémités au cours des mouvements spontanés »* selon **R. VASSEUR** et **P. DELION** [67, p.36]. De plus, la fluidité du mouvement est beaucoup plus précaire en l'absence de liquide amniotique et la tête n'est plus maintenue ce qui entraîne des difficultés de régulation posturale.

Le bébé vit alors une discontinuité entre une succession d'états organisés et désorganisés. Toutes ces modifications qu'il vit sont *« probablement en grande partie responsable des « angoisses archaïques » »* [67, p.36] : on retrouve des angoisses de chutes, mais aussi de morcellement avec l'impression de « *n'avoir aucune relation avec son corps* » [67, p.37]. Ces angoisses vont, petit à petit, disparaître lors du développement de l'enfant grâce à la disponibilité de son entourage. Cependant, elles peuvent être retrouvées chez des enfants qui présentent de graves pathologies du développement tels que les enfants autistes.

P. DELION développe le concept d'opérateurs définissant la transition entre la vie intra-utérine et la naissance. Il parle d' *« opérateurs de continuité »* pour le sens tactile, tonique, sonore, gustatif et olfactif ainsi que d'*« opérateurs de discontinuité »* représentés par le vécu de pesanteur et le visuel. D'ailleurs, ces derniers témoignent des bouleversements que vit le bébé entre avant et après la naissance. Pour cet auteur, la naissance *« met donc en évidence cette discontinuité fondamentale, donnant ainsi une image des premières angoisses vécues par le bébé »* [50,p.11].

Du fait de ces grands bouleversements qu'impose la naissance et l'émergence de ces angoisses archaïques, le bébé a besoin d'être porté et contenu. Il ne peut pas surmonter tout seul cette situation, il doit pouvoir être soutenu par différents appuis : humain, environnemental ou encore physiologique.

II. L'importance de la relation parent-enfant

Pour **D.W. WINNICOTT** : *« Un bébé seul ça n'existe pas »*. Cet auteur nous souligne l'importance pour le bébé d'être entouré pour se développer et construire son identité. Au travers de ces interactions il trouve des appuis suffisamment solides, stables et contenants nécessaires pour son développement psychique et corporel.

A. Les premières interactions parents-bébé

1. L'interprétation et la mise en sens des différentes manifestations du bébé

Les interactions parents-bébé étayent de façon privilégiée et structurante le développement de l'enfant. La premier moyen pour le bébé de communiquer se fait au travers de son comportement. En effet, ses manifestations corporelles telles que les pleurs, les cris ou encore les sourires sont une façon pour lui d'exprimer ses besoins et ils *« deviennent des éléments structurants si la maman réussit à les interpréter correctement et à y répondre de façon adéquate »* [67, p.21].

[37] Ce processus d'interprétation de la part des parents, nous renvoie à la notion de *« **capacité de rêverie maternelle** »* que **W. R. BION** a développée. Dans ses travaux, il s'intéresse de près au rôle de la fonction maternelle dans le développement de l'appareil à penser du bébé. À la naissance, le bébé se trouve confronté à ce qu'on pourrait appeler un « chaos », il est bombardé de divers stimuli qui sont à l'origine d'expériences désagréables, voir insupportables et il peut difficilement les assimiler tout seul. Il est vrai que son appareil psychique n'est pas encore mature, c'est pourquoi il a besoin de s'appuyer sur sa mère. Il oriente alors vers l'extérieur, c'est-à-dire vers sa mère, ces éléments encore non intégrables et menaçants nommés ***« éléments beta »***. Par l'intermédiaire de son appareil psychique mature, la mère peut mettre du sens aux sensations, émotions et éprouvés du bébé et les lui renvoyer de manière assimilable et accessible c'est-à-dire de façon détoxiquée pour le bébé : on parle de la ***« fonction alpha »***. Cette « *fonction alpha* » permet de contenir et symboliser ces « *éléments beta* » afin de diminuer les angoisses du bébé. Ce dernier, petit à petit, va pouvoir développer son propre appareil psychique grâce à la répétition de ce travail de rêverie effectué par l'appareil à penser de sa mère. En effet, ces interactions précoces sont essentielles dans *« la construction de liens entre les premières sensations du bébé, leurs transformations par la maman et leur intériorisation en retour par le bébé »* [67, p.21].

En clair, les capacités des parents à interpréter ces manifestations émotionnelles du bébé sont essentielles pour le développement de ce dernier. Ils vont pouvoir interagir et s'accorder à leur enfant au travers de différents éléments comme leur posture, leur ajustement tonique dans le portage, leur regard, leur voix, leurs gestes et également au travers du dialogue tonico-émotionnel *(que nous allons développer un peu plus loin)*. Grâce à cela, ils permettent de *« psychiser »* les premières sensations de l'enfant.

Cependant, il arrive que des parents ne soient pas en capacité d'interpréter, de manière adaptée ou pertinente, les manifestations émotionnelles de leur enfant. Par conséquent, l'enfant se retrouve seul et en situation de souffrance significative puisqu'il est *« laissé à sa sensation d'origine difficile, voire impossible, à penser, à se représenter »* [67, p. 21], par lui-même. Ceci peut donc être à l'origine de répercussions, plus ou moins durables, sur l'organisation psychique et corporelle de l'enfant.

Néanmoins, les difficultés peuvent aussi provenir des enfants. En effet, ils peuvent éprouver des difficultés dans l'intégration de l'expérience partagée avec leurs parents, du fait de différents facteurs tels que des fragilités sensorielles par exemple et par conséquent ne pas être en capacité d'interpréter les signaux émis par leurs parents. Par exemple, dans les pathologies grave du développement tels que l'autisme, on observe des enfants en réelles difficultés pour intérioriser l'expérience d'un portage.

Or, elle est nécessaire au sentiment de contenance et de mise en sens de leurs affects, cela entrave alors leur développement de manière significative.

Les parents grâce à leurs capacités de compréhension de leurs enfants, doivent pouvoir répondre aux besoins de ces derniers, notamment au travers des soins.

2. Les soins maternels

[1][9][63] Plusieurs étudiants et auteurs reprennent les travaux de **D.W. WINNICOTT** et explique que selon ce dernier, la mère dès la venue au monde de son enfant, sait comment lui parler, comment le toucher et comment l'écouter. Il qualifie cette intuition de *« préoccupation maternelle primaire »* [68]. Cet état se développe progressivement de la grossesse à la naissance et jusqu'à quelques semaines après. Au tout début, la relation entre la mère et son enfant est qualifiée de fusionnelle : la mère et l'enfant ne font qu'un. La mère est sensible aux états de son bébé et peut répondre à ses besoins physiques et psychiques. Dans cet environnement, contenant et stable, l'enfant peut s'appuyer sur l'étayage corporel et psychique pour se développer et se construire progressivement en tant qu'être différencié. L'enfant doit être actif dans son développement mais cela ne peut se faire sans un appui relationnel, comme le dit **F. POINSO** : *« Certes, le bébé est actif, et il expérimentera par lui-même un grand nombre de mouvements puis de buts corporels et relationnels. Mais ce qui le construit aussi dans la relation, c'est qu'il doit recevoir plus ou moins passivement des soins. Sans soins il ne pourrait pas survivre, et il exprime avec énergie l'urgence de ses besoins. »* [4, p. 37].

D.W WINNICOTT [68] s'intéresse à l'importance des soins maternels dans la construction du Moi de l'enfant et il développe 3 fonctions maternelles fondamentales dans l'étayage de cette construction.

a) Le « holding »

Le terme ***« holding »*** signifie *« maintien »* en français.

Cette notion représente la façon dont l'enfant va être porté à la fois psychiquement et physiquement, la façon dont il va être tenu et contenu. Si ce portage est continu, régulier et suffisamment contenant, cela étaye la construction d'un sentiment interne sécure, ainsi que la construction des assises narcissiques de l'enfant.

b) Le « handling »

Le terme ***« handling »***, lui, signifie *« manipulation »* en français.

C'est la façon dont le parent manipule, soigne, pense et traite son enfant. Cela représente tous les gestes de la vie quotidienne que la mère procure à son enfant.

c) L' « object presenting »

Enfin, le terme ***« object presenting »*** signifie en français « *mode de présentation de l'objet* ».

Cette notion renvoie au mode de présentation de l'enfant à l'environnement extérieur. La mère présente le sein ou le biberon au bon moment, ce qui selon **D.W. WINNICOTT**, contribue à renforcer le sentiment de sécurité de l'enfant et à développer son sentiment d'être.

Progressivement, *« la mère suffisamment bonne »* va abandonner cette *« préoccupation maternelle primaire »* et laisser de la place à l'autonomie de son enfant.

Grâce à l'établissement et l'intégration d'un sentiment de sécurité et de fiabilité, instauré par la présence des soins maternels et du portage, le bébé va pouvoir s'individuer et commencer à construire son enveloppe psycho-corporelle.

Ces réponses parentales, que cela soit en terme de soins ou non, doivent être apportées de manière régulière et répétitive pour permettre à l'enfant de vivre un sentiment de continuité et développer son propre appareil psychique.

3. La répétition des expériences

[52] **D. MARCELLI** a développé les concepts de *« macrorythmes »* et *« microrythmes »*. Il s'intéresse à l'importance de l'aspect temporel dans la construction de la première pensée du bébé. Les **macrorythmes** représentent une forme de contenant rythmique des soins qui entraîne la certitude que les choses reviennent. Ces réponses stables et cohérentes permettent au bébé d'anticiper. D'ailleurs, petit à petit les rythmes du bébé et de la maman se synchronisent, la maman acquiert une appréhension de qualité du fonctionnement de son enfant ce qui lui permet de répondre au mieux à ses besoins.

Quant aux **microrythmes**, ils représentent le fait de ne pas répondre immédiatement aux besoins du bébé, ils laissent alors place à des moments de surprises et d'interactions ludiques : ce qui permet au bébé de s'ouvrir progressivement à la créativité au travers de jeux par exemple.

Après ces grands bouleversements qu'impliquent la naissance, à l'origine de l'émergence d'angoisses notamment, le bébé a besoin de son entourage pour se sentir protégé, contenu et retrouver un sentiment de sécurité de base pour intégrer un *sentiment continu d'exister*. Ce sentiment de sécurité de base s'acquiert par l'intermédiaire des phénomènes réguliers et répétitifs amenés aux travers des premières interactions que comprennent les soins maternels.

On peut maintenant se demander par quels moyens ces interactions sont possibles entre le parent et l'enfant ? En effet, à la naissance le bébé est limité dans ses modes de communication, il peut interagir avec son environnement de manière non verbale c'est-à-dire au travers de son comportement mais aussi par sa posture et ses canaux sensoriels. La présence du dialogue tonico-émotionnel entre l'enfant et ses parents est essentielle dans les interactions précoces.

B. Du dialogue tonique au dialogue tonico-émotionnel

Le bébé est limité dans ses modes de communication à la naissance. Il est pourtant primordial, pour son développement, qu'il puisse interagir avec son entourage. La communication non verbale prend une place particulière dans ces interactions précoces et elle reste tout aussi importante tout au long de notre vie.

1. Le dialogue tonique

H. WALLON est un des précurseurs dans l'investigation du lien entre tonus et émotions. Il démontre son importance dans les interactions mère-nourrisson : il parle de *« relation tonico-affective »*. Les émotions prennent une place centrale dans le développement de l'enfant. Elles se situent entre l'acte et la pensée, entre le sujet et son environnement. En effet, elles peuvent être ressenties par la personne elle-même mais elles sont aussi visibles et perceptibles par autrui. Chez le nourrisson, ces émotions sont exprimées par l'intermédiaire du tonus.

Comme énoncé précédemment, au début de sa vie, le bébé est incapable de répondre à ses besoins seuls : il possède l'activité motrice comme seul moyen pour manifester quelque chose de sa vie psychique à l'environnement. Selon **H. WALLON**, l'installation d'un dialogue moteur qui prend la forme d'un dialogue tonique représente les prémices d'un dialogue verbal à venir. En effet, les adultes interprètent ces manifestations et y répondent. Les réponses proposées vont permettre à l'enfant de mettre du sens à ses propres ressentis et de leur donner une valeur expressive : *« l'adéquation des réponses de la personne prenant soin de l'enfant qui réclame attention, accordage affectif, encordage émotionnel, entraîne la disparition des cris et des pleurs et favorise le babillage, le sourire, les comportements d'orientation »* [67, p.38]. Petit à petit, la motricité réflexe, sans finalité, de l'enfant va prendre sens et valeur de communication. De même, l'enfant va comprendre les réactions de ses pairs au travers de ce dialogue tonique : cela se fait de façon bi-directionnelle. Ces fluctuations toniques sont indispensables aux échanges entre la mère et l'enfant et par conséquent, au développement de la personnalité de ce dernier.

Cependant, la mère, puis l'enfant progressivement, doivent ajuster leur tonus respectif. D'ailleurs, **H. WALLON** décrit quatre modalités à cet ajustement tonique entre les deux partenaires de l'interaction : porter qui correspond au lien tonique selon **M-F LIVOIR-PETERSON** qui reprend **D.W. WINNICOTT** : *« le portage ajusté aux besoins du bébé est un élément central du dialogue tonique »* [4, p.97] ; palper qui correspond au lien sensoriel ; parler qui correspond au lien affectif et penser qui correspond au lien de pensée.

2. Le dialogue tonico-émotionnel

J. DE AJURIAGUERRA reprend le modèle de **H. WALLON** et va plus loin en développant le phénomène de *« dialogue tonico-émotionnel »*. Ce dialogue renvoie à l'ajustement tonique entre la mère et l'enfant et plus largement, entre deux partenaires. Ces ajustements corporels interactifs permettent de comprendre l'état du partenaire et de s'y adapter. Le dialogue tonico-émotionnel représente un véritable outil de communication non verbal. D'ailleurs, les contacts peau à peau constituent au départ la principale modalité interactive. Peu à peu, on note une évolution des échanges entre la mère et l'enfant de par le développement posturo-cinétique du nourrisson. Grâce au dialogue tonico-émotionnel, on observe des réactions d'équilibration de la part des deux partenaires, favorisant la régulation émotionnelle pour chacun.

Ce dialogue tonico-émotionnel permet l'interaction précoce entre la mère et l'enfant et participe à la transmission des émotions : *« c'est par le corps et par le tonus que l'enfant va donc agir sur autrui, et l'émotion, avec toute la charge affective vécue qu'elle comporte, représente ce moyen privilégié d'échange et de communication avec autrui »* [21, p.4].

Il s'illustre au travers des variations du tonus musculaire accompagnant les affects de plaisir et de déplaisir. D'ailleurs, **D. STERN** parle d'*« accordage affectif »* entre la mère et l'enfant pour décrire cette idée d'un partage des émotions. Il s'agit d'une compréhension mutuelle de la part de la mère et du bébé à propos des affects respectifs, qui peut alors se faire au travers du dialogue tonico-émotionnel. La mère montre à son enfant qu'elle le comprend en répétant cette émotion par le biais d'un autre sens. L'appariement mère-bébé est inter-modal et permet le phénomène d'intersubjectivité c'est-à-dire le partage de l'expérience subjective.

Le dialogue tonico-émotionnel est présent dès la naissance et jusqu'à la fin de notre vie en soutien au langage, lorsque celui-ci est possible, en effet d'après **Chambron** cité par **A. CALZA** : *« l'expression et le dialogue tonique dont l'instrument est le corps précèdent le dialogue verbal et ne sont jamais abandonnés chez l'adulte »* [21, p.4]. Lorsque justement, ce langage n'est pas accessible du fait de pathologies telles que l'autisme, il nous donne des informations capitales et nous permet de pouvoir comprendre l'état émotionnel de la personne.

Pour conclure cette partie sur l'importance pour l'enfant de s'appuyer sur la relation afin de trouver des appuis corporo-psychiques nécessaires dans la construction de soi, il semble essentiel de parler du processus d'attachement. En effet, pour lutter contre ses angoisses et ainsi être disponible à l'environnement et à l'exploration, le bébé a besoin d'éprouver des *« comportements d'attachement »* qui lui permettent une proximité et une attention de l'adulte.

C. L'attachement

L'attachement représente le lien qui se crée entre un individu et une figure d'attachement.

1. Théorie de l'attachement

C'est **J. BOWLBY**, psychiatre et psychanalyste anglais, qui développe la ***« théorie de l'attachement »***. Il explique que le bébé doit pouvoir vivre une relation avec sa mère suffisamment chaleureuse, stable et continue pour se sentir en sécurité. Pour favoriser le développement harmonieux de l'enfant, la figure d'attachement doit pouvoir s'occuper de lui régulièrement, à la fois physiquement et émotionnellement. Tous les enfants vont venir chercher la proximité de l'adulte grâce à la possibilité de recourir à des conduites d'attachement : *« la succion, l'étreinte, le cri, le sourire et la tendance à aller vers l'autre »* [63, p.329]. Des capacités de représentations de cette figure d'attachement se mettent progressivement en place. Il peut alors se séparer de sa mère pour se tourner vers l'environnement extérieur et devenir autonome.

De plus, cet attachement reste omniprésent tout au long de notre vie, il peut évoluer mais sa finalité sera toujours la même, c'est-à-dire *« permettre au petit humain de se rapprocher de ceux qui peuvent le protéger ou de maintenir cette proximité autant de temps qu'il lui est nécessaire. Le bébé peut ainsi s'accrocher à sa figure d'attachement et résister à la séparation »* [28, p.8].

Cependant, il n'est pas possible pour certains enfants de vivre ces expériences de manière stable et fiable, de par plusieurs facteurs : la qualité de l'attachement est alors

entravée. Par ailleurs, d'après **N. GUEDENEY** peu importe les réponses apportées par l'entourage qu'elles soient adaptées ou non, solides ou non, régulières ou non : *« un bébé ne peut pas ne pas s'attacher »* [28, p.7], c'est-à-dire qu'il présentera un type attachement spécifique sur lequel il va éprouver des difficultés à trouver des appuis suffisamment solides et structurants.

R. SPITZ témoigne de l'importance de cette notion d'attachement : il s'intéresse aux effets de la séparation mère-enfant lors d'une observation de nourrissons dans une pouponnière. Les nourrissons privés des liens précoces d'attachement montrent un retard de développement significatif. Cet auteur parle d'*hospitalisme*, avec ce syndrome il explique qu'il ne suffit pas seulement, pour le nourrisson, de bénéficier de soins somatiques pour se développer. Cette séparation précoce entraîne, chez le nourrisson, différents états successifs : protestation, désespoir puis détachement. Aujourd'hui, on sait que la présence d'un trouble de l'attachement entraine des conséquences gravissimes sur le développement de l'enfant.

2. L'attachement pour explorer

Au travers de ses expériences régulières et solides passées, l'enfant en sécurité se laisse aller librement aux explorations. Cette sécurité est favorisée par la répétition de réponses appropriées, rapides et cohérentes de la part de la figure d'attachement. Il a conscience qu'il peut revenir vers sa figure d'attachement et qu'elle sera toujours présente.

Il existe un équilibre entre l'attachement et ce que **N. GUEDENEY** appelle *« le système d'exploration »*. L'enfant va pouvoir, petit à petit, explorer le monde qui l'entoure grâce à sa figure d'attachement qui lui sert de ***« base de sécurité »*** : c'est-à-dire que l'enfant après intégration et intériorisation de la présence de cette figure d'attachement, prend conscience qu'il peut revenir vers elle lorsqu'il se sent en danger et qu'il en ressent le besoin. Cet équilibre est amené à fluctuer : *« Avant trois ans, on constate la prédominance du système d'attachement dont les besoins sont prioritaires sur tous les autres besoins développementaux de l'enfant. Après trois ans, on constate la prédominance du système d'exploration ; cependant, en fonction des conditions de stress ou d'alarme, l'attachement peut revenir au premier plan. »* [28, p.18].

L'exploration permet à l'enfant de pouvoir vivre différentes expériences, de développer ses ressources propres et son autonomie : « *il s'agit en particulier de développer son sentiment de capacité à compter sur soi et sur ses ressources propres* » [28, p.16]. Ce système d'exploration commence à se développer à la fin du premier semestre *« en particulier du fait du développement psychomoteur et cognitif de l'enfant »* [28, p.16]. En effet, la mise en place des organisations locomotrices et des ajustements posturaux est essentielle pour permettre au bébé d'agrandir son champ d'exploration, tout comme l'étayage de la figure d'attachement et la relation sur laquelle il peut s'appuyer.

L'enfant a besoin d'évoluer dans un milieu humain suffisamment sécure, contenant et prévisible pour se développer. En effet, à sa naissance il n'a pas encore intériorisé ses propres appuis psychiques et corporels solides c'est pourquoi, ses parents par l'intermédiaire d'expériences répétitives et adaptées, soutiennent et apportent ces appuis dans un premier temps. Puis, plus tard l'enfant suffisamment sécure par le lien d'attachement avec ses parents, va pouvoir commencer à explorer par lui-même et petit à petit intégrer ses propres appuis et ressources pour acquérir une certaine autonomie et accéder à la construction de son identité.

Selon **D. TARNOPOLSKY**, *« la relation avec l'entourage – soutien corporel, bain de paroles, la chaleur du contact, maintien peau à peau –, assure la mise en place des enveloppes corporelles de base et va servir de point d'ancrage à l'évolution qui s'en suivra »* [66, p.76]. En effet, grâce à la relation et aux appuis qu'il intériorise progressivement l'enfant se construit une enveloppe psycho-corporelle qui lui permet de se sentir comme un être différencié de l'autre et tout entier. *On peut se demander ce qu'on entend par « enveloppe psycho-corporelle », ce que cela signifie ? Et comment elle se met en place ?*

III. L'émergence de l'enveloppe psycho-corporelle au service de l'individuation

A. Définitions

Dans le langage courant, on définit le mot « *enveloppe* » comme *« ce qui enveloppe quelque chose, revêtement »* [72]. L'enveloppe permet de délimiter un espace et de le contenir.

D. HOUZEL définit le terme d'enveloppe comme *« ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est aussi fermé »* [37, p.9]. Il ajoute un point commun entre les différentes enveloppes : *« la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné »* [37, p.9].

Il semble que l'on s'accorde à décrire l'enveloppe comme un élément structurant et délimitant des espaces dans lequel la contenance est de mise.

A-M LATOUR en reprenant les travaux de **G. HAAG**, dit que : *« le contact des yeux associé à la tenue qui lui est procurée par le corps de la mère, mais aussi par l'orbiculaire de la bouche tenant et se tenant au mamelon, constituent pour le bébé un premier « tout autour » »* [46, p.98]. Pour **G. HAAG** le ***« premier sentiment d'enveloppe »*** est le résultat de ce « tout autour » associé aux réponses et interprétations que fait la mère des comportements de son enfant. Elle souligne aussi l'importance de l'association du regard, de l'appuis-dos et du sonore dans l'intériorisation d'un sentiment d'enveloppe : *« c'est l'union du donné tactile, du soutien du corps, des caresses, de la voix et de l'enveloppement par la voix et sans doute des sensorialités de proximité et de la pénétration du regard qui va refaire l'enveloppe »* [31, p.11].

B. La « *peau psychique* » de E. BICK

E. BICK est à l'origine du concept de *« peau psychique »*. Elle développe l'importance de cette fonction psychique de la peau dans le développement de l'enfant dans son article « *L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces* » en 1968. **A. CICCONE** et **M. LHOPITAL** ont repris ses travaux et postulent que *« les parties de la personnalité ressenties, dans leur forme la plus primitive, comme n'ayant entre elles aucune force liante, sont maintenues ensemble grâce à l'introjection d'un objet externe éprouvé comme capable de remplir cette fonction »* [19, p.12].

Cet objet externe optimal doit être contenant, il s'agit d'après **E. BICK** du *« mamelon dans la bouche, accompagné du portage, des paroles et de l'odeur familière de la mère »* [18, p.12].

[21] Cette auteur démontre l'importance pour le bébé de faire l'expérience de cet objet contenant et de l'éprouver pour ensuite s'y identifier et l'intégrer comme une première peau : *« l'objet contenant introjecté est expérimenté comme une peau. Il a une fonction de « peau psychique » »* [18, p.13]. En effet, le bébé peut alors s'identifier à cet objet contenant, extérieur, pour se sentir contenu à son tour dans sa propre peau, sa propre enveloppe corporelle. Ce dernier, grâce à l'introjection de cette fonction contenante comme une peau, peut éprouver la différence entre soi et les objets, selon **M CONTANT** et **A. CALZA** : *« l'introjection de la fonction contenante est une condition à la construction du sentiment d'identité et à la constitution des « enveloppes psychiques » »* [21, p.53].

[16] Toutefois, il peut exister des perturbations à l'introjection de cette fonction contenante entraînant une construction défaillante de cette *« première peau »*. Le bébé développe alors une « *seconde peau* » pathologique qui agit comme substitut. Chez les enfants autistes, les agrippements toniques illustrent la formation de cette *seconde peau*.

C. Le Moi-Peau

[3] **D. ANZIEU** est à l'origine du travail autour de la notion du *« Moi-peau »*. Il s'intéresse notamment aux fonctions de la peau, qu'il décrit d'abord dans un article en 1974, puis, il publie son ouvrage intitulé *« Moi-peau »* en 1985.

1. Définition

D. ANZIEU définit le *« Moi-peau »* comme *« une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif »* [3, p.61]. En clair, le concept de *« Moi-peau »* fait référence au *« Moi »* de l'enfant c'est-à-dire à son appareil psychique, ainsi qu'à la *« peau »* qui est investie lors des premiers contacts tactiles et des interactions entre la mère et l'enfant. L'appareil psychique de l'enfant se construit grâce aux expériences corporelles et sensorielles antérieures faites avec la mère. D'ailleurs, c'est la peau qui permet les premiers échanges entre eux, notamment au travers des soins maternels. C'est pourquoi, selon cet auteur le sens tactile représente l'élément essentiel de l'organisation du Moi et de la pensée : *« la peau a une importance capitale : elle fournit à l'appareil psychique les représentations constitutives du Moi et de ses principales fonctions »* [3, p.119].

Par conséquent, il s'agit de faire le parallèle entre la fonction du Moi à travers l'appareil psychique et l'expérience corporelle : *« toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental »* [3, p.119]. Ceci démontre à nouveau, l'importance d'appuis psychiques et physiques suffisamment solides pour se développer.

Cet auteur définit quatre fonctions essentielles au *« Moi-peau »* : *« une fonction d'enveloppe contenante et unifiante du Soi, une fonction barrière protectrice du psychisme, une fonction de filtre des échanges et d'inscription des première traces, fonction qui rend possible la représentation »* et une fonction *« de miroir de la réalité »* [3, p.121].

De ce fait, on peut dire que le « *Moi-peau* » permet d'étayer l'intégration de limites dedans / dehors et de créer une enveloppe psychique contenante pour le sujet : **il témoigne du développement de l'individuation chez l'enfant, qui lui permet de se sentir un sujet unique et unifié.**

2. Différentes fonctions

[3][5][64] Dans son ouvrage, **D. ANZIEU** s'attache à développer neuf fonctions à la peau, qu'il met en parallèle avec les fonctions du Moi :

- **Fonction de maintenance** : on peut faire le parallèle entre la peau qui soutient le squelette ainsi que les muscles et le Moi-peau qui maintient le psychisme, il s'agit alors *« de l'intériorisation du holding maternel »* [3, p.121]. Cette fonction s'appuie sur l'intériorisation des capacités maternelles de maternage et de soins.

- **Fonction de contenance** : la peau enveloppe la surface entière du corps et contient tous les organes. Quant au Moi-peau, il enveloppe l'ensemble de l'appareil psychique. Cette fonction est le résultat du *« handling maternel »* c'est-à-dire des réponses et soins apportées par la mère aux différents comportements de son enfant : elle permet à l'enfant *« d'éprouver progressivement ces sensations et ces émotions à son propre compte sans se sentir détruit »* [3, p.124].

- **Fonction de pare-excitation** : selon **S. FREUD** le Moi s'organise en un double feuillet : avec l'un des feuillets tourné vers le monde intérieur et l'autre vers le monde extérieur, ce dernier joue le rôle de *pare-excitation*. **D. ANZIEU** s'appuie sur ces travaux pour décrire cette fonction. La mère protège son enfant d'un excès de stimulations au début en assurant cette fonction. Et petit à petit, l'enfant, au travers du développement du Moi étayé par sa peau, devient capable de se protéger seul et par conséquent, de se séparer de sa mère : le Moi-peau assure cette fonction de pare-excitation.

- **Fonction d'individuation de soi** : la peau permet à l'individu de *« s'affirmer soi-même comme un individu ayant une peau personnelle »* [3, p.126]. Par l'intermédiaire du Moi-peau, la personne vit : *« le sentiment d'être un être unique »* [3, p.126] et construit son identité.

- **Fonction d'intersensorialité** : cette fonction relie les différentes sensations reçues par la peau et *« aboutit à la constitution d'un « sens commun », dont la référence de base se fait toujours au toucher »* [3, p.127]. Grâce à cela le sujet peut se percevoir lui-même.

- **Fonction de recharge libidinale du fonctionnement psychique** : la peau est en permanence sollicitée : ces stimulations entretiennent un certain tonus sensori-moteur. Le Moi-peau assure le *« maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques »* [3, p.128].

- **Fonction d'inscription des traces sensorielles** : la peau permet d'intégrer certaines informations du monde environnant ; le Moi-peau, lui, permet l'inscription de traces sensorielles tactiles.

- **Fonction de soutien de l'excitation sexuelle**

- **Fonction négative d'autodestruction** : c'est une fonction qui au contraire des autres, attaque les liens et est au service de la pulsion de mort : c'est *« une activité toxique du Moi-peau »* [3, p.131].

D. Sentiment de continuité d'existence

[9][38] C'est **D. W. WINNICOTT** qui est à l'origine du concept de ***« sentiment de continuité d'existence »***. **D. HOUZEL** le cite dans son article et montre que *« les soins maternels, et plus particulièrement ce qu'il appelle le holding (maintien), permettent à l'enfant d'intégrer en un tout cohérent ses expériences et ainsi d'avoir un sentiment continu d'exister »* [38, p.115]. L'enfant présente dès la naissance des compétences, cependant ce potentiel doit être associé aux soins maternels : *« sans soins adéquats, le potentiel inné de l'enfant ne peut aboutir à l'intégration et au sentiment de continuité d'existence, il conduit vers l'annihilation »* [38, p.116].

Le bébé est, au tout début de sa vie, totalement dépendant de sa mère puis, progressivement, au travers de l'émergence et de l'intégration de son enveloppe psycho-corporelle, il va se détacher d'elle, s'autonomiser et construire un sentiment de continuité d'existence propre. Grâce à l'intériorisation de ce sentiment d'existence interne, l'enfant a conscience d'être un tout unifié et différencié de l'autre, il s'ouvre alors au monde qui l'entoure et peut communiquer avec.

*****

« On n'apprend rien à l'enfant, on lui donne des appuis »
A. BULLINGER

L'enfant peut intérioriser des appuis psychiques et corporels au travers de l'expérience d'interactions précoces suffisamment bonnes, fiables et cohérentes. Grâce à cela, il construit sa propre enveloppe psycho-corporelle qui lui permet de se sentir un être unique. *On peut maintenant s'interroger sur le rôle de l'éprouvé dans le développement de l'enfant et dans la construction de son identité : comment l'enfant se développe-t-il ? Le mouvement est à la source d'éprouvés mais le mouvement influence-t-il notre identité ? Quelle est l'évolution de la perception de soi-même au travers du développement ?*

Chapitre 2. Le rôle de l'éprouvé dans le développement psychomoteur de l'enfant

Aujourd'hui on s'accorde à dire que le développement psychomoteur est le résultat de l'interaction entre la maturation du système nerveux central, les expériences sensori-motrices et l'environnement social et culturel de la personne. De ce fait, les difficultés psychomotrices peuvent représenter la finalité d'entraves sur plusieurs facettes : par exemple au niveau biologique on peut trouver des lésions cérébrales, mais on peut aussi constater un manque de sollicitations sensori-motrices de la part de l'environnement ou encore la présence de carences affectives et éducatives. D'ailleurs, ces éléments sont, le plus souvent, liés et ils entrainent alors des réactions en cascade aboutissant à un défaut dans le développement psychomoteur de l'enfant.

Si on prend l'exemple des enfants autistes, il s'agit d'un trouble neuro-développemental qui ne permet pas aux enfants d'explorer ni d'intégrer de façon structurante les différentes expériences entraînant alors des difficultés psychomotrices importantes. Il est essentiel d'avoir en tête la corrélation de tous ces facteurs, pour élaborer avec le patient un travail le plus complet et le plus cohérent possible.

C'est pourquoi, il s'agit d'appréhender le sujet dans sa totalité c'est-à-dire dans ses différentes dimensions : biologiques, motrices, affectives, cognitives, sensorielles et sociales.

Nous allons nous intéresser dans ce chapitre au développement psychomoteur de l'enfant « typique », dans une perspective systémique, c'est-à-dire comme le résultat d'interactions permanentes entre ces différentes composantes. Il est important de garder en tête qu'il existe une grande variabilité inter-individuelle, chaque enfant se développe à son rythme : par conséquent, il s'agit de pouvoir prendre en compte la singularité de chaque individu et d'essayer de comprendre au mieux son mode de fonctionnement dans une approche globale et évolutive.

I. Se mouvoir pour être : de la motricité réflexe à la motricité intentionnelle et structurée

« Le mouvement est la cause de toute vie. » **Léonard de Vinci**

Dès la naissance, on observe un bébé en mouvement. Cependant, il ne maîtrise pas encore son corps. Au travers de son développement psychomoteur, sa maturation tonique prend forme et s'harmonise progressivement, il organise également sa motricité en appui sur la relation avec son environnement. Ceci permet à l'enfant d'augmenter ses possibilités motrices, ses conduites exploratoires et de manière générale, d'élargir son champ d'expériences sensori-motrices. Le mouvement représente alors un élément essentiel dans la construction de soi, d'ailleurs **A. COEMAN** dit : *« en se mouvant, ce n'est pas seulement des sensations qu'on a mais c'est soi-même »*.

A. À la naissance

[63] La maturation tonique est indispensable au développement de la motricité : sans elle l'enfant ne peut pas aboutir au contrôle de ses mouvements. C'est grâce au tonus que le sujet peut maintenir sa posture lors de l'exécution de certains mouvements.

À la naissance, le nourrisson présente un cerveau toujours en cours de maturation ce qui est à l'origine d'une organisation tonique spécifique, caractérisée par une bipolarité : c'est-à-dire une hypotonie axiale et au niveau des membres une hypertonie des fléchisseurs ainsi qu'une hypotonie des extenseurs. En raison de son hypotonie axiale, le bébé n'est pas en capacité de redresser les différentes parties de son corps. C'est pourquoi, dans un premier temps, ses mouvements sont de l'ordre du réflexe et de l'automatisme. **H. WALLON** parle du *stade impulsif* chez le bébé, qui correspond à l'émergence de *« décharges motrices »* on peut parler de mouvements non orientés, sans but, sans signification et non maitrisables.

[11] Toutefois, le passage par cette motricité réflexe est essentiel pour la suite du bon développement de l'enfant. On peut prendre l'exemple du *réflexe tonique asymétrique du*

cou, qu'on appelle aussi le *« réflexe de l'escrimeur »*, dont parle **A. BULLINGER**, qui est à l'origine des capacités d'orientation et de détournement en fonction de la source des stimulations. Ce réflexe entraine des mouvements de torsion, de rotation ainsi que de retournement ce qui permet l'exploration de l'espace et de soi-même, en interaction avec le milieu. Il ne s'agit pas du seul réflexe archaïque observable chez le bébé, en effet il en existe plusieurs : tous témoignent de l'intégrité neurologique du bébé. Cependant, par la suite, ils doivent se transformer et laisser place aux conduites instrumentales : *« toute la maturation neuro-motrice vise la réduction du terrain réflexe, la diminution de la bipolarité tonique et la coordination des mouvements entre eux par rapport à l'axe vertébral »* [61, p.45]. Sans cette évolution de la motricité réflexe et de l'organisation tonique, l'enfant ne parvient à intégrer ni un axe corporel de qualité, ni son identité.

Le développement psychomoteur s'effectue selon la **loi de maturation progressive** : c'est-à-dire qu'il suit le sens céphalo-caudal (de la tête jusqu'aux pieds) et le sens proximo-distal (depuis la racine des membres vers la périphérie). *Nous allons suivre ce sens pour développer la structuration progressive des comportements moteurs et toniques de l'enfant.*

B. Tenue de la tête

Petit à petit, selon cette loi céphalo-caudale, le tonus s'organise et s'harmonise, avec le visage pour débuter, ainsi que le redressement de la tête et du cou aux alentours de trois mois. Cette tenue nécessite une maturation neuro-motrice de qualité ainsi que la possibilité de recourir aux différents systèmes sensoriels et aux expériences relationnelles et interactives satisfaisantes.

[35] Plusieurs auteurs reprennent les travaux de **C. AMIEL-TISON** et **A. GRENIER** à propos de la motricité libérée et démontrent que la proposition d'un appui au bébé, au niveau de la nuque et du bassin, permet de diminuer la présence de mouvements désorganisés. En effet, dans cette position et avec un état de vigilance d'éveil calme, on favorise l'émergence de comportements moteurs de qualité chez l'enfant. En clair, un soutien de la tenue de la tête du bébé favorise l'émergence de ses interactions avec l'environnement ainsi qu'une motricité plus élaborée et harmonieuse.

D'ailleurs, dès lors qu'il est en capacité de tenir sa tête seul, il va immédiatement l'instrumentaliser c'est-à-dire qu'il va l'utiliser de manière volontaire pour orienter son regard, son écoute ou encore pour répondre et initier la communication.

En résumé, l'acquisition de la tenue de la tête représente pour l'enfant un rôle important dans les possibilités d'échanger et interagir avec son environnement et de prendre conscience de la présence d'autrui.

C. La construction de l'axe corporel

[61] La construction de l'axe corporel est en étroite collaboration avec le développement de la construction de soi. L'axe corporel résulte d'expériences motrices, sensorielles et affectives. Au travers du développement de sa mobilité, il devient possible pour l'enfant de se rassembler : il vit alors l'expérience d'un corps unifié. Selon **S. ROBERT-OUVRAY,** le bébé, au début de sa vie, vit des *« schèmes de base »* de façon isolée, ce qui

correspond à des *« parties fragmentées du Moi »*. Puis, leur coordination permet la construction d'une *« première unité psychique »* : *« l'unification du corps et sa coordination va permettre au moi du bébé de passer d'un état d'objet partiel et fragmenté à un objet entier et unitaire qui soutient le rassemblement psychique »* [61, p.47]. Il s'agit pour l'enfant de pouvoir intégrer son propre corps comme une unité rassemblée, au travers du développement de sa motricité et de la construction de sa verticalité, pour permettre la construction de soi.

Cette notion de *« schèmes de base »* correspond à des mouvements d'enroulement, de coordinations motrices et d'axialité impliquant d'un côté une dimension psychique et de l'autre une dimension motrice.

1. Mouvements d'enroulement et d'extension

Dès in-utéro et jusqu'à la naissance, le bébé vit l'enroulement grâce au muscle utérin de sa mère. Cependant, à la naissance, le bébé se confronte aux lois de la pesanteur qui l'attire au sol. Il trouve des solutions pour s'enrouler à nouveau au travers de sa respiration d'une part et grâce à l'intervention du milieu humain d'autre part. En effet, ce dernier doit soutenir l'enfant dans un certain enroulement et limiter au mieux la désorganisation par tous les flux sensoriels. Grâce au rassemblement des membres axiaux vers le centre, l'enfant se prête aux jeux des coordinations entre l'oeil, la main et la bouche. D'ailleurs, c'est grâce aux mouvements de sa main vers la bouche qu'il explore son monde environnant.

Ces conduites d'enroulement offrent l'opportunité à l'enfant d'effectuer et éprouver des mouvements dans le sens centripète, c'est-à-dire des mouvements de rassemblement : *« sa motricité le ramène sans cesse à un retour sur soi »* [61, p.46]. La répétition de l'enroulement est primordiale dans le développement de l'enfant, elle assure selon **S. ROBERT-OUVRAY** « *la base du narcissisme primaire* » [61, p.46] et par conséquent, contribue à l'accès à la conscience de soi.

En parallèle de cette motricité d'enroulement, on peut évoquer celle d'extension. Le plus souvent, lorsque le bébé présente des mouvements d'extension, il exprime un état d'inconfort et certains besoins (comme la faim ou la présence d'une douleur). Petit à petit, l'entourage peut mettre du sens à ses manifestations toniques et y répondre. Grâce à ces conduites motrices l'enfant peut interpeller et interagir avec son entourage.

Au travers de la mise en jeu de ces mouvements, l'enfant commence à éprouver son axe corporel. De plus, la possibilité de trouver un équilibre entre regroupement et extension devient possible, ce qui permet l'émergence d'un équilibre entre l'avant et l'arrière du corps de l'enfant. De ce fait, une certaine stabilité est assurée par l'intermédiaire de ce haubanage du buste.

Par ailleurs, cet équilibre permet au système visuel focal de trouver un **arrière-fond** solide pour quitter sa fonction primitive d'agrippement. L'orientation visuelle est alors possible au travers de cette coordination entre système visuel focal et système visuel périphérique. La solidité de l'arrière-fond favorise l'interpénétration des regards et par conséquent, les interactions. D'ailleurs, **G. HAAG** parle de l'importance pour l'enfant de vivre simultanément la présence d'un appui-dos et du contact visuel pour éprouver la solidité de l'unité corporelle : *« l'axe vertical serait l'un des héritiers de la présence d'arrière-plan, c'est-à-dire le contact tactile du dos intégré par la pénétration du regard, et participerait, dans*

l'image du corps, au sentiment de l'axe vertébral » [33, p.18]. D'après cette auteur, l'arrière-plan semble essentiel dans l'élaboration de l'axe vertébrale et donc, d'un sentiment d'être.

D'ailleurs, à partir du moment où l'intégration d'un équilibre entre la musculature dorsale et ventrale est possible, l'enfant acquiert de nouvelles possibilités motrices qui lui permettent de découvrir davantage le monde qui l'entoure, de développer une certaine curiosité et de ce fait, favoriser la connaissance de soi-même.

Les torsions opèrent un rôle important dans le redressement et la stabilisation de la posture. En effet, un bon redressement ne peut se comprendre sans torsions, ce n'est pas seulement une lutte contre la pesanteur.

2. Les mouvements de torsions et spiralés

Chez le bébé, les premiers mouvements de torsions s'observent lors du réflexe tonique asymétrique du cou, selon **B. LESAGE** ce réflexe permet *« d'intégrer les deux hémi-espaces et d'expérimenter l'asymétrie qui prélude à l'élaboration de l'axe corporel »* [15, p. 64]. D'ailleurs, lorsque ce réflexe disparaît, les mouvements spiralés et de torsions restent présents, ils apparaissent au travers des dissociations de ceintures scapulaires et pelviennes qu'on retrouve dans les changements de position. Grâce à ces mouvements, l'enfant commence à unifier les côtés droit et gauche de son corps. Il peut aussi explorer dans un champ d'action plus grand et enrichir ses compétences. Par conséquent, ces mouvements lui offrent l'opportunité de s'orienter vers l'extérieur, vers son environnement et d'entrer en relation avec : *« la torsion est un mouvement de socialisation qui allie un mouvement d'enroulement et un mouvement de rotation »* [61, p. 51].

Le développement postural et tonique de l'enfant tend vers la verticalisation en effet, c'est l'objectif commun de tout être, chacun l'acquérant dans sa propre temporalité.

3. L'intégration d'une verticalité

« la solidité et la reconnaissance de l'axe corporel permettent la verticalité du sujet » **V. BURY** [15, p.75]

La prise de conscience des membres inférieurs et plus largement, du bas du corps par l'enfant, s'observe au travers de ses comportements. Progressivement, ses jambes sont intégrées dans leur fonction d'exploration et de portage, elles sont au service de conduites instrumentales.

Successivement, on note que le bébé intègre et investit son bassin, permettant d'opérer des conduites de coordination et de dissociation du haut et du bas du corps. Grâce à ces nouvelles conduites et à la tenue du bassin possible aux alentours de 9 mois, il peut tenir assis. Cette acquisition se fait de manière autonome, lorsqu'il peut lutter seul contre les déséquilibres. L'enfant déploie son espace de préhension et attrape les objets qui se trouvent à sa portée. Grâce à ces expériences sur l'environnement, il commence à construire la connaissance de son propre corps. De plus, l'enfant n'est plus dépendant de son parent pour se tenir seul, une certaine mise à distance est possible ce qui favorise son autonomisation dans son action et sa pensée.

En parallèle, de nouvelles organisations locomotrices naissent : elles offrent l'opportunité à l'enfant d'agrandir son champ d'exploration et d'expériences. Dans un premier

temps, on observe des conduites telles que la reptation et la marche quadrupède. D'ailleurs, cette dernière est essentielle en ce qui concerne l'intégration d'un axe corporel puisqu'elle nécessite la production de mouvements croisés et elle permet à l'enfant de vivre des appuis différents. Au fur et à mesure, l'enfant se redresse pour aboutir à l'acquisition de la marche bipède. Cette dernière étape témoigne de l'intériorisation d'une verticalité et de la possibilité d'acquérir une certaine dépendance. Selon **V. BURY**, les membres inférieurs *« soutiennent avec l'axe médian la verticalité du corps dans l'espace. Leur mise en mouvement dans la marche participe à l'autonomisation de l'être humain »* [15, p.79].

De manière générale, l'investissement du bas du corps signe la fin du processus d'acquisition de la verticalité. Pour favoriser l'émergence de ces habilités locomotrices, l'enfant a besoin de pouvoir recourir à son entourage et de se sentir porté, soutenu et sécurisé : d'ailleurs pour [33] **G. HAAG** c'est cette qualité du portage qui va favoriser ou non, l'envie de se redresser chez l'enfant. En effet, on retrouve des enjeux relationnels et narcissiques importants. Au travers de ce réaménagement des appuis, que nécessitent les organisations locomotrices, l'enfant doit se montrer capable de se porter lui-même c'est-à-dire qu'il doit investir son propre portage mais il doit aussi pouvoir décider de s'éloigner et de se séparer de ses parents pour revenir ensuite. Il acquiert la possibilité de faire des allers-retours entre ses proches et l'environnement extérieur puisqu'il a confiance en cette relation et a conscience qu'il peut y revenir dès que cela est nécessaire : c'est le début de l'autonomisation et de l'individuation. Cependant, ces comportements nécessitent d'avoir un attachement sécure. Selon **V. BURY** *« cette étape du développement est celle de l'initiative motrice. L'enfant, dans un ressenti d'individualité corporelle, séparé psychiquement de ses parents, s'approprie son corps. Il le manifeste en exprimant le désir de se relever »* [15, p.76]. **L'enfant en construisant son axe, construit son identité.**

Pour conclure, la construction de l'axe corporel est essentielle chez l'enfant à la fois comme support pour la motricité et les postures mais aussi pour les manifestations émotionnelles et la construction de soi :

> *« L'axe corporel comme point d'appui représentatif constitue une étape importante dans le processus d'individuation et rend possibles les activités instrumentales. Il fait de l'organisme un lieu habité »* **A. BULLINGER** [4, p.48]

L'acquisition de toutes ces coordinations motrices globales offre l'opportunité à l'enfant d'explorer et expérimenter dans un espace tridimensionnel et donc, de transposer cela à son corps et de se connaître soi. Toutefois, cela ne peut se faire qu'à travers une relation suffisamment sécure.

D. <u>Le rôle de l'entourage dans l'émergence des conduites instrumentales</u>

La construction de soi implique de pouvoir mettre en jeu son corps, au travers de différentes expériences motrices, soutenues par un **environnement sécure, cohérent et contenant**. Au tout début, c'est par l'intermédiaire du <u>*dialogue tonico-émotionnel*</u> que l'entourage apporte des réponses adaptées aux mouvements spontanés du bébé, ce qui lui permet d'y donner un sens et de les associer à des émotions différenciées.

À la suite de cette période, **H. WALLON** parle de la présence du *stade émotionnel* où l'enfant devient en capacité de produire des mouvements intentionnels pour exprimer ses besoins. Par conséquent, il s'agit de considérer les réflexes comme des pré-requis à l'émergence des conduites et comportements volontaires nécessaires à la motricité fonctionnelle future : *« les réflexes archaïques apparaissent in utero, ils sont observables dès la naissance et disparaissent normalement dans le courant des premiers mois, se transformant en mouvements coordonnés et volontaires pour certains, alors que d'autres s'inhibent et disparaissent complètement »* [63, p.91]. Cette transition de la motricité réflexe à intentionnelle ne peut se faire sans cet environnement adapté et rassurant.

Pour **D.W. WINNICOTT**, *« l'enfant a besoin d'expériences du corps et d'éprouvés qui partent de son corps pour se construire un psychisme à lui »* et pour cela, l'enfant doit pouvoir faire l'expérience d'interactions suffisamment sécures, cohérentes et stables. .

Pour résumer, la maturation neuro-motrice est essentielle dans le développement psychomoteur et la construction de soi, elle marque le début de la prise de conscience de l'environnement, de l'autre et de soi pour l'enfant au travers de la construction de son axe corporel et de l'élargissement progressive de ses conduites instrumentales en interaction avec le milieu : *« le projet humain d'individualisation psychomoteur dépend fondamentalement de la dynamique tonique à l'oeuvre dès la vie intra-utérine »* [61, p.44].

Il s'agit donc pour le bébé de passer d'une motricité réflexe et non orientée à une motricité intentionnelle, organisée et au service de la relation à l'autre et de l'exploration. Par ailleurs, il est nécessaire que l'enfant puisse intérioriser et s'approprier cette motricité pour se sentir existé, unifié et donc individué. C'est à partir de l'interaction entre son équipement neurologique, biologique et son entourage qu'il se construit en tant qu'être différencié impliquant, comme l'a dit une étudiante, le *« passage d'un corps équipé et fonctionnel, subi et vécu à un corps investi, connu et maîtrisé »* [23, p.15]. Cette construction du sentiment d'être unique et différencié de l'autre se fait de façon active et évolutive.

> *« Le mouvement réflexe, explosif, isolé du début de la vie devient, grâce à la maturation neuro-motrice et à la relation satisfaisante, un geste prolongé, inscrit dans une ininterruption musculaire et tonique. Le passage de la fragmentation schématique à l'extension corporelle assure ainsi au psychisme un sentiment de continuité de vivre. »* **S. ROBERT-OUVRAY** [61, p.48]

C'est-à-dire qu'au travers du développement de cette motricité volontaire et de la répétition, l'enfant intériorise progressivement, un axe corporel suffisamment solide et peut lier les espaces corporels entre eux pour éprouver un sentiment d'être unifié et stable.

Cependant, tous les enfants ne sont pas en capacité de passer par ces différentes étapes pour éprouver et continuer à se construire. En effet, si l'on prend l'exemple des enfants autistes, ils adoptent une motricité qui n'a pas de visée exploratoire, qui n'est pas au service de leurs intentions et qui est difficile à intérioriser.

Ces expériences sont pourtant indispensables dans la construction du schéma corporel et de l'image du corps, d'ailleurs selon **A-M. LATOUR** : *« la possibilité d'instrumenter son corps et de réaliser des acquisitions intégrées dépend étroitement de la manière dont chacun s'est approprié son propre corps et de ce qu'il en connaît »* [44, p.80].

II. Le développement des représentations corporelles

Les représentations corporelles ne sont pas figées, en effet elles sont constamment dynamiques : elles évoluent et s'adaptent selon les expériences de vie de l'individu.

Pour **B. GOLSE**, *« parler du corps convoque au premier plan toute la question des sensations et des perceptions (ancrage corporel) qui ne pourront devenir représentations qu'une fois prises dans le champ de l'interrelation »* [26, p.337]. Lorsque l'on parle du corps, il s'agit d'essayer de comprendre ce que l'enfant éprouve, ce qu'il ressent et ce qu'il en comprend.

A. Définitions sensations, perceptions et représentations

« Éprouver est en relation étroite avec ressentir, percevoir... en quelque sorte connaître par expérience. Eprouver suppose de s'apercevoir de ce qui est senti, sensoriellement et émotionnellement. » **A-M LATOUR** [50, p.5]

Il existe un lien étroit entre l'éprouvé, les sensations et les perceptions. Ces différentes expériences permettent au sujet de connaitre le monde qui l'entoure et de se connaître soi-même. **B.GOLSE** dit *« Éprouver, percevoir, construire... tels sont donc les enjeux profonds de la sensorialité au sein de la vie psychique. »* [27,p.1009].

1. Sensations

La sensation peut être définie comme un *« phénomène qui traduit, de façon interne chez un individu, une stimulation d'un de ses organes récepteurs »* [72]. Dans cette définition on relève la dimension physiologique de la sensation : l'être humain est capable grâce à son organisme biologique, équipé d'un système sensoriel, de traiter et intégrer les différents stimuli sensoriels qui proviennent de son environnement mais aussi de son propre corps.

L'expérience sensorielle est fondamentale dans le développement de tout sujet. Le bébé est un être sans langage, les premières relations avec son environnement se font donc au travers des sens, notamment au travers du *dialogue tonico-émotionnel*. Les découvertes scientifiques, ont permis de mettre en avant les compétences sensorielles des enfants dès in-utéro.

D'ailleurs, d'après **J. PIAGET**, à l'origine, les différents éléments sensoriels ne sont pas en relation directe chez le bébé. En effet, au début de sa vie, le nourrisson est impacté par de nombreuses stimulations sensorielles (tactiles, visuelles, gustatives, auditives, olfactives, proprioceptives et vestibulaires) qui pour lui, n'ont pas de sens et restent confuses: il vit alors dans un « chaos sensoriel ». Progressivement, soutenues par le milieu humain, elles se mettent en lien, s'organisent et prennent du sens.

La possibilité de ressentir des choses et d'y mettre du sens offre à chacun l'opportunité de se développer : elle permet d'accroître la connaissance de l'environnement, de l'autre et de soi. L'entourage va pouvoir soutenir cela dans un premier temps, avant qu'il n'en soit capable seul. D'ailleurs, selon **A-M LATOUR**, pour percevoir *« il a fallu d'abord véritablement apprendre à connaître et re-connaître les sensations diverses et variées. Cet apprentissage premier est intimement lié à l'expérience d'un premier autre qui pour nous a compris, traduit, trié et mis en sens »* [50, p.6]. Elle témoigne, ici, de l'importance de la présence d'autrui.

D'ailleurs, dans la cadre de mon stage, j'observe qu'il est très difficile pour les enfants autistes de comprendre ce qu'il se passe dans leurs corps au travers de ces sensations. De ce fait, au lieu d'être au service du développement de soi, elles le freinent voir l'envahissent.

2. Perceptions

O. BOGDASHINA propose de définir la perception comme étant un *« processus par lequel un organisme recueille, interprète et comprend l'information, venant du monde extérieur, au moyen de ses sens »* [8, p.51].

La perception arrive à posteriori de la sensation : elle est créée par la confrontation entre une sensation et un individu. La perception est mise en jeu au travers de différents mécanismes tels que la mémoire, le vécu, les émotions ainsi que des procédés organiques : *« la perception dépend à la fois de l'apprentissage et du développement. Le monde perceptif avec toutes ces catégories n'est pas donné aux bébés, dès leur naissance. Ils le créent, activement, au travers de leurs expériences, de leur mémoire et des processus cognitifs »* [8, p.52]. L'organisme de l'individu garde en mémoire les différents vécus. Les sensations s'inscrivent alors dans l'histoire personnelle de l'individu en leur donnant une empreinte particulière : elles deviennent ainsi des perceptions. La perception peut être définie comme une sensation dotée d'affects. Elle correspond à la partie de l'information dont l'individu est conscient et/ou qui modifie son comportement.

De plus, les perceptions s'enrichissent, elles aussi. L'éveil au monde devient de plus en plus grand et l'enfant bénéficie de toutes les informations venant de l'extérieur ce qui favorisent ses possibilités de compréhension et de réponse. Ainsi, le bébé peut élaborer une représentation cohérente du monde qui l'entoure : on parle de l'*inter-sensorialité* c'est-à-dire de la capacité d'associer les sensations entre elles pour avoir une compréhension globale de l'environnement. Ou encore, du phénomène de *co-modalisation* que **A. BULLINGER** décrit comme la coordination des différents flux sensoriels. Grâce à cette compétence d'associer les différentes propriétés sensorielles d'un même objet (humain ou matériel), l'enfant peut prendre en compte cet objet de manière totale. En effet, **B. GOLSE** décrit l'intérêt de percevoir, par au moins deux canaux sensoriels différents, un objet extérieur à soi pour le reconnaître, ce qui implique d'avoir aussi conscience de soi.

Pour résumer, la perception est fortement liée à la conscience corporelle de soi ainsi qu'à notre identité. Par conséquent, nous montrons une perception de l'environnement propre à nous-même : *« Ainsi il y a toujours quelque chose de « nous » dans notre interprétation des stimuli. Notre réponse n'est pas objective et dépend de nos expériences, intérêts et motivations précédentes. »* [8, p. 61].

[50] Selon **J. MARVAUD**, le milieu humain a une importance capitale dans la mise en sens des différents ressentis ainsi que des éprouvés sensitifs et perceptifs pour aboutir à l'émergence de représentations.

3. Représentations

La représentation peut être définie comme une *« image, figure, symbole, signe qui représente un phénomène, une idée »* [72]. Ou encore, comme l' *« action d'évoquer quelque chose, quelqu'un par le langage »* [72]. On note dans cette dernière définition que les représentations font appel à un certain niveau de développement, avec un accès au langage

notamment. Mais aussi et surtout, à l'intégration d'un processus de pensée. D'ailleurs, si on se réfère à la définition de la pensée : *« idée, représentation psychique ayant une valeur plus ou moins affective »* [72], on remarque que la pensée et la représentation sont conjointement liées. La pensée semble correspondre à la représentation mentale de quelque chose. En effet, l'enfant enrichit ses mécanismes de pensée au cours de son développement et parvient à obtenir des capacités de représentation. Il peut alors se dégager de l'agir et entrer dans la pensée, ce qui le détache de l'action immédiate.

Grâce aux représentations il est possible d'intérioriser notre schéma corporel et donc la connaissance de soi. [58] **E. PIREYRE** conçoit que les premières racines de l'identité sont d'origine corporelle. Pour **J. BERGES** : *« on apprend en grande partie avec son corps. La manière dont il est touché, la curiosité dont il est l'objet, les actes qu'on le laisse accomplir, les rythmes qu'on lui propose et le fond émotionnel et matériel sur lequel se déroulent ces expériences organisent la pensée dès la naissance »* [21, p.173].

D'ailleurs, **P. DELION** s'intéresse à l'individuation par l'accès aux représentations, il explique l'importance pour le bébé de *« résoudre une équation fondamentale, la transformation progressive des sensations qu'il éprouve grâce à ses organes des sens, en autant de perceptions puis de représentations pour construire sa capacité de s'individuer et de se séparer de ceux qui l'ont accueilli dans ce monde, à commencer par ses parents »* [50, p.10]. Chez l'enfant, l'évolution et la progression des sensations aux représentations est nécessaire pour se construire et s'autonomiser. Ces étapes prennent du temps et doivent être accompagnées par l'entourage de l'enfant.

Dans un premier temps, une sensation vient nous percuter et grâce à l'entourage on peut progressivement y mettre du sens, puis elle s'intègre avec notre histoire personnelle et devient une perception. Enfin grâce à nos capacités psychiques et la présence du milieu humain nous pouvons en faire une représentation mentale nécessaire à la compréhension du monde extérieur mais aussi et surtout à l'idée d'être quelqu'un d'unique.

B. <u>Le « corps en relation »</u>

Pour **M. MERLEAU-PONTY**, le corps est le lieu des perceptions ainsi que des émotions, de la pensée, de la parole, de l'expression. Il représente alors le lieu où se rencontre toutes les expériences. Ce corps est donc à la fois perçu de l'intérieur mais aussi de l'extérieur, il s'agit d'un « tout » : « *ce corps me permet d'avoir des projets et de m'engager dans l'action : il est le « véhicule de l'être au monde* » » [63, p.205]. Ce corps permet d'entrer en relation et d'ensuite soutenir la construction de l'identité.

D'ailleurs, d'après **G. PONTON**, le développement psychomoteur nécessite 3 niveaux de relation :

- <u>la relation à soi</u> : elle est possible par l'intermédiaire de la sensibilité intéroceptive et proprioceptive, ce qui favorise la conscience de soi, d'être unique et entier et surtout différencié d'autrui.
- <u>la relation à l'autre</u> : au travers de la sensibilité extéroceptive. La prise en compte de l'existence d'autrui est essentielle dans la reconnaissance de soi comme semblable et différenciée.
- <u>la relation à l'environnement</u> : elle aussi se fait par le biais de la sensibilité extéroceptive. Elle offre la possibilité d'organiser l'espace et de s'y situer.

Ces trois niveaux relationnels sont indissociables l'un de l'autre.

> « Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre. »
> **J. DE AJURIAGUERRA** [41]

De fait, c'est par l'intermédiaire de ce corps que je suis en relation avec autrui. Je me perçois alors en tant qu'être différencié et unique : **la construction de soi est tributaire de ce *« corps en relation »* dont parle J. DE AJURIAGUERRA**.

Ce corps en relation offre aussi au sujet l'opportunité de pouvoir agir sur l'environnement. Cependant, tout ceci n'est possible que si le sujet a une représentation de son corps suffisamment bonne : *« cette interaction de l'individu avec le milieu passe par la mise en œuvre de mouvements intentionnels qui présupposent de disposer et d'actualiser un ensemble d'informations concernant le corps en lui-même »* [63, p.214]. Au XX^{ème} siècle, pour étayer la compréhension des difficultés dans les relations des individus avec leur corps, les concepts de *« schéma corporel »* et *« image du corps »* voient le jour.

C. Les concepts de schéma corporel et image du corps

1. Schéma corporel

[4] C'est au XX^{ème} siècle qu'émergent les prémices du concept de « *schéma corporel* » avec deux neurologues **H. HEAD** et **G. HOLMES** : ils développent la notion de « *schéma postural* ». Pour eux, le terme « *schéma* » renvoie au support de référence auquel s'identifient les changements posturaux. D'ailleurs **B. MEURIN** les cite et explique que *« en raison des modifications permanentes apportées à notre position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous-mêmes qui change constamment »* [4, p.43]. Plus tard, **P. BONNIER** se penche aussi sur cette notion de « *schéma corporel* », il complète les travaux déjà effectués. Pour lui l'accès aux représentations spatiales est indispensable dans la prise de conscience de nous-même et de l'environnement.

Enfin, **H. WALLON** étaye la compréhension du *« schéma corporel »* en s'intéressant à un autre volet de cette notion c'est-à-dire que pour lui elle *« varie selon les rapports que chacun noue avec lui-même, autrui et le monde extérieur, et dans ces rapports, les aspects affectifs et tonico-émotionnels jouent un rôle important »* [4, p.47]. Selon cet auteur, il s'agit de concevoir le schéma corporel comme un élément primordial dans la constitution de notre personnalité. En effet, selon les différentes expériences vécues ce schéma corporel n'est pas enrichi et établi sur les mêmes données. D'ailleurs, selon **F. DOLTO** le schéma corporel se structure par l'apprentissage et l'expérience.

[63] Plus récemment, à travers la définition de **J-M. ALBARET** on comprend l'intérêt pour l'enfant de pouvoir vivre différentes expériences motrices et sensorielles pour enrichir son schéma corporel. Le schéma corporel lorsqu'il est structuré permet à l'individu de se mouvoir de manière organisée et harmonieuse.

Pour résumer, l'évolution des connaissances sur le schéma corporel, à partir d'un point de vue neurologique, permet aujourd'hui de concevoir cette notion comme un phénomène plastique, c'est-à-dire qu'elle évolue en fonction de notre vécu, des modifications de notre corps, de notre environnement, de nos expériences mais aussi, en fonction de nos capacités neurologiques. Dans certains accidents ou pathologies où le cerveau est atteint, le schéma corporel peut être altéré.

J'ai pu me rendre compte de la fragilité de la constitution et de la prise de conscience d'un schéma corporel unifié et total chez les enfants autistes qui s'explique par leurs particularités de développement.

P. SCHILDER s'est aussi intéressé au *« schéma corporel »* et pour lui, ces travaux ne sont pas suffisants pour illustrer toute la complexité des mécanismes mis en jeu : il développe alors la notion d'*« image du corps »*, au carrefour de différentes disciplines : la neurologie, la psychologie, la phénoménologie ainsi que la psychanalyse.

2. Image du corps

B. MEURIN reprend la définition de **P. SCHILDER** à propos de l'image du corps qui correspond à *« l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes »* [4, p.50]. Pour lui, l'image du corps résulte de fondements physiologiques ; mais aussi, de la compréhension psychique ; et enfin, d'une image sociale.

À la suite, d'autres auteurs se sont aussi intéressés à cette notion d'image du corps, comme **F. DOLTO** pour qui l'image du corps est indissociable du sujet et de son histoire : elle est liée de façon majeure à la construction de notre identité. En effet, **A-M. LATOUR** reprend **F. DOLTO** et explique que cette image du corps témoigne de *« l'importance de l'expérience corporelle dans la relation à l'autre comme constitutive de l'identité subjective de l'individu »* [45, p.41].

Lorsque **J-M. ALBARET** définit l' *« image du corps »*, il met en évidence le facteur subjectif et personnel de cette notion ainsi que l'impact de l'investissement personnel. Pour lui, elle est le résultat de l'intégration systémique de différents facteurs : socioculturels, psychologiques et biologiques. [63, p.216]

Excepté lors de pathologie, l'interaction entre ces deux notions schéma corporel et image du corps, est permanente et continue. Le schéma corporel renvoie à la possibilité d'avoir conscience que chaque être humain est constitué d'une structure anatomique commune c'est-à-dire que cette notion nous ramène à l'aspect concret et biologique de ce que l'on est. Quant à l'image du corps elle nous renvoie à une facette plus subjective de ces représentations corporelles : intimement liées aux affects, ainsi qu'à nos relations avec autrui et à la fonction symbolique de notre corps. Pour résumer, on note un lien bi-directionnel entre la conscience corporelle et les représentations corporelles : ces deux notions s'enrichissent réciproquement. De plus, ils nécessitent que l'enfant puisse se laisser aller à des expériences motrices et sensorielles variées en relation avec autrui, pour éprouver et enrichir son vécu corporel.

*****

Dans cette partie, on s'est intéressé au développement de l'enfant dans le cas où tout va bien pour l'enfant et que l'environnement est suffisamment adapté. Néanmoins, toute cette construction peut être altérée dans le cadre de pathologies graves du développement. C'est, notamment, ce que je peux observer lors de mon stage où je rencontre des enfants présentants un trouble du spectre autistique. *On peut alors se demander quelles difficultés ces enfants autistes peuvent présenter ? Quel est l'impact que ces difficultés peuvent avoir sur la construction de soi ? Et en quoi, le psychomotricien peut-il les soutenir ?*

Partie 2 : Défaillance dans la construction de soi

Dans cette partie, il s'agit dans un premier temps de parler de l'autisme de façon générale et d'évoquer la sémiologie au travers de la « dyade autistique ». Puis, nous allons nous intéresser à l'impact du défaut de l'investissement du corps sur la construction de soi chez les enfants autistes. Enfin, il s'agit de développer les qualités du psychomotricien et l'intérêt de son accompagnement auprès des enfants autistes dans le soutien de ses éprouvés et dans le sentiment d'être soi différent de l'autre. *Pour soutenir l'élaboration de cette réflexion, nous allons nous appuyer sur quelques illustrations cliniques d'enfants autistes que je rencontre lors de mon stage en hôpital de jour.*

Chapitre 1 : L'autisme

[71] Pour introduire cette partie, nous allons nous appuyer sur la définition du terme *« autisme »* de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) :

> *« Les troubles du spectre de l'autisme résultent d'anomalies du neurodéveloppement. Ils apparaissent précocement au cours de la petite enfance et persistent à l'âge adulte. Ils se manifestent par des altérations dans la capacité à établir des interactions sociales et à communiquer, ainsi que par des anomalies comportementales, en particulier une réticence au changement et une tendance à la répétition de comportements ou de discours. Les personnes concernées semblent souvent isolées dans leur monde intérieur et présentent des réactions sensorielles (auditives, visuelles, cutanées...) particulières. »*

[65] On peut aussi prendre appui sur les personnes directement atteintes de cette pathologie, en effet par exemple **J. SINCLAIR**, autiste Asperger, déclare :

> *« Être autiste, ça ne veut pas dire être inhumain, mais ça veut dire être étranger. Ça veut dire que ce qui est normal pour les autres ne l'est pas pour moi et ce qui est normal pour moi ne l'est pas pour les autres. D'une certaine manière, je suis très mal équipé pour survivre dans ce monde, comme un extra-terrestre échoué sur la terre sans manuel d'orientation. »*

I. État des lieux de la maladie

A. Historique

[57] Le terme *« autisme »* est utilisé pour la première fois par le psychiatre suisse, **E. BLEULER**, au XIX^{ème} siècle. Il définit ce terme comme la manière dont l'adulte schizophrène a tendance à se replier sur lui-même et se couper de la relation.

[62] Plus tard, **L. KANNER** pédopsychiatre américain, utilise le terme d' « *autisme* » pour évoquer un syndrome spécifique inné de l'enfant. En effet, il développe la notion d'*« autisme infantile »* pour des enfants présentant tous, de manière précoce, des difficultés relationnelles et de communication.

D'ailleurs, en s'appuyant sur la traduction faite par **M. ROSENBERG**, de l'article de **L. KANNER** *« Autistic Disturbances of Affective Contact »* (en français *« perturbation autistique du contact affectif »*), on remarque que ce dernier ajoute à ces difficultés :
- l'isolement autistique, il parle de *« aloneness »*
- le désir d'immuabilité, il parle de *« sameness »*
- une altération du langage

Par ailleurs, ces enfants peuvent montrer des capacités étonnantes dans certains domaines particuliers : par exemple, il note que les capacités mnésiques et perceptives peuvent être préservées malgré un développement global retardé.

Un an après les recherches de **L. KANNER**, en 1944, **H. ASPERGER** un psychiatre autrichien, propose une réflexion autour de ce qu'il décrit comme la *« psychopathie autistique »*. Il élabore un tableau clinique comprenant des *« modes relationnels inappropriés, restriction des centres d'intérêts, utilisation du langage inadaptée et maladresse motrice »* [57, p.2]. C'est seulement après la traduction de **L. WING** que ses travaux seront investis.

En parallèle, des psychanalystes évoquent la possibilité d'une origine psychogène à l'autisme impliquant des défaillances maternelles précoces. Ces théories sont vite confrontées aux avancées scientifiques qui les déstabilisent et les discréditent. En effet, ces dernières permettent d'avancer sur la compréhension de l'autisme et mettent en évidence l'influence de facteurs génétiques. Aujourd'hui, on considère l'autisme comme **un trouble neuro-développemental**.

Aux côtés de ces recherches scientifiques, d'autres disciplines se penchent sur la compréhension de ce trouble qui est très complexe et dont la cause est encore difficile à définir à l'heure actuelle : *« la multiplicité probable des causes va de pair avec la variété des tableaux cliniques, des trajectoires évolutives, des troubles associés, et des modalités d'intervention appropriées »* [57, p.3]. C'est pourquoi, il s'agit de pouvoir avoir une approche intégrative, c'est-à-dire de croiser les regards et les connaissances pour élaborer une réflexion partagée, cohérente et globale autour de cette pathologie compliquée.

On remarque que la compréhension de l'autisme a bien évolué depuis la toute première utilisation de ce terme. D'ailleurs, parallèlement les classifications ont elles aussi beaucoup changé.

B. L'évolution des différentes classifications

[53][2] Différentes classifications des pathologies sont à notre disposition.

Toutefois, les classifications, les plus souvent utilisées sont les suivantes :

- La Classification statistique Internationale des Maladies (**CIM**) publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (**OMS**)
- Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, en anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (**DSM**) publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (**APA**).

Ces classifications ont connu des évolutions et remaniements avant d'arriver à leur version actuelle.

1. Les DSM

La dernière version du **DSM** sur laquelle on s'appuie est le **DSM-V**, c'est-à-dire la cinquième version. Pour autant, il est important d'avoir en tête l'évolution de la réflexion faite autour de l'autisme, à travers les différentes versions du DSM.

Premièrement, dans les deux premières versions du **DSM** (DSM-I en 1952 et DSM-II en 1968), les enfants présentant une sémiologie autistique sont inclus dans le tableau clinique de la *« schizophrénie infantile »* : on note l'absence de critère diagnostique spécifique à l'autisme. Toutefois, dans le DSM-II les termes *« autistique, atypique, avec un retrait »* apparaissent au sein de l'un des critères diagnostiques à la schizophrénie infantile.

C'est la troisième version du DSM (1980) qui signe l'arrivée du diagnostic propre à l'autisme, sous l'appellation de *« Trouble Global de Développement »*. Puis, ce terme est remplacé par ***« Troubles Envahissants du Développement »*** (TED) dans le DSM-III révisé (1987). De plus, c'est dans cette version du DSM que naît la ***« triade autistique »*** qui met en évidence l'altération de trois pôles du développement de l'enfant, avant l'âge de 3 ans :

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

Cette triade est aussi intégrée dans le DSM-IV (1994) et dans le DSM-IV-TR (qui correspond à une révision mineure du DSM-IV) ainsi que dans la CIM-10. **Le diagnostic de l'autisme repose alors essentiellement sur cette triade.**

Dans la dernière version, le **DSM-V** (2013)**,** le terme TED est remplacé par celui de ***« Trouble du Spectre Autistique »*** (TSA), dans le chapitre des troubles neuro-développementaux. De plus, on observe des changements dans la rédaction des critères diagnostiques. Le changement majeur est le passage de la *« triade autistique »* à une ***« dyade autistique »*** qui correspond à l'association entre **:**

▪ **les troubles de la communication sociale,** cette catégorie représente le rassemblement de deux points de l'ancienne triade : l'altération qualitative des interactions sociales et l'altération qualitative de la communication ;

▪ le volet qui concerne les **comportements, centres d'intérêts et activités au caractère restreint, répétitif et stéréotypé** qui est conservé de l'ancienne triade**.**

De plus, dans cette nouvelle version, on prend en compte la présence de particularités sensorielles : *« hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement »* [2, p.56].

On note aussi, la modification quant à la temporalité des symptômes, ils doivent apparaître durant la période précoce de développement (et plus avant l'âge de 3 ans comme on pouvait le lire dans le DSM-IV).

En revanche, le trouble ou retard de langage ne fait plus partie des critères diagnostiques.

2. La CIM

La CIM correspond à une classification médicale codifiée des maladies. Dans la dernière version, la **CIM-10** publiée en Avril 2018, l'autisme infantile est considéré comme appartenant aux TED, avec d'autres pathologies comme l'autisme atypique, le syndrome d'Asperger ou les troubles envahissants du développement sans précision par exemple.

Selon la **CIM-10**, l'autisme infantile se caractérise par une altération du développement avant l'âge de 3 ans, avec la présence d'une *« perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines psychopathologiques suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportement (au caractère restreint, stéréotypé et répétitif) »* [53, p.222], ce qui correspond à la triade autistique.

Dans la onzième version de la **CIM**, qui doit sortir courant de l'année 2019, le terme de **TED** devrait être remplacé par celui de **TSA,** comme dans le DSM-V.

[34] La Haute Autorité de Santé (**HAS**) se base sur le DSM-V et la CIM-10 pour définir ce trouble neuro-développemental caractérisé par une **perturbation qualitative des interactions sociales, de la communication et des comportements restreints et stéréotypés**.

Par ailleurs, dans les dernières recommandations faites par la HAS, en Février 2018, il est recommandé d'utiliser le **DSM-V** comme classification de référence pour poser le diagnostic d'autisme, en attendant la sortie de la **CIM-11**.

II. Diagnostic

A. La dyade autistique

[2] D'après le **DSM-V**, l'observation des comportements issus de la **dyade autistique** représente l'élément central pour poser le diagnostic d'autisme. Bien qu'il est important de garder en tête que chaque personne est unique et à ses propres spécificités, *nous allons essayer de mettre en évidence les difficultés, le plus souvent sévères et durables, que ces personnes peuvent rencontrer.*

1. Troubles de la communication sociale

a) L' « isolement autistique »

[57] Les autistes montrent diverses particularités en ce qui concerne les interactions sociales.

Pour commencer, engager un échange avec autrui, le maintenir ou bien y répondre peut s'avérer très difficile pour les personnes autistes, voir impossible. En effet, l'absence de réelles amitiés ou encore de relations amoureuses en témoigne et on remarque un mode d'entrée dans la relation souvent maladroit et inadapté, pouvant empêcher l'émergence de liens fiables avec les partenaires. Par ailleurs, différents comportements non-verbaux témoignent de ces fragilités dans la relation : des contacts visuels particuliers (de l'évitement à trop intrusif) ; des mimiques faciales inadaptées ou encore figées ; une sensibilité

exacerbée à la proximité corporelle (recherche le collage ou à l'inverse, proximité difficile à vivre) ; des postures et gestes particuliers ; l'entrave des codes sociaux ; l'altération des capacités d'attention conjointe ainsi que l'émergence du pointage souvent tardif et approximatif.

De plus, le partage des émotions avec autrui est, lui aussi, dysfonctionnel : le sentiment d'empathie est le plus souvent inexistant, on observe des personnes en difficulté pour exprimer leurs propres états émotionnels et pour chercher du réconfort auprès de leur entourage. De même, pour certains, la prise de conscience de la présence de l'autre est trop difficile et source d'anxiété, elle entraine alors des comportements d'ignorance à leur égard.

Enfin, la perturbation des capacités relationnelles s'illustre aussi par une angoisse de séparation qui est peu marquée chez l'enfant autiste. D'ailleurs, ce dernier ne cherche pas non plus le contact affectif.

La mère de Victor, un petit garçon autiste de 5 ans, dit « au-revoir » à son fils qui part en prise en charge de psychomotricité : ce dernier ne réagit pas, il ne se retourne pas et ne marque pas la séparation. Au retour, dans la salle d'attente, il ne montrera aucun affect quant aux retrouvailles avec sa mère. Il se dirige directement vers les livres, sans un regard vers sa mère.

Ces caractéristiques au sujet des interactions sociales correspondent à ce que **L. KANNER** a appelé *« aloneness »* [62].

b) Altération du langage

Chez les enfants autistes, on souligne aussi la présence de perturbations du langage : allant du retard à l'absence totale de langage. De plus, le versant productif c'est-à-dire le volume, le rythme, les intonations ou encore la hauteur peut être altéré. On observe aussi des altérations dans la forme et le contenu du discours avec par exemple l'utilisation stéréotypée de mots ou phrases ou encore l'emploi de son prénom pour parler de soi.

Par ailleurs, lorsque le sujet n'a pas accès au langage, il est en difficulté pour accéder seul, spontanément, à des moyens de communication palliatifs tels que la communication non verbale (échanges visuels, expression faciale, posture) ; ou alors, il y accède de façon inadaptée. De ce fait, cette fragilité entrave de manière significative les relations avec les pairs : le sujet ne parvient pas à trouver des appuis suffisamment solides et fiables, dans ces échanges.

Certains autistes présentent des compétences préservées en terme de langage verbal, cependant on note tout de même des perturbations dans la prosodie, la syntaxe, la pragmatique ou encore dans les règles de conversation et dans la prise en compte de la personne en face. Par conséquent, ils font aussi face à des difficultés pour initier et soutenir une conversation avec leurs pairs.

La communication est altérée au niveau de son pôle expressif mais aussi réceptif : les personnes autistes présentent un défaut de compréhension du langage verbal. Il leur est difficile de comprendre certaines questions ou consignes. De même, ils sont limités dans la compréhension des choses abstraites ainsi que, de l'ironie.

2. Comportements, centres d'intérêts et activités au caractère restreint, répétitif et stéréotypé

[57] Les personnes autistes montrent des comportements particuliers avec des aspects répétitifs et stéréotypés. On peut voir des enfants qui manipulent certains objets de façon identique et répétée :

Lors d'un temps d'exploration libre en atelier, Lucas joue avec des petits plots de couleurs qui s'empilent les uns sur les autres pour faire une tour. Il les empilent, un à un, de manière très rigoureuse et identique puis il fait tomber cette tour. Il répète cette scène plusieurs fois, sans qu'aucune variation à l'expérience soit possible et initiée.

Par ailleurs, ces personnes autistes ont une fonction imaginaire très peu développée et ils sont limités dans l'accès aux jeux symboliques. Par conséquent, les jeux sont très restreints et peu diversifiés : ils sont exécutés de façon plutôt rigide et répétée. De même, leurs centres d'intérêts sont eux aussi restreints et peuvent être originaux.

D'un autre côté, on observe des particularités dans le fonctionnement sensoriel avec des auto-stimulations qui conduisent à des agrippements (accrochage aux luminaires ou à certains sons par exemple). Ils peuvent présenter des réactions inhabituelles à certains stimuli sensoriels (impossibilité de faire face à certaines odeurs par exemple) ou montrer un attrait particulier et envahissant pour d'autres. *Ces particularités sensorielles seront développées de façon plus précise dans le chapitre 2 de cette partie.*

Enfin, de manière générale, les autistes portent une attention particulière à des détails et à des aspects « non fonctionnels » qui concernent leur environnement. Ces enfants présentent un défaut de cohérence centrale, d'ailleurs selon **B. GEPNER** et **C. TARDIF** : *« dans l'autisme, on assiste à une exploitation préférentielle du détail qui prime sur le traitement de la configuration globale, ce qui prive la personne de cette tendance naturelle qu'ont les individus à former spontanément une image globale à partir des éléments qui la constituent »* [25, p.41], on peut alors imaginer l'impact sur la perception de soi mais aussi sur celle du monde. De plus, on remarque des rigidités de fonctionnement avec des manifestations répétitives qu'on peut qualifier *« de rituels « non fonctionnels », en ce sens qu'ils n'apparaissent pas destinés à atténuer une angoisse (comme les TOC), mais plutôt répondre au besoin d'immuabilité de l'environnement »* [57, p.8], c'est ce que **L. KANNER** évoque au travers du terme *« sameness »*. En effet, les personnes autistes manifestent des désorganisations importantes lors de modifications, même mineures, de leur environnement. C'est pourquoi, pour se protéger de l'imprévisibilité de l'environnement, ils recourent à des stéréotypies motrices qui leur permettent d'avoir le sentiment de maîtriser cet environnement ainsi que le comportement d'autrui. [63, p.305]. Ces stéréotypies jouent un rôle essentiel pour rassurer et contenir ces sujets autistes ainsi que pour réguler leurs émotions et étayer un sentiment continu d'exister.

En résumé, le diagnostic repose sur la présence de ces différents signes cliniques particuliers, associés à un retentissement significatif sur la vie personnelle, sociale, scolaire et professionnelle de la personne. Pour recueillir le maximum d'éléments à propos du tableau clinique de l'enfant, il s'agit de pouvoir élaborer un travail en équipe au travers de la coordination des différentes observations de chaque professionnel et partenaire, incluant la famille.

B. Le croisement des regards au service du diagnostic

Le diagnostic de TSA relève principalement d'observations cliniques, en effet il n'y a pas de marqueurs biologiques spécifiques à l'autisme. Cependant, il est important d'avoir en tête qu'il n'est pas toujours évident de mettre en avant la présence ou non de certains comportements de manière significative, c'est pourquoi *« la validation des critères diagnostiques impose de croiser les regards de cliniciens expérimentés, de réaliser des observations dans des situations diversifiées, naturelles et protocolisées »* [57, p.4]. Sur la réalité du terrain, un diagnostic de TSA peut prendre beaucoup de temps, en partie dû à la complexité et la subtilité du repérage clinique. Pour ce faire, les professionnels doivent s'appuyer à la fois sur des outils standardisés et validés ainsi que sur leur clinique.

Parmi les outils standardisés de diagnostic clinique on retrouve, en plus des classifications diagnostiques critérisées (c'est-à-dire le DSM-V et la CIM-10) :

- La **CARS (**Childhood Autism Rating Scale) : c'est une échelle qui permet d'apprécier l'intensité des troubles autistiques et qui repose sur un questionnaire concernant différents domaines qui sont fréquemment perturbés dans les TSA.

- L'**ADI-R** (*Autism Diagnosis Interview Revised*) : c'est une entrevue semi-structurée entre les parents et un professionnel. On revient sur le développement de l'enfant aujourd'hui mais aussi à l'âge de ses 4-5 ans : il s'agit de se centrer sur les comportements de l'enfant, caractéristiques de la triade décrite dans la CIM-10.

- L'**ADOS** (*The Autism Diagnostic Observation Schedule*) : c'est un outil diagnostic d'observation, structuré, qui s'appuie sur dix situations discriminantes chez les enfants TSA. Il est découpé en quatre modules qui correspondent chacun à un niveau différent du développement du langage.

[57] En clair, l'élaboration de la démarche diagnostique repose sur la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire, avec une investigation protocolisée et détaillée qui nous donnent des éléments à la fois qualitatifs et quantitatifs. À travers toutes ces observations croisées, celles de l'équipe pluridisciplinaire mais aussi celles des parents, il s'agit d'établir un profil individualisé et précis de l'enfant. On tente d'approcher une compréhension précise à propos de son fonctionnement, la sévérité de ses symptômes, le niveau de développement qui permettent de pouvoir réfléchir à un éventuel projet de soin personnalisé. De plus, les professionnels doivent pouvoir prendre en compte l'environnement dans lequel l'enfant évolue et les ressources sur lesquelles il peut, potentiellement, s'appuyer.

On peut alors se demander quelle est la place du psychomotricien dans ce diagnostic ? Quels éléments apportent-ils à l'équipe et à la compréhension de l'enfant autiste ? Et quels outils sont à sa disposition pour proposer un bilan psychomoteur ?

C. Le rôle du psychomotricien dans le diagnostic

Le psychomotricien apporte, lui aussi, un regard enrichissant et important à prendre en compte dans la question de l'autisme. En effet, il est le spécialiste du développement psychomoteur.

D'ailleurs, *« la connaissance approfondie du développement normal est également indispensable à l'appréciation du caractère pathologique d'un comportement donné »* [57, p. 4], c'est pourquoi il est en capacité de repérer les éventuelles difficultés psychomotrices de ces enfants. De plus, grâce à ses observations cliniques et ses connaissances il permet de nourrir la compréhension du fonctionnement psychique, moteur et affectif de l'enfant.

Il s'agit pour le psychomotricien d'être au clair avec les différents signes cliniques de l'autisme ainsi que les variations inter-individuelles possibles dans les différents domaines tels que les interactions, la communication, les manifestations comportementales ou encore les particularités sensorielles.

La passation d'un bilan psychomoteur peut venir soutenir le diagnostic de TSA notamment pour comprendre le fonctionnement particulier de l'enfant. [34] D'ailleurs, la HAS recommande l'utilisation de certains outils pour évaluer les fonctions psychomotrices et neuro-motrices de l'enfant, toutefois ils ne sont pas spécifiques des enfants TSA. Il est par exemple mentionné :

- l'utilisation du Brunet-Lézine révisé de **O. BRUNET** et **I. LEZINE** qui est une échelle de développement psychomoteur de la première enfance (c'est-à-dire pour les enfants de 2 à 30 mois). Cette échelle permet d'observer le développement selon 4 domaines : la posture, les coordinations, le langage et la sociabilité.

- l'utilisation du NP-MOT de **L. VAIVRE-DOURET** qui est une batterie d'évaluation des fonctions neuropsychomotrices de l'enfant, de 4 à 8 ans. Cet outil se concentre autour de neuf fonctions : le tonus, la motricité globale, la latéralité, les praxies manuelles, les gnosies tactiles, les habiletés oculo-manuelles, l'orientation spatiale, le rythme et l'attention auditive.

- l'utilisation du M-ABC 2, adapté en France par **J. MARQUET-DOLÉAC**, **R. SOPPELSA** et **J-M. ALBARET.** C'est une batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant, entre 3 et 17 ans, autour de trois domaines : la dextérité manuelle, les capacités à viser et attraper et enfin, l'équilibre statique et dynamique.

Ce sont des bilans utilisés par ma maître de stage auprès des enfants autistes. Il est important d'avoir en tête qu'il s'agit de pouvoir s'adapter lors de la passation des bilans avec ces enfants. En effet, par exemple, ils ne sont pas tous en capacité de comprendre les consignes orales, il s'agit alors de pouvoir s'ajuster et proposer des supports adaptés comme la démonstration ou encore l'utilisation d'outils visuels. Le psychomotricien doit pouvoir trouver des solutions pour faciliter la compréhension et favoriser la participation aux items de bilans.

D'autres bilans sont intéressants et permettent de recueillir de nombreuses données importantes pour la compréhension de l'enfant autiste, *ils sont utilisés sur mon lieu de stage* :

- le profil sensoriel de **W. DUNN** évalue les spécificités de traitement de l'information sensorielle de l'enfant et les répercussions sur sa vie quotidienne. En effet, aujourd'hui, il est recommandé d'évaluer le fonctionnement sensoriel des personnes autistes puisqu'il peut être à l'origine de troubles du comportement. C'est pourquoi, des aménagements de l'environnement peuvent être proposés pour soutenir l'enfant dans ses capacités.

- le bilan sensori-moteur de **A. BULLINGER**, propose une approche intégrative qui se base sur la psychologie du développement. Selon **M. CHAUVET**, *« le bilan sensori-moteur est « une visite de chantier » fournissant des indices dynamiques importants pour la compréhension de l'enfant »* [17, p.174], et ceci dans différents domaines : l'organisation des systèmes sensori-moteurs, la régulation tonico-émotionnelle, l'organisation posturale, la motricité globale, les représentations corporelles, les coordinations visuo-manuelles, la structuration spatiale et la graphomotricité. Ce bilan se fait au travers de situations ouvertes sans consignes strictes [69].

En résumé, le psychomotricien dispose de différents outils pour évaluer le développement de l'enfant, il veille tout de même à laisser de la place à l'expression et la spontanéité de l'enfant. Il s'agit de pouvoir croiser les observations cliniques avec des données plus objectives, provenant de tests standardisés, pour avoir une approche la plus complète et la plus fine possible sur le fonctionnement de l'enfant.

Le diagnostic représente un enjeu essentiel dans la compréhension de l'enfant autiste et dans l'éventuelle future prise en charge proposée. Tous les éléments repérés par le biais des différents bilans et observations permettent d'enrichir les connaissances sur l'enfant et son mode de fonctionnement : ils aiguillent le médecin qui peut poser le diagnostic et poser les indications de suivis nécessaires.

*****

Dans ce chapitre, l'importance des problématiques relationnelles, sensorielles et comportementales est soulignée. *On peut maintenant se questionner sur l'impact de cette pathologie au niveau du développement psychomoteur de l'enfant ? Comment l'enfant autiste peut-il se développer en dépit de toutes ces entraves ? Comment l'enfant éprouve-t-il son corps et l'investit-il ? Est-il possible pour lui de se construire une identité malgré ses difficultés à éprouver et intégrer les différentes expériences vécues ?*

Chapitre 2 : Défaut d'investissement du corps par l'enfant autiste

Lors de mon stage, je rencontre des enfants présentant d'importantes difficultés psychomotrices et ceci de manière singulière pour chacun. Cependant, le plus souvent, on s'aperçoit que certains grands axes de développement sont toujours touchés d'une manière ou d'une autre, selon **F. JOLY** chez les enfants autistes : *« une « dysharmonie » globale est presque toujours retrouvée avec des discordances dans les différents secteurs, investis ou non, de la psychomotricité »* [43, p.49].

[44] Pour **A-M LATOUR**, les enfants autistes n'ont pas eu l'opportunité de faire suffisamment d'expériences psychomotrices et de ce fait, n'ont pas pu éprouver un sentiment de continuité, de permanence et de lien essentiel dans le développement.

[20] Toutefois, on observe des enfants qui peuvent acquérir des compétences neuro-motrices telles que la tenue de la tête, du dos, l'intégration de la station assise ou encore la marche mais ceci de façon particulière.

En effet, ces acquisitions se font en dehors de toute intention et relation sociale. De plus, ces compétences sont mises à mal, avec l'émergence d'angoisses et de désorganisations, dès lors que l'enfant est en relation avec ses pairs et dans un environnement sur-stimulant. De ce fait, elles ne deviennent pas des compétences que l'on appelle psychomotrices : elles ne présentent aucun objectif d'exploration, d'apprentissage ou de relation.

« L'instrumentation particulière de son corps se trouve donc en amont de ses futures difficultés d'être et de connaissance du monde. » **M. CHAUVET** [17, p.174]

On sait l'importance de pouvoir faire l'expérience, selon **J. DE AJURIAGUERRA**, d'un *« corps-en-relation »* pour développer des capacités dans la perception de soi, de l'autre et de l'environnement. *Comment l'enfant autiste parvient-il à se construire une identité malgré ce défaut d'investissement du corps et sa difficulté à être en relation ?*

Je rencontre pour la première fois Thomas, 4 ans, sur son groupe de vie, il est allongé en position latérale par terre. Il est très hypotonique, d'ailleurs il bave de manière importante, sa bouche est ouverte avec la lèvre inférieure qui tombe. Il semble « jouer » avec une poupée. Très vite, j'observe et comprends que ce n'est pas d'un jeu qu'il s'agit mais plutôt d'une manipulation stéréotypée et non fonctionnelle : il semble se créer des stimulations sensorielles au travers de cette poupée, qui lui sert d'objet d'agrippement. Il ne semble pas prêter attention aux mouvements qui se passent dans le groupe.

Mes premières observations me montrent un enfant qui semble ni pouvoir se tenir seul, ni avoir intégré un axe corporel suffisamment solide. Il me paraît aussi très isolé du reste de l'environnement avec un recours exclusif aux stimulations sensorielles. Cet agrippement sensoriel me fait penser à la mise en place d'une certaine « carapace » pour se protéger de ce monde dangereux et source de désorganisation.

Je me suis alors demandé face à cet enfant, mais aussi aux autres enfants que je rencontre sur mon lieu de stage : *Comment vivent-ils leurs corps ? Comment l'habitent-ils ? Quelles sont les possibilités pour eux d'éprouver avec leur corps et de donner du sens à leurs éprouvés ? Quelles représentations peuvent-ils avoir d'eux-mêmes ? Et quel rapport ont-ils avec le monde ? Quelles sont les possibilités pour eux d'accéder à la différenciation d'autrui et au final à la construction du sentiment de soi ?*

En résumé, **F. JOLY** parle de *« désordres autistiques »* à l'origine : *« d'un ratage de la psychomotricité « en relation » »* [41, p.45]. Au travers de ces rencontres, je me suis questionné sur l'impact de cette singularité du développement psychomoteur chez l'enfant autiste dans la construction de son identité.

I. <u>De la difficulté à se représenter soi-même...</u>

« L'autiste ne peut pas penser et représenter son corps. »
G. DESSISLAVA

A. Défaut de contenance

Dans ma rencontre avec ces enfants, une des premières observations que je peux faire est la difficulté pour eux à se sentir suffisamment contenu et à se tenir seul. En effet, ils semblent ne pas pouvoir accéder à des appuis corporels et psychiques suffisamment solides pour s'auto-maintenir.

[42] La constitution de l'enveloppe corporelle chez ces enfants fait défaut : elle peut être inexistante, fragile ou encore discontinue. Cette altération ne leur permet pas de se sentir en sécurité et contenu. D'ailleurs, on peut illustrer ceci par les propos de **D. ANZIEU** lorsqu'il parle d'un *« moi-peau passoire »* [3]. Ainsi, selon **S. KRAUSS** chez les enfants autistes *« la peau psychique est un premier contenant qui n'existe pas, c'est une enveloppe pleines de trous. L'espace autistique est un espace sans bord et sans limite, sans arrière, sans support »* [49, p.42].

De plus, de par les nombreuses fragilités dans les sphères fonctionnelles, biologiques, relationnelles et psycho-affectives les enfants autistes présentent un défaut d'intégration de l'axe corporel ce qui rend alors impossible l'intériorisation d'un sentiment de contenance et d'appuis internes suffisamment fiables. Le processus d'individuation est alors entravé. D'ailleurs, dans ses travaux **A.M LATOUR** évoque cette difficulté d'intégration et envisage la seule possibilité pour l'enfant de tenir au travers d'objets ou conduites motrices : *« le défaut d'intégration, chez l'enfant autiste, d'un squelette interne le met toujours en demeure de trouver de manière concrète dans les objets, dans les manipulations, dans les postures et les mouvements, cette tenue qu'il n'a pas pu s'intérioriser »* [46, p.91]. Il s'agit pour l'enfant de trouver d'autres issues pour se sentir contenu.

Lors d'une de ses séances de pataugeoire hebdomadaire, Antoine montre des stéréotypies importantes au moment du déshabillage : il tape ses mains très fortement devant ses yeux. Durant tout le moment dans l'eau, nous n'observons plus ces conduites stéréotypées. Cependant, au moment de se rhabiller, Antoine se réfugie à nouveau dans ses agrippements.

Il semble que cet enfant s'accroche à ses stéréotypies, lors de moments potentiellement angoissants, ce qui semble être un moyen pour lui de tenir et de ne pas se désorganiser.

Chez ces enfants où l'on note l'absence de formation d'enveloppe psychique solide, on observe un recours à des agrippements toniques et musculaires, qui selon **C. LHEUREUX-DAVIDSE,** leur *« procure une sensation de solidité et de contrôle faute de sécurité interne fiable »* [51, p.4]. Il permet aussi à l'enfant de se rapprocher d'un sentiment d'unité corporel. Ce processus est décrit par **E. BICK** comme représentant la mise en place d'une *« seconde peau »* pathologique par l'enfant pour remplacer cette première peau défaillante. [18]

[14] C'est d'ailleurs aussi ce que **A. BULLINGER** explique : il pense que pour ces enfants, il est nécessaire de *« maximiser l'efficacité des systèmes sensori-moteurs afin de maintenir une mobilisation tonique »* [14, p.182]. Ils adoptent des conduites répétitives et stéréotypées, au détriment de celles exploratoires et instrumentales. L'enfant essaye de se rassembler pour parvenir à stabiliser une certaine image corporelle et un sentiment d'être.

En effet, lorsqu'il se trouve dans des états de désintégration l'enfant autiste ne peut vivre un sentiment d'identité. La rythmicité des stéréotypies tente de contrôler la survenue d'événements imprévisibles qui seraient sources d'angoisses : *« ce système rythmique auto-entretenu constitue une sorte de contrôle sur l'environnement nécessaire pour éviter l'effondrement et pour entretenir le sentiment d'exister »* [51, p.6]. Ces conduites stéréotypées sont observables jusqu'à l'émergence d'appuis psychiques et corporels suffisamment sécures et solides.

Cet auteur propose aussi une explication à ces conduites autistiques au travers du concept de *« prothèses de rassemblement »*. Pour lui, elles témoignent du besoin pour l'enfant autiste d'installer ces conduites *« pour compenser ses difficultés essentielles de rassemblement et de stabilisation des divers espaces qu'il habite »* [12, p.7]. Par exemple, il est possible de constater la présence d'un *« tonus pneumatique »* chez l'enfant autiste c'est-à-dire d'un blocage de la respiration, pour pallier au défaut de la tenue du buste. Cette conduite particulière est à l'origine de difficultés de coordination entre les différents espaces et donc, de la stabilisation d'une image corporelle unifiée. Ces enfants présentent un vécu morcelé de l'espace et donc de leur corps.

Selon **M. CONTANT** et **A. CALZA** : *« la répétition compulsive de l'agrippement à ces formes signe l'échec de l'intériorisation de cette enveloppe, de cette peau psychique »* [21, p.162], c'est pourquoi l'enfant autiste reste accroché, de manière compulsive, pour tenter d'intérioriser certains appuis. En clair, ces difficultés d'accès à la représentation d'une image du corps stabilisée, en dehors de l'action, sont une des causes majeures du recours à ces agrippements.

Ce défaut de rassemblement corporel et de contenance s'illustre aussi par la présence d'un clivage important chez les enfants autistes.

B. <u>Un clivage important</u>

[6][32][40] **G. HAAG** a créé une grille de repérages cliniques de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste dans laquelle elle soulève différents éléments à l'origine de ce défaut de contenance. Elle s'intéresse au défaut d'investissement du bas du corps chez les autistes et elle développe la notion de *« <u>clivage horizontal</u> »*. Ces enfants, malgré les différentes mobilisations de leur corps, n'ont pas pu construire de liens entre le haut et le bas de celui-ci, du fait d'un défaut de représentation.

La psychomotricienne remet le t-shirt et le pull à Antoine, après la séance de pataugeoire. Le temps qu'elle attrape la couche, Antoine s'est enfuit vers la porte, il souhaite sortir. Il n'a pas la perception que son bas du corps est encore nu.

Pour **A. BULLINGER**, ce clivage témoigne de difficultés importantes dans la maîtrise de leur corps. Par conséquent, les membres inférieurs de ces enfants ne peuvent pas remplir leur fonction d'exploration et de portage. Cette non-appropriation empêche *« la compréhension du corps comme articulé et mobile »* [13, p.138].

Dans ses travaux, **G. HAAG** s'intéresse aussi au *« <u>clivage vertical</u> »*.

Lorsque je donne la main à Léo, le côté opposé, très hypotonique, tombe. Il semble également vriller complètement, comme s'il n'avait intégré aucun axe corporel.

Ces enfants ne peuvent ni prendre conscience des deux hémicorps ni les mettre en lien autour d'un axe intégré et solide. **G. HAAG** développe le concept d' *« objet d'arrière-plan d'identification primaire »* [30, p.109], **D. HOUZEL** [37] reprend cela et explique que cet objet illustre la division par un axe médian du corps de l'enfant, avec une moitié du corps qui correspond à celui de sa mère et l'autre à lui-même. Dans le développement typique, lorsque tout se passe bien, ces deux parties du corps sont bien distinctes dans un premier temps puis à posteriori, elles peuvent se lier grâce à la *présence d'un arrière-plan*. En effet, cette présence assure *« un axe solide, équivalent psychique de l'axe vertébral corporel »* [37, p. 81]. Or, il est entravé chez les enfants autistes, ce qui explique par conséquent leurs difficultés d'intégration d'un axe vertébral suffisamment solide ainsi que la fragilité dans la construction de soi.

En résumé, ils ne peuvent pas vivre leur corps de façon unifié et global. On constate l'impact du défaut de contenance et de la fragilité de la constitution d'une enveloppe psychique sur leur vécu corporel ainsi que sur leur individuation.

D'ailleurs, **G. HAAG** décrit des comportements spécifiques illustrant ce clivage. Elle parle notamment de la *« manœuvre du faire faire »* à l'adulte par l'enfant qui agit comme si notre main représentait le prolongement de son propre corps : on observe l'instrumentalisation possible d'autrui et toute la difficulté de l'enfant à se percevoir comme un être unique et différent de l'autre. Pour elle, cette manœuvre est liée au *« fantasme d'un hémicorps confondu à l'hémicorps de l'autre, le sentiment de séparation corporel provoquant une sorte de coupure d'un hémicorps »* [30, p.116].

C. Les capacités de représentations mises à mal

[14][40] **A. BULLINGER** développe la notion d'*équilibre sensori-tonique* à l'origine du lien entre la construction du sujet et son développement moteur, c'est-à-dire que l'enfant doit être capable d'être à la fois engagé dans l'action et dans une certaine intention de celle-ci. Cependant, les enfants se montrent dans une mise en acte sans intention particulière, avec l'absence de conduites instrumentales. De ce fait, ils sont très limités pour mentaliser et symboliser leurs expériences et donc accéder aux représentations. Par conséquent, cet équilibre sensori-tonique est perturbé chez les enfants autistes. De plus, ils sont dans l'impossibilité de mettre en sens leurs vécus et de les transformer en une expérience psychique intégrable. En effet, on sait que dans le développement normal, l'enfant a besoin de s'appuyer sur son environnement et de faire l'expérience d'interactions suffisamment stables et cohérentes, pour mentaliser ses différents éprouvés et vécus et y mettre du sens. Grâce à cet environnement sécurisant, régulier et prévisible, certains repères structurants et invariants émergent permettant à l'enfant de finir par accéder aux représentations. Les enfants autistes, qui vivent dans une sorte de *« chaos »* sont en difficulté pour se créer seuls des repères, dont ils ont pourtant besoin. On peut alors supposer l'importance de proposer, en séance de psychomotricité, un cadre sécurisant et contenant pour soutenir l'installation d'invariants structurants pour étayer ces enfants dans l'élaboration de liens entre leurs éprouvés et une certaine mentalisation. Une fois ces appuis bien repérés, de nouvelles expériences pourront être proposées afin d'élargir la plateforme sensori-tonique et d'offrir une plus grande ouverture au monde.

L'enfant autiste est en difficulté pour mettre en lien ses différents éprouvés corporels et pour aboutir à une représentation stable et cohérente de lui-même et de l'environnement. Ces vécus archaïques et morcelés sont à l'origine de nombreuses angoisses corporelles. Pour pallier à ce défaut de contenance et de perception de soi il trouve différentes issues, qui provoquent des comportements socialement inadaptés. Ces conduites l'isolent de l'environnement extérieur et *« conduisent parfois à des sortes de défenses par carapaces, évitements et barrages à toute approche relationnelle, sensorielle et ludique »* [43, p.47].

Comment l'enfant de part ce défaut de contenance et de représentation vit-il son rapport au monde ?

II. ...à la perturbation du rapport au monde

« Ce que nous pensons du monde correspond à la façon dont nous le ressentons et le percevons. Une expérience différente apportera un répertoire différent de connaissances sur le monde. » **O. BOGDASHINA** [8, p.63]

Les enfants autistes présentent un rapport au monde très particulier du fait de ce défaut de contenance et du manque d'appuis internes qui les contraint à recourir à des modes de fonctionnement particulier, entravant la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes et du monde qui l'entoure. Selon **D. CHADZYNSKI**, *« la sensori-motricité reste le recours privilégié de leur connaissance de soi et du monde, leur régulation tonico-émotionnelle reste difficile et leur sensibilité exacerbée par les flux sensoriels (tactiles, visuels, auditifs, vestibulaires, olfactifs) les rend particulièrement irritables »* [16, p.110].

Pour **A. BULLINGER**, *« l'utilisation de la modulation tonique pour ressentir les limites corporelles amène à privilégier les systèmes sensori-moteurs traitant des flux sensoriels »* [14, p. 190]. Ces enfants présentent des singularités dans le traitement de l'information sensorielle qui entravent leurs représentations corporelles et la perception qu'ils ont du monde extérieur.

A. Particularités de l'intégration sensorielle

Les autistes présentent des particularités sensorielles significatives, qu'il est important de prendre en compte pour accéder à une meilleure compréhension de leur fonctionnement et de leur comportement, c'est d'ailleurs ce que **O'NEIL** dit : *« Apprendre comment fonctionnent les sens de chaque individu autiste est l'une des clés essentielles pour comprendre cette personne »* [8, p. 63].

1. Hypo ou hyper-sensibilité

[8] Les expériences sensorielles possibles chez les autistes sont nombreuses et variées. Elles se manifestent de manière intenses et continues. D'ailleurs, chaque personne autiste présente sa propre affinité avec les expériences sensorielles et perceptives. Il s'agit de prendre chaque sujet dans sa singularité.

Ici, il s'agit de s'intéresser en particulier aux phénomènes d'hypo et hypersensibilité, ce ne sont pas les seules expériences sensorielles possibles : il en existe de nombreuses, O. BOGDASHINA les a référencé dans son livre.

Selon **C. DELCATO**, l'hypersensibilité est le résultat d'une surcharge d'informations, le cerveau est alors en difficulté pour toutes les traiter. À l'inverse, l'hyposensibilité illustre la faible production de stimulations ce qui prive le cerveau d'un nombre d'informations. En fait, *« l'hyper- sensibilité signifie une sensibilité intense, exacerbée, excessive et l'hyposensibilité, une sensibilité située au-dessous de la normale »* [8, p.77]. Ces particularités se retrouvent pour tous les sens et selon **F. JOLY** : *« il existe en effet une constante autistique résidant dans l'alternance énigmatique à la fois d'hypo et d'hyper-sensibilité vis-à-vis des stimulations auditives, visuelles, tactiles, labyrinthiques et gustatives »* [43, p.47].

Clara est une petite fille autiste âgée de 7 ans. Elle présente une hypo-sensibilité visuelle : elle est attirée par la lumière, elle utilise la lampe de poche pour se créer des sensations en se la plaçant tout près des yeux. De plus, cette petite fille présente aussi une hyper-sensibilité auditive : elle se couvre souvent les oreilles lorsque le lieu où elle se trouve devient trop bruyant. Elle a recours a un casque anti-bruit pour limiter au mieux les sons.

Cette hyper ou hyposensibilité reflète le défaut majeur d'habituation de ces enfants c'est-à-dire qu'ils ne parviennent jamais à s'habituer à une stimulation sensorielle puisqu'elle ne fait pas trace. Par conséquent, ils seront toujours emprunt à un défaut de modulation du fait de la non-constitution de leur propre enveloppe corporelle. Pour maîtriser cela, ils utilisent la production de sensations au travers d'agrippements sensoriels qui leur permettent d'accéder, au travers d'éprouvés connus et répétitifs, à une certaine perception de leur corps propre et de pallier au défaut de représentation. En clair, ce phénomène de non-contrôle des informations sensorielles *« s'illustre au quotidien dans la manière si paradoxale d'habiter ou plus justement d'« inhabiter » son corps »* [43, p.41]. C'est important d'avoir cela en tête pour pouvoir comprendre l'impact des stimulations sensorielles au quotidien chez ces enfants, à la fois dans le domaine émotionnel, cognitif et comportemental. Ce défaut d'intégration sensorielle est en partie à l'origine des difficultés d'adaptation des enfants autistes.

« les personnes avec autisme vivent dans un monde de perception qui conditionne leur façon d'être et leur savoir-faire » [57, p.199]

2. Singularité dans la traitement de l'information sensorielle

[13] Ces particularités de l'intégration sensorielle peuvent s'expliquer par le traitement des flux sensoriels, qui se fait de manière inadaptée. Les informations sensorielles sont traitées, en majeure partie, par l'intermédiaire de la voie archaïque, laissant la voie récente non exploitée chez les autistes. Cette voie archaïque traite l'information sensorielle de façon qualitative : elle s'intéresse aux caractéristiques concrètes des objets telles que la température, la texture ou la douleur par exemple. C'est au travers de ce système très concret que l'enfant autiste appréhende le monde et s'y protège.

Le maintien des sensations apporte la stabilité dont l'enfant a besoin dans cet environnement trop ou pas assez stimulant.

Grâce à ces stratégies mises en place, l'enfant autiste diminue ses angoisses en tentant de contrôler au mieux cet environnement. Toutefois, cette façon de se défendre de l'environnement extérieur impacte sur le développement de la construction de soi. En effet, selon **A. BULLINGER** *« les flux sensoriels sont un des matériaux privilégiés qui alimente l'activité psychique »* [13, p.125], or chez l'enfant autiste on vient de démontrer que le traitement de l'information sensorielle est dysfonctionnel. De ce fait, on peut dire qu'ils entravent le développement psychique. D'ailleurs, progressivement, l'enfant se referme et s'isole de son environnement, **M. LEMAY** dit justement : *« le défaut d'ajustement sensoriel amène à un défaut d'ajustement à l'autre »* ; seulement on sait que l'enfant ne peut se construire et se développer seul, il a besoin de l'autre. Ce recours aux sensations le met alors en porte-à-faux pour maintenir la relation, pourtant essentielle à son développement.

Par ailleurs, chez l'enfant la mise en commun des différents sens est essentielle pour s'approprier une image globale du monde extérieur mais aussi de son corps. Cependant, les autistes n'ont pas la possibilité de faire ce lien. En effet, ils présentent un défaut de ***co-modalisation***, c'est-à-dire de coordination entre les différents flux sensoriels, ce qui rend la prise en compte totale d'un objet ou de leur propre corps impossible. Ce défaut de co-modalisation entraîne une altération dans le développement de la pensée, de l'action et des représentations qui soutiennent l'activité psychique et l'interaction avec cet objet total.

La psychomotricienne passe le vibreur sur la jambe de Thomas qui est assis dans une poussette pour être bien contenu. Tant qu'il ne voit pas l'action, le petit garçon ne prend pas conscience de ce qu'il se passe et semble complètement ignorer les sensations. C'est seulement lorsque nous l'étayons, grâce à l'ajout de canaux sensoriels tels que la vue (il s'agit de l'aider à poser son regard sur ses jambes), qu'il semble éprouver quelque chose.

Comme on l'a précisé auparavant, l'enfant autiste ne montre pas de capacité d'habituation et d'anticipation aux stimulations sensorielles. De ce fait, les décharges toniques et réactions émotionnelles restent déstructurantes et débordantes pour lui. Il vit alors l'**expérience d'un corps non investi, déstructuré et fragile**.

[40] On peut faire le lien avec ce que **D. MELTZER** nomme *démantèlement*. Ces enfants éprouvent des difficultés à effectuer une synthèse des différentes sensations : elles sont juxtaposées entre elles, sans aucun lien, ce qui entrave de manière significative la façon dont ils perçoivent le monde et dont ils se perçoivent eux-mêmes. Selon cet auteur, ce démantèlement signe une incohérence entre les différentes modalités sensorielles et par conséquent, les différentes parties de la personnalité de l'enfant.

« La sensorialité n'est ici, dans le syndrome autistique, aucunement l'habituel lien au monde, aux objets et aux autres, un lien vecteur d'une psychisation permanent et d'un travail d'appropriation représentationnelle et affective à travers les éprouvés d'un sujet, mais plutôt l'exact opposé d'un mouvement anti-psychique et « évitant » par rapport au monde dans ce que l'on peut appeler une perversion psychomotrice (et un ratage) de ce surinvestissement sensori-moteur. » **F. JOLY** [41, p.46]

L'enfant autiste ne parvient pas à trouver un appui essentiel dans l'environnement pour éprouver et construire son identité, à l'inverse ce monde est envahissant et limite son développement psychique.

B. Quand la perception de soi entrave la perception de l'espace

La possibilité pour l'enfant de prendre conscience et de se représenter l'espace extérieur prend source dans l'intégration de son propre corps *« point central de sa connaissance »* [63, p.248]. Les enfants autistes sont limités pour construire leurs propres repères corporels, c'est pourquoi ils ne peuvent le transposer à l'espace environnant. L'intégration de repères spatiaux est altérée : ces enfants éprouvent des difficultés à s'orienter et se repérer dans l'espace. [10] D'ailleurs, les autistes agissent comme si l'espace autour d'eux n'existait pas : il se tourne vers des conduites auto-centrées négligeant l'espace environnant. Et on observe des enfants qui déambulent sans but, dans un espace non-limité. Tout comme l'espace de leur corps, l'espace environnant n'est ni organisé, ni coordonné, ni limité.

[40] On peut aussi voir, la production de mouvements adhésifs, dont parle **D. MELTZER,** au travers du concept d'*identification adhésive*.

Lors d'un jeu de destruction d'une tour de briques en carton, par l'intermédiaire du lancer d'un petit sac de billes, Corentin, 5 ans, ne parvient pas à lâcher l'objet. Il se lance vers la tour accroché à cet objet, pour la détruire avec son corps et non avec l'objet seul. Juste après, il va lui même se lancer sur une mousse. Il se montre très adhésif aux objets.

De ce concept découle la notion de bi-dimensionnalité, **C. JEAN-STROCHLIC** dit : *« si la signification des objets est inséparable de leurs qualités sensuelles au niveau de leur surface, le self sera expérimenté comme une surface sensible dans un monde bidimensionnel immuable »* [39, p.70]. En clair, la personne autiste est dans l'impossibilité de garder en mémoire l'objet sans avoir recours à la sensation et donc elle est limitée pour percevoir un monde tridimensionnel. De plus, elle vit les différents espaces sensoriels comme isolés les uns des autres : l'espace ne peut être perçu dans son intégralité et comme suffisamment contenant. [22]

La structuration spatiale représente un organisateur essentiel dans la construction de l'enfant : c'est pourquoi, les troubles de l'organisation spatiale, de l'enfant autiste, impactent fortement la perception du monde, de son propre corps ainsi que sa façon d'agir et de penser.

C. Difficultés de régulation tonique et d'ajustement postural

Les personnes autistes présentent une régulation tonique particulière et spécifique d'un individu à l'autre. La fluctuation entre hyper-tonicité et hypo-tonicité est le plus souvent mal ajustée aux situations, d'ailleurs on remarque fréquemment : *« sur un fond général d'hypotonie, des attitudes dystoniques, voire des éclats hypertoniques, et des mouvements peu harmonieux gênés par la mauvaise régulation du tonus »* [43, p.45].

Chez les enfants autistes, on observe très souvent une régulation en « tout ou rien » avec le passage brusque d'une hypertonie à une hypotonie ou inversement.

Lorsque la psychomotricienne et moi venons chercher Thomas sur le groupe, c'est le temps d'accueil, il vient tout juste d'arriver. Il se tient debout à la recherche de ses poupées. Il a, à ce moment là, une posture très tonique, qui lui permet de chercher ce qu'il souhaite.

Son corps est en extension. Puis, nous nous avançons vers lui pour lui signifier que c'est l'heure de la séance, qu'il faut y aller : la psychomotricienne s'avance et à peine le contact amorcé le petit garçon s'effondre brusquement au sol, se laissant complètement « couler ». Il se montre très hypotonique. Il est très difficile de le solliciter pour se mobiliser et venir avec nous, il est même impossible de le porter, avec un accordage tonique impossible.

Ici, la transition semble être difficile à vivre en effet, elle suppose pour ce petit garçon de devoir gérer beaucoup d'éléments émotionnels, sensoriels et moteurs à la fois. C'est pourquoi, peut-être la seule façon pour Thomas de supporter cette situation est de se mettre au sol pour retrouver certains appuis. D'ailleurs, selon **D. CHADZYNSKI** *« cette mobilisation tonique stabilise momentanément les sensations corporelles, mais toute rupture dans la carapace (un bruit fort, un toucher imprévisible) fait voler en éclats un semblant de cohésion. Il s'agit d'un manque de représentations de l'image du corps »* [16, p.109.], c'est-à-dire que cette régulation particulière du tonus témoigne d'un défaut dans les représentations corporelles de ces enfants.

Cette régulation tonique illustre toute la complexité du rapport de l'enfant autiste et son corps : *« l'ensemble de ces signes corporels donne le plus souvent à la motricité un aspect plus que dysharmonieux voire désarticulé ce qui questionne sur la façon dont l'enfant vit et investit son corps »* [10, p. 78]. Au travers de ces conduites toniques, il s'agit pour l'enfant de trouver des appuis corporels, de sentir son corps comme unifié et donc de se sentir exister : on peut parler d'agrippements toniques et posturaux pour pallier à ce défaut de contenance.

Lorsque j'observe Julien rejoindre la salle de psychomotricité, il marche sur la pointe des pieds, signe d'un agrippement tonique très important au niveau du bas du corps qui lui permet sûrement d'avoir la sensation de tenir et de se protéger de cette transition.

Pour **V. BURY**, qui reprend les travaux de **A. BULLINGER**, *« la marche sur la pointe des pieds ou sur leurs bords externes reflète une fragilité de toute l'enveloppe corporelle »* [15, p.62].

On connaît l'importance des relations avec l'entourage dans le développement ainsi que celle du dialogue tonique pour soutenir la régulation du tonus de l'enfant. Chez les autistes, on peut alors imaginer que les difficultés d'ajustement tonique mais aussi d'interactions découlent d'un défaut d'engagement dans ce dialogue tonique. [41] Pour **F. JOLY**, les enfants autistes n'ont pas intériorisé la possibilité de communiquer et ajuster leur corps à l'autre au travers de ce dialogue tonico-émotionnel, ainsi il n'a pas non plus été possible d'éprouver un sentiment de contenance satisfaisant. De même, l'accordage tonique est fragilisé, on rencontre des enfants qui sont très difficiles à porter par exemple.

*****

Il est important de garder en tête que tous les éléments auxquels on s'est intéressé s'intègre entre-eux, il y a des allers-retours à faire constamment. Cette défaillance de l'investissement corporel perturbe de façon conséquente les capacités chez les enfants autistes à se construire en tant qu'être unique et différencié. En effet, *« la motricité et les sensations autistiques sont tout sauf une psychomotricité habitée, pulsionnalisée et en relation »* [41, p.51] ; de ce fait, les enfants autistes ont des difficultés à s'appuyer sur la relation pour découvrir leur corps, l'éprouver et explorer l'environnement avec.

En clair, ils sont limités pour se percevoir eux-mêmes ainsi que pour éprouver des limites corporelles les différenciant des autres. C'est pourquoi, ces enfants ont recours à des agrippements sensoriels et toniques, selon **D. CHADZYNSKI** *« il s'agit pour eux d'une façon de se tenir, les autres appuis sur le milieu faisant défaut »* [16, p.109].

Le processus d'individuation et de construction de soi est alors entravée de manière conséquente. Selon **F. JOLY**, on note l'absence *« d'un avatar majeur de la motricité-ludique-en-relation »* [41, p.50], dans le développement des enfants autistes.

Il s'agit pour le psychomotricien de soutenir les enfants autistes dans ce domaine et de remettre en jeu l'éprouvé au travers de leur motricité, leur sensorialité et ceci dans la relation. Le psychomotricien offre à ces enfants des expériences sensori-motrices qui mettent en jeu l'ensemble de leur corps pour soutenir l'émergence d'un sentiment d'être et il les accompagne également, dans la mise en sens de leurs vécus.

Chapitre 3 : Le psychomotricien comme soutien à l'éprouvé

I. Le cadre thérapeutique : entre contenance et sécurité

La réflexion autour de la mise en place du cadre thérapeutique représente un élément essentiel en psychomotricité, l'enfant et le professionnel peuvent s'y appuyer. Nous avons vu dans le chapitre précédent, que l'enfant autiste présente un défaut de contenance majeur. De ce fait, il est important pour lui de pouvoir recourir à des éléments extérieurs qui lui apportent ce sentiment de contenance et de continuité. Sans cette sécurité il n'est pas disponible pour vivre des expériences et donc ne parvient pas à construire son identité. C'est pourquoi, l'installation d'un cadre thérapeutique suffisamment contenant, solide et rassurant est une clé fondamentale dans la prise en charge de l'enfant autiste.

A. Définition

C. POTEL définit le cadre thérapeutique comme : *« ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée »* [60, p.321]. La réflexion et la mise en place d'un cadre thérapeutique sont essentielles en psychomotricité. Il doit être élaboré, pensé et soutenu à la fois par le psychomotricien mais aussi par l'équipe pluridisciplinaire.

Selon cette auteur, en psychomotricité, il est nécessaire de mettre en place des conditions spécifiques à l'origine de limites, suffisamment solides et souples à la fois. Elle distingue deux niveaux à ces conditions : l'un plutôt matériel et très concret qu'on peut décrire comme le cadre physique et d'un autre côté elle évoque plutôt le cadre, sous un angle, psychique et symbolique.

1. Le cadre physique

Ce cadre physique regroupe un ensemble de conditions très concrètes :

- **le temps** : avec les horaires de la séance, la fréquence et la durée. En effet, il s'agit pour le psychomotricien de proposer une régularité dans les séances pour assurer un sentiment de

continuité et de sécurité à la personne, ainsi on lui permet d'anticiper. De même, la durée de la séance doit être suffisamment adaptée pour offrir des conditions optimales aux expériences et à la mise en jeu du corps : il s'agit de respecter le rythme de chacun. D'ailleurs selon **B. GEPNER** et **C. TARDIF,** les personnes autistes *« intègrent difficilement et de manière atypique ces informations dans leur propre corps. Incapables d'accorder leur rythme à celui d'un environnement perpétuellement changeant, elles y répondraient souvent avec un temps de latence »* [25, p.59]. C'est pourquoi, on sait qu'il est important de pouvoir ralentir nos mouvements et notre parole pour soutenir la compréhension de l'enfant. Enfin, la mise en place de rituels représente un point clé dans la prise en charge : elle assure un sentiment de sécurité, de prévisibilité et favorise la compréhension pour ces enfants.

- **l'espace** : l'aménagement de l'espace doit être, lui aussi, pensé par le psychomotricien. Dans le cas des enfants autistes, on connaît leur extrême sensibilité aux différents flux sensoriels : c'est pourquoi, il s'agit d'épurer au maximum l'environnement pour limiter l'émergence d'angoisses. En veillant à cet aménagement, on soutien l'enfant dans ses expériences, pour **J. BOUTINAUD** la salle est *« envisagée comme véritable terrain d'aventure et d'exploration »* [10, p.171].

- **le matériel** : le psychomotricien a la liberté de choisir le matériel qu'il souhaite utiliser avec chaque personne, il *« implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel »* [10, p. 322], dans ses choix. Par ailleurs, c'est aussi la possibilité pour l'enfant d'y trouver un intérêt particulier, ce qui permet de favoriser son implication. Le matériel peut aussi faire tiers et permettre la mise en jeu symbolique de certaines problématiques : telles que les angoisses corporelles par exemple.

Léo est très angoissé à l'idée des séparations. Lors de la prise en charge psychomotrice, un jeu autour de briques est proposé. Il s'agit de construire un mur avant, de le casser puis de le reconstruire. En effet, Léo peut construire ce mur, puis le détruire. Il est ensuite possible de le refaire et de recommencer l'expérience. Il s'agit d'aborder, avec ce petit garçon, la question du lien : il peut éprouver lui-même la possibilité d'effondrement et de reconstruction successifs et que tout ne disparaît pas.

Avec les enfants autistes ce matériel assure aussi la fonction de *« conteneur »*, c'est-à-dire que leur caractère solide et rigide rassure l'enfant qui va venir régulièrement vérifier que cela tient. C'est pourquoi, avec ces enfants, il faut veiller à ce qu'ils disposent d'endroits à proximité très contenants et rassurants. Il s'agit de privilégier des objets et matériaux qui sont durs et solides. Par exemple, dans mon lieu de stage, les enfants apprécient beaucoup le plancher en bois, matériel dont **A. BULLINGER** parle dans ses travaux : ce matériel assure un feedback, c'est-à-dire qu'il fait un retour des différentes conduites, mouvements et actions de l'enfant dessus et il permet un certain recrutement tonique. Les enfants s'y installent pour faire différentes expériences et on observe alors une régulation tonique adaptée.

Lucas à tous les débuts de séances s'installe, systématiquement, sur le plancher en bois. Il adopte alors une position assise avec un tonus bien ajusté, de plus il recourt à un appui-dos au travers du mur : il peut alors manipuler différents petits jeux. De même, à chaque fin de séance, il part se réfugier entre le matelas et l'armoire, à la recherche d'un lieu serré, limité et contenant : il a besoin de ce temps pour passer à la suite et revenir sur le groupe.

[10][60] Il est important de veiller à une régularité et une stabilité de ce cadre. La mise en place d'invariants comme le lieu, le matériel, l'horaire, la durée est nécessaire dans la prise en charge de l'enfant autiste : elle permet de remplir un rôle de pare-excitation, c'est-à-dire de protéger l'enfant d'un excès de stimulation qui pourrait le désorganiser. Dans ce climat sécure, et au travers de ces répétitions, l'enfant peut faire l'expérience de quelque chose de continu : la mise en place de repères est possible, il peut anticiper ce qui favorise la mise en jeu et l'expression corporelle.

Néanmoins, ce cadre peut être amené à subir certains changements : soit de manière involontaire, par exemple lors de l'absence d'un professionnel ou de période de vacances ; soit de manière volontaire, par exemple dans le cas où le psychomotricien souhaite proposer progressivement de la nouveauté à l'enfant. Il s'agit pour le professionnel d'accompagner l'enfant dans ces modifications, pour éviter l'émergence d'angoisses trop importantes : *« toute modification, volontaire ou non, doit faire l'objet d'un travail d'accompagnement symbolique auprès de l'enfant »* [10, p.170].

2. Le cadre psychique

En ce qui concerne le cadre psychique, il est défini par la propre personnalité du psychomotricien, sa manière d'être mais aussi, ses connaissances théoriques qui sont un appui indispensable à l'élaboration de sa pensée et de sa pratique. Par conséquent, chaque psychomotricien est unique et présente ses propres qualités professionnelles et humaines. Toutefois, les psychomotriciens montrent différentes fonctions communes telles que la fonction contenante ou encore de pare-excitation *que nous allons décrire plus loin*.

Le cadre *« ne désigne bien entendu pas seulement le lieu où nous accueillons les enfants pour travailler avec eux mais aussi le propre positionnement du psychomotricien en tant que garant de cet espace. Il inclut donc également le thérapeute et son engagement »* [10, p.169].

B. La fonction contenante du psychomotricien

1. Le parallèle entre le cadre thérapeutique et l'enveloppe psychique

[37] **D. HOUZEL** décrit l'importance du concept d' *« enveloppe psychique »* dans la notion de cadre thérapeutique. Cette *enveloppe* s'appuie à la fois sur des éléments physiques et psychiques : il en va de même pour le cadre thérapeutique. Ce n'est pas les seuls liens que l'on peut faire entre ces deux notions : en effet, le cadre thérapeutique, tout comme l'enveloppe psychique, permet l'installation d'une limite entre le dedans et le dehors laissant tout de même, la place aux échanges. De plus, ils doivent être suffisamment solides et souples. De ce fait, il permet à la fois de délimiter et contenir l'action thérapeutique. On a pu démontrer les difficultés de perception et de constitution d'une enveloppe psychique stable, solide et continue chez les enfants autistes, impliquant un défaut de contenance majeur. C'est pourquoi, le cadre thérapeutique proposé par le psychomotricien doit pouvoir pallier à ces fragilités et favoriser l'émergence et le soutien de l'enveloppe psychique chez ces enfants.

2. De la fonction contenante à la fonction de pare-excitation

Le psychomotricien assure des fonctions qu'on peut corréler à celles du *« Moi-peau »* décrites par **D. ANZIEU** *(cf partie 1, chapitre 1, III)*.

[60] Premièrement, le psychomotricien assure cette **fonction de contenance** au travers de son action thérapeutique : il propose un portage physique et psychique pour contenir les différents affects de l'enfant. Cette capacité à contenir est mise au service des débordements, des désorganisations et des excitations que peut montrer l'enfant lors des séances : il permet de lui assurer le sentiment d'être dans un espace sécure, solide et indestructible. De ce fait, le psychomotricien démontre à l'enfant, qu'il est possible pour lui d'être accueilli dans son état psycho-corporel actuel et que cela ne présente aucune menace ni pour lui, ni pour le psychomotricien et ni pour le milieu environnant. L'enfant peut alors se prêter aux propositions et aux expériences, en toute réassurance. Ainsi, il est accompagné par le psychomotricien dans l'intégration et l'appropriation de ses ressentis, éprouvés et affects c'est-à-dire dans le chemin vers la conscience de soi. C'est d'ailleurs ce que **C. POTEL** dit *« le psychomotricien va stimuler et accepter les excitations motrices, ludiques, tout en assurant les conditions de leur intégration psychique »* [60, p. 330].

Par ailleurs, le psychomotricien présente aussi la **fonction de pare-excitation**, notamment au travers de la mise en place de règles : elles font tiers entre le psychomotricien et l'enfant. C'est pourquoi, il est important de prendre conscience de l'importance des interdits. En effet, leurs installations permettent d'assurer une limite structurante et contenante pour ces enfants autistes qui n'ont pas intégrés leurs propres limites corporelles. Cependant, il s'agit d'accompagner les enfants dans une certaine compréhension : le psychomotricien aide l'enfant à élaborer du sens autour du franchissement des limites posées. D'ailleurs, le professionnel peut le soutenir dans la mise en place d'une réparation réelle ou symbolique.

3. Le psychomotricien mais pas que…

Pour le psychomotricien *« cette capacité de contenance fait appel tout autant à notre corps qu'à notre appareil psychique »* [60,p.324]. D'ailleurs, au cours de sa formation mais aussi tout au long de sa vie, il développe une réelle connaissance de soi au travers d'un travail personnel de réflexion qui l'aide à comprendre ses patients : *« son premier outil est la connaissance qu'il a de lui-même : une connaissance sensorielle, « psychomotrice », une connaissance avertie et pensée, pour servir ses projets thérapeutiques »* [60, p.324]. De plus, il peut s'appuyer sur ses connaissances théoriques, ainsi que sur le soutien de l'équipe pluridisciplinaire. Cette dernière permet d'assurer la fonction de tiers et d'accompagner le psychomotricien lui-même. Le psychomotricien sécurisé par autrui, peut alors « prêter » son appareil psychique à l'enfant pour l'aider à l'intégration de son propre appareil à penser et se sentir unifié.

*****

Le cadre thérapeutique est un élément indispensable de la prise en charge des enfants autistes. En effet, j'ai pu au travers de mon stage, observer toute son importance. Il permet à ces enfants en manque de limites, de contenance et de sécurité interne d'accéder à quelque chose de rassurant, solide et fiable. C'est seulement dans ces conditions qu'ils peuvent abandonner leurs agrippements, mis en place pour se protéger du monde environnant. Ainsi, on peut alors observer des enfants qui, progressivement, se laissent aller aux expériences sensori-motrices, ces dernières permettent aux enfants d'éprouver et enrichir leur vécu corporel, nécessaire à la construction de soi.

Thomas, contenu dans sa poussette, avec les jambes en appui sur la psychomotricienne, peut faire quelques petites expériences sensori-motrices, notamment au niveau de la sphère orale. La psychomotricienne soutient ces expériences au travers de petites comptines qui permettent d'ajouter une voie sensorielle. C'est seulement au travers de tous ces éléments mis en place que Thomas peut être disponible et en relation, le temps de quelques minutes. Il s'isole à nouveau par la suite. Il s'agit de respecter son rythme.

« Contenir : un travail long, difficile, qui demande du ressort, une implication corporelle et psychique de tout instant. » **C. POTEL** [60, p.345]

II. L'engagement et la sensibilité du psychomotricien

Le psychomotricien s'engage au travers de toute sa personne, il adopte une position dynamique : il fait preuve d'une certaine souplesse en s'adaptant à l'enfant au travers de sa posture, ses mots et sa pensée. Ces qualités sont indispensables pour soutenir l'enfant dans l'intégration de ses éprouvés corporels, d'après **M. CONTANT** et **A. CALZA** : *« l'engagement du psychomotricien sur un plan tonico-émotionnel et verbal constitue un moteur de la thérapie, à condition de suivre et de respecter la genèse des rythmes biologiques corporels jusqu'alors figés »* [21, p.36].

A. Notre propre sensibilité corporelle comme soutien à celle de l'autre

Il est essentiel que le psychomotricien développe et enrichisse sa conscience corporelle tout au long de son parcours professionnel. En effet, il prend appui sur cette qualité pour développer une affinité particulière au corps de l'autre. Le fait d'avoir lui-même vécu des expériences corporelles et affectives et d'être particulièrement sensible à ses propres ressentis corporels et éprouvés, permet de le soutenir dans la compréhension de l'autre et de ses vécus corporels. De ce fait, cette sensibilité représente un support et levier essentiel dans la prise en charge psychomotrice.

[10] Durant mon stage, auprès des enfants autistes, je peux constater toute l'importance de cette sensibilité corporelle. Ces enfants qui présentent des fragilités dans la relation et qui communiquent peu, sont en panne pour exprimer ce qu'ils ressentent. C'est pourquoi, il s'agit de pouvoir s'appuyer sur nos propres ressentis qui peuvent être le témoin de leur vécu singulier, archaïque, nous ramenant même parfois à quelque chose de l'ordre de l'intime, qu'on ne peut nier. Cette sensibilité corporelle apporte au psychomotricien des clés pour comprendre l'enfant. D'ailleurs, à la fin de la séance, le corps du psychomotricien témoigne, souvent, de l'état psychique dans lequel se trouvait l'enfant.

1. La « *fonction de transformation* » par le psychomotricien

> *« le psychomotricien écoute mais utilise aussi son propre langage corporel, son propre appareil psychosensoriel comme résonateur d'émotions et terre d'accueil de toute une sensorialité projetée, expulsée, de toute une corporéité en souffrance ou en mal de construction et de repères »* **C. POTEL** [60, p.348]

[40][60] Cette qualité sensible et l'implication du psychomotricien est également à l'origine de sa *« fonction de transformation »*. Cette fonction renvoie à la *« capacité de rêverie maternelle »* que **W. R. BION** a décrit, et plus particulièrement à cette « fonction alpha » (cf partie 1 chapitre 1, II). C'est-à-dire que le psychomotricien va percevoir, recevoir et contenir certains éléments archaïques du vécu de l'enfant et il va par la suite, essayer de les transformer par l'intermédiaire de son propre appareil psychique. Il va y mettre du sens, les mettre en forme et en mots grâce à ce qu'il voit et ressent. Puis, il les renvoie vers l'enfant, de façon assimilable et intégrable cette fois-ci. Cette fonction du psychomotricien *« vient dénoter une forme particulière du travail psychique qui se focalise sur les éléments sensoriels bruts présents dans la relation avec l'enfant et prenant source dans son activité corporelle »* [10, p.152]. Le psychomotricien repère les préoccupations de l'enfant, il le soutient aussi dans l'écoute de ses éprouvés corporels, ressentis et dans la prise de conscience de ce qu'il vit. Selon **A-M. LATOUR**, *« ce qui fait que nous sommes contenants, ce n'est ni la contention, ni la rétention, ni la répression mais la transformation d'éléments souvent très corporels (agitation, sidération motrice, cris, stéréotypies, accrochages sensoriels, distorsions toniques...) ou verbaux non élaborés (écholalie, logorrhée, fragments...) en éléments utilisables pour la pensée »* [46, p.66]. Au travers de son écoute, son observation et son dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien peut accueillir, contenir, transformer les vécus bruts de l'enfant et l'accompagner dans l'intégration de son propre corps puis pas conséquent, dans son individuation et la construction de soi.

2. Le *« holding »* par le psychomotricien pour soutenir un sentiment sécure interne

Le psychomotricien assure à l'enfant un certain *« holding »*, tel que l'a décrit **D. W. WINNICOTT.** Pour s'adapter à l'enfant et lui offrir des appuis suffisamment solides et fiables, le psychomotricien met en jeu son dialogue tonico-émotionnel : il assure une attitude bienveillante et enveloppante renforçant le sentiment d'un climat sécure pour l'enfant. Ce dialogue tonico-émotionnel se vit de façon bi-directionnelle : c'est-à-dire que le psychomotricien peut comprendre certains vécus de l'enfant mais il peut également faire passer certaines choses à l'enfant par l'intermédiaire de sa posture, sa voix, ses mouvements mais aussi son regard par exemple. Il doit ajuster sa façon d'être et de faire pour transmettre quelque chose de solide, rassurant et fiable à l'enfant. Grâce à cette sensibilité et à cette disponibilité tant sur le plan psychique que corporel, le psychomotricien offre la possibilité d'appuis à l'enfant, qui peut alors être soutenu dans ses propres expériences.

Par ailleurs, il peut aussi proposer à l'enfant, par l'intermédiaire direct de son corps, des appuis fermes et contenants. Les enfants autistes présentent une fragilité dans la constitution et l'intégration d'un arrière-fond, c'est pourquoi il est intéressant de pouvoir leur

permettre de vivre un *« appui-dos »*. Cette proposition favorise l'expérience d'un sentiment d'enveloppe comme **G. HAAG** le souligne *« elle permet de commencer à se tenir sur soi-même et non plus à s'agripper partout sensoriellement »* [29, p.20] et donc, de soutenir leur disponibilité à l'environnement et à l'exploration.

Lors de sa prise en charge en psychomotricité, Maxime semble ne pas « tenir » seul, il reste allongé en position latéral. Il s'isole et se procure des sensations au travers de la mobilisation d'une balle. La psychomotricienne se met alors assise derrière lui, et il peut s'asseoir et s'appuyer le dos contre elle. Quelques échanges de balles sont alors possibles entre Maxime (appuyé contre la psychomotricienne), l'autre professionnelle et moi.

D'autre part, on connaît la présence d'un certain clivage chez les enfants autistes, notamment entre l'avant et l'arrière de leur corps. Il est intéressant de proposer à l'enfant de vivre une expérience où l'avant et l'arrière du corps sont mis en jeu de façon simultanée, par exemple au travers d'un portage, ou bien au travers de pressions sur le corps, pour éprouver un corps unifié et rassemblé.

Au travers de cette sensibilité et donc de son implication le psychomotricien peut soutenir l'enfant dans la mise en sens de ses éprouvés et états émotionnels. Selon, **A. BRUN,** *« comme dans les premiers liens de l'enfant avec son entourage, c'est l'environnement -les soignants- qui donneront une valeur de message aux éprouvés de l'enfant, notamment par les accordages affectifs »* [49, p.21]. De plus, il assure la fonction de *« holding »* et offre à l'enfant des appuis corporo-psychiques nécessaires à l'étayage d'un sentiment interne sécure et donc à la construction de soi. Ces qualités sont donc indispensables à l'action thérapeutique.

B. S'engager pour soutenir l'exploration et le jeu

Le psychomotricien est acteur et dynamique dans les différents suivis : il est à l'origine de différentes expériences sensori-motrices, c'est-à-dire qu'il va pouvoir proposer et initier certaines explorations à l'enfant. Le fait qu'il puisse lui même se prêter au jeu et s'engager dans le mouvement ou l'action, permet à l'enfant d'observer et d'être rassuré quant au fait qu'il n'y ait aucun signe de danger pour lui, puisque le psychomotricien le fait lui-même. De même, pour les enfants qui sont en grandes difficultés dans la compréhension verbale, le fait de passer par le corps peut être un support fondamental. De ce fait, cet engagement offre un réel appui aux enfants autistes, il peut alors permettre de diminuer leurs inquiétudes et angoisses corporelles :

En séance de psychomotricité, Alexis semble inquiet à l'idée de passer dans le tunnel proposé par la psychomotricienne. Cette dernière s'engage alors dans ce tunnel dans un premier temps, en suivant Alexis peut le faire aussi. L'implication de la psychomotricienne a permis au petit garçon d'être rassuré mais aussi de comprendre la situation.

L'engagement du psychomotricien s'observe également au travers du jeu qui représente un outil fondamental dans l'approche psychomotrice. Pour **F. JOLY,** le jeu offre un espace pour une : *« interaction ludique et créative, d'accompagnement médiatisé et d'implication étayante, favorisant la motricité en relation, l'éprouvé et leur psychisation, dans la confrontation étayante à l'engagement psychique et psychomoteur du thérapeute »* [10, p.158].

Cette médiation permet à l'enfant autiste de communiquer ce qui ne lui est pas encore communicable : il peut mettre en scène ses vécus, affects et préoccupations au travers du jeu. Le psychomotricien est amené à soutenir la transformation des éprouvés de l'enfant en représentations, selon **C. POTEL**, *« le jeu est l'un des moteurs puissants d'intégration, d'élaboration et de transformation d'expériences concrètes en « matières symboliques », qui vont nourrir l'intelligence du sujet et le rendre à même d'établir des concordances entre ce qui se vit, se touche, se sent, s'éprouve, et ce qui se pense. Le jeu permet la compréhension, l'intériorisation »* [60, p.348]. Le jeu a son importance capitale dans la construction de soi.

L'accompagnement du psychomotricien dans le jeu de l'enfant autiste est essentiel. En effet, ces enfants sont en difficultés pour *« jouer »* : on voit le plus souvent, des enfants qui ont des conduites stéréotypées, isolés de l'environnement et qui par conséquent, ne sont pas dans un jeu en relation. Il s'agit alors de s'adapter et de se positionner par rapport à l'enfant. Par exemple, on peut commencer par l'imiter puis, progressivement, il est possible que l'enfant prenne conscience de notre présence et le début d'un jeu en relation peut se dessiner. C'est quelque chose qui peut prendre du temps, mais c'est indispensable à leur développement et à la construction de leur identité.

Lucas joue seul, il fait une tour de petits pots de couleurs. Je l'imite alors et prends moi aussi, un de ces petits pots pour le positionner sur la tour. Je le fais plusieurs fois. Au début, il ne semble pas prêter attention à ma présence, puis lors de la construction de cette tour une nouvelle fois ; il positionne un petit pot, puis il attend et me regarde. Il semble avoir intégré ma présence et la prendre en compte. Les séances d'après, Lucas peut reprendre ce jeu avec moi. Quelque chose de la prise de conscience de l'autre peut s'observer dans cette situation.

De plus, le jeu opère un lien bi-directionnel : des choses peuvent venir de l'enfant et d'autres du psychomotricien. On observe des allers/retours constants entre les deux. Il arrive souvent que le psychomotricien parte de ce que propose l'enfant, notamment avec les enfants autistes, le rendant alors acteur ; puis, il peut proposer des variations à ce jeu et le faire évoluer au travers d'expériences structurantes. D'ailleurs, **J.BOUTINAUD** dit que le psychomotricien *« reprend, modifie, transforme certaines propositions de l'enfant plus ou moins gangrenées par la pathologie pour relancer la recherche d'un plaisir à être »* [10, p. 154]. Souvent, auprès des enfants autistes, il s'agit de pouvoir détourner le jeu stéréotypé pour quitter cet isolement et conduire à une *« motricité en relation »*.

En résumé, l'engagement corporel du psychomotricien permet d'une part de rassurer l'enfant autiste, qui s'appuie alors sur le professionnel pour éprouver. Et d'autre part, le psychomotricien soutient et accompagne l'enfant, au travers de différentes expériences, pour enrichir son vécu corporel et permettre la construction de soi.

Cette implication du corps est parfois plus efficace que de simples mots : « *certains de nos actes peuvent acquérir une valeur interprétative et constructrice, quelquefois plus efficace qu'une parole* » [10, p.155]. Toutefois, il s'agit pour le psychomotricien d'associer toutes ses possibilités : le toucher, le regard, la parole, la pensée ainsi que l'engagement dans l'action pour *« fournir un cadre de référence qui contient les terreurs et ouvre pour l'enfant sur le sentiment de se sentir porté physiquement et psychiquement, préliminaire indispensable pour l'avènement du Moi corporel et du psychisme naissant »* [10, p.157]. **Le psychomotricien offre à l'enfant autiste la possibilité d'être porté psychiquement et physiquement, il étaye l'appropriation de son propre corps et l'ouverture sur l'environnement extérieur.**

C. Soutenir l'expérience au travers de la parole

Les personnes autistes en difficulté pour communiquer leurs ressentis, vécus et émotions, présentent aussi de réelles fragilités en terme de compréhension : il est difficile de savoir ce qu'ils parviennent à retenir des paroles du psychomotricien. Néanmoins, **J. BOUTINAUD** pense que *« même s'ils ne saisissent pas toujours le sens de ce qui leur est adressé, ils restent très attentifs au fait qu'une parole, une pensée leur soit tendue, aiguisant leur intérêt pour le lien à l'autre et pour la vie psychique à l'œuvre à l'intérieur de ce dernier »* [10, p.86]. C'est pourquoi, cette « mise en mots » par le psychomotricien est nécessaire à la fois dans la garantie et le maintien d'une certaine relation avec ces enfants et dans l'accompagnement et l'intériorisation de leur vécu et de leurs éprouvés corporels. En effet, *« nos paroles et le support symbolique qu'elles offrent pour qualifier et nommer les expériences vécues restent un support fondamental de notre pratique »* [10, p.159]. Il s'agit au travers de la parole de soutenir ces enfants dans les moments d'angoisse, d'incompréhension face à certains éprouvés corporels mais aussi dans la distinction de leurs différents états émotionnels : colère, tristesse, surprise mais aussi plaisir et bien-être. Les affects sont abstraits et flous pour eux, le fait de pouvoir nommer ces émotions les aide à accéder à un ressenti propre à eux-mêmes. Grâce aux verbalisations, le psychomotricien offre à ces enfants la possibilité de faire du lien entre ce qu'il se passe dans leur corps et les différentes émotions qu'ils peuvent être amenés à traverser. Il les soutient également dans l'élaboration d'un lien entre leurs différents sens pour les étayer dans l'intégration d'une perception totale et non morcelée de soi, de l'autre et de l'environnement.

Cependant, la parole doit être employée avec précaution pour ces enfants. En effet, pour certains elle est difficile à comprendre, il s'agit alors de pouvoir s'adapter et d'utiliser d'autres supports tels que des outils visuels. De même, les paroles peuvent être à l'origine d'un surplus d'informations sensorielles à traiter c'est pourquoi il peut être judicieux de la limiter dans certains moments.

Enfin, les mots sont aussi importants pour le psychomotricien lui-même. Il est indispensable pour lui d'avoir un certain recul et de pouvoir mettre du sens, des mots sur ce qu'il ressent, notamment au travers du travail d' *« après-coup »*. Ce travail d'après la séance, dans la prise de note ou dans les réunions, permet l'élaboration et la réflexion autour de ce qui s'est passé et des mécanismes mis en jeu.

*****

En conclusion de ce chapitre, on observe l'importance pour ces enfants en manque de structuration interne propre, de pouvoir s'appuyer sur des qualités contenantes et sécurisantes qu'offrent à la fois le cadre thérapeutique et le professionnel lui-même. En effet, le psychomotricien montre une implication corporelle dans les prises en charge. Une fois que l'enfant se sent suffisamment sécurisé, contenu et tenu, il peut lâcher ses agrippements pour être en lien avec l'autre et être disponible aux différentes expériences sensori-motrices enrichissant son vécu corporel. Lorsque l'enfant autiste peut faire l'expérience d'un corps unifié et rassemblé, on voit émerger des comportements nouveaux et beaucoup plus structurants, ils permettent alors à l'enfant de vivre une motricité en relation. Le psychomotricien accompagne l'enfant dans l'intégration de ses éprouvés pour prendre conscience de ce qui se passe pour lui dans son corps et donc commencer à s'individuer par la prise de conscience de soi, de l'autre et de l'environnement. Selon **J-M. ORJUBIN**, *« pour l'enfant autiste, le passage par l'éprouvé corporel représente un moyen fondamental pour accéder à une potentielle reprise de développement »* [56, p.26].

Partie 3 : Observations et réflexions cliniques

Dans cette partie, nous allons aborder dans un premier temps la présentation de l'établissement dans lequel j'effectue mon stage pour permettre de mieux contextualiser le lieu de soin dans lequel évoluent les enfants que je rencontre. Puis, il s'agit de s'intéresser à une première étude de cas, d'un petit garçon que je rencontre dans l'atelier « corps en jeu » que j'ai pu créer cette année. Enfin, nous allons nous concentrer sur l'étude de cas de Maxime, un petit garçon que je vois dans le cadre d'un suivi individuel en psychomotricité.

Chapitre 1 : Présentation de l'établissement

I. Généralités

Cet hôpital de jour est composé de trois unités distinctes : une unité de soins à temps partiel (USTP), une unité de soins médico-psycho-pédagogique (USMPP) et une unité de soins spécialisés (USS). *Dans le cadre de mon stage, je rencontre essentiellement les enfants de l'USS. Dans la suite de ce mémoire, je m'attache à décrire le fonctionnement de cette unité uniquement.*

L'USS accueille les enfants de 2 à 6 ans en moyenne, atteints d'un trouble du spectre autistique. En réalité, on retrouve des enfants plus âgés, environ 9 ans, le temps de leur trouver une orientation adaptée.

Cette unité assure le soin des enfants en s'appuyant sur différentes approches théoriques : thérapie cognitive, comportementale, psychothérapie, psychanalyse ou encore approche sensori-motrice, pour permettre une prise en charge pluridisciplinaire, complète et complémentaire. En effet, cette pathologie complexe du développement nécessite de pouvoir recourir à différents courants théoriques pour accéder à une compréhension, la plus fine possible, de l'enfant. Il s'agit de proposer des soins intégratifs, s'appuyant sur différents regards pour favoriser une compréhension partagée et la plus proche de ce que l'enfant autiste peut vivre. Chaque enfant est unique avec un fonctionnement singulier, ce qui nécessite une prise en charge personnalisée.

Dans cette optique, l'USS est composée d'une équipe pluridisciplinaire : un chef de service, une pédopsychiatre, une assistante sociale, des infirmières, des éducatrices spécialisées, une psychologue, des orthophonistes, une psychopédagogue et une psychomotricienne. Les compétences propres à chaque professionnel permettent d'allier des points de vues complémentaires et d'enrichir le travail effectué auprès de ces enfants. Cette pluridisciplinarité favorise la réflexion et l'élaboration d'un projet de soin individualisé à chaque enfant. Ce projet est conçu autour de différents axes de travail qui correspondent au développement et aux besoins de l'enfant. Pour répondre à tous ces objectifs, des indications de prises en charge sont établies et l'emploi du temps de chaque enfant est alors effectué.

II. Fonctionnement de l'institution

A. Groupe de référence

Les enfants de l'USS sont accueillis dans deux groupes de vie distincts, par des éducatrices spécialisées et une infirmière. La répartition des groupes est pensée selon le niveau de développement ainsi que l'âge de l'enfant. Chaque groupe de vie, encadré par deux soignantes, est composé respectivement de 5 à 7 enfants maximum dans la journée.

Pour chaque groupe, l'aménagement de l'espace a été pensé en amont. Il s'agit de pouvoir épurer au mieux l'environnement pour limiter la sur-stimulation sensorielle et offrir la possibilité aux enfants de se loger dans des coins contenants et rassurants. De plus, on note une réflexion autour du choix du matériel et des jouets accessibles aux enfants.

B. Organisation de la journée de l'enfant

Les journées sont structurées de manière plus ou moins ritualisées pour pouvoir permettre aux enfants de vivre des situations régulières et se sentir en sécurité. Grâce à cette structuration l'enfant est en mesure de se créer des repères et d'anticiper. Elle assure aussi un sentiment de continuité nécessaire pour limiter l'émergence d'angoisses.

Chaque matin et chaque soir, les enfants arrivent en taxi (sauf événement particulier). Les différents soignants s'occupent de l'accueil et de la transition entre le taxi et l'arrivée dans le groupe. Ce moment peut s'avérer compliqué pour certains puisqu'il représente des séparations et retrouvailles et peut donc être source de désorganisation et d'angoisses importantes. Il s'agit pour les professionnels de pouvoir accueillir les enfants dans leur état émotionnel, de s'y adapter et de les accompagner individuellement. De même, les départs peuvent aussi être le signe d'enjeux et de situations complexes. Le travail autour de cette question de la transition est très important au sein de la structure, il s'agit d'étayer au mieux les enfants.

Après l'arrivée de tous les enfants sur le groupe, un temps d'accueil est proposé chaque matin par les éducatrices référentes. Puis, chaque enfant va avoir son emploi du temps personnalisé avec la présence de suivis individuels, d'ateliers thérapeutiques, d'activités sur le groupe (individuelles ou groupales) mais également des temps où ils sont libres de jouer à ce qu'ils souhaitent. On retrouve aussi les temps de repas thérapeutiques (petit-déjeuner et déjeuner) et les temps de récréation (un le matin et un l'après-midi).

Pour représenter cette organisation de la journée, les enfants qui sont en capacité de s'en saisir, possèdent un emploi du temps visuel affiché au mur du groupe. Il est adapté à chaque enfant, selon leur niveau de compréhension et de représentation. Il peut être sous la forme de pictogrammes ou de mots écrits. Il est également possible pour symboliser l'avancée de la journée, de mettre et déplacer des flèches. Cela permet aux enfants, qui peuvent l'investir, d'accéder à une meilleure compréhension du déroulement de la journée, de structurer leur pensée et par conséquent, d'anticiper et éviter des situations inattendues, qui sont source d'anxiété et de troubles du comportement.

C. La place de la psychomotricité

1. Auprès des enfants

On retrouve une psychomotricienne à plein temps au sein de l'USS. Elle assure des suivis individuels mais aussi groupaux. Tous les enfants de l'unité, rencontrent la psychomotricienne sur au moins un temps donné, certains la rencontre même dans différentes prises en charge. De plus, elle élabore aussi des bilans psychomoteurs qui se font en majeure partie par l'intermédiaire de l'observation clinique, d'items de bilans standardisés lorsque cela est possible, ainsi que sur l'appui des travaux de **A. BULLINGER** à propos du bilan sensori-moteur *(cf partie 2 chapitre 1)*.

La psychomotricienne assure aussi des temps d'observation sur les groupes de vie ce qui lui permet de pouvoir voir les enfants dans un contexte différent et par conséquent, d'enrichir la compréhension de leur fonctionnement. En effet, les enfants ne se présentent pas toujours de la même façon selon l'environnement.

Sa présence est aussi sollicitée, plusieurs fois par semaine, lors des repas thérapeutiques, en tant qu'observatrice ou accompagnatrice d'un enfant en particulier.

Enfin, la psychomotricienne assure la coordination des temps d'éducation thérapeutique où elle est amenée à rencontrer les familles. Ces séances d'éducation thérapeutique offrent l'opportunité aux familles de partager leur quotidien avec leur enfant, leurs préoccupations et leurs difficultés. Il s'agit pour les professionnels d'échanger avec eux et de les soutenir dans leurs fonctions parentales. Le travail avec la famille est essentiel dans les soins de l'enfant.

2. Une personne ressource pour l'équipe

Le travail d'équipe dans l'unité prend une place importante et est indispensable pour l'accompagnement des enfants. Dans ce cadre, la psychomotricienne a une place primordiale dans la réflexion faite autour de chaque enfant. Sa formation, ses compétences spécifiques et son regard clinique représentent un atout particulier pour apporter des éléments essentiels à la compréhension d'un point de vue psychomoteur, de l'enfant.

De plus à l'USS, on retrouve de nombreuses co-thérapies. De ce fait, la psychomotricienne est amenée à travailler, de manière privilégiée, avec les nombreux professionnels de l'équipe.

3. Ma place en tant que stagiaire

Ma posture et mon implication ont évolué tout au long de ce stage. Dans les premiers temps, comme convenu avec ma maître de stage, j'adopte une posture d'observatrice lors des séances. En effet, il s'agit d'éviter l'émergence de situations trop compliquées pour les enfants et également de leur laisser le temps d'accepter et d'intégrer ma présence, en respectant leurs envies ou non de me solliciter. Il s'agit aussi de pouvoir me laisser du temps pour observer le fonctionnement des séances, des enfants et des professionnels. Ces temps m'offrent la possibilité de développer une observation plus fine et d'affiner mes qualités d'attention et d'écoute. Puis, assez rapidement, je suis sollicitée par certains enfants et j'essaye alors sur le moment, d'y répondre de la manière la plus adaptée.

Au fur et à mesure des semaines, ma place devient de plus en plus affirmée, je suis bien repérée et intégrée par la majorité des enfants. Je peux alors prendre une position plus active ainsi qu'initier et entrer en interaction avec eux. Toutefois, pour des raisons de cohérence et d'élaboration, je garde la position d'observatrice pour certains suivis : par exemple, lors d'un suivi en pataugeoire ou encore lors de l'atelier tissu. Au mois de février, j'ai la chance de pouvoir monter mon propre atelier sur l'un des groupes de référence, ce qui me permet d'avoir une posture totalement différente et de renforcer également mon identité professionnelle.

Au cours de ce stage, j'ai l'opportunité d'échanger avec tous les professionnels et même de participer avec eux à des prises en charge, puisque beaucoup de suivis se font en co-thérapie. Ces discussions autour de leur travail sont essentielles pour étayer ma compréhension et réflexion autour des enfants ainsi que pour enrichir mon propre regard clinique.

Chapitre 2 : L'atelier « corps en jeu »

I. Cheminement

La troisième année de formation en psychomotricité se veut être une année très enrichissante et professionnalisante. Elle offre l'opportunité, lorsque cela est possible, de pouvoir être de plus en plus acteur en ce qui concerne la pratique psychomotrice auprès des patients. C'est pourquoi, la décision de monter un atelier s'est prise assez tôt durant ce stage, avec l'idée de pouvoir me laisser du temps pour construire et élaborer le projet de cet atelier de manière précise, réfléchie et adaptée.

Très vite, l'opportunité de faire un atelier, en co-animation avec les éducatrices spécialisées, au sein d'un des groupes de vie est apparue. La possibilité de faire un travail en co-thérapie m'offre l'occasion de développer des capacités de travail et réflexion en équipe. De plus, en tant que future psychomotricienne, je peux aussi apporter des éléments cliniques sur le plan psychomoteur aux autres professionnels mais également nourrir mes compétences d'observations et d'analyses psychomotrices. Cet atelier est une opportunité, pour moi, de renforcer ma posture professionnelle.

Durant les premiers mois de ce stage, j'ai pu en lien avec ma maître de stage ainsi qu'auprès des différents professionnels de l'équipe, réfléchir au projet de cet atelier et l'élaborer. Lorsque j'ai terminé d'écrire mon projet, j'ai pu le présenter à l'ensemble de l'équipe lors d'une réunion.

II. Le projet

A. Quoi ?

Il s'agit de pouvoir proposer diverses expériences sensori-motrices aux enfants, par le biais d'un parcours psychomoteur incluant des matériaux ludiques et variés. Ces expériences offrent l'opportunité aux enfants d'enrichir leur vécu corporel dans un cadre pensé en amont qui assure un sentiment de contenance et de sécurité (*nous allons développer la mise en place de ce cadre plus loin*).

B. Qui ?

Cet atelier est proposé au sein d'un des deux groupes de référence, celui où l'on retrouve les enfants les plus âgés. Il est adressé à tous les enfants présents à ce moment-là de la journée : c'est-à-dire six enfants âgés de 5 ans à 8 ans. Ils présentent tous un trouble du spectre autistique avec des manifestations cliniques bien différentes les unes des autres et un fonctionnement global singulier et particulier pour chacun.

Cet atelier est co-animé par les deux éducatrices spécialisées référentes du groupe et moi-même. Les éducatrices assurent cette fonction de contenance, à la fois physiquement et psychiquement, auprès des enfants dans les moments d'attente et de transition. D'ailleurs, une relation de confiance et sécure entre les enfants et ces professionnelles est déjà bien ancrée : les enfants peuvent s'y appuyer. De ce fait, la présence des référentes est un élément essentiel pour soutenir et accompagner les enfants dans l'expérience. Elles représentent et permettent également aux enfants de vivre un sentiment de continuité entre le groupe de vie et l'atelier. Pour ma part, je prends en charge l'organisation et le déroulement de la séance, tout en assurant aussi cette fonction de contenance et d'accompagnement de chaque enfant dans l'exploration sensori-motrice. La présence des trois adultes est indispensable pour assurer un étayage suffisamment important aux enfants, favorisant la mise en jeu corporelle au travers des expériences proposées mais également, pour pouvoir faire tiers lors de situations compliquées, que peut engendrer la situation de groupe.

C. Quand ?

L'atelier « corps en jeu » est proposé de mi-février à mi-juin (jusque la fin de mon stage). Il se déroule tous les vendredis matin, de 11h15 à 11h45, laissant un petit moment aux enfants et professionnels après la récréation et avant l'heure du repas. En effet, comme déjà précisé, la question des transitions est essentielle dans la prise en charge de ces enfants. Les transitions nécessitent d'être pensées et travaillées en amont par l'équipe pour optimiser au mieux la compréhension des enfants et les aider à anticiper. Pour cela, plusieurs outils sont à notre disposition pour faciliter cette question (*nous allons les traiter un peu plus loin dans ce chapitre*).

La durée de cet atelier est assez courte pour permettre aux enfants de pouvoir expérimenter, explorer et découvrir dans de bonnes conditions, sans un trop grand et long effort de concentration et d'attention. Une séance plus longue pourrait être très compliquée à vivre pour les enfants et devenir source de désorganisation.

D. Objectifs

Cet atelier psychomoteur a été élaboré pour répondre à différents axes de travail :

- proposer des explorations sensori-motrices aux enfants dans un cadre sécurisant, contenant et fiable,
- ressentir son corps en mouvement,
- permettre aux enfants d'enrichir leurs vécus corporels au travers de différents éprouvés en s'appuyant sur la relation,
- soutenir l'enfant dans l'intégration de ses différents éprouvés et vécus corporels,
- étayer la compréhension de consignes simples au travers de différents outils,

- soutenir l'individuation au travers d'un atelier groupal,
- accompagner dans la prise en compte de l'autre et favoriser le lien relationnel entre les enfants et les adultes.

E. La trame de la séance

Le cadre a été réfléchi et bien défini en amont, de sorte à proposer une situation suffisamment sécure et contenante pour les enfants. Ce cadre est porté et soutenu par l'ensemble des adultes. Il inclut des invariants qui favorisent la mise en place de la **fonction de pare-excitation** ou encore d'un *« **équilibre sensori-tonique** »* selon [14] **A. BULLINGER** : c'est-à-dire toujours le même lieu, les mêmes horaires, la même fréquence, la même durée. Ces invariants sont des éléments structurants qui permettent aux enfants d'accéder à une certaine compréhension et anticipation de la situation. Par ailleurs, il peut arriver que des changements s'opèrent (absence d'un professionnel, d'un enfant ou encore les vacances par exemple), il s'agit d'accompagner les enfants dans ces moments-là, au travers de nos mots mais aussi d'outils visuels lorsque c'est nécessaire.

La séance est toujours séquencée de la même manière : avec un début et une fin de séance bien marqués ainsi qu'un temps d'exploration sensori-motrice. Pour cela, il s'agit de mettre en place des rituels. Un rituel correspond à un ensemble « *de rites organisé d'une manière obligatoire et précise* » [70]. En psychomotricité, ces rituels renvoient à un ensemble d'habitudes, de comportements ou d'actions qui organisent, marquent et séquencent les séances de manière stable. Grâce à ces caractéristiques répétées et prévisibles, ils favorisent l'émergence d'un sentiment de sécurité. De plus, du fait de leur organisation dans le temps et leur caractère structurant, ils permettent d'instaurer une certaine rythmicité. Par conséquent, l'installation de ces rituels permet de diminuer les angoisses et les troubles du comportement, d'anticiper mais aussi de faciliter les transitions. Enfin, on peut dire que le rituel est aussi un facteur essentiel dans la construction de la pensée. D'ailleurs, chez l'enfant les premières notions de structuration temporelles apparaissent dans le cadre de rituels : par exemple au moment du repas et du sommeil. C'est l'idée des macro-rythmes et micro-rythmes de **D.MARCELLI** [52] *(cf. partie 1)*. Le corps de l'enfant est façonné, construit, représenté et investi de pratiques de rituels qui, à la fois, participent à son image du corps et à la fois à sa personnalité.

Dans ce cadre là, les débuts de séance sont marqués par mon arrivée au sein du groupe avec le matériel en main et dans un petit sac à dos. Le pictogramme de l'atelier est présente dans l'emploi du temps individuel et collectif, ce qui permet aux enfants de pouvoir anticiper de mon arrivée sur le groupe et de faciliter la transition.

Puis, un petit temps est dédié au « bonjour » il est important de prendre le temps de bien marquer mon arrivée et ma présence au sein du groupe, ces enfants ont parfois besoin de plus de temps il s'agit de respecter leur rythme.

Ensuite, j'aménage la salle : pour cela, il s'agit de baliser l'espace, de mettre en place des chaises, d'abaisser les stores sur les fenêtres (pour limiter les stimuli extérieurs) et de dégager l'espace central sur lequel les enfants sont amenés à faire leurs expériences *(nous allons revenir sur ce point plus loin)*. Par la suite, chaque enfant vient s'asseoir et enlève ses chaussures.

L'installation du parcours psychomoteur, se fait avec l'aide des enfants qui le désirent. Au fil des séances, je me suis adaptée aux enfants en sollicitant certains qui ne se

manifestaient pas d'eux-mêmes mais qui en étaient capables, ainsi qu'en structurant de plus en plus ce temps d'installation et en ajoutant des petits consignes précises pour chacun :

Noah un petit garçon verbal de 7 ans. Cet enfant a tendance à venir envahir l'espace de l'autre et à tester les limites du cadre. Dès les premières séances, il est très volontaire pour venir installer le parcours. D'ailleurs, je m'aperçois que cela peut très vite le déborder, il va alors jusqu'à empiéter l'espace des autres enfants : Julien s'occupe de mettre les plots, Noah les lui prend des mains, de façon brusque, pour les installer lui-même. Il s'agit alors de donner des consignes plus précises à Noah et de l'accompagner dans le respect de l'espace des autres. Les séances d'après, j'invite Noah à installer telle chose, Julien telle chose et de manière très structurée. De même, je peux inciter Noah à installer en coopération avec Julien, un même matériel tel que les cordes : ce qui est intéressant pour travailler la relation à l'autre et la coopération. Il semble que cette façon très structurée et contenante étaye Noah.

Après ce moment d'installation, chaque enfant à tour de rôle, soutenu par ma présence, peut se lancer dans l'exploration et la découverte de ces expériences sensori-motrices au travers du parcours.

En ce qui concerne les fins de séance, les enfants sont amenés, s'ils sont disposés et volontaires, à aider à ranger le matériel. Tout comme l'installation ce temps a pu évoluer au fil des séances en s'organisant progressivement.

Puis, une petite comptine en mouvement est proposée, autour d'une ronde : la comptine choisie reste la même d'une séance à l'autre pour assurer une continuité et permettre aux enfants d'anticiper. Il s'agit d'une comptine qui s'accompagne de la mise en jeu du corps au travers de différents mouvements et qui permet d'évoquer certaines parties du corps *(cf. annexe 1)*.

Enfin, chacun remet ses chaussures. C'est cette séquence qui signe la fin de la séance, je prends le temps de dire au-revoir à chacun et de représenter la fin de l'atelier sur leur emploi de temps : j'accompagne certains des enfants, dans la mesure du possible, pour enlever le pictogramme ou déplacer la flèche sur l'activité suivante de leur emploi du temps respectif.

Bien évidemment, c'est une présentation du déroulement de la séance dans l'idéal. En condition réelle, il s'agit de s'adapter à l'état et à la disposition des enfants, mais aussi des professionnels ainsi qu'aux autres aléas de la vie institutionnelle. Toutefois, il s'agit de faire au mieux pour contenir et rassurer ces enfants en évitant l'émergence de situations d'incompréhensions et par conséquent, angoissantes.

Pour répondre au projet de cet atelier, il est nécessaire de mettre en place certaines conditions. Ces dernières vont favoriser et soutenir les objectifs thérapeutiques établis.

III. Les conditions à l'atelier

A. Aménagement de l'espace

En ce qui concerne les éléments sensoriels, il s'agit de les limiter et de permettre aux enfants de pouvoir mieux gérer ces flux sensoriels. Dans ce cadre là, une réflexion autour de l'aménagement de l'espace est faite. On épure l'environnement dans lequel l'atelier se

déroule, pour permettre d'apaiser les angoisses et limiter les désorganisations. Cet espace est structuré, limité et balisé : on retrouve un espace où les enfants attendent leur tour et un espace pour l'exploration sensori-motrice. Le lieu d'attente correspond à l'endroit où chaque enfant peut s'asseoir, il s'agit encore une fois de s'adapter pour chacun :

Léa a besoin d'être contenue de manière très importante, l'installation sur une chaise ne suffit pas. Pour l'aider à attendre son tour dans les meilleures conditions, nous l'installons sur une chaise, proche du mur, derrière une table : elle est alors contenue à l'avant et à l'arrière de son corps.

Romain lui a besoin d'être en mouvement, la proposition d'un coussin à picot pour ses pieds lui est proposé. Il peut rester assis sur sa chaise et attendre son tour, en gardant une certaine mise en mouvement.

De plus, dans le cadre du parcours psychomoteur : il s'agit de réfléchir à des objets signifiant le début et la fin du parcours, ici il s'agit de cerceaux. De même, l'espace du parcours est balisé par deux cordes de chaque côté. Ces outils étayent l'enfant dans la compréhension des consignes mais aussi permettent de favoriser la perception de l'espace. Au fil des séances, on veille à garder toujours des matériaux similaires pour que cela puisse faire trace chez les enfants et favoriser un sentiment de continuité. Des répétitions d'expériences sont également proposées pour renforcer ce sentiment. Petit à petit, on peut proposer et ajouter de nouveaux éléments.

Enfin, il semble pertinent de veiller à trouver la bonne proximité corporelle entre chaque enfant et professionnel de ce groupe, pour éviter l'émergence d'un surplus d'informations sensorielles.

B. L'importance des outils visuels

Des outils visuels adaptés, notamment sous forme de pictogrammes, sont mis en place pour aider à la compréhension.

Premièrement, un temps a été pris avec une éducatrice pour confectionner un pictogramme représentant cet atelier. En effet, il s'agit de pouvoir réfléchir à un pictogramme qui soit suffisamment cohérent et représentatif pour les enfants et qu'il n'y ait pas, non plus, trop d'informations dessus. C'est un moment qui a été très enrichissant pour moi, en tant que future professionnelle pour mieux comprendre l'intérêt de cet outil dans le quotidien des enfants. Nous avons donc choisi un dessin représentant un enfant faisant un parcours moteur et y avons ajouté un cerceau à ma demande. Il me semblait pertinent que cet élément soit présent sur le pictogramme : en effet, cet élément est un invariant dans les séances c'est-à-dire qu'il est systématiquement utilisé pour symboliser le départ et la fin du parcours *(cf. annexe 2)*. Une fois le pictogramme créé, il a pu être intégré à l'emploi du temps individuel de chaque enfant mais aussi collectif.

De plus, toujours avec l'aide de l'éducatrice, j'ai pu confectionner un support pour pouvoir faciliter l'anticipation et l'intégration du tour de rôle *(cf annexe 3)*. Cet outil est sous forme d'une feuille A4 avec en haut le pictogramme représentant l'atelier, puis, d'un côté les enfants du groupe présents ce jour et d'un autre une flèche pour symboliser le tour de la personne. Bien évidemment, comme dit précédemment, il s'agit de s'adapter :

Lucas ne comprend pas bien la signification de la flèche en face de son prénom. Il s'agit alors pour moi de prendre sa photo et de l'approcher de lui, pour lui montrer que c'est son tour. Lucas a besoin de s'accrocher à un support visuel pour comprendre, accompagné de la mise en mot.

IV. L'approche psychomotrice

A. Respecter le rythme de chacun

[24][25] Il s'agit de pouvoir prendre le temps dans les démonstrations mais aussi dans le débit de la parole. En effet, comme **B. GEPNER** démontre, on retrouve chez les enfants autistes une anomalie de l'intégration en temps réel des différents flux sensoriels : *« les enfants autistes de faible niveau de développement ont d'autant plus de difficultés à percevoir et à intégrer les mouvements de l'environnement que la vitesse desdits mouvements est rapide »* [25, p.56]. C'est-à-dire que les modalités sensorielles de l'environnement changent trop vite pour ces enfants, c'est pourquoi il s'agit de pouvoir prendre en compte ces éléments pour éviter de mettre trop en difficultés ces derniers et de favoriser leur exploration motrice. **B. GEPNER** va même plus loin, il développe la notion de *« malvoyance du mouvement »* chez les enfants autistes. Il décrit le fait, que les enfants autistes présentent des troubles de la perception visuelle et de l'intégration visuo-motrice du mouvement. Ces troubles sont la cause de posture inadaptée, de maladresse, d'un défaut d'anticipation et d'ajustement.

B. Expérimenter pour se développer

Au travers de ces explorations sensori-motrices, les enfants sont invités à expérimenter différentes choses, au travers de leur corps et en relation. D'ailleurs, selon **M. CONTANT** et **A. CALZA** : *« la mise en jeu du corps est une voie d'appropriation des expériences non symbolisées »* [21, p.160].

La motricité globale est mise en jeu au travers de situations d'équilibre/déséquilibre, de la mise en jeu des appuis, du saut, du lancer de balle… Les enfants engagent leur corps dans le mouvement. Par le biais de ces expériences sensori-motrices variées, il s'agit de proposer aux enfants d'éprouver corporellement, tout en étant étayé par l'adulte.

D'ailleurs, la question de schéma corporel est, elle aussi, envisagée. À travers cet atelier, on met en jeu les différentes sensations (kinesthésiques, proprioceptives, tactiles, visuelles ou encore somatognosiques) par le biais d'expériences motrices, sensorielles et affectives, dans un espace tridimensionnel, pour permettre notamment de soutenir les enfants dans la prise de conscience de leur corps dans l'espace.

La structuration spatiale est, elle, aussi abordée grâce à la proposition de vivre différentes expériences sensori-motrices dans un espace repéré. Il s'agit, alors, de les aider à percevoir cet environnement, s'y orienter et y organiser leurs mouvements. Cette structuration spatiale est un facteur essentiel dans l'organisation psychique.

L'organisation temporelle est mise en avant avec la question du rythme. Le rythme est nécessaire à l'organisation du geste et c'est un élément structurant du mouvement ainsi

que de la relation. Il est important de pouvoir proposer aux enfants de s'appuyer sur différents canaux sensoriels. Le développement de l'enfant nécessite de pouvoir **co-modaliser.** Il s'agit de favoriser ce phénomène de co-modalisation, qui est entravé chez les enfants que l'on rencontre, pour tenter de pallier à leur défaut de représentation.

La proposition de sons émis en même temps que les mouvements est faite. Lors de la démonstration du parcours, je mets en place des sons différents pour les différents mouvements. Les enfants les investissent et cela semble les soutenir dans leur exploration et dans leurs capacités d'attention. Cela permet aussi de matérialiser cette notion de rythme.

Les comptines font partie des conduites de maternage qui mettent en jeu la rythmicité, les sonorités ainsi que la communication verbale et non verbale. Elles permettent aussi l'élaboration du schéma corporel et de l'image de soi par la proposition de découvrir son corps et de le sentir. En effet, ce temps de comptine accompagné par les adultes, permet à l'enfant d'explorer : on nomme les différentes parties du corps, on les touche et cela en chanson et en rythme. Il s'agit d'accompagner le temps de comptine de mouvements pour attirer l'attention de l'enfant et favoriser la mémorisation aussi.

Enfin, il s'agit d'étayer chaque enfant dans la prise de conscience de soi mais aussi de l'autre. Ils sont amenés à expérimenter le tour de rôle, l'imitation mais aussi l'échange. On veille à favoriser l'émergence d'un **sentiment d'enveloppe groupale.** L'émergence de ce sentiment est très complexe pour les enfants autistes, en effet le groupe peut être source d'angoisse. D'ailleurs, selon **J. BOUTINAUD** : *« les pathologies gravissimes dont souffrent ces enfants nécessitent en effet qu'un soin tout particulier soit apporté pour les aider non seulement à supporter les liens avec leurs pairs mais aussi à appréhender le groupe comme un espace de découverte qui ne soit pas menaçant »* [10, p.167]. C'est pourquoi, l'intervention des professionnels et la médiation utilisée représentent alors un outil indispensable pour soutenir l'installation d'une certaine illusion groupale.

V. Lucas, comment sortir de l'isolement pour s'ouvrir à l'exploration ?

A. Quelques informations sur ce petit garçon

1. Quelques éléments d'anamnèse

Lucas est né début octobre 2012 : il est donc âgé aujourd'hui de 6 ans et 7 mois. Il a une soeur jumelle. Il vit avec ses deux parents. Il se présente comme un petit garçon aux cheveux mi-longs qui cachent partiellement son visage. Il a très souvent la tête baissée. On observe un strabisme important chez Lucas. En ce qui concerne son développement staturo-pondéral il est dans la moyenne de son âge.

Il est issu d'une grossesse par fécondation in-vitro. Cette grossesse gémellaire s'est bien passée sur le plan somatique. Toutefois, la mère évoque la présence d'anxiété, chez elle, durant sa grossesse. L'accouchement a été déclenché pour éviter des complications : une césarienne a été programmée au terme de 38 semaines d'aménorrhée. On note l'absence de problème néonatal pour Lucas. De plus, il ne présente pas d'antécédents médicaux ni chirurgicaux.

Sur le plan du sommeil, les parents rapportent des difficultés pour Lucas à passer des nuits complètes. Lucas est sujet à de nombreux réveils nocturnes.

Au niveau de l'alimentation, l'allaitement c'est fait de manière artificielle. Depuis petit et toujours à l'heure actuelle, Lucas éprouve de grandes difficultés en ce qui concerne la diversification alimentaire : il ne mange que des petits pots d'une certaine marque. D'ailleurs, à ce sujet, l'équipe commence à réfléchir en lien avec la famille à un dispositif pour pouvoir permettre à Lucas de diversifier son alimentation et de pouvoir prendre l'énergie nécessaire dont il a besoin à son âge, les petits pots ne suffisant plus.

2. Diagnostic

Depuis les 18 mois de Lucas, ses parents montrent des inquiétudes concernant leur enfant, ils observent une régression dans son développement. Sa mère remarque que ce dernier s'isole beaucoup dans sa chambre et ne cherche pas l'interaction avec autrui voir même refuse le contact. De plus, vers 20 mois, le développement de son langage s'arrête et la mère constate que les mots acquis par son enfant auparavant tels que « maman », « papa », « doudou » ont disparu. Les inquiétudes parentales se renforcent, en effet les parents observent un décalage important entre le développement de Lucas et de sa sœur jumelle : le petit garçon s'isole de plus en plus et ne parle pas, il présente un regard fuyant et il ne répond pas à l'appel de son prénom. C'est le pédiatre qui énonce une suspicion d'autisme du fait d'un retard de développement global important ainsi que la présence de troubles du comportement : il dirige la famille vers le Centre de Ressources Autisme (**CRA**).

Entre Janvier et Juin 2016, Lucas est alors âgé de 3 ans et quelques mois, un bilan d'évaluation est effectué au CRA**.** L'équipe du CRA conclut à un diagnostic d'autisme associé à un retard de développement. Si on se réfère au DSM-V cela correspond à la référence 299.00 *« Trouble du spectre de l'autisme »* [2] (équivalent dans la CIM-10 de F84.0 : *« Autisme infantile »* [53]).

3. Parcours institutionnel

Avant sa prise en charge à l'hôpital de jour, Lucas a bénéficié de suivis libéraux à la demande de ses parents, du fait de ses particularités de fonctionnement et de ses troubles du comportement. Il est suivi en orthophonie depuis décembre 2015 à raison d'une fois par semaine. Il bénéficie également d'un suivi hebdomadaire en psychomotricité depuis juillet 2015 et ceci jusqu'en 2017, moment de la mise en place d'un suivi individuel en psychomotricité au sein de l'USS.

a) Bilan psychomoteur en 2015

Dans le cadre du suivi libéral en psychomotricité, un bilan psychomoteur a été fait début juillet 2015, Lucas est alors âgé de 2 ans et 9 mois. La psychomotricienne observe un enfant qui ne répond pas à son prénom et qui ne se montre pas capable de pointer du doigt. De plus, il est très en difficulté pour réguler ses émotions et gérer la frustration : il crie, pleure, tape. Les parents rapportent que ces comportements s'observent aussi lorsqu'il s'impatiente ou est fatigué. Ils sont d'ailleurs toujours observables à l'heure actuelle. Ils évoquent aussi l'intérêt de leur fils pour les dessins animés où il y a des chansons, c'est quelque chose à laquelle il s'agrippe beaucoup. Durant la séance, Lucas montre un intérêt pour les jeux de manipulation qui ne nécessitent pas l'aide de l'adulte : il se montre très

précis et minutieux dans ses gestes. Il peut engager un jeu sur la base d'un échange de ballon avec la professionnelle : toutefois, cette dernière observe très peu de contact visuel. Lucas se montre très sensible à la fatigue. En effet, cela l'empêche d'être disponible et le temps de bilan doit s'arrêter. Enfin, sur le plan moteur, ses parents affirment que Lucas a acquis la position assise et est passé par la quadrupédie. De plus, il a acquis la marche à l'âge de 1 an. À la suite de ce bilan, les parents et la psychomotricienne se mettent d'accord sur le démarrage d'un suivi hebdomadaire en psychomotricité avec comme axe de travail le soutien à la communication ainsi qu'à l'éveil psychomoteur. De plus, il s'agit de pouvoir étayer Lucas dans sa régulation tonico-motrice pour une meilleure gestion des manifestations émotionnelles.

b) Projet de soin individualisé pour 2018/2019

Il intègre l'USS de l'hôpital de jour en juin 2016. Cette année est la troisième année au sein de cet établissement pour Lucas. Chaque année son projet de soin et les prises en charge évoluent en fonction de ses besoins.

➢ Cette année, la prise en charge de Lucas au sein de l'USS inclut différents suivis et ateliers :

- une prise en charge hebdomadaire individuelle en orthophonie, où le travail est de soutenir la communication, l'interpellation, la demande en appui sur son classeur de communication, qui est un outil de communication basé sur l'utilisation de pictogrammes. Cet outil permet à l'enfant de pouvoir initier un échange avec autrui. En effet, il s'agit aussi d'étayer Lucas dans l'émergence du langage oral, il peut dire quelques mots. Enfin, il s'agit de favoriser l'élargissement de ses centres d'intérêts et d'introduire progressivement de la nouveauté.

- une prise en charge hebdomadaire individuelle en psychomotricité, axée principalement sur un travail autour de la contenance, des appuis et du schéma corporel.

- un prise en charge hebdomadaire groupale en psychomotricité au travers de l'atelier pré-repérages dans laquelle des expériences sensori-motrices sont proposées pour répondre à des objectifs tels que travailler les tous premiers repères temporaux-spatiaux ; mais aussi, de travailler le tour de rôle, l'imitation, les échanges et également soutenir l'enfant dans son individuation.

- un suivi dans le cadre des apprentissages spécifiques deux fois par semaine : l'objectif de ce suivi est d'offrir un cadre d'apprentissage très lisible et clair avec des consignes visuelles pouvant soutenir le verbal, mais aussi de permettre à Lucas de s'en saisir pour structurer et ouvrir sa pensée. Progressivement, il s'agit de l'étayer dans un certain assouplissement de son mode de pensée et de fonctionnement. De plus, la proposition de temps ludiques de plaisir partagé est amenée en lien avec la possible sollicitation des émotions.

- l'atelier « corps en jeu » depuis février 2019 et jusqu'à mi-juin 2019.

Ajouté à ces suivis thérapeutiques, un travail conséquent dans l'accompagnement et l'étayage du développement de Lucas est aussi effectué sur son groupe de référence : une réflexion est faite autour de l'aménagement de son environnement pour permettre d'anticiper et d'accéder à une meilleure compréhension des situations, en appui sur une relation sécure. De plus, il s'agit de prêter une attention particulière au travail sur les transitions et séparations, qui sont encore source de désorganisation corporel et psychique pour Lucas. Enfin, il s'agit de le soutenir et de favoriser son autonomisation.

c) Scolarisation

Depuis la rentrée de septembre 2018, Lucas est scolarisé en classe **ULIS** (Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire) à raison de 3 heures par semaine : une heure tous les lundis, mardis et jeudis après-midi entre 15 et 16 heures, c'est-à-dire juste après l'hôpital de jour.

B. Lucas dans l'atelier « corps en jeu »

1. Ma rencontre avec Lucas

Je rencontre Lucas une fois par semaine lors de l'atelier « pré-repérages » et sur des temps informels lors de ma venue sur son groupe. Et depuis mi-février je le rencontre également dans le cadre de l'atelier « corps en jeu ».

Ma première rencontre avec lui date de mi-octobre, c'est-à-dire au moment du début de mon stage. Lors de cet atelier « pré-repérages » il a facilement intégré ma présence et des petits échanges au travers de jeux s'installent assez rapidement entre Lucas et moi. Par exemple, il peut me solliciter par l'intermédiaire d'un jeu de voiture, qu'il va reprendre sur plusieurs séances.

Au début de la séance, Lucas se dirige directement vers la petite boîte à objets où il attrape la petite voiture. À ce moment-là, je suis tournée vers Théo un autre petit garçon de l'atelier : je ne m'aperçois pas tout de suite que Lucas a lancé la voiture vers moi, c'est seulement après quelques minutes que je remarque la présence de cette voiture juste à côté. Lucas, lui, attend et est plongé dans ses agrippements sensoriels et toniques.

Dans cette situation, on observe comment la relation est difficile à initier et maintenir pour ce petit-garçon : en effet, il m'a sollicité mais à un moment où je ne le regardais pas. De plus, il n'a pas trouvé de solutions pour m'interpeller à nouveau lorsqu'il s'est aperçu que je ne répondais pas à l'échange : ce qui illustre la fragilité de ce petit garçon dans la sphère de la communication sociale. Par ailleurs, on observe aussi la présence de cette rigidité mentale où il faudrait que la situation se passe toujours de la même façon et avec la même séquence: les séances d'avant, j'ai ramené la petite voiture tout de suite, alors que dans cette situation cela n'a pas été possible, ce qui explique probablement le besoin de s'agripper sensoriellement pour lutter contre l'angoisse que cette situation peut générer.

D'autres jeux ont été possibles avec Lucas, comme la construction d'une tour où là aussi le déroulement est répétitif et nous donne l'impression que cela pourrait durer à l'infini, cela nous renvoie à ce que **L. KANNER** décrit au travers du *« sameness »* [62]. C'est pourquoi, petit à petit, je propose des petites variations à l'exploration pour amener de la découverte, enrichir son répertoire d'expériences et favoriser différents éprouvés corporels.

Dans ces moments de jeux, Lucas peut s'approprier le tour de rôle ce qui témoigne des prémisses de la prise en compte de l'autre.

Toutefois, malgré cette relation installée au cours de cette prise en charge, on va voir qu'elle est totalement différente dans l'atelier « corps en jeu ». Ceci illustrant toute la difficulté de généralisation pour ces enfants, en lien notamment avec le défaut de co-modalisation qui empêche l'intégration de représentation stable et de permanence de l'objet : je ne suis pas la même personne dans ces deux contextes différents que sont l'atelier « pré-repérages » et l'atelier « corps en jeu ».

2. Première séance de l'atelier « corps en jeu »

Lors de la première séance de cet atelier, Lucas peut venir s'installer sur une petite chaise, à l'endroit prévu pour l'attente. Toutefois, on note la nécessité de la présence d'une éducatrice à ses côtés pour lui permettre de se sentir suffisamment contenu et en sécurité. En effet, le fait de rester immobile et à proximité des autres enfants, peut être une situation très angoissante pour lui, il est essentiel de pouvoir lui proposer des appuis pour le soutenir dans le sentiment d'exister. D'ailleurs, selon **J. BOUTINAUD**, le fait d'être en groupe renforce *« la fragilité des limites de leur identité psychique et corporelle »* [10, p.167]. C'est pourquoi, le fait de veiller à son installation permet de l'aider à *« appréhender le groupe comme un espace de découverte qui ne soit pas menaçant »* [10, p.167] et donc de favoriser sa disponibilité aux expériences sensori-motrices faites au travers du parcours.

Ensuite, lors de la démonstration du parcours et du passage des premiers enfants : Lucas ne regarde pas une seule fois en direction du parcours. On observe, à ce moment-là, un petit garçon absorbé par ses stimulations sensorielles : il se raconte des petites histoires (qu'il a pu voir dans des vidéos ou à la télé) avec des bruits et petits mouvements. Il est alors très isolé et coupé du reste du groupe. Il semble alors que la présence de l'adulte à ses côtés ainsi que l'installation sur la chaise ne suffisent pas à Lucas pour se sentir suffisamment contenu, il a besoin de recourir à des agrippements sensoriels pour se trouver de propres appuis internes et se défendre de ses angoisses, l'empêchant alors d'être disponible.

Quand, vient son tour, je le préviens et lui montre le pictogramme de sa photo et de l'atelier pour l'aider à comprendre. Il ne semble pas disposé à le faire, il manifeste son opposition au travers d'hétéro-agressivité : l'éducatrice et moi essayons de verbaliser le fait qu'il nous semble important pour lui, qu'il puisse le faire. Mais l'opposition devient très vive et source de désorganisation pour Lucas, il se met à pleurer, crier et s'agiter. Nous l'accompagnons pour l'aider à se calmer et à verbaliser : c'est-à-dire à pouvoir dire « non » à la proposition. Il est important de pouvoir étayer cet enfant dans la mise en sens de ses différents états : il s'agit pour le psychomotricien de proposer une compréhension et des hypothèses de ce qu'il se passe pour l'enfant. Ici, on peut proposer plusieurs explications au refus de Lucas : la situation génère trop d'angoisse, il n'est pas encore disponible ou bien il ne comprend pas ce qu'on lui demande. On peut verbaliser ces hypothèses pour accompagner Lucas à mettre en forme et ajouter du sens à son refus. Il finit par dire *« non »* mais dans une forme d'écholalie. Pour **J. NADEL**, l'écholalie est le plus souvent signe d'un *« excellent pronostic pour un accès ultérieur au langage »* [55, p.27] chez les enfants autistes. Lucas est fréquemment dans de l'écholalie, toutefois il commence tout juste à adresser certain petit mot de manière spontanée et adaptée au contexte. De ce fait, on peut supposer que cette écholalie semble être un support soutenant l'émergence de son langage.

Puis, au deuxième passage, je reviens à nouveau vers lui, toujours accompagnée d'outils visuels : il est resté isolé dans ses agrippements sensoriels. Cette fois-ci, il peut spontanément faire *« non »* de la tête pour signifier son opposition sans se désorganiser. Je n'insiste pas puisque son refus est adapté à la situation. Il semble que l'accompagnement de son opposition et le soutien de ses éprouvés juste avant, aient fait trace. De plus, on sait l'importance de dire *« non »* dans le développement de l'enfant, cette acquisition témoigne de l'émergence d'une certaine conscience de soi. Ici, on ne peut pas réellement affirmer que cela soit le cas pour Lucas, mais il reste important de l'accueillir et de le soutenir.

Au troisième passage, je le sollicite une nouvelle fois : il est à nouveau dans un refus mais cette fois-ci, l'éducatrice prend l'initiative de proposer à Lucas de vivre le parcours dans ses bras. Il reste accroché à elle. L'éducatrice par la mise en jeu de son corps propose au petit garçon de nouvelles sensations, elle marque les différents mouvements de façon franche. On peut imaginer que ce premier mouvement seul pourrait déstabiliser Lucas au niveau tonico-postural de par la non-intériorisation suffisante d'appuis internes. C'est pourquoi être dans les bras lui permet de vivre ce premier mouvement de façon sécure et donc soutient l'intégration de premiers appuis.

Peu de temps après ce passage, je lui propose de le faire seul et il accepte de suite. Il semble alors que Lucas ait été rassuré et sécurisé de vivre cette expérience, de manière très contenue et accompagnée par une figure familière et de confiance. **Être porté et pouvoir éprouver la propre mise en jeu corporelle de l'adulte ainsi que la sienne, le soutient dans sa propre exploration sensori-motrice autonome.**

Enfin, lors du moment de la comptine en ronde, Lucas a besoin d'être porté et contenu dans les bras de son éducatrice, pour être et rester avec nous. Cependant, il ne chante pas et ne fait pas non plus les mouvements qui accompagnent cette comptine. On observe toute la difficulté pour Lucas d'être présent avec nous dans une certaine proximité.

On peut supposer, que ce nouveau atelier est source d'angoisses majeures pour cet enfant. Il est alors important de lui proposer des appuis qu'il ne semble pas pouvoir trouver seul pour le rassurer, contenir et l'étayer dans la compréhension des propositions et de ses propres ressentis.

3. Observations psychomotrices et analyse

a) Favoriser une continuité

Lors de la deuxième séance de cet atelier, celle avant les vacances scolaires, Lucas est absent. Par conséquent, il est important de noter qu'il y a eu une coupure assez conséquente, de deux semaines, entre la première séance et le retour de Lucas à l'USS. Je me questionne alors sur l'intégration, qu'il a pu faire ou non, sur la mise en place de cet atelier dans son emploi du temps : le fait d'avoir eu seulement une séance n'est pas suffisant pour qu'il puisse s'approprier ce temps. Il est important, pour ce petit garçon, de vivre une certaine répétition et régularité pour intégrer des repères structurants et assurer un sentiment de continuité favorisant l'anticipation.

C'est pourquoi, il s'agit de l'accompagner lui et tout le groupe dans l'installation d'une certaine stabilité, concernant cet atelier primordial dans l'émergence et le soutien d'un sentiment sécure. Pour cela, lors de la troisième séance (deuxième pour Lucas), j'ai choisi de garder le même matériel que lors des deux premières séances : il semble pertinent de pouvoir lui proposer un parcours intégrant un matériel similaire et impliquant la même mise en jeu corporelle, pour essayer d'activer quelque chose de l'ordre de la trace mnésique et de lui permettre d'éprouver quelque chose de connu. Je remarque que lors de cette séance, Lucas se montre très disponible et volontaire à l'idée de faire le parcours : il semble pouvoir s'appuyer sur ce matériel familier pour se sentir rassuré et y participer.

À la séance suivante, je décide d'apporter de la nouveauté puisque les enfants semblent s'être appropriés le parcours mis en place durant ces premières séances. Je conserve toutefois certains éléments identiques, pour assurer une certaine continuité, élément rassurant pour les enfants. Cette nouveauté n'est pas facile à vivre pour Lucas, il

refuse dans un premier temps de manière très vive et avec un *« non »* de la tête : il est intéressant d'observer que ce petit garçon peut s'affirmer de plus en plus dans cet atelier, sûrement le signe de l'émergence d'un lien de confiance.

Puis comme à la première séance, grâce au soutien de l'adulte, dans un premier passage, au travers d'un portage et d'une certaine contenance, il peut le faire seul au second passage. On peut également se demander si Lucas n'a pas généralisé le fait que lors de cet atelier, le premier passage se fait dans les bras de l'adulte : en effet, *c'est comme cela que s'est passée la première séance alors toutes les séances vont se dérouler ainsi ?* On connaît les particularités de la pensée de l'enfant autiste avec notamment la pensée en détails, associée à une certaine rigidité mentale du fait d'un défaut majeur d'habituation. D'ailleurs, pour pallier à ce défaut ils mettent en place des rituels et comportements répétitifs, ceci pourrait être une explication au comportement de Lucas.

Dès lors que j'intègre quelque chose de nouveau je l'initie sur plusieurs séances pour laisser le temps à Lucas, mais aussi aux autres enfants, de pouvoir se l'approprier et s'y habituer. En effet, ces enfants ont besoin d'un temps plus long d'appropriation.

Puis, après plusieurs semaines consécutives de l'atelier, pour la première fois, Lucas peut venir faire seul le parcours dès le premier passage malgré la présence de nouveautés. Toutefois, des éléments qui font parti du cadre matériel sont intacts tels que les cerceaux rouges et bleus (départ/arrivée) et les cordes qui limitent l'endroit du parcours. D'ailleurs, à ce propos, Lucas semble y avoir trouvé un intérêt et les avoir intégré comme repères structurants : spontanément, il peut se lever quand j'annonce son tour et se placer dans le cerceau rouge du départ. Ces éléments permettent d'organiser l'espace pour Lucas et donc sa pensée. Par leur intermédiaire, il semble plus contenu et rassuré.

De même, lors de cette séance, pendant le temps de démonstration, Lucas ne montre pas d'agrippements sensoriels ou toniques, ce qui le rend disponible à l'environnement extérieur et il est très attentif lorsque je montre le parcours de la séance. Ici, le rituel c'est-à-dire la répétition de la même activité qu'est le parcours psychomoteur semble rassurer Lucas : cette prévisibilité associée à un sentiment d'habituation lui permet de trouver des appuis nécessaires pour se lancer dans l'exploration. En effet, selon **J. CAZENEUVE**, par ces rituels et cette continuité Lucas peut plus facilement repousser la menace, diminuer ses angoisses et se familiariser avec la situation.

On peut supposer que l'installation d'une continuité à favoriser l'émergence d'une confiance et sécurité au sein de cet atelier : elle semble être le reflet d'un appui indispensable pour Lucas. Grâce à cela et à la ritualisation du déroulé de la séance, il peut venir explorer et enrichir son vécu corporel en toute réassurance. Il s'agit aussi, pour lui, de se sentir suffisamment contenu et tenu par l'adulte dans un premier temps puis de s'approprier cette solidité pour pouvoir trouver des appuis internes et tenir dans un second temps. Enfin, il semble que ce petit garçon prenne beaucoup de plaisir au travers de la mise en jeu de son corps, on peut supposer que cet intérêt prenne le pas sur l'anxiété et représente alors un étayage important pour ce garçon.

b) Se sentir contenu…

☞…dans le mouvement

Comme dit précédemment, Lucas réagit vivement aux changements. On observe que dès la présence de nouveauté, Lucas refuse de participer au parcours, sûrement par la présence d'angoisses trop importantes.

Lucas refuse de faire le parcours seul, quand je lui montre que c'est son tour. Lors de la première séance, le fait d'être porté l'a beaucoup soutenu, je décide alors de proposer à nouveau ce portage dans un premier temps de la séance. Je ne suis pas certaine à ce moment-là qu'il comprenne ce que je lui propose, toutefois il se laisse porter sans opposition apparente.

Lucas a besoin de vivre l'action pour accéder à une certaine compréhension, les paroles ne semblent pas suffire.

Lors de ce passage, j'insiste bien sur mes mouvements pour que Lucas puisse ressentir corporellement la mise en jeu de son corps au travers de ce parcours. De même, je propose au petit garçon de toucher le papier bulle avec sa main dans l'idée qu'il puisse se faire une idée de la sensation créer et d'anticiper sur les prochains passages. En effet, il s'agit de marcher dessus lors du parcours mais il se trouve dans mes bras donc ses pieds ne sont pas en contact avec le papier. Une fois le parcours fait dans mes bras, pour un deuxième passage Lucas se lève directement à la présentation du pictogramme : il est alors possible pour lui d'accepter de faire le parcours seul.

On note vraiment à cette séance, la nécessité pour Lucas d'éprouver corporellement le parcours dans les bras de l'adulte c'est-à-dire porté, tenu et contenu par celui-ci avant de pouvoir, lui-même, faire le parcours seul. **Ceci témoigne de la fragilité de cet enfant dans le vécu d'un sentiment de contenance et de sécurité interne fiable. Cette première étape semble rassurer Lucas et être essentiel pour qu'il se laisse aller à l'exploration sensori-motrice de façon autonome ensuite**.

La nouveauté semble vraiment le mettre en difficulté et lui faire perdre tous ses appuis. Au travers de mon engagement, il s'agit de soutenir Lucas et de lui apporter les appuis corporels et psychiques dont il a besoin.

☞ **…dans les transitions**

Au moment de ranger le matériel pour le parcours, certains enfants m'aident. Le groupe s'agite alors un peu plus que pendant le temps du parcours : il y a plus de mouvements dans la salle. De même, la disponibilité des adultes est différente. Lucas s'échappe de suite et va à la fenêtre et retrouve des conduites stéréotypées comme si il cherchait à retrouver certains appuis.

Cette situation démontre l'importance de tenir le cadre tout au long de la séance. En effet, il semble que dès qu'on lâche un peu notre propre fonction à contenir et rassembler tout le monde, Lucas le ressent et s'éloigne pour se réfugier et se protéger de cette agitation, source de désorganisation. La présence de trois adultes permet de renforcer et maintenir cette fonction de contenance tout au long de l'atelier : lorsque je suis occupée à ranger avec certains enfants, les éducatrices accompagnent les autres dans ce moment de transition.

☞ **…dans l'attente et l'immobilité**

Éprouver être contenu est important pour explorer et être en mouvement, mais ça l'est aussi pour supporter l'immobilité c'est-à-dire se sentir exister même dans les moments d'attente où la mise en jeu corporelle est moindre. En effet, on peut alors s'interroger sur le vécu corporel et psychique de cette immobilité pour Lucas, qui présente un défaut de contenance évident. Il a également, un défaut important d'intériorisation d'appuis internes ce qui explique le besoin pour ce petit garçon d'être en mouvement ou alors de s'agripper pour

maitriser son corps et en avoir une certaine image. Dans ces situations là, on observe un enfant qui s'accroche beaucoup à ses sensations internes : ses agrippements sensoriels l'aident à tenir et lui permettent de maintenir un *sentiment continu d'exister* dont **D. W. WINNICOTT** parle. C'est à ce prix là qu'il peut rester parmi nous et attendre son tour. On peut s'imaginer que l'immobilité est source d'angoisses archaïques importantes telles que l'angoisse de disparition où le fait de ne plus se mouvoir serait en lien avec l'idée de mort.

Toutefois, comme dit en amont, des aménagements sont proposés à Lucas pour lui permettre de supporter et vivre plus facilement ces situations. Par exemple, on veille à ce que Lucas soit bien posturé et contenu : on l'installe sur une chaise en appui-dos avec des accoudoirs. Il est aussi possible pour Lucas, dans certaines séances, lorsque c'est trop compliqué, d'être porté dans les bras de l'adulte. De plus, la proposition d'un casque anti-bruit est aussi possible : il semble être moins envahi par le bruit environnant grâce à cet outil. Cet aménagement de l'espace pour Lucas est fondamental pour le soutenir dans un vécu moins angoissant qui permet de l'aider à supporter cette immobilité. Il s'agit de rester flexible et de s'ajuster à l'état du petit garçon.

Toutefois, malgré ces dispositions, Lucas reste parfois en grande difficulté pour lâcher ses sensations internes auxquelles il recourt lors de l'attente :

Je montre à Lucas le pictogramme, il se lève mais ne me regarde à aucun moment, il est toujours emprunt à ses sensations : il se raconte une petite histoire, il ne me semble pas du tout disponible. D'ailleurs, il fait le début du parcours seul, toujours isolé dans sa petite histoire, puis au milieu du parcours lorsque je l'arrête pour le corriger, il est très difficile pour Lucas de le supporter, il commence à s'agiter et à taper. Il n'est pas possible pour lui de reprendre là où il en est. C'est seulement, grâce à mon étayage et en lui proposant de recommencer depuis le début du parcours que cela est possible : il va le faire en totalité et de manière très précise et en l'absence de ses sensations internes.

[62] Ceci témoigne de l'*« isolement autistique »* dont **L. KANNER** parle : il passe par des agrippements sensoriels pour se couper de la relation qui est à ce moment-là insupportable pour lui. Ces dernières l'empêchent d'être disponible à ce qu'il fait, il ne peut pas éprouver de manière satisfaisante la mise en jeu de son corps au travers du parcours. Il est alors impossible pour lui de reprendre là où on l'a arrêté, il est complètement désorganisé en effet, il n'a pas pu faire l'expérience, en conscience, du déplacement de son corps dans l'espace ni de l'expérience partagée puisqu'il est à ce moment-là complètement dans « son monde ». C'est pourquoi, le soutien de l'adulte est alors indispensable à ce moment-là pour lui permettre de retrouver des appuis.

c) L'imitation, comme appui à l'expérience

Lorsque Lucas est disponible et rassuré, il se montre alors très efficient sur le plan moteur : il est capable de sauts à pieds joints, de garder son équilibre ainsi que d'enjamber un obstacle. Il peut respecter toutes les consignes que je lui propose mais avec le besoin de s'appuyer sur l'imitation en différé : je me positionne à côté de lui, lorsqu'il fait le parcours, il observe mes propres mouvements. Lucas montre le besoin de s'appuyer sur mon engagement corporel pour que lui-même s'engage seul à côté : l'imitation est un support indispensable pour ses expériences motrices. Ce qui est intéressant de relever, c'est les prémisses de la prise de conscience de l'autre dans cette expérience partagée : il me regarde, attend que je sois prête et que j'initie le mouvement pour en faire de même. Ces capacités d'imitation participent à l'émergence d'une certaine conscience de soi.

Par ailleurs, j'observe, le plus souvent, que Lucas reproduit à l'identique mes mouvements et ceci au détail près, ce qui illustre la particularité de la perception et du traitement des informations de son environnement :

Je tape des pieds au sol, trois fois, en répétant à haute voix : « 1, 2, 3 ». Lucas reproduit juste après exactement la même séquence en différé et je m'aperçois qu'il adopte une posture où son buste vient se pencher en avant. Je fais alors le lien avec ma propre posture. En effet, pour me mettre à sa hauteur je me suis moi-même penchée lors de ma démonstration. Il est dans une reproduction à l'identique, avec une précision importante.

Tout au long du parcours, il va s'appuyer sur ses capacités d'imitation. Je remarque tout de même, une certaine intégration des différents mouvements au fur et à mesure des différents passages dans une même séance. Il semble y avoir l'installation d'une trace motrice, faisant appel à la mémoire kinesthésique, c'est-à-dire que le fait de l'éprouver une première fois, le soutient dans les passages suivants, c'est pourquoi il n'est plus nécessaire pour Lucas de recourir à l'imitation.

Cette situation démontre **l'importance de l'imitation dans l'émergence de nouveaux enchaînements moteurs au travers de l'expérience partagée en relation**. En effet, cette expérience partagée est essentielle dans l'apprentissage pour Lucas. On peut se demander : *pourquoi le fait de regarder la démonstration du parcours au début ne suffit pas à Lucas pour ensuite l'effectuer ?* Selon **J. NADEL,** *« imiter des actions nouvelles après simple observation débute donc bien plus tard qu'imiter en pratiquant. Mais ces formes différentes d'imitation ont un même effet : elles accélèrent les apprentissages, elles multiplient les occasions d'apprendre »* [55, p.90]. Il semble que Lucas ait besoin de pouvoir d'abord éprouver et vivre ce mouvement dans le même temps que moi, pour ensuite l'intérioriser et le faire dans un second temps seul. L'imitation soutient son autonomisation.

d) Être soi dans le groupe

☞ La complexité de rester à proximité de l'autre : temps de comptine

Lors du temps de la comptine, Lucas peut rester avec nous mais il ne chante pas et ne fait pas les mouvements non plus. Pour autant, lorsque l'on observe Lucas dans d'autres moments de la vie quotidienne, on note un petit garçon qui peut s'isoler dans des stimulations auditives, au travers d'écholalies de petites chansons et de répliques de dessins animés. D'ailleurs, sur le groupe, on peut l'entendre chanter cette petite comptine alors que c'est impossible dans l'atelier. On voit que l'importance du contexte influe sur son comportement et ses capacités. Cela démontre, la fragilité dans l'intégration de compétences instrumentales c'est-à-dire au service de ses intentions : c'est-à-dire que lorsqu'il la chante c'est dans un agrippement et pas dans quelque chose de l'ordre de la praxie ou du symbolique, c'est pourquoi lui demander de chanter de manière volontaire est impossible.

On peut s'imaginer toute l'énergie et l'effort que cela doit demander à ce petit garçon de rester dans cette ronde, où la proximité de l'adulte et des autres enfants est présente avec beaucoup d'informations sensorielles à traiter ce qui empêche par conséquent Lucas d'être disponible. Cette situation peut être de l'ordre de l'insupportable pour lui, impliquant de se protéger et de s'isoler. De ce fait, on observe un petit garçon avec nous dans la ronde, complètement coupé de la relation.

Lors d'une des séances, rester dans la ronde est trop insupportable pour le petit garçon : il lâche ma main et se réfugie près de la fenêtre sur le radiateur. Il n'est plus possible pour lui de revenir avec nous, malgré nos sollicitations.

À la suite de cette séance, je me fais la réflexion que les fois précédentes, Lucas était dans les bras d'une des éducatrices durant la comptine, alors qu'à cette séance-ci, il tenait simplement ma main : on peut alors s'imaginer que la simple tenue de la main n'est pas suffisante et n'apporte pas assez d'appuis à Lucas pour qu'il se sente suffisamment contenu et puisse supporter d'être à proximité d'autrui.

☞ **De l'illusion groupale à sentiment d'être soi**

A-M. LATOUR dit : *« ce modèle groupal est susceptible de convenir particulièrement dans l'abord thérapeutique des états peu ou mal intégrés puisqu'en définitive, il promeut une expérience des délimitations, celle-ci venant alors soutenir l'expérience identificatoire du semblable et celle du singulier »* [47,p.12]. En effet, il s'agit grâce à la mise en place du cadre thérapeutique de pouvoir proposer des limites structurantes aux enfants. De plus, cet atelier permet à Lucas d'éprouver sa place dans la groupe notamment au travers du tour de rôle, mais aussi de manière plus spatiale au travers de sa place pour attendre son tour. Ce dispositif groupal permet à Lucas de faire des expériences et un travail pour soi parmi les autres du groupe : il s'agit de pouvoir constituer sa propre enveloppe au sein de l'enveloppe groupale. D'ailleurs **D. HOUZEL** dit : *« l'enveloppe groupale enveloppe les enveloppes psychiques individuelles »* [37,p.141].

C. Conclusion

En conclusion, on observe au travers de cet atelier les limites que peuvent engendrer la situation de groupe pour Lucas. En effet, elle est source d'anxiété de part les nombreuses informations sensorielles qu'on y retrouve, mais aussi par la nouveauté qu'elle peut apporter. Pour éviter les désorganisations majeures, Lucas a besoin de s'agripper sensoriellement et toniquement : il se coupe alors de la relation et de l'environnement en s'isolant dans son monde à lui. Il s'agit pour nous de pouvoir aménager l'environnement, de lui offrir un portage ainsi que des appuis solides et fiables au travers de notre fonction de contenance et notre implication corporelle. C'est à ce prix-là, que Lucas peut se montrer disponible à l'exploration sensori-motrice et à la mise en jeu de son corps au travers de l'activité proposée. Il est alors possible d'engager quelque chose de l'ordre de ce que **F. JOLY** appelle *« motricité ludique en relation »*. Lorsque l'on soutient ce petit garçon dans l'expérience, il montre de réelles capacités motrices. De même, il peut être en relation et prendre conscience de son corps en mouvement dans l'espace. Cependant, nous sommes confrontés à des limites comme au moment de la comptine où il est très difficile pour Lucas, même une fois contenu, d'être disponible à l'expérience partagée.

Chapitre 3 : L'étude de cas de Maxime

I. Anamnèse

Maxime est un petit garçon né en fin d'année 2012, il est donc âgé aujourd'hui de 6 ans et 5 mois. Il est le cadet de sa fratrie, avec un grand-frère âgé de 13 mois de plus. Ses parents vivent ensemble.

Maxime se présente comme un petit garçon aux cheveux mi-longs très bruns. Sa démarche est particulière avec un balancement net du corps de droite à gauche, il apparaît en recherche constante d'équilibre.

Il présente un développement staturo-pondéral correspondant à la moyenne de son âge.

La grossesse s'est dans l'ensemble bien déroulée. En revanche, il est né prématurément de deux semaines et a été hospitalisé en néonatologie durant 3 mois. Ce petit garçon présente des antécédents médicaux très lourds et complexes. En effet, Maxime est né avec un syndrome polymalformatif associant le Syndrome de Pierre Robin, une agénésie rénale gauche, un scissis vertébral haut et une hypoplasie cérébelleuse. [73] Le syndrome de Pierre Robin se caractérise par la présence, à la naissance, de perturbations bucco-faciales très importantes, à l'origine de difficultés respiratoires et alimentaires. Il a des répercussions sur le développement du langage, mais aussi sur l'audition et la dentition.

Ces difficultés ont entraîné, très tôt, de nombreuses hospitalisations et interventions chirurgicales invasives pour ce petit garçon. De plus, à l'époque, Maxime est atteint de l'apnée du sommeil à l'origine de malaises nocturnes. La question du sommeil est alors très compliquée. Ajouté à cela, on note la présence d'importantes difficultés au niveau de l'alimentation : avec de nombreux reflux gastro-oesophagien et un trouble de l'oralité qui ont nécessité la pose d'une gastrostomie.

Maxime se présente comme un bébé très douloureux avec de multiples difficultés qui n'ont pas rendu ses débuts de vie très évidents et qui, on peut l'imaginer, sont à l'origine d'un vécu traumatique pour lui mais aussi pour ses parents.

Il a été gardé pendant un moment par une assistante maternelle, formée à l'accueil des enfants porteurs de handicap. Aujourd'hui, il n'est pas scolarisé. Il est accueilli au sein d'une crèche, en plus de l'hôpital de jour.

En ce qui concerne le diagnostic de sa pathologie, Maxime présente un **trouble du spectre de l'autisme associé à un retard de développement dans un contexte de syndrome polymalformatif**.

II. Parcours institutionnel

A. Du CAMSP à l'hôpital de jour

Du fait de sa pathologie, Maxime est pris en charge au sein d'un CAMSP (Centre d'Action Médico Sociale Précoce) dès ses un an. En effet, le degré de sévérité de la pathologie que présente Maxime est à l'origine de nombreuses répercussions sur son développement, notamment dans les interactions précoces. Les parents sont soumis à un stress très intense mais ils doivent aussi gérer des soins très techniques pour leur enfant. De plus, il s'agit pour eux de s'adapter au mieux aux différentes manifestations émotionnelles et comportementales de Maxime, qu'ils ne comprennent pas toujours. De ce fait, la prise en charge précoce au sein de ce CAMSP s'oriente principalement vers le soutien parental et l'étayage dans les interactions précoces. Ce petit garçon bénéficie d'une prise en charge précoce pluridisciplinaire au sein de cet établissement : avec une consultation conjointe pédopsychiatre et psychomotricienne régulière, un suivi oralité, un groupe oralité parents/ enfants ainsi qu'un soin hebdomadaire en orthophonie. Durant cette période, associé à ce suivi, il rencontre une psychomotricienne en libéral.

Par la suite, dans l'intérêt de Maxime et pour lui permettre de poursuivre et centraliser ses soins, le médecin du CAMSP l'oriente vers l'hôpital de jour. En effet, du fait de sa lourde pathologie, il lui est nécessaire de bénéficier d'une prise en charge plus soutenue.

B. Projet de soin individualisé

1. Axes de travail

Dès l'arrivée de Maxime à l'hôpital de jour en mai 2016, il s'agit de proposer la poursuite d'un accompagnement parental et d'offrir aux parents un espace pour déposer leurs difficultés mais également ce qu'ils observent et vivent au quotidien avec leur enfant. Il s'agit également d'élaborer et réfléchir au projet personnalisé de Maxime. Il évolue chaque année en fonction du développement de Maxime, on observe une continuité et un renforcement du travail effectué chaque année autour des différents axes, tels que :
- travailler autour de l'oralité, soutenir la communication et la relation
- travailler autour de l'intégration d'enveloppes corporelles
- favoriser l'expérimentation d'éprouvés corporels et sensoriels mis en lien avec les ressentis
- travailler sur l'intériorisation d'un axe corporel solide, des appuis et d'un accordage tonique pour favoriser la régulation des émotions

2. Emploi du temps de Maxime pour cette année

Maxime fait parti du groupe de référence composé des enfants avec un retard de développement plus important. Il est présent au sein de l'établissement de manière partielle *(cf. annexe 4).*

Cette année, pour répondre aux axes de travail définis dans le projet de soin, les indications de prise en charge pour Maxime sont variées et complémentaires. Il bénéficie hebdomadairement d'un suivi en psychomotricité individuel, d'un atelier souffle avec d'autres enfants de son groupe mené par l'orthophoniste et d'une thérapie d'échange et de développement (TED) mené par une éducatrice spécialisée et supervisée par la psychologue de l'unité.

III. La psychomotricité pour Maxime

A. Bilan psychomoteur effectué en septembre 2017

Maxime est âgé de 4 ans et 9 mois lors de ce bilan. Il semble très inquiet face à cette nouvelle situation, malgré qu'il rencontre la psychomotricienne sur d'autres temps. Il paraît perdu sur le trajet : il s'agrippe beaucoup aux roues des voitures présentes sur le parking, il semble que cela l'aide à tenir. Ce petit garçon semble perdre tous ses appuis, dès lors qu'il est inquiet, d'où la nécessité de recourir à des agrippements mais qui le coupent de la relation. Lorsque la psychomotricienne lui enlève ses objets d'agrippements, il commence à se taper la tête au sol.

Par ailleurs, lorsque Maxime est rassuré, il montre une certaine qualité de présence : des regards et sourires adressés sont possibles. Il peut être dans des situations d'échanges toutefois, il s'agit d'être vigilant à son temps de latence ainsi qu'à ses difficultés de régulation émotionnelle.

Au niveau de la sphère orale, on observe une bouche très hypotonique avec un bavage important. Les objets sont très souvent mis à la bouche, d'ailleurs il peut les garder longtemps illustrant à nouveau des agrippements. Maxime produit très peu de sons.

Maxime présente d'importantes difficultés dans la régulation tonique, on observe des chutes toniques dès lors qu'il ne comprend pas la situation ou qu'il souhaite s'opposer. L'accordage est alors impossible. De plus, ce petit garçon semble présenter un clivage vertical : en effet, il mobilise très peu son hémicorps droit qui est d'ailleurs très hypotonique, à l'inverse du gauche très hypertonique. Ceci reflète un important défaut dans la répartition tonique.

Sa motricité globale est très entravée. Il présente une démarche très particulière : peu fluide, avec une hyperextension des jambes et le déroulé des pieds est inadapté. Lorsque Maxime se déplace, il déambule sans objectif précis, ce qui montre combien le rapport entre l'espace environnant et l'espace de son corps est peu coordonné et organisé.

Maxime n'a pas acquis la pince fine, il utilise de façon préférentielle la prise palmaire ; d'ailleurs ses doigts sont très peu déliés. On observe qu'il utilise de préférence sa main gauche, en lien avec une répartition déséquilibrée du tonus et la présence d'un clivage vertical. Enfin, la poursuite oculaire est possible. Ce petit garçon montre de grandes difficultés perceptives : il n'est pas en capacité de réaliser des encastrements.

En conclusion, ce petit garçon présente un retard psychomoteur très important, aux alentours de 15 mois d'âge de développement, qui s'explique en partie par d'importantes entraves neuro-motrices liées à son syndrome génétique. Il semble pouvoir percevoir l'autre et entrer en relation avec lui, toutefois cela nécessite de respecter son rythme et d'aménager l'environnement. Il peut prendre appui sur l'autre et est très sensible à l'étayage narcissique. La perception de son enveloppe corporelle reste plutôt partielle, avec une régulation tonique qui fait défaut. En lien, l'ajustement émotionnel est difficile et les émotions peuvent parfois le déborder et entraîner une désorganisation corporelle importante.

B. Vers le chemin de l'individuation

Cette prise en charge en psychomotricité individuelle est menée par deux psychomotriciennes (qu'on va appeler Julie et Marine) et moi-même depuis octobre 2018, le jeudi de 14h à 14h45. Ce suivi a été pensé dans une poursuite et continuité du travail fait en pataugeoire avec Maxime durant 2 ans. Il s'agit par l'intermédiaire de ce suivi de poursuivre un travail autour de différents axes :

- soutenir la perception de son corps et de ses limites,
- proposer des expériences sensori-motrices variées et dynamiques pour favoriser le développement de sa motricité,
- étayer la construction d'un espace tridimensionnel,
- soutenir la construction de soi, l'étayage narcissique et l'accordage émotionnel.

1. La première séance à laquelle j'assiste avec Maxime

Je rencontre pour la première fois Maxime en mi-octobre, lors de sa séance en psychomotricité individuelle. Accompagnée des deux psychomotriciennes, nous allons le chercher au sein de son groupe de vie. Je me présente à lui, il réagit très peu mais il peut me regarder. À ses mimiques, on peut penser qu'il semble percevoir que je ne suis pas une figure familière pour lui.

Puis, lorsque nous lui demandons de venir avec nous, il est très difficile pour lui de se mobiliser, d'ailleurs il va jusqu'à s'effondrer au sol avec une chute importante du tonus. Les deux psychomotriciennes se mettent de chaque côté de lui, pour l'aider à se redresser : il se laisse complètement faire, sans aider les adultes, l'accordage tonique est impossible.

Ensuite, une fois debout, la re-mobilisation tonique est possible, il se montre plus dynamique et peut tenir seul. On observe une démarche singulière lorsqu'il est en mouvement :

Sa gestuelle est très saccadée, avec des mouvements peu déliés. De plus, il ne pose pas le pied à plat par terre, marchant sur la pointe des pieds. Il semble en difficulté pour éprouver de réels appuis et garder un certain équilibre alors que le sol présente de nombreuses irrégularités. Enfin, il présente un tonus de fond très élevé.

Il semble présenter une régulation tonique en tout ou rien : soit très hypotonique nous donnant l'impression qu'il ne peut pas tenir tout seul avec une perte d'appuis, soit hypertonique comme lors du trajet. Cette organisation tonique particulière peut témoigner de la présence de vécus archaïques très angoissants avec peut-être la peur de chuter c'est-à-dire une angoisse d'effondrement dont parle **D. W. WINNICOTT**. On peut mettre cela en parallèle avec les premières années de vie de Maxime, jalonnée d'hospitalisations longues et répétitives et d'opérations chirurgicales. De ce fait, il est probable que Maxime soit aux prises d'un défaut de portage et d'absence d'appuis solides. [14] **A. BULLINGER** décrit le besoin de recourir au milieu humain pour réguler son tonus, entre autre, on peut supposer que les difficultés d'ajustement tonique de Maxime démontrent la non intégration du dialogue tonique.

Ainsi, il s'agit pour nous de pouvoir lui donner certains appuis par exemple, en nous positionnant de chaque côté de lui.

Ensuite, à l'arrivée dans la salle de psychomotricité, on l'accompagne s'asseoir pour qu'il puisse enlever ses chaussures. À ce moment-là, j'observe un enfant passif :

Marine lui demande d'enlever ses chaussures et de suite Maxime se met à se taper la tête contre le mur.

Il nous laisse penser qu'il ne peut pas le faire, il souhaite que l'adulte enlève les chaussures pour lui : il met sa main sur celle de la psychomotricienne. En insistant un peu, il finit par esquisser un mouvement pour aider Marine à enlever ses chaussures. Il est important que le mouvement puisse venir de lui pour qu'il puisse comprendre la relation qui se fait entre sa gestuelle et la conséquence, ici le fait d'enlever ses chaussures. Selon **B. GOLSE,** *« pour les bébés, penser c'est d'abord agir et surtout interagir »* [27, p.1004], le fait de solliciter Maxime dans ce petit temps, en relation, le soutient dans l'individuation. De plus, il est plus difficile d'apprendre et de s'approprier l'expérience quand elle ne vient pas de notre propre corps ; ainsi, il s'agit de l'étayer dans l'éprouvé de cette action.

Après ce moment d'accueil nous nous installons tous au sol. Marine propose à Maxime une balle colorée qui se ferme et s'ouvre car elle est articulée et on peut la plier et la déplier en ajustant l'amplitude. Spontanément, Maxime vient s'installer contre Julie, nous donnant le sentiment qu'il ne peut pas tenir seul, il semble avoir besoin de s'appuyer corporellement sur l'adulte :

Maxime « laisse couler » son corps contre celui de Julie, très hypotonique à ce moment-là, il s'appuie complètement contre elle : il ne cherche pas du tout à recourir à ses propres appuis. Pour pouvoir initier des échanges avec Marine et moi-même, il doit pouvoir être contenu et tenu par Julie. On observe un redressement de son corps lorsqu'il essaye de récupérer la balle qu'on vient de lui lancer. Il semble content et manifeste un certain plaisir, au travers de sourires, lors de ces échanges. Progressivement, il parvient à réguler son tonus à la situation et sa position assise semble plus solide. Cependant, lorsque Julie s'écarte de lui, il commence à se taper la tête au sol et cherche un autre appui auprès de l'adulte.

Ici, Maxime est dans la recherche d'un collage à l'adulte sûrement du fait d'un manque d'appui important. Je fais également le lien avec la nécessité pour Maxime d'éprouver un arrière-fond solide pour pouvoir être disponible et présent à la relation. D'ailleurs, au travers de ce jeu, on note que Maxime marque la présence des trois adultes : il peut toutes nous regarder. Il semble être capable de percevoir l'autre lorsqu'il est suffisamment contenu, rassemblé et porté. La fin de séance se signe par l'arrêt des échanges de balles.

Maxime aide l'adulte à remettre ses chaussures de manière plutôt passive : il bouge un peu ses pieds. Sur le trajet, il se montre beaucoup plus redressé qu'à l'aller avec une hypertonie marquée.

Dès cette première séance avec Maxime, j'observe beaucoup d'éléments : premièrement, il semble que la question de la transition représente un enjeu important dans la prise en charge ; de plus, Maxime montre des comportements auto-agressifs dès lors qu'on lui demande quelque chose, lorsqu'il s'oppose ou encore lorsqu'il est préoccupé, il se tape la tête, ainsi il est difficile de discriminer les différentes situations. La relation semble être un appui fondamental pour soutenir Maxime dans l'exploration et dans la mise en jeu de son corps. Enfin, ce petit garçon présente des difficultés d'ajustements toniques en lien avec un défaut de régulation émotionnelle. *Je me suis alors demandé comment au travers de tous ces aspects, Maxime parvient à percevoir le monde ? Mais également à se percevoir lui-même ? Et comment, nous, psychomotriciennes, pouvions-nous le soutenir dans la construction de soi et dans l'acquisition d'une certaine autonomie ?*

2. L'évolution

a) L'émergence d'une verticalisation signe de l'individuation

☞ Dans les transitions

Au début de la prise en charge, les transitions se montrent complexes, comme lors de la première séance, Maxime montre sur plusieurs séances une régulation tonique en tout ou rien :

Lorsque nous arrivons sur le groupe de vie de Maxime et que nous nous approchons pour lui signifier que c'est l'heure de la psychomotricité, il s'écroule complètement au sol et de manière très active. Nous essayons de le lever, à deux, il se laisse faire et ne nous aide pas du tout. Une fois debout, il peut tenir seul et il marche de manière dynamique.

Puis, au fur et à mesure de l'année, les transitions deviennent de plus en plus faciles :

Nous entrons sur le groupe, Maxime peut nous regarder avec l'accompagnement d'un adulte par la parole « c'est l'heure de la psychomotricité » puis, il se lève seul, il marche jusqu'à la porte et attrape ma main. Il est très dynamique et ne s'arrête pas : il va jusqu'à la porte donnant sur l'extérieur. Je suis obligée de le stopper dans sa course, pour l'aider à enfiler son manteau : l'arrêt du mouvement est difficile, pour l'aider je le place dos contre le mur pour lui procurer un arrière-fond solide. Une fois le manteau mis, il peut repartir jusqu'à la porte et sur tout le trajet il se montre très dynamique, se tenant tout seul mais toujours accompagné d'un adulte de chaque côté pour le soutenir.

On observe un net changement dans ces transitions, il semble de plus en plus capable de pouvoir tenir seul. On peut imaginer que l'expérience répétée de ces trajets soutenus par l'adulte, l'ait aidé dans l'intégration d'appuis et d'un sentiment de contenance. Il est moins dépendant de l'adulte et par conséquent, s'autonomise progressivement. De plus, une certaine confiance s'installe avec les adultes du suivi, l'installation d'une régularité lui permet de vivre un sentiment de continuité et de sécurité favorisant la naissance d'une certaine solidité et affirmation chez ce petit garçon.

Au fur et à mesure, il semble acquérir une certaine verticalité qui s'illustre par la recherche d'une certaine autonomie :

Sur le trajet du retour, Maxime lâche la main de l'adulte et se met à courir : il part devant nous. Il s'autorise à s'écarter de l'adulte de manière active.

Cependant, ces derniers temps, sur le retour Maxime recommence à se laisser tomber au sol de manière très active. Toutefois, il semble se jouer quelque chose de différent, il ne semble pas angoissé à ce moment-là : il paraît plus solide et très espiègle. Ce comportement illustre à nouveau l'affirmation progressive de ce petit garçon et la mise en place d'un processus d'individuation.

☞ **Dans la séance**

En séance, l'intégration de cette verticalité s'observe également : il est de moins en moins passif, il tient de plus en plus seul et ne cherche plus le collage à l'adulte. Dans les premières séances, il pouvait rester installé dans une position même si celle-ci était inconfortable pour lui, il ne se mobilisait que très peu ou alors dans des déambulations sans objectif précis et n'explorait pas la salle. Progressivement, il devient plus actif et prend des initiatives pour aller chercher ce qu'il souhaite :

Dès l'entrée dans la salle, Maxime se dirige vers le placard où les jeux sont rangés : il sollicite alors sa verticalité au service d'intentions claires. Toutefois, on est obligé d'aller le chercher pour qu'il s'assoit et enlève ses chaussures, ceci afin de l'aider à séquencer et organiser la séance.

Pendant la séance, il peut aussi se diriger seul vers l'escalier. Alors qu'auparavant il avait besoin de l'aide de l'adulte pour monter les marches, aujourd'hui ce n'est plus le cas. Il sollicite alors le bas de son corps, tout en s'appuyant de ses mains ce qui illustre une réduction du clivage horizontal dont **G. HAAG** parle [32]. De même, cette exploration lui permet d'éprouver un sentiment de solidité à propos de ses jambes : il les investit dans un déplacement et portage au service de ses intentions, il peut faire des choses pour lui, signe d'une certaine individuation. Il s'affirme de plus en plus, il nous montre qu'il peut faire des choix en allant par exemple chercher du matériel utilisé dans les séances précédentes. On constate l'émergence d'une prise de conscience de soi, c'est-à-dire qu'il prend conscience d'être différent de nous.

Cependant, lorsqu'il est envahi et préoccupé, il peut à nouveau solliciter la proximité de l'adulte, dans la recherche d'appuis et de contenance dont il a besoin et qu'il ne parvient pas à trouver seul, à ce moment-là.

b) Lorsque s'exprimer pose problème

Au début de cette prise en charge, qui est nouvelle, Maxime est très accroché à Julie et dès que son attention se détourne de lui il se tape la tête.

Par ailleurs, il se tape aussi lorsqu'il veut s'opposer, lorsqu'on lui adresse une demande et également pour faire réagir l'adulte. En clair, se taper la tête représente pour lui un des seuls moyens de communiquer ses préoccupations, désirs, refus. De ce fait, pour l'adulte, il est difficile de pouvoir mettre du sens et comprendre ces manifestations corporelles. Il s'agit tout de même de pouvoir proposer des hypothèses de compréhension qui peuvent permettre à Maxime de se saisir ou non, de cette mise en sens proposée.

De plus, on peut proposer et verbaliser à Maxime des solutions alternatives à l'auto-agressivité pour s'exprimer, lui montrer que se taper la tête n'est pas la seule issue possible pour communiquer et par conséquent, lui faire vivre et éprouver ces alternatives.

Au moment d'enlever ses chaussures, Maxime se tape à nouveau la tête lorsque je lui demande de le faire seul. La proposition d'un coussin comme appui-ventre ainsi que la verbalisation que ce n'est pas possible de se taper la tête, que cela ne lui fait pas du bien et qu'il y a d'autres solutions est une des solutions trouvées pour l'étayer dans son expression.

A l'heure actuelle, ces manifestations auto-agressives sont de moins en moins présentes. En effet, Maxime semble beaucoup plus solide et capable de recourir à ses propres appuis.

Maxime est très seul durant cette séance, je m'approche de lui pour essayer d'initier à nouveau un échange au travers de la balle : Maxime me tourne le dos et s'écarte de moi. Il trouve cette solution pour exprimer son refus, auparavant il se serait tapé la tête.

On observe que ce petit garçon s'affirme de plus en plus et élargit son répertoire pour s'exprimer. Même si dans ce cas-ci, elles l'isolent et le coupent de la relation, elles lui permettent de ne plus se mettre en danger et de se montrer plus solide. Il s'agit aussi de respecter l'enfant et d'être prudent, en effet, selon **J-M. ORJUBIN** *« lorsque l'approche est difficile, soumise au retrait de l'enfant, il faut se laisser guider vers une forme d'attention, qui devient le moyen le plus sûr de contenir le moment thérapeutique »* [56, p.27].

Toutefois, il reste très démuni dans l'expression de ses ressentis : il est difficile de savoir ce qui le préoccupe, si par exemple il souffre de douleurs ou bien s'il s'agit davantage de quelque chose de l'ordre de l'affect. D'ailleurs, lorsqu'il est envahi, il est beaucoup moins disponible à l'exploration et aux expériences proposées, il se réfugie dans ses agrippements sensoriels, l'isolant de la relation. Dans ces moment-là, notre parole est essentielle pour essayer de mettre en forme ses états émotionnels et le soutenir dans la compréhension de ses éprouvés. Bien qu'il soit encore très difficile de discriminer les ressentis et besoins de ce petit garçon, on peut proposer des hypothèses qui peuvent être structurantes pour lui : *« les tentatives, parfois lointaines probablement, de compréhension des états autistiques vécus par l'enfant tendent à réduire l'isolement massif de l'enfant »* [56, p.28].

c) La relation comme appui dans l'exploration

La relation est un appui essentiel pour soutenir Maxime dans l'exploration. D'ailleurs elle le soutient beaucoup dans le développement de ses capacités motrices, il peut montrer certaines qualités au travers de l'échange avec autrui :

Dans la proposition d'un parcours psychomoteur très simple, incluant des modules en mousse : je l'accompagne et lui tiens sa main. Il montre une qualité au niveau des appuis, bien meilleure qu'au début de cette prise en charge, avec un ajustement possible pour garder l'équilibre ; mais aussi une gestuelle mieux coordonnée et organisée. De plus, il investit également le bas de son corps au travers de cette proposition.

Dans ses explorations motrices, Maxime montre beaucoup de plaisir, il répète beaucoup cette séquence comme un bébé qui découvrirait pour la première fois une expérience et qui la répéterait pour l'intégrer et se l'approprier. En effet, *« la répétition qui s'installe alors n'est pas une ritualisation qui pétrifie l'instant, mais représente pour l'enfant une forme de réassurance lui permettant d'incorporer l'expérience, en y associant de légères variantes à chaque fois »* [56, p.30].

Il met en jeu sa verticalité et commence à expérimenter des coordinations de plus en plus complexes impliquant la perception de son corps de manière totale. Il est aussi très sensible aux félicitations de l'adulte et s'appuie dessus.

Ainsi par l'intermédiaire du soutien de l'adulte, Maxime éprouve et prend conscience de la fiabilité et de la solidité de son corps. **Maxime est un enfant très animé par cette relation et par la mise en jeu de son corps** : les deux sont indispensables pour lui permettre de s'individuer et s'autonomiser par la suite. Selon, **S. ROBERT-OUVRAY** on retrouve *« d'une part, une intégration de l'organisation motrice, et d'autre part l'intégration par le psychisme de celle-ci pour assurer son identité psychomotrice »* [61, p.19], c'est-à-dire que l'expérience motrice est essentielle dans la construction de son identité.

Progressivement on note que Maxime élargit de plus en plus ses centres d'intérêts : d'ailleurs, il a commence à faire des expériences sensorielles au niveau de la sphère orale. On fait ici la différence entre l'agrippement et l'exploration. En effet, selon **A. BULLINGER**, *« cet agrippement oral ne permet pas d'engager une activité d'exploration. Cet agrippement par la bouche compense probablement un déficit de l'arrière-fond »* [13, p.131]. Lors de moments difficiles pour Maxime, il peut montrer des agrippements avec sa bouche : il ne semble plus disponible et s'enferme dans des stéréotypies. À l'inverse, lorsqu'il est dans une exploration il est possible, pour lui, d'éprouver corporellement et d'être en relation.

De plus, durant la période où Maxime est présent et disponible il répond plus facilement aux sollicitations que l'on peut proposer, notamment à la nouveauté qui pouvait auparavant l'angoisser.

Marine propose un nouveau jeu à Maxime. Lorsqu'il le découvre il paraît s'y intéresser de suite. Dans ce jeu, il s'agit de pouvoir ouvrir des petites fenêtres, de différentes façons au travers de boutons, et des animaux apparaissent : il semble surpris et étonné à chaque fois que ces fenêtres s'ouvrent. Il commence petit à petit à intégrer l'effet de son geste, et il appuie, ouvre, ferme avec une attention conjointe de qualité. Il faut toutefois l'aider dans ses gestes, car il montre de réelles difficultés en ce qui concerne la motricité fine. Il peut explorer avec l'aide d'un appui-dos offert par l'adulte et d'une mousse, ce qui lui permet d'être bien contenu.

Dans cette situation, on voit l'importance du soutien de l'adulte dans l'exploration de la nouveauté. Grâce à cet appui et l'expérience partagée, il développe une perception de son propre corps et les prémisses de l'intégration de l'effet spatial du geste dont [14] **A. BULLINGER** parle.

Cependant, il peut toujours s'opposer à l'adulte notamment lorsqu'on lui adresse une demande telle que enlever ou remettre ses chaussures, c'est-à-dire dès qu'il s'agit d'autonomie : avant ces demandes conduisaient à des manifestations auto-agressives telles que se taper la tête, aujourd'hui c'est plus supportable et il est plus facile de décaler.

Enfin, dernièrement, Maxime se montre assez seul dans les séances, il nous tourne souvent le dos et montre clairement son opposition lorsque l'on propose des échanges. Il refuse de manière active la relation et est en difficulté pour se mobiliser.

d) Quand les émotions débordent…

Pendant la première période de l'année, Maxime est un enfant très amimique qui semble très triste, voir dépressif. Ses postures et son hypotonie témoignent de cela. Puis, progressivement, il y a de plus en plus de moments partagés où l'on observe du plaisir de la part de Maxime : il sourit, nous regarde beaucoup. Il s'agit alors de veiller à ce que ses émotions ne le débordent pas, en effet Maxime présente une fragilité quant à leur régulation :

Maxime prend beaucoup de plaisir au travers d'un jeu où il s'agit d'ouvrir ou de fermer des fenêtres avec des animaux qui apparaissent. Il montre beaucoup de sourires, voir des rires. On remarque que cela commence à le déborder quand ses rires deviennent de plus en plus des rires maniaques, avec une agitation motrice et une désorganisation corporelle qui apparaissent également.

Maxime est très vite débordé par toutes ces stimulations et affects, **F. JOLY** parle de *« l'existence d'une démesure originaire, d'un « trop », d'un débordement traumatique dans toutes les formes de vie émotionnelle autistique »* [41, p.47]. C'est-à-dire qu'on peut imaginer, selon **J. BOUTINAUD**, que Maxime se retrouve dans des situations où *« l'émotion balbutiante s'avérant peu différenciée, au sein d'un chaos où sensations et affects en germe se mélangent »* [10, p.136], il s'agit pour lui de quelque chose très compliqué à mettre en sens qui provoque alors de fortes angoisses.

Dans ce cas-là, où ces expériences émotionnelles sont trop excitantes et viennent effracter directement Maxime, il s'agit pour nous de l'aider à réguler : ici, par exemple en arrêtant progressivement le jeu pour limiter l'effet excitatoire et en lui offrant une certaine contenance pour le soutenir dans l'arrêt du jeu. Dans d'autres situations, Maxime peut lui aussi réguler seul ce débordement, il s'écarte et s'isole de la relation et de l'environnement au travers d'agrippements sensoriels. En effet, selon **J. BOUTINAUD**, on peut dire que Maxime est *« plongé dans un univers sans repères, bombardé d'excitations énigmatiques qui ne lui laissent pas d'autres choix qu'avoir recours à des mécanismes de survie très archaïques »* [10, p.136].

3. Conclusion

Pour conclure, Maxime montre une évolution importante depuis le jour où je l'ai rencontré à aujourd'hui. Ce petit garçon s'individue progressivement, au travers de l'émergence de ses propres appuis corporels et psychiques, de l'intégration d'un certain axe corporel qui selon **A. BULLINGER** représente « *le point d'appui des activités instrumentales, et une étape importante dans le processus d'individualisation* » [14]. D'ailleurs en parallèle, sa motricité se développe et s'enrichit au service de ses intentions et de l'acquisition d'une certaine autonomie. Tout ceci est possible, grâce à l'intégration d'une certaine contenance, que nous avons pu lui apporter lors des séances : c'est ce que **C. BALLOUARD** : « *être contenant jusqu'à permettre au sujet de se sentir capable de contenir, d'investir une existence interne qui lui faisait défaut, qu'il puisse repartir avec des choses qu'il reprenne à son propre compte* » [7, p.8]. Ces progrès sont la conséquence également d'un étayage narcissique important en effet, la relation est très porteuse pour Maxime.

Cependant, ces progrès peuvent parfois laisser place à des moments d'angoisse trop importants qui empêchent le petit garçon de se sentir être et disponible : il nécessite alors de l'accompagner prudemment et de respecter son rythme. En effet, il montre comme beaucoup d'enfants autistes, un temps de latence très important à prendre en compte lors de nos sollicitations. [24]

Conclusion

Avec du recul sur mes différents stages et au travers de cette année au contact de ces enfants autistes, ma réflexion autour de l'importance de l'éprouvé dans la construction de soi a pu évoluer. J'ai pu, progressivement, élaborer des réponses aux premières questions que je me suis posée dans ma rencontre avec ces enfants. En effet, au fil de l'écriture de ce mémoire, je me suis aperçue que cette question du lien entre l'éprouvé et la construction de soi est fondamentale pour tous et qu'elle est au coeur de notre métier. La réflexion et l'observation clinique autour des enfants autistes m'a permis de mettre du sens et m'a apporté une illustration plus fine à propos de cette question. En effet, les enfants atteints d'autisme sévère présentent un fonctionnement singulier ainsi que des particularités dans leur rapport avec leur corps et le monde qui les entoure. De plus, ils sont limités dans l'expression de leurs ressentis corporels, de leurs envies, de leurs difficultés : une des façons pour nous de comprendre leurs états est d'observer leurs comportements et ainsi de pouvoir élaborer au travers du croisement de notre réflexion clinique et notre savoir théorique.

Dans la prise en charge de ces enfants, on revient à quelque chose de l'ordre du tout début de la vie, comme on le fait avec un bébé. Les bébés manifestent corporellement leurs besoins et préoccupations et l'entourage, progressivement, y met du sens pour qu'ensuite, il puisse exprimer des choses de façon autonome et intentionnelle et donc, s'individuer. Avec ces enfants autistes, il s'agit aussi de mettre des mots sur ce que l'on comprend de leur état émotionnel pour les soutenir dans l'appropriation et l'intégration de leurs propres vécus et éprouvés. C'est pourquoi, très vite il m'a semblé que cette question de la construction de soi, était au centre des suivis thérapeutiques des enfants autistes.

J'ai aussi pu constater et confirmer que le psychomotricien peut offrir un réel soutien à l'enfant autiste dans la construction de soi. Il est en position pour accueillir les éprouvés les plus archaïques qu'ils soient et aider l'enfant à se construire une enveloppe sensori-motrice fiable au travers de différentes expériences qui demandent un certain engagement corporel, à la fois pour le professionnel et pour l'enfant. D'ailleurs, **B. LESAGE** évoque en reprenant les travaux de différents auteurs tels que **A. DAMASIO** : *« l'importance des afférences corporelles dans l'élaboration d'un sentiment de soi »* [48, p.24]. En effet, il s'agit de remettre en jeu un investissement du corps, dans un espace suffisamment sécurisant et contenant, dans lequel l'enfant peut s'appuyer sur la relation d'implication du psychomotricien, dont **O. MOYANO** parle [54]. C'est d'ailleurs ce qui est ressorti autour de l'observation et la réflexion clinique de Maxime et Lucas.

De plus, ces enfants ne sont pas parvenus à intérioriser suffisamment d'appuis corporels et psychiques stables et solides, ce qui entraîne des difficultés de développement très importantes. C'est pourquoi, il est essentiel que le psychomotricien puisse proposer à ces enfants de les aider à construire ces appuis qu'ils n'ont pas pu intégrer. Il met aussi des mots et propose des hypothèses aux différentes manifestations corporelles de ces enfants et les soutient dans l'intériorisation des éprouvés. Petit à petit, dans une répétition de ces expériences intégrables, l'enfant peut se lancer dans un chemin vers la construction de soi.

Au travers des différentes prises en charge psychomotrices à laquelle j'ai assisté et que j'ai aussi pu mener, j'ai pu remarquer l'importance pour ces enfants de leur offrir un espace suffisamment contenant, sécure et prévisible dans lequel ils peuvent lâcher leurs agrippements et être disponibles pour se laisser aller aux expériences sensori-motrices. On remarque, comme dans le cas de Maxime et Lucas, qu'en soutenant cela le psychomotricien étaye et permet à ces enfants de commencer à se construire une identité et se percevoir, eux, différents de l'autre et comme un être unifié et rassemblé. Selon **P. BOURGER,** *« la finalité de la thérapie psychomotrice va permettre le passage de l'éprouvé corporel au ressenti »* [59, p.76], et donc de cette transition on peut observer l'émergence de la reconnaissance de soi, de l'autre et de l'environnement extérieur.

Il me semble, après avoir réfléchi à ce sujet, que l'accompagnement dans la construction de l'identité avec ces enfants nécessite de prendre le temps, d'être prudent et respectueux de leur développement et de ne pas vouloir allez trop vite. Cette construction de soi témoigne, à mon sens, d'une problématique psychomotrice importante puisqu'elle est le fruit d'une construction progressive incluant différents facteurs à prendre en compte : la motricité, les affects, la sensorialité, le développement cognitif et psychique, la relation mais aussi l'environnement. C'est pourquoi, ce n'est pas un processus linéaire, on retrouve des périodes de progression mais aussi de régression, ce qui s'observe d'ailleurs dans le développement psychomoteur de l'enfant et qui par conséquent, sont aussi à prendre en compte avec les personnes autistes. Il s'agit d'un travail à long terme qui implique le soutien du psychomotricien, de toute l'équipe soignante ainsi que de la famille pour permettre un travail le plus cohérent possible et une généralisation à tout l'environnement de l'enfant. D'ailleurs **J-M ORJUBIN** dit : « *le soin auprès des patients autistes requiert beaucoup d'énergie et d'investissement dans le long terme, mais l'enjeu thérapeutique est à la hauteur de la souffrance psychique en cause* » [56, p.3].

Je crois avoir pris conscience au contact de ces enfants qu'il y aura toujours des choses qui nous échappent et qu'il n'est pas possible de tout comprendre. Cette pathologie aussi complexe nécessite de pouvoir intégrer et croiser les différents regards et champs théoriques pour accéder et se rapprocher au mieux d'une compréhension de leur vécu et de leur fonctionnement. En effet, il me semble que si l'on se réduit à une seule approche, on passe à côté de nombreux éléments essentiels pour percevoir ce que les enfants autistes vivent. D'ailleurs, il semble que, quoi qu'il arrive, il restera toujours une part cachée que personne ne peut comprendre : ni le sujet lui-même, ni même autrui. C'est pourquoi, je retiens qu'il est important d'accepter nos propres limites dans la compréhension et l'accompagnement de ces enfants autistes : il s'agit de pouvoir rester humble, tout en continuant à leur proposer de vivre au mieux dans leur corps mais aussi dans la relation avec leurs pairs et l'environnement extérieur.

Enfin, la rencontre avec ces enfants m'a beaucoup apporté et m'a permis d'enrichir mes qualités d'observation, d'écoute et d'empathie : je ressors grandie, tant professionnellement que humainement, de cette expérience à leurs côtés.

Bibliographie

[1] **ALBERGE D.** (2016). *“Être” en souffrance: les angoisses chez l’enfant: une souffrance psychique aux multiples expressions psychocorporelles.* Mémoire de psychomotricité. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie Site Pitié-Salpêtrière, Institut de formation en psychomotricité : Paris.

[2] **American Psychiatric Association** (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

[3] **ANZIEU D.** (1995). *Le Moi-peau.* Paris : Dunod.

[4] **Association des praticiens du bilan sensori-moteur André Bullinger (ABSM).** (2018). *La construction des représentations corporelles du bébé.* Toulouse : Érès. 2018.

[5] **AUBERVAL C.** (2015). *Être(s) ensemble(s): la construction psychocorporelle grâce au groupe psychomoteur.* Mémoire de psychomotricité. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie Site Pitié-Salpêtrière, Institut de formation en psychomotricité : Paris.

[6] **AUGUSTIN D.** (2013). *Cet objet, il est dur ou il est mou ?* Université de Bordeaux. Mémoire de psychomotricité, Institut de formation en psychomotricité : Bordeaux.

[7] **BALLOUARD C.** (2006). *Le travail du psychomotricien,* (2ème édition). Paris : Dunod.

[8] **BOGDASHINA O.** (2012). *Questions sensorielles et perceptives dans l’Autisme et le Syndrome d’Asperger. Des expériences sensorielles différentes. Des mondes perceptifs différents.* Grasse : Autisme France Diffusion Editions.

[9] **BOHERS E.** (2015). *Enveloppe-moi. Analyse de la spécificité de l’action du psychomotricien dans le soutien de l’intégrité psycho-corporelle du patient atteint de maladie grave.* Université de Bordeaux. Mémoire de psychomotricité, Institut de formation en psychomotricité : Bordeaux.

[10] **BOUTINAUD J.** (2010). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles,* (2ème édition). Paris : Editions In Press

[11] **BULLINGER A.** (1998). La genèse de l’axe corporel, quelques repères. *Enfance*, *51*(1), 27-35.

[12] **BULLINGER A.** (2001). Les prothèses de rassemblement. *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence*, *49*(1), 4-8.

[13] **BULLINGER A.** (2006). *Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. Contraste, 25*(2), 125-139.

[14] **BULLINGER A.** (2008). *Le développement sensori-moteur de l’enfant et ses avatars.* Toulouse : Érès.

[15] **BURY V.** (2003). Investissement particulier du bas du corps et de la marche chez de jeunes enfants présentant précocement des troubles graves de la structuration de leur personnalité. *Thérapie psychomotrice -et Recherches-*, *n°134*, 60-81.

[16] **CHADZYNSKI D.** (2009). Les enfants dans une « impasse » de construction : Apports du bilan sensori-moteur A. Bullinger en psychomotricité. *Enfance & Psy, 42*(1), 109-118.

[17] **CHAUVET M.** (2012). Un autre regard sur l'enfant autiste : le bilan sensori-moteur et ses pistes thérapeutiques. *Autisme et secteur de psychiatrie infanto-juvénile*, 173-183. Paris : Presses Universitaires de France.

[18] **CICONNE A.** (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique, 17*(2), 81-102.

[19] **CICCONE A. et LHOPITAL M.** (2001). *Naissance à la vie psychique,* (2ème édition), 6-13. Paris : Dunod.

[20] **CONJERO E.** (2014). *Être soi parmi les autres. Quand le groupe thérapeutique soutient le sentiment d'existence chez l'enfant autiste.* Université de Bordeaux. Mémoire de psychomotricité, Institut de formation en psychomotricité : Bordeaux.

[21] **CONTANT M. et CALZA A.** (2007). *Psychomotricité,* (3ème édition), 1-181. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

[22] **COURTEIX S.** (2009)**.** *Troubles envahissants du développement et rapports à l'espace.* LAF-ENSAL (Laboratoire d'Analyse des Formes - Ecole Nationale d'Architecture de Lyon), Lyon.

[23] **DROUET A.** (2015). *Se mouvoir dans la relation pour devenir soi : le mouvement comme soutien à l'individuation, son apport dans la pratique psychomotrice auprès de l'enfant polyhandicapé.* Université de Bordeaux. Mémoire de psychomotricité, Institut de formation en psychomotricité : Bordeaux.

[24] **GEPNER B.** et **TARDIF C.** (2009). Particularités de traitement des informations sensorielles dynamiques chez les personnes présentant des désordres du spectre autistique. *Bulletin scientifique de l'ARAPI*, *n°23*, 38-45.

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

[26] **GOLSE B.** (1999). *Du corps à la pensée.* Paris : Presse Universitaire de France.

[27] **GOLSE B.** (2016). Des sens au sens : la place de la sensorialité éprouver, percevoir, construire. *Revue française de psychanalyse*, *80*(4), 998-1011. Paris : Presses Universitaires de France.

[28] **GUÉDENEY N.** (2010). *L'attachement, un lien vital*. Bruxelles : Editions Fabert.

[29] **HAAG G.** (1994). Prévenir les surhandicaps psychiques des handicaps, entre le déficit et le moi corporel. *Contraste, n°1*, 15-30.

[30] **HAAG G.** (1997). Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel. *Journal de la psychanalyse de l'enfant, n°20*, 104-125.

[31] **HAAG G.** (2003). Interview de Geneviève HAAG par J-M ORJUBIN et M. TORDJMAN. *Thérapie psychomotrice -et recherches-, n°134*, 4-23.

[32] **HAAG G.** (2006). Résumé d'une grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste. *Contraste, 25*(2), 313-325.

[33] **HAAG G.** (2008). De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme*. Enfances & Psy*, *41*(4),14-22.

[34] **Haute Autorité de Santé** (2018). *Recommandation de bonne pratique - Trouble du spectre de l'autisme.* Saint-Denis La Plaine : HAS.

[35] **HERNANDORENA X.** (2011). À l'aube de la motricité. *Spirale*, 59(3), 79-88.

[36] **HIGASHIDA N.** (2017). *Sais-tu pourquoi je saute ?* (traduction française du texte original *The reason I gump*)*.* Paris : J'ai lu.

[37] **HOUZEL D.** (2010). *Le concept d'enveloppe psychique,* (2ème édition). Paris : Editions In Press.

[38] **HOUZEL D.** (2016). Le sentiment de continuité d'existence. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, *6*(1), 115-130.

[39] **JEAN-STROCHLIC C.** (2006). Ne pas avoir de peau. *Revue française de psychosomatique*, *29*(1), 67-82.

[40] **JOLLY L.** (2013). *Je te tiens! Protège-moi... L'approche psychomotrice auprès d'enfants avec Troubles Envahissants du Développement: être contenu, se tenir, s'ouvrir au monde.* Université de Bordeaux. Mémoire de psychomotricité, Institut de formation en psychomotricité : Bordeaux.

[41] **JOLY F.** (2003). Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre. *Thérapie Psychomotrices -et Recherches-* , *n°134*, 40-56.

[42] **JOLY F.** (2008). Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme. *Contraste*, *28-29*(1), 179-198.

[43] **JOLY F.** (2016). *L'enfant autiste et son corps.* Paris : Editions in press.

[44] **LATOUR A-M.** (2008). *Le corps, cet inconnu. Thérapie psychomotrice -et Recherches-, n°154*, 80-91.

[45] **LATOUR A-M.** (2008). Apprendre de l'expérience. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, n°56*, 39-43.

[46] **LATOUR A-M.** (2014). *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques.* Toulouse : Érès.

[47] **LATOUR A-M**. (2016). Les organisateurs du groupe en psychomotricité et dans les ateliers à médiations : pare-excitants et attracteurs. *Thérapie Psychomotrice -et Recherches-, 48*(181), 28-37.

[48] **LESAGE B.** (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation*, 1-35. Toulouse : Érès.

[49] **Les cahiers de Corps et Psyché.** (2010). *Le corps de l'enfant autiste. Approches cliniques et thérapeutiques,* n°3, Strasbourg.

[50] **Les cahiers de Corps et Psyché.** (2016). *Corps et sensorialité. Le travail de l'éprouvé,* n°8, Bordeaux.

[51] **LHEUREUX-DAVIDSE C**. (2012). De l'agrippement sensoriel à la métaphore partagée dans la clinique de l'autisme. *Chimères*, 78(3), 75-85.

[52] **MARCELLI D**. (2007). Entre les microrythmes et les macrorythmes : la surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, 44(4), 123-129.

[53] **Ministère des Solidarités et de la Santé.** (2018). Classifications statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Bulletin officiel n°2018/9 is. Fascicule spécial*, volume n°1.

[54] **MOYANO O.** (1999). Du corps au psychisme : la relation d'implication, un miroir structurant. *Où en est la psychomotricité, Etat des lieux et perspectives, Pour une approche psychodynamique,* 287-294. Paris : Editions In Press.

[55] **NADEL J.** (2011). *Imiter pour grandir.* Paris : Dunod.

[56] **ORJUBIN J-M.** (2003). Un cheminement thérapeutique en psychomotricité auprès d'enfants autistes. *Thérapie psychomotrice -et recherches-, n°134*, 24-31.

[57] **PERRIN J. et NAFFRE T.** (2013). *Autisme et psychomotricité.* Bruxelles : De Boeck Solal.

[58] **PIREYRE E. W.** (2015). *Clinique de l'image du corps Du vécu au concept,* (2ème édition). Paris : Dunod.

[59] **POTEL C.** (2008). *Psychomotricité : entre théorie et pratique,* (2ème édition actualisée). Paris : Editions In Press.

[60] **POTEL C.** (2010). *Être psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir.* Toulouse : Érès.

[61] **ROBERT-OUVRAY S. B.** (2010). *Intégration motrice et développement psychique.* Paris : Desclée de Brouwer.

[62] **ROSENBERG M.** (1995). Les troubles autistiques du contact affectif, (traduction de l'article *Autistic Disturbances of Affective Contact* de **L. KANNER** (1943)). *ARAPI*, 1-27.

[63] **SCIALOM P., GIROMINI F. et ALBARET J-M.** (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 1. Concepts fondamentaux.* Bruxelles : De Boeck Supérieur.

[64] **SELLINGUE-ITEMA M-A.** (2013). *"Tisser des liens au fil du groupe": le groupe thérapeutique, une enveloppe contenante pour l'enfant instable.* Université de Bordeaux. Mémoire de psychomotricité, Institut de formation en psychomotricité : Bordeaux.

[65] **SIOUVE C.** (2017). *Les altérations des modalités corporelles dans l'interaction à l'autre chez le sujet avec un TSA : l'accompagnement dans le cadre d'une prise en soins en psychomotricité.* Université de Bordeaux. Mémoire de psychomotricité, Institut de formation en psychomotricité : Bordeaux.

[66] **TARNOPOLSKY D.** (2000). Entre corps et parole. *Enfances & Psy*, *12*(4), 75-80.

[67] **VASSEUR R. et DELION P.** (2015). *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans.* Toulouse : Érès.

[68] **WINNICOTT D. W.** (2006). *La mère suffisamment bonne.* Paris : Éditions Payot & Rivages.

[69] *www.absm-andre-bullinger.com*, site de l'association des praticiens diplômés du bilan sensori-moteur de André Bullinger.

[70] *www.cnrtl.fr*, site du Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales.

[71] *www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme*, site de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

[72] *www.larousse.fr/dictionnaires/français*, dictionnaire Larousse en ligne.

[73] *www.orpha.net,* portail rassemblant l'ensemble des maladies rares et des médicaments orphelins.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements p.1

Avant-propos p.2

Sommaire p.4

Introduction p.5

Partie 1 : De l'éprouvé vers la construction de soi p.7

Chapitre 1 : La construction de l'enfant au travers des liens entre appuis psychiques et corporels p.7

I. De la vie intra-utérine à la naissance p.7

A. In-utéro p.7

B. Les importants bouleversements de la naissance p.8

II. L'importance de la relation parent-enfant p.8

A. Les premières interactions parents-bébé p.9

1. L'interprétation et la mise en sens des différentes manifestations du bébé p.9

2. Les soins maternels p.10

a) Le « holding » p.10

b) Le « handling » p.10

c) L' « object presenting » p.10

3. La répétition des expériences p.11

B. Du dialogue tonique au dialogue tonico-émotionnel p.11

1. Le dialogue tonique p.12

2. Le dialogue tonico-émotionnel p.12

C. L'attachement p.13

1. Théorie de l'attachement p.13

2. L'attachement pour explorer p.14

III. L'émergence de l'enveloppe psycho-corporelle au service de l'individuation p.15

A. Définitions p.15

B. La « peau psychique » de E. BICK p.15

C. Le Moi-Peau p.16

1. Définition p.16

2. Différentes fonctions p.17

D. Sentiment de continuité d'existence p.18

Chapitre 2 : Le rôle de l'éprouvé dans le développement psychomoteur p.18

I. Se mouvoir pour être : de la motricité réflexe à la motricité intentionnelle et structurée p.19

A. À la naissance p.19
B. Tenue de la tête p.20
C. La construction de l'axe corporel....p.20
1. Mouvements d'enroulement et d'extension p.21
2. Les mouvements de torsions et spiralés p.22
3. L'intégration d'une verticalité p.22
D. Le rôle de l'entourage dans l'émergence des conduites instrumentales....p.23
II. Le développement des représentations corporelles p.25
A. Définitions sensations, perceptions et représentations p.25
1. Sensations p.25
2. Perceptions....p.26
3. Représentations....p.26
B. Le « corps en relation » p.27
C. Les concepts de schéma corporel et image du corps p.28
1. Schéma corporel....p.28
2. Image du corps....p.29

Partie 2 : Défaillance dans la construction de soi p.30

Chapitre 1 : L'autisme p.30
I. État de lieux de la maladie....p.30
A. Historique....p.30
B. L'évolution des différentes classifications....p.31
1. Les DSM p.32
2. La CIM p.33
II. Diagnostic p.33
A. La dyade autistique p.33
1. Troubles de la communication sociale....p.33
a) L' « isolement autistique »....p.33
b) Altération du langage p.34
2. Comportements, centres d'intérêts et activités au caractère restreint, répétitif et stéréotypé…… p.35
B. Le croisement des regards au service du diagnostic....p.36
C. Le rôle du psychomotricien dans le diagnostic....p.36

Chapitre 2 : Défaut d'investissement du corps par l'enfant autiste p.38
I. De la difficulté à se représenter soi-même…....p.39
A. Défaut de contenance....p.40
B. Un clivage important....p.41
C. Les capacités de représentations mises à mal....p.42
II. …à la perturbation du rapport au monde....p.43
A. Particularités de l'intégration sensorielle p.43
1. Hypo ou hyper-sensibilité p.43
2. Singularité dans le traitement de l'information sensorielle....p.44
B. Quand la perception de soi entrave la perception de l'espace....p.46
C. Difficultés de régulation tonique et d'ajustement postural p.46

Chapitre 3 : Le psychomotricien comme soutien à l'éprouvé p.48
I. Le cadre thérapeutique : entre contenance et sécurité p.48
A. Définition.....p.48
1. Le cadre physique p.48
2. Le cadre psychique.....p.50
B. La fonction contenante du psychomotricien p.50
1. Le parallèle entre le cadre thérapeutique et l'enveloppe psychique.....p.50
2. De la fonction contenante à la fonction de pare-excitation p.51
3. Le psychomotricien mais pas que….....p.51
II. L'engagement et la sensibilité du psychomotricien p.52
A. Notre propre sensibilité corporelle comme soutien à celle de l'autre p.52
1. La « fonction de transformation » par le psychomotricien p.53
2. Le « holding » par le psychomotricien pour soutenir un sentiment sécure interne…….....p.53
B. S'engager pour soutenir l'exploration et le jeu.....p.54
C. Soutenir l'expérience au travers de la parole p.56

Partie 3 : Observations et réflexions cliniques p.57

Chapitre 1 : Présentation de l'établissement.....p.57
I. Généralités p.57
II. Fonctionnement de l'institution p.58
A. Groupe de référence.....p.58
B. Organisation de la journée de l'enfant p.58
C. La place de la psychomotricité p.59
1. Auprès de l'enfant p.59
2. Une personne ressource pour l'équipe.....p.59
3. Ma place en tant que stagiaire.....p.59

Chapitre 2 : L'atelier « corps en jeu » p.60
I. Cheminement.....p.60
II. Le projet p.60
A. Quoi ? p.60
B. Qui ? p.61
C. Quand ?.....p.61
D. Objectifs.....p.61
E. La trame de la séance p.62
III. Les conditions à l'atelier.....p.63
A. Aménagement de l'espace p.63
B. L'importance des outils visuels p.64
IV. L'approche psychomotrice.....p.65
A. Respecter le rythme de chacun.....p.65
B. Expérimenter pour se développer.....p.65

V. Lucas, comment sortir de l'isolement pour s'ouvrir à l'exploration ? p.66
A. Quelques informations sur ce petit garçon p.66
1. Quelques éléments d'anamnèse p.66
2. Diagnostic p.67
3. Parcours institutionnel p.67
a) Bilan psychomoteur en 2015 .....p.67
b) Projet de soin individualisé pour 2018/2019 .....p.68
c) Scolarisation.....p.69
B. Lucas dans l'atelier « corps en jeu » p.69
1. Ma rencontre avec Lucas p.69
2. Première séance de l'atelier « corps en jeu » p.70
3. Observations psychomotrices et analyse p.71
a) Favoriser une continuité.....p.71
b) Se sentir contenu… p.72
c) L'imitation, comme appui à l'expérience p.74
d) Être soi dans le groupe p.75
C. Conclusion.....p.76

<u>Chapitre 3</u> : L'étude de cas de Maxime.....p.76
I. Anamnèse p.76
II. Parcours institutionnel p.77
A. Du CAMSP à l'hôpital de jour p.77
B. Projet de soin individualisé p.78
1. Axes de travail p.78
2. Emploi du temps de Maxime pour cette année p.78
III. La psychomotricité pour Maxime p.78
A. Bilan psychomoteur effectué en Septembre 2017 .....p.78
B. Vers le chemin de l'individuation.....p.79
1. La première séance à laquelle j'assiste avec Maxime p.79
2. L'évolution p.81
a) L'émergence d'une verticalisation signe de l'individuation.....p.81
b) Lorsque s'exprimer pose problème p.82
c) La relation comme appui dans l'exploration p.83
d) Quand les émotions débordent… p.85
3. Conclusion p.85

Conclusion.....p.86

Bibliographie p.88

Table des matières p.93

Annexes…… p.97

« Tête, épaules, genoux et pieds »

« Tête, épaules, genoux et pieds.
Genoux et pieds.
Tête, épaules, genoux et pieds.
Genoux et pieds.

J'ai deux yeux, deux oreilles,
Une bouche et un nez.
Tête, épaules, genoux et pieds. »

Annexe 2 : Pictogramme de l'atelier « corps en jeu »

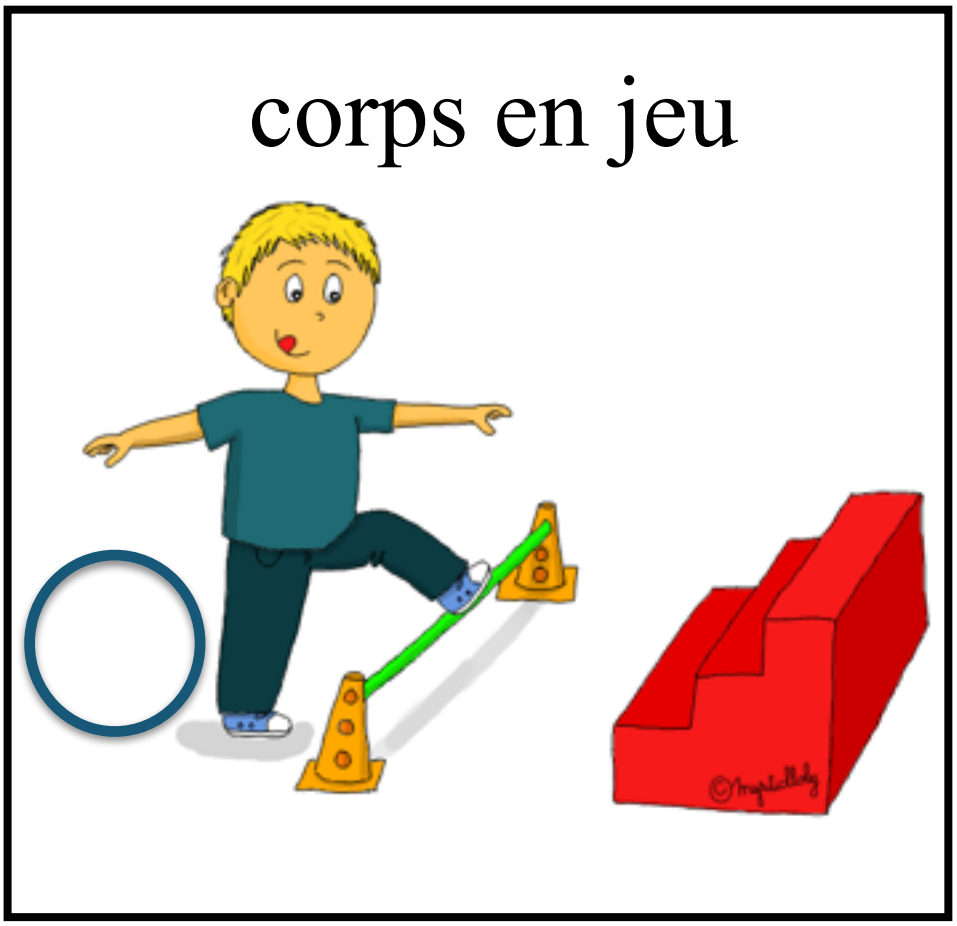
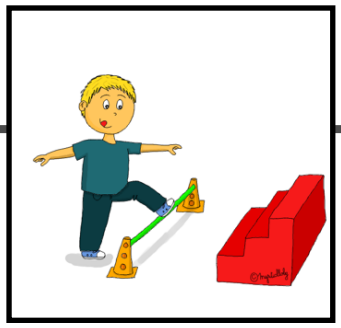


Image trouvée sur internet : https://www.larosiere.net/evenement/parcours-des-petits-spartiates/ *puis modifiée.*

Annexe 3 : Support visuel pour le tour de rôle



Annexe 4 : Emploi du temps de Maxime

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
9h-9h30			Temps d'accueil	Temps d'accueil	Temps d'accueil
9h30-10h			Temps pour le système de communication augmentée		Temps pour le système de communication augmentée
10h-10h30			Jeux en autonomie		Jeux en autonomie
10h30-11h			Récréation		Récréation
11h-12h			Jeux en autonomie		Atelier souffle (11h15-11h45)
12h-12h30	Repas	Repas	Repas	Repas	Repas
12h30-13h30	Jeux en autonomie		Jeux en autonomie + Temps de comptines 13h30 : Départ en taxi		Jeux en autonomie + Temps de comptines 13h30 : Départ en taxi
13h30-14h	Jeux en autonomie	TED (Thérapie d'échange et de développe-ment)			
14h-14h30	Récréation	Récréation		Psychomotri-cité de 14h à 14h45	
14h30-15h	Goûter Temps de comptines Taxi	Goûter Temps de comptines Taxi		Goûter Temps de comptines Taxi	