



HAL
open science

Échanger sans parler : quelle place tient la communication non-verbale au sein de la relation entre un enfant ayant un Trouble du Spectre Autistique et un(e) psychomotricien(ne) ?

Léa Fraisse

► To cite this version:

Léa Fraisse. Échanger sans parler : quelle place tient la communication non-verbale au sein de la relation entre un enfant ayant un Trouble du Spectre Autistique et un(e) psychomotricien(ne) ?. Psychologie. 2019. dumas-02178147

HAL Id: dumas-02178147

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178147>

Submitted on 9 Jul 2019

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

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

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Echanger sans parler

—
Quelle place tient la communication non-verbale au sein de la relation entre un enfant ayant un Trouble du Spectre Autistique et un(e) psychomotricien(ne) ?

Léa Fraisse

Née le 14 Mars 1997 à Bergerac

Nom du directeur de mémoire : Julie Lamaison

Mai 2019

UNIVERSITE de BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Echanger sans parler

—
Quelle place tient la communication non-verbale au sein de la relation entre un enfant ayant un Trouble du Spectre Autistique et un(e) psychomotricien(ne) ?

Léa Fraisse

Née le 14 Mars 1997 à Bergerac

Nom du directeur de mémoire : Julie Lamaison

Mai 2019

Remerciements

*Je tiens à remercier **Julie Lamaison**, pour son accueil chaleureux tout au long de mon stage, son partage concernant la psychomotricité, son accompagnement dans l'écriture de mon mémoire, sa confiance en moi, et finalement sa grande place dans ma professionnalisation.*

*Je souhaite également remercier **Laetitia Delage** et **Laurent Brachet**, mes deux autres maîtres de stage durant ces deux dernières années, pour m'avoir fait découvrir leurs pratiques avec bienveillance et jovialité.*

Je remercie les structures qui m'ont accueillie tout au long de ma formation, les professionnels que j'ai rencontrés, et évidemment tous les usagers auprès desquels j'ai pu apprendre ma future profession.

*Je voudrais remercier **ma famille**, en particulier **mes parents** et **ma soeur**, pour leur présence et leur confiance tout au long de mes études. Merci de n'avoir jamais douté de moi, de m'avoir soutenue, et de m'avoir transmis ces valeurs.*

*Un merci tout particulier à **Marine**, **Françoise**, et **ma maman** pour les relectures attentives de mon mémoire. Merci de votre écoute, et de votre patience.*

*Merci à **La Dérive** pour ces trois années passées à vos côtés. Ravie d'avoir découvert la psychomotricité en si bonne compagnie, merci pour les moments de stress, de doute, mais surtout de rire, et de fête.*

*Evidemment, merci à **l'Institut de Formation en Psychomotricité** de Bordeaux, et à toute l'équipe de professionnels qui y exerce.*

Avant-propos

« Le langage verbal passe par le corps. Parler et entendre parler sont avant tout une activité corporelle. »

Docteur Haim

« Faire ce qui ne se dit pas, faire mieux que le dire ne serait-ce pas vivre au sens plein ? »

Jean-Bertrand Pontalis

« Est-ce pour avoir été absorbée dans les tâches et les étoiles au moment précis où les autres enfants s'ouvrent au monde extérieur que je suis restée sur le bord de la route ? »

Donna Williams

« On ne peut pas ne pas communiquer. »

Paul Watzlawick

Sommaire

REMERCIEMENTS.....	2
AVANT-PROPOS.....	3
INTRODUCTION.....	5
I. La communication non-verbale dans le développement de l'enfant.....	8
A) La maturation sensorielle.....	8
B) Les interactions précoces.....	9
C) La communication non-verbale.....	13
II. Le TSA.....	21
A) L'histoire.....	21
B) L'étiologie.....	22
C) Prévalence & sex ratio.....	24
D) Clinique de l'autisme.....	24
E) Particularités dans le développement de la communication non-verbale chez un enfant TSA.....	38
F) Les différents types d'accompagnement.....	40
III. Psychomotricité, TSA, et communication non-verbale.....	44
A) La psychomotricité.....	44
B) Des outils non-verbaux en psychomotricité.....	45
C) Les apports spécifiques de la psychomotricité auprès des sujets TSA.....	47
D) La légitimité de la psychomotricité concernant la communication non-verbale.....	55
IV. Rencontres.....	58
A) Présentation de la structure.....	58
B) Rencontre avec Andy.....	58
C) Rencontre avec Malone.....	70
CONCLUSION.....	80
BIBLIOGRAPHIE.....	81
TABLE DES MATIERES.....	87
ANNEXES.....	91

Introduction

Tout au long de ma formation en psychomotricité, j'ai remarqué que l'on mettait un accent particulier sur les relations et la communication entre chacun. Cette communication se met en place dès la naissance, et même avant. C'est un concept passionnant qui régit nos vies, que ce soit au sein de notre profession, ou à l'extérieur. De plus, c'est un concept qui me questionne particulièrement, c'est donc celui autour duquel j'aimerais articuler mon mémoire.

Lorsque l'on cherche la définition de « la communication » [51], on trouve :

- Action de communiquer quelque chose à quelqu'un

Lorsque l'on cherche la définition de « communiquer » [51], on trouve :

- Faire part de, donner connaissance de quelque chose à quelqu'un, par relation plus ou moins directe avec le destinataire

La communication se transcrit donc dans l'action, et elle transmet, elle met en lien des individus.

La communication est un thème large. Etymologiquement, cela veut dire « mettre ensemble, en commun » . [51]

Certains facteurs sont indispensables à la communication : le message, le code, la relation, l'information, ... En effet, pour que deux personnes communiquent, il faut qu'elles aient les mêmes codes, que le message envoyé par l'émetteur puisse être reçu et que l'information contenue dans ce message soit comprise par le récepteur. Ainsi, le récepteur peut ensuite envoyer à son tour un message à l'émetteur.

Si les deux personnes n'ont pas les mêmes codes, la communication se complique.

Nous sommes conscients que deux personnes ne parlant pas la même langue se trouvent en difficulté pour se comprendre, mais le langage n'est pas seulement verbal, il est également corporel. Le langage corporel fait partie de la communication non-verbale. Darwin explique les comportements non-verbaux qui datent de la naissance de l'Homme. Il y a 20 000 ans, ces comportements étaient identiques à tous les endroits de la planète mais ils ont évolué en même temps que les Hommes en fonction des cultures et des ethnies. Certains gestes tels qu'agiter la main pour saluer sont restés universels, mais d'autres se sont socialisés. Le mouvement de tête de gauche à droite symbolisant le « non » en France

signifie « d'accord » au Népal, par exemple. Il y a des différences entre les ethnies pour exprimer une même chose. Si les gestes à valeur de communication diffèrent en fonction d'une culture, d'une société, on peut donc qualifier cette communication non-verbale de sociale.

La communication verbale est sociale, on le sait, puisqu'elle dépend du langage oral qui est différent d'une ethnie à l'autre, et on peut estimer que la communication non-verbale est également sociale. Cela pourrait expliquer que les personnes ayant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)* ne s'approprient pas aisément cette communication non-verbale.

En effet, il est reconnu que les sujets TSA ont des facultés relationnelles et de communication altérées. On pourrait penser le langage corporel comme moyen d'aide, cependant s'il est socialisé, cela explique que certaines personnes TSA ne puissent pas s'en saisir. [2], [3], [4], [63]

C'est en ayant un attrait particulier pour la question de la communication non-verbale, et une interrogation sur les sujets TSA que j'ai eu l'idée de faire un mémoire concernant ces deux sujets.

Tout au long de la formation en psychomotricité, j'ai découvert les différentes facettes de la communication, qu'elle soit verbale, ou encore et surtout non-verbale. Elle est primordiale au sein de la relation patient-psychomotricien, et c'est en partie pour cette raison que cela m'interpelle.

Tout en réfléchissant au fait que la communication fasse partie des facultés qui sont altérées chez un sujet TSA, il me paraît intéressant de traiter l'autisme, qui sera donc mon second thème.

Ces deux thèmes seront évidemment liés par le thème général qu'est la psychomotricité.

A partir de ces thèmes, je me suis posé différentes questions :

- Par quels moyens le sujet TSA communique-t-il avec ses proches ?
- En quoi les particularités sensorielles des sujets TSA influencent-elles leurs échanges avec leur entourage ?

* Pour faciliter la lecture, je nommerai « les sujets ayant un Trouble du Spectre de l'Autisme » « les sujets (ou personnes / ou enfants / ou individus) TSA » tout au long de mon développement.

- Lequel ne comprend pas l'autre entre un sujet TSA et un sujet « neuro-typique »* ? [29]
- Qu'est-ce que la psychomotricité peut apporter et utiliser sur le plan de la communication non-verbale auprès d'une personne TSA ?

Durant ma troisième année, j'effectue deux stages d'initiation et d'apprentissage thérapeutiques.

Le premier se fait au sein d'une structure expérimentale d'accueil séquentiel de jour pour enfants, adolescents, et adultes qui présentent un TSA. Je suis en stage dans cette structure un jour et demi par semaine qui s'articule de la façon suivante : un jour de prise en charge avec un temps de réunion pluridisciplinaire, et une demi-journée de passation de bilans.

Mon autre stage a lieu au sein d'un Institut d'Education Motrice (IEM) dépendant de l'Association des Paralysés de France handicap (APF France Handicap).

L'IEM accueille des enfants polyhandicapés âgés de zéro à douze ans. Cette population rencontre également des difficultés au niveau de la communication.

La problématique de mon mémoire Echanger sans parler est « Quelle place tient la communication non-verbale au sein de la relation entre un enfant ayant un Trouble du Spectre Autistique et un(e) psychomotricien(ne) ? ». Pour répondre à cette problématique, je suivrai un plan qui se composera de quatre parties traitant d'abord la communication non-verbale dans le développement de l'enfant ; puis le TSA ; ensuite la psychomotricité rattachée à la communication non-verbale et au TSA ; et enfin les rencontres avec les enfants présents sur mon lieu de stage.

* On appelle les sujets « neuro-typiques » les sujets qui sont non autistes. J'utiliserai les deux termes indifféremment tout au long de mon mémoire.

I. La communication non-verbale dans le développement de l'enfant

A) La maturation sensorielle

Depuis le XIX^{ème} siècle, nous savons que le nourrisson, à sa naissance, est doté de compétences, c'est le cas même dès in utero. [2]

La sensorialité est déjà active à l'intérieur du ventre de la mère. On parle du TOGAV (Toucher Olfaction Goût Audition Vision), c'est l'ordre d'apparition des cinq sens.

Le toucher, le tact, est donc le premier sens à apparaître.

Dès sept semaines in utero, les premiers récepteurs tactiles apparaissent au niveau de la bouche, à 11 semaines, le visage est doté de récepteurs, puis toute la surface du corps reçoit des informations à partir du cinquième mois in utero.

Les récepteurs olfactifs apparaissent aux alentours de la huitième semaine de grossesse.

Pour ce qui est du goût, ce sens est fonctionnel à partir du troisième mois in utero. Le liquide amniotique de la mère a un arôme et une saveur que les nourrissons perçoivent, c'est d'ailleurs grâce à cela qu'à la naissance les bébés sont capables de reconnaître l'odeur de leur mère, et en particulier de leurs seins.

L'audition apparaît vers la vingtième semaine d'aménorrhée. Le bébé est capable de reconnaître les voix maternelle et paternelle, particulièrement celle du père d'ailleurs car le nourrisson est plus sensible aux timbres de voix graves.

La vision est le dernier sens à apparaître et le système visuel n'est pas mature à la naissance mais les récepteurs sont déjà présents in utero.

Ces cinq sens servent d'interface avec le monde, les informations proviennent de l'environnement extérieur au corps donc elles sont d'origine extéroceptive (*les récepteurs se trouvent sur la peau, les muqueuses*).

En réalité, l'Humain est doté d'autres sens car les informations peuvent également venir de l'intérieur du corps et être d'origine intéroceptive (*les récepteurs sont sur les organes, les viscères*), mais aussi proprioceptive (*les récepteurs sont sur les muscles, les tendons*). [32]

Nous pourrions ainsi être dotés de quatre autres sens :

- La thermoception, capacité à percevoir la température.
- La nociception, la perception de la douleur.
- L'équilibration, ou le sens vestibulaire, qui dépend des récepteurs situés dans l'oreille interne et qui permet de nous informer sur l'orientation de notre corps dans l'espace (lorsque l'on se penche, ou que l'on fait une pirouette).
- La proprioception, capacité à ressentir et localiser ses membres et organes par rapport à son corps.

La sensorialité se base sur un cheminement : d'abord il y a une stimulation (interne ou externe) captée par les récepteurs sensoriels correspondant au sens sollicité, cette stimulation est ensuite transmise, sous forme d'information par voie nerveuse, au cortex cérébral qui l'analyse et permet un ajustement adéquat.

Le fait que le nourrisson soit en possession de ces fonctions sensorielles, et ce alors même qu'il est dans le ventre de sa mère, lui permet d'entrer dans la communication. En effet, le bébé perçoit des informations de son environnement, et en fonction il peut renvoyer des signaux à son entourage, ce dernier pourra à son tour capter et analyser les réponses du bébé pour agir au mieux dans l'intérêt de ce dernier. [25]

B) Les interactions précoces

Les compétences dont le bébé est doté à sa naissance lui permettent d'être en relation avec son environnement et ses pairs.

Pour qu'il y ait interaction, il faut qu'il y ait de la réciprocité, donc si le nourrisson émet une information mais que personne ne la capte, l'interaction n'aura pas lieu et ne jouera pas son rôle auprès du bébé qui en a besoin pour se construire.

1) Les apports de Winnicott

Donald Winnicott, pédiatre et psychanalyste pour enfants, développe le concept de « la mère suffisamment bonne » qui se définit par trois actes nécessaires : le **holding**, le **handling**, et l'**object presenting**. [70]

Le **holding** est le principe de portage, c'est la façon dont on porte le bébé, de manière rassurante, contenant, ... Il a une valeur affective, narcissique, et il donne des indices au bébé sur son schéma corporel. C'est un moment privilégié pour l'interaction car il permet un regard mutuel entre la mère et son enfant.

Le **handling** fait référence aux soins donnés au nourrisson, à la façon dont on le touche, le mobilise ; en plus du toucher, les perceptions auditives et visuelles entrent également en jeu. Toutes les attentions que la mère porte à son enfant durant ces moments permettent au bébé de se différencier de l'environnement.

L'**object presenting** est la présentation de l'objet qui permet au nourrisson de découvrir le monde qui l'entoure. Les objets en question doivent être adaptés, simples, et familiers pour que le bébé en fasse bon usage, et pour qu'ils soient utiles à son développement.

Ces trois actes proposés par la mère sont des moyens de communiquer avec le bébé, et d'entrer en interaction. La mère peut parler et mettre en mots ce qu'elle fait, ce qui relève du registre de la communication verbale, mais tous les touchers, les mobilisations, et les regards font partie de la communication non-verbale.

2) Le dialogue tonico-émotionnel

C'est dans ce concept de communication non-verbale qu'intervient le dialogue corporel. [2], [3] Julian de Ajuriaguerra, psychiatre, psychanalyste et considéré comme étant le père de la psychomotricité, parle des premiers modes émotionnels de communication qui sont les cris, les pleurs, les sourires, les rires, les regards, et les vocalises, ces modes font partie de la communication non-verbale et ils sont primordiaux au développement et à l'accompagnement de la communication verbale.

Julian de Ajuriaguerra développe la notion de dialogue tonico-émotionnel en s'inspirant de Henri Wallon, philosophe, psychologue, neuro-psychiatre, qui lui a évoqué le dialogue tonique. [6] Ce dialogue tonique est vecteur de communication.

En effet, le bébé dès sa naissance, et même avant, est doté d'un état tonique. Ce tonus varie en fonction de ce que le nourrisson ressent. Selon ce que son environnement lui procure, le bébé passe par des états de frustration et de satisfaction. La frustration peut avoir lieu lorsque le bébé a faim mais qu'il est contraint d'attendre, et la satisfaction prend le dessus lorsqu'il est rassasié, par exemple. La frustration est plutôt associée à l'hypertonie* qui fait référence à un appel, et la satisfaction est mise en évidence par l'hypotonie† en référence à de la relaxation.

Les états toniques du bébé reflètent les émotions qu'il ressent mais qu'il n'arrive pas encore à identifier. Le rôle de l'entourage du bébé est de donner des réponses à ces variations de tonus, de les comprendre, de s'y ajuster et d'y mettre du sens. C'est pourquoi on peut dire que le dialogue tonique précède le dialogue verbal, car le tonus est vecteur d'émotions et a une valeur de communication envers l'entourage du bébé.

Cet entourage est également en mesure de transmettre des messages au nourrisson par le biais de son tonus. C'est le dialogue tonico-émotionnel qui illustre la transmission des émotions entre le bébé et sa mère (ou autre membre de l'entourage). La mère s'adapte au tonus de son enfant. Si le portage, le regard, et la voix sont en accord, le bébé le sent et peut s'adapter, lui-même se relaxer, alors que s'il n'y a pas de cohérence, le bébé est perdu et cela se répercute au niveau de son propre tonus. Il y a une totale interaction entre le tonus de la mère et du bébé, et cette interaction prend la forme de communication entre les deux protagonistes. Le bébé sait lire et analyser le comportement de sa mère et cela influencera son propre comportement. Il a besoin d'être en interaction avec son environnement pour sentir qu'il existe.

* *augmentation du tonus musculaire*

† *diminution du tonus musculaire*

3) Le regard

Le regard est présent dès les premiers jours de vie d'un nourrisson. Durant la tétée, il y a un moment privilégié entre celui qui donne et celui qui reçoit, le bébé et le parent se regardent mutuellement, et ces moments renforcent les liens existants.

A travers le regard de ses parents, le bébé peut prendre conscience de son existence, et du fait qu'il soit un individu à part entière. Il capte les prémices de son image de soi, cela renvoie à une notion de miroir. [13] Winnicott parle du miroir du regard de la mère qui permet la construction narcissique du bébé. [70]

Le regard des personnes présentes dans l'environnement de l'enfant est primordial dans l'étaillage. Sous l'attention de son entourage, c'est là que le bébé se développe pleinement.

Le regard permet l'interaction et cela est important dans les deux sens. [17]

C'est en étant regardé que le nourrisson comprend qu'il peut être regardé mais que lui aussi peut regarder.

Le regard est le premier moyen de communication que peut contrôler le bébé. S'il a acquis la tenue de sa tête, vers 3 mois, il peut choisir de diriger son regard vers celui d'un parent, au même titre qu'il peut ne pas orienter ses yeux s'il ne veut pas entrer en communication.

Les regards du nourrisson sont tout aussi importants. Ils seront considérés comme une réponse par ses parents, cela engendrera de la joie de leur côté, et une plus grande envie encore d'entrer en communication avec leur enfant.

4) Le sourire

John Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, reconnu pour sa théorie de l'attachement [40], a évoqué les capacités innées de l'humain dans le but de la survie de l'espèce. C'est ainsi qu'il s'est intéressé au sourire, spécificité de l'espèce humaine.

Selon Desmond Morris, éthologue anglais, le sourire « serait un mécanisme instinctif de survie chez l'être-humain nouveau-né, lui assurant la sécurité et l'attachement de ses proches. » [38]

Le premier sourire est le sourire réflexe, présent dès les premiers jours de vie, il apparaît lorsque le nourrisson ressent un bien-être intérieur, qu'il est rassasié, ou bien installé dans les bras de ses parents par exemple. Ce sourire-là est interprété par ces derniers, il est

perçu comme gratifiant et valorisant. Cela renforce l'amour et l'adoration qu'ils ont pour leur enfant et cela assure les soins qu'ils lui donnent. Ce sourire est régulateur de la relation.

En suivant le principe de la communication, les sourires sont émis, puis reçus, et renvoyés. Les parents émettent des sourires en réponse aux rictus de leur enfant, et c'est en observant les sourires de ses parents que l'enfant intègre que cette mimique est associée à quelque chose d'agréable, au plaisir. C'est ainsi que peut apparaître le premier sourire social, vers 6 mois, qui aura une vraie valeur communicative pour le bébé.

Plus tard, vient le sourire instrumental, qui est produit pour évoquer volontairement une réponse particulière d'autrui. Il provient de l'apprentissage et de l'imitation des pairs.

C) La communication non-verbale

1) Généralités sur la communication

Pour que de la communication aie lieu, il faut au moins deux interlocuteurs. Ces interlocuteurs prennent successivement les places d'émetteur et de récepteur. Le vecteur de la communication sera le message, émis par l'émetteur et reçu par le récepteur. Pour que ce message soit présent, il faut une volonté et une capacité d'émettre et de recevoir des deux côtés. [26]

La communication est présente sous différentes formes. Il y a la communication verbale, la communication para-verbale, et la communication non-verbale. Souvent ces deux derniers types de communication sont regroupés en un seul et même type qui s'oppose à la communication verbale. [55]

*Un schéma représentant les différents types de communication est présenté en **annexe 2**.*

2) Description de la communication non-verbale

La communication non-verbale correspond à la plus grande partie de la communication, elle est donc très importante et peut soit confirmer le message verbal si elle est en accord avec, soit l'infirmier si elle laisse apparaître des indices qui vont à l'encontre de ce message.

C'est la première forme de communication à apparaître. Tant que le nourrisson n'a pas acquis le langage verbal, il communique via le langage non-verbal, qui sera d'ailleurs toujours présent, même après l'apparition du langage verbal.

Lorsque l'accès au langage verbal est impossible, la communication non-verbale peut aider, voire pallier ce manque.

Ce type de communication se compose de différents domaines, comme vus sur le schéma en *annexe 2*. Nous pouvons citer le regard, les mimiques, la posture, les gestes, la proximité, et l'imitation. Nous pourrions considérer que la communication para-verbale fait partie de la communication non-verbale et qu'elle représente toute la prosodie du message. [53]

Je vais maintenant décrire ces différents domaines.

a) Le regard

Comme j'ai pu le décrire plus tôt dans la partie des interactions précoces, le regard est un des premiers moyens de communication dans le développement de l'enfant.

Il est également le premier contact que l'on a avec une personne. Pour entrer en interaction avec quelqu'un, il faut commencer par le regarder, il est un marqueur essentiel pour initier la communication.

Le regard permet de mobiliser l'attention. Il représente des informations pour la personne qui reçoit le message, il indique que l'émetteur entre en contact et qu'il veut maintenir l'interaction, et il apporte également des indices à la personne qui émet le message, elle peut percevoir les gestes, les mimiques et le regard du récepteur, et ainsi les interpréter pour savoir comment le message émis est reçu. Le regard peut manifester une fin d'interaction lorsqu'il quitte le contact. [11]

Le regard peut être en contradiction avec le message, tout comme il peut le confirmer.

Cependant les interprétations diffèrent selon les caractères des personnes ou de leurs cultures. Une personne timide peut ne pas regarder dans les yeux du fait de sa timidité et non pas parce qu'il n'a pas envie d'interagir avec son interlocuteur par exemple. De plus, le fait de regarder droit dans les yeux peut être signe de confiance dans certaines cultures et a contrario signe d'impolitesse dans d'autres cultures. [56]

Le regard est vecteur de communication lorsque les yeux sont face à face mais il peut l'être également lorsque les yeux regardent dans la même direction, c'est ce que l'on appelle l'attention conjointe (*cf p. 17*)

b) Les mimiques

Les mimiques sont dues aux contractions des muscles du visage en fonction des émotions ressenties et des pensées. Ce sont « des expressions faciales qui peuvent être émotives, réflexes, volontaires ou non, et qui traduisent le vécu intérieur d'un sujet, elles accompagnent le langage oral ou se substituent à lui ». [51]

Les yeux et la bouche sont les parties les plus mobiles d'un visage, c'est de là que proviennent majoritairement les expressions faciales.

Les yeux peuvent se plisser, fuir, accrocher, s'écarquiller, les sourcils se relever, le front se froncer, ...

Le nez peut se pincer, la bouche peut se fermer, s'ouvrir, les lèvres s'abaisser, se relever...

Tout cela dépend des réactions de la personne face à son environnement. Les mimiques sont riches de messages non-verbaux et peuvent venir compléter le langage verbal. Elles apportent des indices sur ce que dit l'émetteur, et peuvent même constituer un message compréhensible à elles seules. Elles sont également produites par le récepteur du message durant la communication, elles peuvent informer l'émetteur sur l'intérêt et les réactions que l'interlocuteur peut avoir au sujet de son discours.

Une des mimiques les plus importantes est le sourire.

Le sourire est un des indices corporels qui transparait lorsque nous manifestons notre joie ou notre bonne humeur. Il a énormément de valeur à apporter au message verbal. Il envoie un message positif et est bon pour la santé.

Il existerait dix-neuf types de sourires différents. [38] Parmi eux : le sourire de bienvenue, le sourire complice, le sourire amoureux, le sourire gêné, le sourire d'épuisement, le sourire d'extase, le sourire caricatural, ou encore le sourire méditatif.

C'est ainsi que cette mimique peut faire passer énormément de messages sans pour autant avoir à parler. Le sourire est un indicateur pour celui qui le reçoit et il est généralement source de bien-être pour celui qui l'émet.

c) La posture

Une posture est une « Attitude, position du corps, volontaire ou non, qui se remarque soit par ce qu'elle a d'inhabituel, ou de peu naturel, de particulier, à une personne ou un groupe, soit par la volonté de l'exprimer avec insistance. » [51]

La posture varie beaucoup selon ce que le sujet est en train de faire, elle ne sera pas la même lorsqu'il est chez lui que lorsqu'il est sur son lieu de travail par exemple, la posture s'adapte au cadre, à l'environnement, et aux personnes présentes sur le moment.

L'attitude du corps d'une personne est également influencée par les ressentis, et les états émotionnels qui traversent cette personne.

La posture de quelqu'un renvoie énormément d'informations à son interlocuteur lors d'une interaction. Des bras et des jambes croisés ou une posture rigide peuvent donner un air fermé, tandis qu'une posture ouverte avec un dos droit et une allure détendue peut montrer un intérêt pour la communication. [53]

d) Les gestes

Les gestes accompagnent le récit verbal, ils viennent l'appuyer ou l'infirmier, ils l'illustrent et le nuancent. Ils complètent le message verbal mais ils peuvent même le remplacer. Certains gestes se suffisent à eux-mêmes et peuvent véhiculer un message parfaitement compréhensible.

Il y a les gestes propres à chacun qui définissent la personnalité et la façon de communiquer, et il y a les gestes conventionnels connus et reconnus.

Parmi les gestes conventionnels, on peut citer la main qui se lève et s'agite pour saluer, ou les frappalements dans les mains pour applaudir, ou encore le pointage. [53]

Le pointage, qui est un mouvement de l'index vers un objet ou une personne dans le but de le/la désigner, apparaît durant la petite enfance.

Lorsque l'enfant est du point de vue de l'émetteur, il pointe du doigt un objet pour montrer à son entourage qu'il a envie de l'obtenir.

S'il se place du côté du récepteur, l'enfant peut observer un pair lui montrant un objet pour ensuite, lui, le regarder.

Ce pointage évolue du point de vue de la demande. Progressivement il ne sert plus à montrer un objet désiré mais à pointer un objet dans le but de savoir le nom de celui-ci, son utilité. Le pointage a donc fonction de questionnement dans l'objectif d'un apprentissage du langage verbal. [63]

Le pointage laisse place ensuite à l'attention conjointe.

e) L'attention conjointe

L'attention conjointe « est une forme de flexibilité attentionnelle. Celle-ci réfère à la capacité de l'individu à partager un événement avec l'autre, à attirer son attention vers une personne, un objet, dans le but d'obtenir un regard conjoint, avec conscience du partage de l'information. Deux composantes sont essentielles pour que deux individus partagent une attention dite conjointe : l'attention doit être portée conjointement sur le même objet ; l'attention doit être portée l'un à l'autre, il s'agit du regard conjoint. » [5], [63]

L'attention conjointe, qui est dirigée par le regard, peut revêtir divers rôles : l'attention conjointe déclarative (pour partager une information en la regardant) ; l'attention conjointe impérative (attirer l'attention vers quelque chose pour l'obtenir) ; l'attention conjointe réceptive (diriger son attention dans la même direction que son interlocuteur).

f) La proxémie

La proxémie ou distance inter-relationnelle relève de la notion d'espace. Cet espace que les humains laissent entre eux pour communiquer et être en relation dépend de leur identité et de leur culture.

Edward Hall, anthropologue américain, a étudié la proxémie. [39] Il part du principe que chacun de nous a une bulle qui l'entoure qui constitue un périmètre de défense, un espace

personnel que nous gardons pour nous. De là, il décrit quatre espaces définis par des distances.

- La distance intime (de 15 à 45cm autour du corps environ) : cette zone laisse entrer les conjoints et les membres de la famille proche, il s'y joue des échanges sensoriels du fait de la proximité physique importante.

- La distance personnelle (de 45cm à 1,20m environ) : dans cette zone se trouvent les amis et les proches avec qui l'on peut avoir des conversations privées

- La distance sociale (1,20m à 3,50m) : cette zone est réservée aux collègues de travail ou aux connaissances

- La distance publique (au delà de 3,50m) : cette zone est ouverte aux personnes que l'on croise dans la rue ; elle représente la distance à laquelle un individu parle à un groupe de personnes inconnues, lors d'une conférence par exemple

Ces distances inter-relationnelles varient en fonction de chacun et des relations entre les individus, elles donnent des informations sur le type d'échanges que peuvent avoir deux personnes et sont donc des indices importants pour la communication.

g) L'imitation

L'imitation est l'action d'imiter qui signifie « Faire ou s'efforcer de faire ce que fait une personne ou un animal dans le seul but de reproduire dans sa particularité une attitude, un comportement, une façon de s'exprimer » [51]

L'imitation est un procédé de communication non-verbale qui va faire le lien avec la communication verbale. Pour imiter une personne, il faut l'analyser, et symboliser ce qu'elle fait pour le reproduire, cet accès à la symbolisation va favoriser l'acquisition du langage verbal.

L'imitation est un vecteur de communication et elle permet l'entrée en communication des enfants. Le bébé imite ses parents, et à partir de sa deuxième année de vie, il peut avoir conscience que son entourage l'imite en retour. Ces imitations mutuelles font office de jeux où la communication est centrale. [27]

Dans le développement de l'enfant, l'imitation apparaît très tôt, et elle se fait sur les modèles des parents.

Dès la naissance il y a les imitations synchrones d'actions déjà connues, elles sont dites synchrones car elles sont effectuées simultanément en présence du modèle.

Ensuite, vers 6 mois, des imitations synchrones d'actions nouvelles apparaissent. Elles dépendent d'objets et de buts. [63]

Jean Piaget, psychologue, s'est intéressé au développement de l'intelligence de l'enfant. Il s'est intéressé à l'imitation différée. Pour lui, au cours de la seconde année de vie de l'enfant, la fonction sémiotique apparaît. Cette fonction permet à l'enfant de prendre en considération un objet absent, auparavant vu, et de se le représenter, même s'il n'est plus là. Pour ce faire, l'enfant a recours à différentes conduites. L'une d'elle est l'imitation différée. L'enfant a au préalable imité l'action en direct, de façon sensori-motrice, puis il peut ensuite refaire l'action de façon différée. Si l'imitation différée est réalisée dans la continuité de l'imitation en direct, elle ne requiert pas de représentation mentale. Alors que si l'imitation différée est réalisée plusieurs heures après avoir vu l'action, il y a besoin d'avoir accès à la représentation.

L'imitation est utile lorsque deux individus sont en interaction, l'un peut imiter sa posture et ses gestes, ce qui relève de la communication non-verbale, pour s'accorder. Cela ouvre la voie à l'empathie, qui est la capacité à s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent. [2], [3], [4], [7]

h) Le silence

Le silence fait partie intégrante de la communication non-verbale.

Il peut revêtir différentes significations [53] :

- Le silence de la personne énervée ou blessée qui se contient et qui se replie.
- Le silence de la personne attentive qui écoute le message de son interlocuteur.
- Le silence de la personne indifférente qui ne souhaite pas communiquer.
- Le silence de la personne dubitative qui est dans l'incompréhension.
- Le silence des personnes qui se connaissent, qui n'ont pas besoin de parler pour se comprendre.

Cette liste est non exhaustive mais représente la multitude de messages que peut faire passer un silence et prouve qu'il est utile à la communication non-verbale.

i) La prosodie

La prosodie rassemble l'ensemble des notions composant la communication para-verbale telles que la tonalité, l'accent, la modulation, le rythme, la vitesse d'élocution, l'intensité, le volume, le timbre, ou encore la mélodie. Elle accompagne le message verbal au même titre que tous les autres composants de la communication non-verbale. [53]

La prosodie permet de nuancer le discours verbal, elle l'anime, exprime les émotions qui peuvent le traverser et l'illustre. Si la prosodie change, un même message verbal peut prendre des significations totalement différentes.

Cette mélodie de la parole est propre à chacun, elle diffère en fonction du sexe, de l'âge, de la culture, et de la personnalité. Elle donne donc des indices sur l'interlocuteur lors d'une conversation.

II. Le TSA

A) L'histoire

Eugen Bleuler, psychiatre, est le premier à employer le mot « autisme » en 1911. C'est un terme qui provient du grec « auto » qui signifie « soi-même ». Il utilise cette appellation pour qualifier l'isolement au sein de la schizophrénie. [52]

En 1943, Leo Kanner, psychiatre, parle de « perturbation autistique du contact affectif », qu'il appellera ensuite « autisme infantile ». Il base son étude sur onze enfants ayant le même type de profil clinique et des caractéristiques communes : une difficulté à développer des relations, une interaction plus facile avec les objets qu'avec les êtres humains, un langage non acquis ou sans valeur de communication, et un besoin d'immuabilité.

Pour Kanner, il s'agit d'un trouble inné. [58]

A la même période, Hans Asperger, psychiatre, dresse un tableau en se basant sur les particularités d'enfants vus en consultations : manque d'empathie, restriction des centres d'intérêt, faible capacité à se faire des amis, utilisation du langage inadaptée, et maladresse motrice.

Lorna Wing, psychiatre, réactualise les travaux d'Asperger en 1981, et c'est Uta Frith, psychologue, qui traduit en anglais ce qu'avait écrit Asperger en allemand, et qui permet ainsi que l'étude soit diffusée mondialement.

Les années 60 vont amener à distinguer l'autisme de la schizophrénie, et des études démontrent l'importance du facteur génétique en faisant des analyses sur des jumeaux.

A partir des années 70, on remarque que l'autisme est fréquemment associé à des troubles d'origine organique tels que des épilepsies, des infections prénatales, ou des anomalies obstétricales, ce qui laisse à penser que l'autisme est en fait un trouble neuro-développemental. [63]

C'est en 1980, que la description de l'autisme devient celle qui, aujourd'hui, est toujours d'actualité. Ce trouble fait dorénavant partie des Troubles Envahissants du Développement. De nombreuses recherches scientifiques sont faites à ce sujet, mais cela suscite également l'intérêt des médias, avec par exemple la sortie du film Rain Man en 1988.

La complexité de ce trouble a engendré une diversité d'études autour de lui. Il porte d'ailleurs aujourd'hui le nom de Trouble du Spectre Autistique, le spectre faisant référence aux spécificités personnelles et aux différentes manifestations que peut prendre le TSA chez chacun des sujets le présentant. [48]

B) L'étiologie

A ce jour, aucune étiologie n'a été avérée, l'origine du TSA reste vague, il n'y a pas encore de consensus, mais je vais vous décrire certaines hypothèses.

1) Facteur génétique

Des études sur les familles ont montré que l'hypothèse génétique n'est pas à mettre de côté. Il n'y aurait pas un lien direct entre une cause génétique et l'apparition d'un TSA mais il existerait une variété de vulnérabilités génétiques qui pourraient accroître la susceptibilité qu'un enfant développe un TSA. [14]

Cette prédisposition génétique est illustrée par des altérations de certains gènes communes aux générations d'une même famille.

Les recherches montrent qu'un couple de parents ayant déjà un enfant TSA présente un risque de 20% que son deuxième enfant développe un TSA. Le risque de récurrence augmente jusqu'à 40% quand il s'agit du troisième enfant, s'il y a déjà deux enfants atteints.

L'apport le plus flagrant sur cette étude est la concordance élevée chez les jumeaux monozygotes*. En effet, si un des jumeaux est atteint, il y a entre 70 et 90% de probabilités que le deuxième le soit également, alors que le risque est inférieur à 10% lorsqu'il s'agit de jumeaux di-zygotes†. [63]

* *issus du même ovocyte*

† *provenants de deux ovocytes différents*

Des études épi-génétiques, qui traitent des altérations dans l'expression des gènes chez les individus, auraient identifié certains facteurs. Les gènes atteints seraient ceux impliqués dans le fonctionnement des synapses. Les synapses ont un rôle dans le transfert de l'information entre les neurones, elles favorisent ou tempèrent l'influx nerveux.

Il a également été découvert qu'un déficit en ocytocine (hormone intervenant dans le déclenchement de l'accouchement et ayant un rôle dans la régulation des émotions) serait un facteur de risque du TSA. En effet, en donnant de l'ocytocine à des sujets TSA, au cours d'une étude en Australie menée par le Professeur Guastella, des améliorations sur le plan de la socialisation auraient été relevées chez ces sujets TSA. [41]

2) Facteur environnemental

L'autisme pourrait être causé par une exposition précoce aux pesticides, à la pollution, ou à des agents infectieux, ...

Des études ont révélé à plusieurs reprises que des taux importants de composés chimiques provenant d'insecticides organo-phosphorés ont été retrouvés dans les échantillons d'urine d'un grand nombre de sujets TSA.

Une exposition aux métaux lourds, à des maladies infectieuses, ou encore à certains médicaments durant la grossesse pourrait être un facteur prédisposant à l'autisme. [52], [63]

Il n'y a encore, à ce jour, aucune hypothèse vérifiée. Chaque sujet TSA est unique et la provenance de son autisme n'est pas définie. Il s'agit d'un assemblage de divers facteurs qu'ils soient génétiques ou environnementaux qui rend vulnérable un bébé et le prédispose au développement d'un TSA. On peut dire que pour chaque sujet, on part d'un socle génétique sur lequel des facteurs environnementaux viennent modifier l'expression épigénétique.

C) Prévalence & sex ratio

Les études les plus récentes rapportent que le taux de TSA dans la population mondiale s'élève à 1%.

En France, il y a 650 000 personnes ayant un TSA.

Aux Etats-Unis, la prévalence est plus importante. On estime qu'1 enfant sur 40 a un TSA. La prévalence au niveau mondial est en réelle augmentation depuis quelques années, cela pourrait être expliqué par une amélioration des diagnostics, ou alors cela pourrait provenir de l'augmentation de l'exposition aux facteurs environnementaux vus précédemment. [52], [63]

Le sex ratio concernant le TSA est de 4,2 garçons pour 1 fille, selon une étude de 2017. Ce sex ratio serait cependant faussé car de récentes études ont prouvé qu'il existe un sous-diagnostic des TSA chez les femmes. Si le TSA est plus difficilement repérable chez les femmes que chez les hommes, c'est parce que le trouble s'exprimerait de façon différente. En effet, les femmes ont tous les critères diagnostiques mais elles auraient moins de comportements stéréotypés, et elles auraient une meilleure capacité d'adaptation. Leurs intérêts restreints seraient plus socialement acceptables, et elles seraient plus à même de masquer leurs traits autistiques en copiant les comportements de leurs pairs non autistes. [30]

D) Clinique de l'autisme

Pour décrire la clinique du TSA, je me baserai sur la classification du DSM V*. [48]

Le TSA est inclus dans la catégorie des troubles neuro-développementaux.

Le DSM V ne différencie pas les sous-types d'autisme comme c'était le cas avant, maintenant nous parlons de TSA avec trois degrés de sévérité possibles et le niveau de soutien nécessaire qui en découle.

* *Cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux*

On parle de dyade symptomatique avec les symptômes des troubles de la communication sociale et les symptômes des comportements restreints et répétitifs.

Pour ce qui est de l'apparition du TSA, le DSM V dit « Les symptômes doivent être présents dès la petite enfance mais ne peuvent se manifester pleinement que lorsque la limitation des capacités empêche de répondre aux exigences sociales. » .

Pour poser le diagnostic de TSA, il faut que les symptômes entraînent des déficits importants du point de vue clinique dans le domaine social, professionnel, ou encore dans d'autres domaines de fonctionnement.

Les troubles ne doivent pas être mieux justifiés par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard général du développement.

Le diagnostic est posé à la suite d'une évaluation, cette évaluation est en principe interdisciplinaire, c'est-à-dire qu'elle requiert les observations et analyses de différents domaines et professions, tels que la psychiatrie, la psychologie, la psychomotricité, l'orthophonie, l'ergothérapie, ...

1) Troubles de la communication sociale

Les personnes TSA ont des difficultés à entrer dans la relation, et même lorsqu'ils sont sollicités, ils se trouvent dans l'embarras pour échanger avec les personnes qui essaient de communiquer avec eux. Ces difficultés dans la communication et l'interaction sociale se manifestent par [44] :

- Des déficits dans la réciprocité socio-émotionnelle

- Un manque de réciprocité socio-émotionnelle, par exemple les situations festives telles que les anniversaires ou les mariages peuvent ne pas rendre particulièrement heureuses les personnes TSA, tout comme les situations vécues de façon triste par les personnes neuro-typiques peuvent être vécues différemment par les personnes TSA.

- La théorie de l'esprit est généralement absente chez les sujets TSA. C'est la capacité à attribuer des états mentaux à autrui et à soi-même, ainsi que la capacité à comprendre les intentions d'autrui.
- La compassion, l'empathie peuvent être altérées, les personnes TSA ont des difficultés à consoler ou comprendre la détresse dans laquelle peut être une personne, de la même façon qu'elles peuvent avoir du mal à partager leurs émotions et à demander de l'aide à autrui.

En début de séance, nous proposons à Andy d'enlever ses chaussures, il en retire une puis il se retrouve en difficultés pour la deuxième, il ronchonne sans nous (la psychomotricienne et moi) regarder et n'essaie pas d'attirer notre attention afin de nous demander de l'aide, au lieu de cela, il se lève et part déambuler dans la salle chaussé d'une seule des deux chaussures.*

Cette vignette clinique illustre la difficulté que peut avoir un sujet TSA à demander de l'aide à un tiers.

- Des déficits dans les comportements de communication non-verbale utilisés pour les interactions sociales

- Le regard, qui peut être absent ou peu soutenu et dans d'autres cas inapproprié, scrutateur, insistant
- Le sourire, qui peut ne pas être une manifestation de plaisir particulier ou qui peut ne pas revêtir une fonction sociale, comme le sourire-réponse par exemple
- L'expression faciale, qui peut être très discrète, voire figée, ou au contraire exagérée et théâtralisée

* Tous les prénoms cités dans ce mémoire sont modifiés pour le respect de l'anonymat

- Les comportements sociaux, qui sont difficiles à s'approprier comme la distance interrelationnelle qui est à adapter en fonction des deux protagonistes, ou les codes sociaux tels que le « bonjour »
- Le pointage du doigt chez le tout petit, qui consiste à montrer un endroit ou un objet pour attirer l'attention de quelqu'un vers cet endroit ou cet objet, est mis à mal et souvent acquis avec du retard
- Le jeu imaginaire est souvent absent chez les enfants TSA, tout comme le jeu de faire semblant relatif à une imitation différée
- La prosodie, qui fait référence aux rythmes, à l'intensité, à la durée des sons, et à l'intonation, semble parfois très plate, voire monocorde, ou au contraire elle peut donner un air maniéré ou guindé
- Les codes de communication qu'ils soient verbaux ou non peuvent leur sembler étrangers, et l'implicite et le second degré sont des notions que les personnes TSA ne s'approprient pas ou alors ils doivent les apprendre pour s'en servir
- La compréhension des expressions faciales d'autrui peut aussi s'avérer complexe

- Des déficits dans le développement, le maintien et la compréhension des relations

- Un manque d'intérêt pour les autres enfants et une absence de recherche de partage sont assez caractéristiques des sujets ayant un TSA, cela se répercute d'ailleurs sur leur vie sociale, souvent ils ont très peu, voire pas, de relations amicales
- L'attention conjointe qui reflète un regard dans une même direction, le partage d'intérêt, est souvent absent

2) Comportements restreints et répétitifs

Les sujets TSA ont un répertoire de comportements, d'intérêts ou d'activités restreints et répétitifs qui se manifestent par :

- **Des mouvements moteurs, des utilisations d'objets et/ou des vocalisations stéréotypés et répétitifs**
- Les enfants TSA peuvent avoir des préoccupations pour des parties d'objets non fonctionnelles telles que les roues des petites voitures qu'ils observent en les faisant tourner plutôt que de s'intéresser à la fonction première de la voiture qui est de rouler par exemple.

Dès qu'il est dans la salle commune, durant un temps libre, Malone prend un jouet représentant une canne à pêche. Il fait tourner le fil dans le vide devant ses yeux, mais ne s'intéresse pas au support de jeu de façon conventionnelle. (La fonction première de ce jouet étant de s'en servir pour faire semblant de pêcher.)

- Les stéréotypies motrices que peuvent montrer les sujets TSA comprennent des tournoiements sur soi-même, des balancements, la marche sur la pointe des pieds, ou encore le flapping*

* *mouvements des mains semblables aux battements d'ailes des papillons (non spécifique de l'autisme)*

- Lorsqu'il est présent, le langage verbal peut ne pas avoir fonction de communication chez les sujets TSA. C'est-à-dire qu'il peut être doté de stéréotypies verbales*, de néologismes†, ou encore d'écholalies‡. [36]

Alan, lorsqu'il joue ou qu'il est en séance de psychomotricité, récite à longueur de temps des dialogues de dessins animés qu'il regarde chez lui, en faisant les intonations correspondant aux personnages.

- **Une insistance sur la similitude, une adhérence inflexible à la routine et/ou des schémas ritualisés de comportements verbaux ou non-verbaux**

Les sujets TSA ont en général besoin d'immuabilité, les choses doivent se dérouler de la même manière, dans le même ordre, l'emploi du temps doit être précis, et ne doit pas changer, les objets doivent être rangés à la même place, les trajets doivent toujours emprunter les mêmes endroits, sinon cela peut-être très perturbant, voire angoissant, ils ont besoin de rituels.

- **Des intérêts très restreints et figés avec un degré anormal d'intensité et de focalisation**

Les personnes TSA ont des centres d'intérêts restreints et plutôt insolites, elles peuvent s'intéresser à un domaine au point d'en connaître toutes les données de façon impressionnante, comme si elles étaient hyper-mnésiques à ce sujet.

* répétitions de mots et/ou de phrases hors de propos qui reviennent de façon mécanique et invariable dans le discours

† créations de nouveaux mots qui ne fonctionnent pas dans l'échange linguistique et ne parviennent pas à fonctionner dans le langage commun

‡ répétitions spontanées, involontaires, et systématiques de mots ou de phrases entendus précédemment, ou énoncés par l'interlocuteur

Malone s'intéresse aux chiffres, il a 5 ans et sait compter de 3 en 3 jusqu'à 300. Il est capable de réaliser des suites logiques avec des nombres qu'on lui propose. Il peut compter en anglais, ou à rebours. Lorsqu'il voit un objet avec une forme s'approchant d'un chiffre en particulier, il le dit et se met à compter.

- Une réaction inhabituelle aux stimuli sensoriels ou un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement

Ce critère diagnostique était absent dans le DSM IV, il est maintenant classé dans les comportements restreints et répétitifs, je vais m'y attarder dans la partie qui suit car selon moi, ces spécificités sensorielles ont un impact important sur le développement de la communication chez les sujets TSA. De plus la sensorialité tient une grande place en psychomotricité, le psychomotricien est riche de savoir-faire dans ce domaine.

3) Sensoriel & perceptif

a) Sensoriel

Fonctionnement et manifestations des particularités sensorielles

Les spécificités sensorielles ne font pas partie de la dyade symptomatique du TSA mais on les retrouve dans les caractéristiques de la clinique. [48]

Nous avons vu précédemment que les stimuli sensoriels sont captés par les récepteurs. Ces derniers envoient ensuite les informations au système nerveux central qui traite le message et qui renvoie un nouveau message aux effecteurs, qui eux se chargeront d'une réponse pour procéder à une adaptation.

Dans le Trouble du Spectre Autistique, ce cheminement est entravé, il y a des particularités qui s'installent et qui modifient et perturbent l'intégration sensorielle.

Les troubles de la modulation sensorielle (ou intégration sensorielle) correspondent à des difficultés du traitement de l'information sensorielle qui arrive jusqu'au cerveau. Le cerveau traite les informations différemment que chez les sujets non autistes. [33]

Cela peut se traduire par une hypersensibilité, auquel cas il faut très peu de stimulations sensorielles pour atteindre le système et déclencher une réponse (face à un stimulus standard pour un neuro-typique, le sujet TSA sera dépassé par les informations, qui peuvent être vécues comme agressantes).

Au contraire, cela peut se traduire par une hyposensibilité, qui est due à des seuils neurologiques hauts qui nécessitent une forte stimulation sensorielle pour déclencher une réponse, ou plus de temps pour que le cerveau traite l'information.

Pour chacun des sens, je vais développer les spécificités qui peuvent être rencontrées et l'impact qu'elles ont sur le quotidien d'un sujet TSA. D'une part, je traiterai le système extéroceptif, et d'autre part le système intéroceptif. (*cf pp. 8-9*)

Concernant le système extéroceptif :

Pour le système auditif, les particularités peuvent provoquer une hypersensibilité aux sons de fréquences graves, ou aiguës, ou les deux, ou bien une hyposensibilité, de la même façon. Les personnes souffrant d'hypersensibilité ont tendance à se boucher les oreilles lorsqu'ils entendent certains sons, et au contraire en hyposensibilité, les personnes s'auto-stimulent en faisant du bruit, comme en grattant les murs, les tables ou en entrechoquant les couverts.

Les hypersensibles au niveau olfactif sont gênés par certaines odeurs, et les hyposensibles peuvent avoir des conduites de flairage des objets, et des aliments.

Le système olfactif interagit avec le système émotionnel et le système gustatif.

Pour le système gustatif, les sujets TSA ont souvent de fortes préférences alimentaires, on parle d'hyper-sélectivité. Ils peuvent aussi être gênés, voire avoir de fortes aversions dues aux goûts, mais aussi aux textures, ce qui limite l'alimentation.

Pour le système tactile, les récepteurs reçoivent des informations de pression, d'effleurement, de douleur, de température, ...

Les personnes TSA ont le plus souvent une hypersensibilité tactile, ce qui rend désagréable tous les touchers légers de types effleurements, chatouilles, ... Les touchers bien appuyés sont en général mieux supportés et ont la faculté d'être contenant et calmants.

Les sensations de certaines matières de vêtements sur la peau peuvent aussi être vécues comme fortement désagréables.

Lorsque que quelqu'un est hyposensible au niveau visuel, il va être en recherche de stimulations, il va vouloir allumer les lumières (rechercher l'effet stroboscope), il va apprécier particulièrement les couleurs vives, et au contraire, lorsque quelqu'un est hypersensible au niveau visuel, il a tendance à être ébloui et gêné par les lumières intenses, les couleurs vives. [63]

On peut observer des sujets TSA qui regardent sur les côtés car il vont chercher la vision périphérique pour se stabiliser. Dans le cas où les informations provenant de la vision périphérique les dépassent, ils peuvent se protéger, le sujet peut se couvrir les yeux, ou mettre les mains autour de ses yeux pour filtrer car souvent, chez les sujets TSA, ce sont les informations visuelles périphériques qui vont être prépondérantes.

Concernant le système intéroceptif :

Pour le système proprioceptif, les récepteurs sont situés au niveau des muscles, des tendons, et des articulations, ils reçoivent les informations sur les directions, les tensions, et les forces des contractions musculaires.

L'intégration proprioceptive est généralement en hyposensibilité chez les personnes ayant un TSA, de ce fait, elles peuvent moins sentir la constitution du corps, sa solidité de part les os et les muscles, ainsi que les liens qu'il y a entre chaque partie du corps, cela peut donner des sentiments de morcellements, et donc provoquer une image du corps altérée.

L'angoisse de morcellement a été décrite par Mélanie Klein et ses successeurs, elle fait partie des angoisses archaïques qui sont normales chez le bébé qui n'a pas encore accès à la symbolisation et au sentiment d'unité corporelle, cette angoisse disparaît grâce aux expériences sensori-motrices et aux interactions avec autrui, notamment les parents, qui renvoient une image unifiée et différenciée au bébé. [21]

Pour le système vestibulaire, les récepteurs sont au niveau de l'oreille interne, ils captent les informations de mouvements de tête et du tronc dans différents plans, ce qui renseigne sur l'orientation du corps.

On peut souvent voir des sujets TSA en recherche de sensations à ce niveau-là se traduisant par des balancements, des tournoiements, des chutes, lors d'une hyposensibilité. Quand il s'agit d'une hypersensibilité, le sujet peut être réticent aux manèges, aux trajets en voiture, ou encore à se pencher pour attraper un objet au sol.

Ces trois derniers systèmes sensitifs (visuel, proprioceptif, vestibulaire) ont un rôle dans le contrôle postural, donc le fait qu'ils soient malmenés peut expliquer des postures particulières.

Lorsque le système thermoceptif est touché par des particularités de l'intégration sensorielle, cela peut se répercuter sur les comportements des sujets TSA. Ils peuvent par exemple garder leur manteau alors qu'il fait très chaud dans le cas d'une hyposensibilité, ou alors ne pas supporter les douches à l'eau chaude ou manger de la nourriture chaude dans le cas d'une hypersensibilité.

Les particularités de modulation sensorielle peuvent s'avérer dangereuses dans le cas où elles touchent le système nociceptif. Cela peut se traduire par une faible réactivité aux messages douloureux, certaines personnes peuvent alors ne pas ressentir ou interpréter la douleur.

Les particularités sensorielles peuvent toucher un ou plusieurs systèmes simultanément, et il existe des réactivités paradoxales, c'est-à-dire qu'il peut y avoir de l'hyposensibilité et de l'hypersensibilité pour la même modalité sensorielle.

Répercussions des particularités sensorielles

Les personnes TSA souffrent de l'intensité de leurs ressentis, cela provoque de l'anxiété, du mal-être, donc généralement elles adoptent des stratégies pour moins souffrir avec des comportements stéréotypés de stimulation ou d'évitement. Elles peuvent se retrouver en hyper-vigilance en réaction à un stimulus, ou en tentant de prévenir ce qui peut arriver. Hormis les aspects négatifs de ces particularités, les personnes TSA trouvent des caractères agréables à certaines stimulations, ce qui peut les enfermer dans leurs auto-stimulations. [36]

Cette difficulté à traiter la multitude et la vitesse d'informations qu'elles reçoivent engendre un besoin de rigidité et d'immuabilité, le désordre interne qu'elles subissent est compensé par un ordre externe qui ne laisse place à aucune flexibilité. [24]

Mais lorsque cela ne suffit pas, ou que ce n'est pas efficace, des troubles du comportement tels que de l'auto ou de l'hétéro-agressivité peuvent émerger de ces situations.

Nous avons pu constater d'ailleurs, que les sujets qui ont les troubles autistiques les plus sévères sont aussi ceux qui sont le plus touchés par les atypies sensorielles. [43]

En prenant en compte toutes ces informations, on peut comprendre que le dérèglement dans le traitement de l'information sensorielle puisse impacter le développement de la communication. [42]

Les atypies sensorielles pourraient expliquer une grande partie des traits caractéristiques de l'autisme. En considérant seulement le sens de la vue, on retrouve les anomalies du contact visuel, de la poursuite oculaire, de l'attention conjointe, et du pointage, qui sont les précurseurs de la communication non-verbale. La préférence pour le monde statique, l'immuabilité des choses peut enfermer dans des rituels et des comportements stéréotypés et donc isoler des échanges sociaux et inter-relationnels. [63]

Les maladresses motrices, les déambulations sans but, les défauts de coordinations oculomotrices, les balancements et les tournoiements peuvent également être expliqués par les troubles de la sensorialité. Lorsque ces symptômes apparaissent dès le plus jeune âge, ils peuvent être précurseurs d'un mauvais développement visuo-posturo-moteur, cela peut donc intervenir dans la tenue de la tête, ainsi que dans la mise en place de l'espace du buste, et à plus long terme dans la station érigée et la marche.

Ce n'est peut-être pas l'unique explication, en effet, les troubles et/ou retards au niveau de la motricité et du tonus chez les sujets TSA sont fréquents, j'ai d'ailleurs pu le remarquer durant mon stage, grâce aux observations, ainsi qu'à la passation de bilans, j'ai pu constater d'importants retards moteurs et toniques.

Les études ne proposent pas de consensus concernant l'origine et la manifestation de ces retards de motricité, cela peut être du à la proprioception particulière, ou cela pourrait être une comorbidité du TSA, ou encore d'autres hypothèses. [63]

D'après Anne-Marie Latour, psychomotricienne, les interactions avec les parents permettent de sentir l'unité du corps, la représentation d'être un sujet différencié du monde. Par conséquent, le fait que les isolements dus aux intérêts sensoriels enferment l'enfant TSA et le coupent des interactions possibles avec son environnement peut provoquer des

troubles précoces du développement psychomoteur dus au manque de ressenti de l'unité corporelle.

b) Perceptif

Selon la théorie du manque de cohérence centrale, les personnes atteintes de TSA ont une approche fragmentée du monde, elles préfèrent les détails, et sont plus attirées par les indices cachés. Par exemple, en regardant un tableau, les neuro-typiques voient globalement l'image peinte, alors qu'un sujet TSA voit les détails des ombres et des tracés, il en est de même pour la lecture d'un livre, un sujet non-autiste résume le thème global de l'histoire tandis qu'une personne atteinte de TSA préfère restituer mot à mot certains passages précis de l'histoire. [24]

Les personnes ayant un TSA sont de meilleurs stockeurs d'informations mais les informations doivent avoir un grand niveau d'exactitude, puisqu'ils perçoivent la précision et le détail, tandis que les sujets neuro-typiques fonctionnent par du global, de l'implicite, de l'à peu près.

Cette approche fragmentée de l'information peut expliquer la difficulté à interpréter les mimiques des visages qui dégagent certaines émotions. Prenons l'exemple d'un sujet TSA qui remarque exclusivement les coins des lèvres relevés et l'apparition des dents face à une personne qui sourit, cela ne lui donne aucune association au plaisir ou à la joie que peut traduire ce sourire comme pourrait l'interpréter un sujet neuro-typique qui lui voit l'ensemble du visage avec le sourire, les yeux, etc... [24]

Laurent Mottron, psychiatre, explique que ces difficultés sont dues à un sur-fonctionnement du traitement perceptif de bas niveau (dépendant des caractéristiques physiques des stimuli, en comparaison au traitement perceptif de haut niveau qui traite la nature des stimuli). En effet, les TSA ont la capacité de percevoir finement les détails de façon distincte, que ce soit visuellement, ou au niveau du toucher avec la faculté de reconnaître différentes textures très ressemblantes, ou encore dans le domaine de l'ouïe, dans lequel ils sont capables de distinguer des fréquences auditives que des personnes neuro-typiques entendent comme un seul et même son. [64]

Une contrainte qui pourrait s'ajouter sur le plan du traitement de l'information sensorielle est la contrainte du temps. Les sujets TSA auraient des difficultés à traiter les informations sensorielles en temps réel, c'est-à-dire qu'ils mettraient du temps à assimiler un stimulus, à l'interpréter et à réagir de façon adaptée.

Or, nous savons que le fait que les visages vecteurs de communication non-verbale, avec les yeux et les lèvres vecteurs de communication verbale, soient en mouvement envoie des informations difficilement saisissables et compliquées à intégrer, alors si en plus, ces mimiques et mouvements de lèvres sont rapides, comme ils peuvent l'être durant une conversation, cela complique totalement la tâche.

Selon Bruno Gepner, psychiatre, « Le monde va trop vite pour les enfants autistes ».

Cela vaut pour le système visuel mais aussi pour le système auditif, lorsqu'une personne parle, il y a un enchaînement rapide de sons différents, si les sujets TSA ont un traitement de l'information auditive lente, cela peut expliquer qu'il y ait des incompréhensions.

Ceci justifie que les sujets TSA soient en difficulté pour comprendre les situations sociales, mais cela peut expliquer aussi leur comportement qui peut parfois paraître inadéquat ou en décalage avec la société neuro-typique. Les sujets TSA ne perçoivent pas le monde comme les sujets neuro-typiques, on pourrait dire que le mode de fonctionnement de notre société actuelle met en difficulté les personnes TSA. [64]

En 1983, Zihl, Von Cramon, et Mai ont mené une étude neuro-psychologique qui démontre les conséquences comportementales et relationnelles d'une altération de la vision. Ils prennent l'exemple d'une femme victime d'une hémorragie cérébrale : suite à cet accident, elle présente une altération de la perception des mouvements du visage, une maladresse visuo-motrice, une appréhension des lieux animés, et de grandes difficultés dans les interactions sociales, elle dit « les personnes se trouvaient soudain ici ou là, mais je ne les voyais pas se déplacer ». Ce témoignage prouve qu'une altération de la perception visuelle peut avoir d'importantes répercussions sur les habiletés sociales, de communication, et d'interaction. [24]

On peut donc comprendre qu'un enfant porteur de TSA ait des difficultés à communiquer et interagir avec son environnement s'il le perçoit différemment des personnes neuro-typiques qui l'entourent.

Jacques Vauclair, psychologue, rapporte que les bébés perçoivent mieux les objets ou personnes en mouvement qu'en statique. Cette caractéristique dynamique permet aux bébés de différencier l'humain du non-humain. De plus, les mouvements du visage qui définissent les expressions des émotions sont porteurs de sens pour les enfants, ce n'est pas anodin si un bébé ressent de la peur ou de l'inquiétude face à un visage figé qui n'exprime aucune émotion particulière, la mobilité du visage permet de repérer les informations sociales et émotionnelles qu'il dégage.

Grâce à cette étude, on peut comprendre qu'un enfant TSA, du fait de ses potentielles particularités visuelles, ait du mal à percevoir les mimiques et donc comprendre les émotions et les messages qui en découlent. Cela peut expliquer que le développement de la communication non-verbale puisse être entravé. [24]

En approfondissant le sujet de la communication non verbale sociale, il est compréhensible que les codes sociaux ne soient pas perçus des sujets TSA puisque ces codes sont variables et changeants en fonction des personnes et des situations, or nous savons que les sujets ayant un TSA ont besoin d'immuabilité, de stabilité, et que la variabilité et le changement les mettent en difficulté.

Toutes les particularités sensorielles décrites précédemment permettent de nous apprendre que les difficultés des personnes présentant un TSA ne proviennent pas nécessairement d'un déficit intellectuel, mais plutôt d'une différence dans l'interprétation de l'information.

Quand les spécificités touchent plusieurs sens en même temps, on peut comprendre qu'il y ait des défauts dans la communication, une impossibilité de regarder et d'écouter en même temps peut être expliquée par une hypersensibilité conjointe au niveau de la vision et de l'audition par exemple.

Compensations des particularités sensorielles

Durant mon stage, j'observe que la plupart des enfants regardent du coin des yeux, et en particulier Louna qui met son doigt au coin de son oeil et qui appuie fort dessus de façon régulière.

Temple Grandin, femme célèbre elle-même porteuse d'autisme, explique qu'utiliser la vision périphérique est un moyen de compensation à l'hypersensibilité visuelle, cela permettrait de minimiser voire de se débarrasser des informations visuelles en mouvement. [24]

Donna Williams, écrivaine, diagnostiquée autiste, a dit « Il me fallut trouver un biais pour ralentir les choses afin de m'accorder le temps de négocier avec elles. (...) L'un des procédés qui me permettait de ralentir le monde consistait soit à cligner des yeux, soit encore à éteindre et allumer alternativement la lumière rapidement. »

Elle a expliqué que ces comportements stéréotypés permettaient de ralentir les choses, de les rendre fractionnées et donc moins angoissantes permettant de plus facilement les intégrer. [24]

On remarque ici que les difficultés d'intégrations sensorielles sont à l'origine de comportements atypiques tels que les stéréotypies, et les rituels.

E) Particularités dans le développement de la communication non-verbale chez un enfant TSA

Les sujets TSA sont tous différents, certains ont accès au langage verbal, d'autres non. Cela dépend du développement de leur communication.

En général, l'altération de la communication chez ces sujets débute très tôt dans l'enfance et ce dès les prémices du langage avec la communication non-verbale. Cela se manifeste par du retard dans les acquisitions ou des atypies du contact social, on le remarque habituellement entre 6 et 18 mois. Il ne s'agit pas d'une exactitude, les difficultés peuvent être remarquées bien plus tard, au moment de l'entrée à l'école par exemple. [7], [36]

Certains signes du TSA sont repérables très tôt, comme le regard par exemple, les nourrissons ayant un TSA peuvent présenter une faible accroche du regard et sembler désintéressés des visages qui les entourent. Ils sont peu dans l'interaction avec leurs pairs.

Plus tard dans le développement, ce qui peut être révélateur, c'est l'absence de réponse au prénom, ou un manque d'expressivité faciale avec peu de mimiques.

Les gestes conventionnels sont qualitativement et quantitativement moins exprimés chez un sujet TSA. Certains sont considérés comme innés tels que le fait de tendre les bras pour se faire porter mais d'autres sont acquis par imitation comme le « au revoir » de la main par exemple. Tout en sachant que l'imitation est mise à mal dans l'autisme, il n'est pas étonnant que les personnes TSA aient un accès plus difficile aux gestes conventionnels. [19]

Le pointage et l'attention conjointe seraient acquis par les sujets TSA avec un retard vis-à-vis de la moyenne, il se pourrait même que l'attention conjointe soit mise à mal une fois le sujet adulte. En effet, le pointage et l'attention conjointe, lorsqu'ils sont présents, revêteraient le rôle impératif mais très peu celui de partage. (*cf p. 17*)

Si l'attention conjointe s'avère compliquée pour les sujets TSA, c'est certainement car elle implique une notion de partage ainsi que le regard. Or, l'accroche du regard est peu investie chez ces sujets, il est donc compréhensible que regarder dans la même direction qu'un pair pour partager une information sur l'environnement soit difficile.

De plus, l'attention conjointe est un précurseur de la théorie de l'esprit qui correspond à la capacité permettant à un individu d'attribuer des états mentaux à soi-même ou à d'autres individus, autrement dit c'est la capacité de se mettre à la place de quelqu'un d'autre.

Du fait des particularités perceptives des individus TSA, ils peuvent être sujets au monotropisme. Le mono-tropisme est la capacité de ne pouvoir se concentrer que sur un seul aspect de la communication ou un seul intérêt à la fois. En communication, il y a un grand nombre d'éléments à analyser, le langage verbal et toutes ses caractéristiques tels que le flux, la prosodie, le vocabulaire, ... et également tout ce qui appartient à la communication non verbale avec les mimiques, les gestes, la posture du corps, ... Comme expliqué précédemment, les sujets TSA ont un traitement de l'information particulier, il est donc possible qu'ils ne s'attardent que sur un seul aspect de la communication lors d'une conversation, ou même qu'ils ne s'attardent que sur l'aspect physique d'un visage ou d'un

geste sans prêter attention aux indications fonctionnelles, émotionnelles, et sociales qu'il peut laisser voir. [24]

Même si la communication est altérée ou non utilisée de façon typique chez les sujets TSA, il serait faux de dire qu'ils ne communiquent pas. Tout le monde communique, peu importe le moyen. Il y a toujours une façon de comprendre et de se faire comprendre lorsque l'on veut exprimer quelque chose.

Etant donnée la singularité de chaque sujet TSA, il ne peut pas y avoir qu'une seule méthode ou pratique valable et efficace pour aider à cette communication. De la même façon que, bien que différents courants s'opposent sur la marche à suivre pour l'accompagnement des sujets TSA, tels que le courant psychanalytique et le courant comportementaliste, il n'y en a pas un qui serait plus efficace que l'autre, mais c'est bien, selon moi, un ensemble de facteurs avec différents outils et différentes méthodes qui peut aider à l'accompagnement des sujets TSA dans leur communication.

F) Les différents types d'accompagnement

Je vais aborder différents accompagnements qui peuvent être proposés aux sujets TSA. [60] Il s'agit d'une liste non exhaustive.

1) Accompagnement d'inspiration psycho-dynamique

Le principe de cet accompagnement est d'ouvrir le sujet TSA aux relations qu'il peut avoir, de potentialiser ses capacités de représentations, et de réinvestir son appareil psychique. Généralement, ce type de thérapie passe par le jeu qui est privilégié pour sa valeur symbolique. Au cours de l'accompagnement, le patient peut montrer et laisser apparaître dans le jeu, de l'agressivité, de l'angoisse, de la régression, par le biais de transferts ainsi que d'identifications. Le thérapeute est présent pour structurer ces identifications et ces transferts, il met en mots et permet au sujet d'arriver à une élaboration psychique et à une symbolisation. L'accompagnement d'inspiration psycho-dynamique peut se retrouver dans des ateliers thérapeutiques tels que la pataugeoire ou les contes, par exemple. [46]

2) La Thérapie d'Échange et de Développement

Cette méthode a été réfléchiée par l'équipe de Gilbert Lelord, pédopsychiatre. Pour la mettre en place, il y a plusieurs axes à suivre, tels que l'épuration de l'environnement pour éviter un trop plein de stimulations sensorielles, le choix d'outils simples permettant d'exercer les fonctions souhaitées, et la périodicité. La thérapie s'exerce à deux, le sujet TSA et le thérapeute, ou un membre de la famille, elle prend la forme de jeux durant lesquels le tuteur doit créer une situation de relation avec l'enfant TSA, il doit venir chercher le plaisir partagé, ainsi que la réciprocité. Cela permettrait, à force de sollicitations, d'activer, ou de réactiver des réseaux neuronaux, et ainsi de reprendre le développement des capacités fonctionnelles et relationnelles du sujet. [63]

3) Accompagnement éducatif spécifique (le programme TEACCH)

Le programme TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) a été développé aux Etats-Unis dans les années 60. Les chercheurs ayant fait émerger ce programme sont Eric Schopler et Robert Jay-Reichler. Cet accompagnement est cognitif et comportemental. Il permet à l'entourage (parents et professionnels) du sujet TSA de lui donner des outils pour développer ses compétences et acquérir des stratégies de compensation. Différents axes sont employés pour mettre en place cette pratique : l'aménagement de l'environnement, la structuration de l'espace, la structuration du temps, ... Il y a également des phases d'évaluation qui mettent en évidence les points forts et les intérêts du sujet, ce qui permet de s'appuyer sur ces points pour avoir un accompagnement adapté. [15]

4) La méthode ABA

Cette méthode ABA (Applied Behavior Analysis)* a pour objectifs de modifier le comportement et de développer les compétences de l'enfant TSA. Deux types d'enseignement sont utilisés.

L'enseignement « structuré » se passe assis au bureau pour un apprentissage scolaire qui est découpé en petites séquences. Une consigne est donnée à l'enfant ; si l'enfant y répond de façon correcte, il obtient un renforcement positif (félicitations, jouet qu'il apprécie,

* *En français : Analyse appliquée du comportement*

etc), et si son comportement n'est pas ajusté à la consigne, il n'obtient rien. Le but étant que le sujet puisse finalement être autonome dans la réussite des exercices demandés.

L'enseignement « incidentel » , lui, peut être mis en place partout, et pas exclusivement pour un apprentissage scolaire. Il se base toujours sur le principe d'encouragements et de renforcements positifs. Cet enseignement peut apporter une aide à l'enfant lors de sorties, de loisirs, ou encore lors d'apprentissages à l'autonomie personnelle. Par exemple, pour apprendre à l'enfant à se laver les mains, on découpe l'apprentissage en petites séquences, et on l'illustre par des pictogrammes « ouvrir le robinet » , « se mouiller les mains » , « prendre du savon » , etc... [31]

Je vais maintenant m'intéresser aux accompagnements concernant spécifiquement la communication.

5) Le langage gestuel

Il s'agit d'un accompagnement permettant la compensation ou l'émergence du langage oral. La Langue des Signes Française est un langage gestuel, elle peut être utilisée auprès des sujets TSA pour leur donner un outil gestuel et visuel plutôt qu'oral et auditif. Cependant cet accompagnement nécessite que le sujet ait acquis le symbolisme, l'imitation, et une certaine coordination motrice. Selon Patricia Howlin, psychiatre, le langage gestuel encouragerait les sujets TSA à aller vers le langage oral, et augmenterait leurs chances d'y arriver. Quant à Tony Attwood, Uta Frith, et Beate Hermelin, psychologues, ils disent que l'utilisation du langage gestuel par les sujets TSA leur permettrait d'effectuer des demandes mais pas de partager des intérêts ou d'exprimer des émotions. [15]

6) Le PECS

Le PECS (Picture Exchange Communication System) est un système de communication par échange d'images, tiré de la méthode ABA (*cf p. 41*). Il a été développé en 1985 aux Etats-Unis, par Lori Frost, orthophoniste, et Andy Bondy, psychologue, pour aider des enfants avec autisme et Troubles Envahissants du Développement. Actuellement c'est un système qui est utilisé dans un grand nombre de pays, dont la France. [37]

Le PECS prend la forme d'un classeur que le sujet apporte avec lui tout le temps. Dans ce classeur, se trouvent des pictogrammes représentant une quantité de vocabulaire adapté à ce dont le sujet peut avoir besoin pour s'exprimer.

Ce système de communication se compose de six phases.

La première phase consiste à échanger une image pour demander un objet voulu.

La deuxième phase incite le sujet à faire une demande à distance avec interpellation.

La troisième phase implique la discrimination des images qui n'était pas importante dans les deux premières phases.

La quatrième phase apprend au sujet à construire des phrases avec une syntaxe.

La cinquième phase permet au sujet de répondre à une question, et non plus simplement à faire une demande.

La sixième phase donne accès aux commentaires, en plus des demandes, et des réponses.

Cette méthode est dite alternative et augmentative car elle permet de pallier le manque de langage oral, ou de l'augmenter lorsqu'il est présent. L'objectif principal est de convoquer la spontanéité, que le sujet initie les incitations gestuelles lui permettant de prendre un pictogramme pour le donner à son interlocuteur et ainsi de communiquer avec lui.

Les limites de ce système sont qu'il est très rare que les sujets dépassent la cinquième phase, en effet soit ils accèdent au langage verbal avant, soit, du fait de leur TSA, ils se contentent d'utiliser le PECS pour faire des demandes mais ils ne manifestent pas le désir de communiquer pour émettre des commentaires.

7) Le système Makaton

La méthode Makaton a été élaborée au cours des années 1973 et 1974 par trois britanniques, Margaret Walker, orthophoniste, et Kathy Johnston et Tony Cornforth, spécialisés dans l'assistance des personnes sourdes et muettes. Ce sont d'ailleurs avec les premières lettres de leurs prénoms qu'ils ont formé le mot Makaton, qui est maintenant le nom de ce système qui regroupe différentes méthodes vues précédemment. Cette technique se base sur des aides visuelles et gestuelles proposées aux sujets TSA pour enrichir leur communication. Parmi ces aides, nous retrouvons les images, les pictogrammes, les signes, et également le langage gestuel. Le programme s'adapte aux besoins de chaque sujet, et évolue progressivement. Il s'agit d'abord d'établir une communication de base pour ensuite l'élaborer et l'enrichir. [57]

III. Psychomotricité, TSA, et communication non-verbale

Les psychomotriciens peuvent intervenir auprès des sujets TSA. Deux types d'interventions peuvent être adoptés, une portant essentiellement sur des compétences focalisées et spécifiques, c'est-à-dire concernant le développement psychomoteur et les retards ou troubles qui le touchent ; et l'autre portant essentiellement sur des compétences transversales. C'est ce qui va nous intéresser ici puisqu'il s'agit des interventions relatives aux domaines de la communication sociale tels que la communication non-verbale, l'intérêt porté à autrui, la coopération, les activités symboliques, ou encore les habiletés sociales.

Evidemment, les deux types d'interventions sont interdépendants, lorsque l'on travaille l'un en psychomotricité, l'autre est également impliqué de façon induite. [63]

Dans cette troisième partie, je vais essayer de trouver une réponse à ma problématique, ainsi je vais tenter de démontrer que la communication non-verbale prend une place importante en psychomotricité, au sein de la relation patient-thérapeute, et qu'elle est elle-même utile au sein de l'accompagnement, mais également que cette communication non-verbale peut émerger et s'améliorer grâce à un accompagnement en psychomotricité auprès d'un enfant TSA. [15]

A) La psychomotricité

La psychomotricité s'intéresse aux fonctions sensorielles, motrices, psychiques, émotionnelles, toniques d'un individu, à la façon dont elles s'articulent entre elles, et comment le sujet les organise pour être à soi, au monde, et en interaction avec son environnement. [49]

Le psychomotricien rencontre le patient, évalue son développement psychomoteur ainsi que toutes les fonctions évoquées précédemment lors d'un bilan.

Un accompagnement en psychomotricité permet, en fonction des besoins, d'aider le patient à prendre conscience de son organisation psychomotrice, à percevoir son intégrité

corporelle et à se la représenter ; de prévenir, rétablir ou pallier les dysfonctionnements d'origines psychiques et physiques, les deux étant interdépendants, et de développer ou restaurer les capacités d'interaction avec l'environnement.

Pour cela, le psychomotricien doit engager une relation thérapeutique avec son patient, et a à sa disposition différents outils et médiations qui peuvent être corporelles, manuelles, créatives, de jeu, de relaxation, ... [20], [45]

B) Des outils non-verbaux en psychomotricité

1) Le bilan psychomoteur : rencontres, premiers échanges non-verbaux

Dans la plupart des cas, le bilan constitue la première vraie rencontre, seul à seul, entre le patient et le psychomotricien.

Durant ce bilan, des tests étalonnés et normés sont proposés au sujet bilanté, mais entre, et au cours de, ces épreuves, ce qui est tout aussi important de prendre en compte est la spontanéité du patient. C'est en effet la part d'observation clinique qui va permettre de découvrir où en est le sujet, sur le plan de la communication non-verbale, par exemple, puisque c'est ce qui nous intéresse ici.

En plus d'être observée, la communication non-verbale peut être au service du psychomotricien lors de la passation d'un bilan. En effet, elle peut permettre d'entrer en contact plus facilement qu'avec le langage oral, lors d'une première rencontre qui peut s'avérer compliquée et intimidante.

La communication non-verbale peut également permettre au psychomotricien de comprendre qui est le sujet en face de lui, de déchiffrer ce qu'il ressent, ce qu'il veut dire, les émotions qu'il manifeste durant la situation dans laquelle il se trouve, ...

A ce jour, aucun test psychomoteur n'a été étalonné pour évaluer la communication non-verbale. Il y a bien des tests évaluant la perception des expressions d'autrui tels que le test d'intelligence sociale de O'Sullivan et Guilford [28], mais il ne permet pas d'explorer la

communication non-verbale dans sa globalité. En effet, le test permet d'appréhender le niveau de compréhension des expressions, des attitudes, et des situations sociales. Les compétences observées avec cette évaluation sont l'empathie, la sensibilité sociale, la façon de percevoir autrui, de comprendre ce qu'il est, ce qu'il désire, et ce qu'il va faire. Ce test peut alors permettre d'analyser ce que perçoit le sujet d'un individu sur la communication non-verbale mais cela est restreint et cela n'évalue que la réception, et non l'émission du langage non-verbal.

2) La relation thérapeutique

Le psychomotricien a à sa disposition un grand nombre d'outils et de médiateurs, mais son premier outil de travail est lui-même, ainsi que la relation qu'il crée et entretient avec le patient.

Le thérapeute en psychomotricité représente à la fois le cadre, le modèle, le corps, l'objet pensant, l'intégration symbolique, l'appui psychique et émotionnel, ... Pour que le patient mette à profit tout cela, il faut qu'il y ait une relation de confiance. [8]

Si le psychomotricien a de telles compétences, cela implique de grandes responsabilités. En effet, il doit être attentif à ce qu'il renvoie, le sujet en face peut repérer si son thérapeute est affecté, mal à l'aise, ou encore agacé, ... Cela relève d'ailleurs de la communication non-verbale, le psychomotricien doit être capable de ne pas se laisser envahir par ce que le patient lui transfère, et doit savoir garder pour lui ce qu'il ressent quand cela est nécessaire, tout comme il doit être honnête et verbaliser ce qui entre en jeu sur le plan émotionnel à certains moments.

Cela renvoie à la notion de transfert/contre-transfert. [16] Le transfert est ce que le patient fait passer au thérapeute de ses états psychiques et émotionnels, il transfère au praticien des éprouvés et ressentis vécus dans d'autres situations, et face à d'autres personnes de façon semblable. Tandis que le contre-transfert est l'ensemble des réactions éprouvées par le thérapeute au moment où il reçoit ce que le patient lui transmet, cela le renseigne sur son patient, mais également sur lui-même, il est d'ailleurs très important de savoir le repérer et l'analyser pour garder la juste distance avec le patient.

Justement, par la communication non-verbale, le psychomotricien doit montrer une posture sécurisante et accueillante pour mettre en confiance le patient. Il se doit d'être cohérent en accordant le langage verbal avec le langage corporel, s'il y a une discordance entre ces deux langages, le patient peut s'en apercevoir et cela peut compromettre l'alliance thérapeutique, qui ne consiste pas seulement en la confiance du patient, mais surtout en son adhésion et sa collaboration au projet de soins. [23], [68]

C) Les apports spécifiques de la psychomotricité auprès des sujets TSA

La psychomotricité prend en compte le corps, le psychique, la sphère affective, et les interactions entre les trois. Le psychomotricien est attentif aux signaux que le corps envoie et qui peuvent être de manifestations cognitive, psychique et/ou affective.

La communication non-verbale transmet des messages provenant du psychique via le corps. Le psychomotricien est donc habilité à repérer ces messages via différents moyens, ainsi qu'à les analyser, et à les mettre au profit de l'accompagnement du patient. De la même façon qu'il reçoit la communication non-verbale, le psychomotricien peut l'émettre, grâce à divers médiateurs. [45]

1) Le toucher

Le toucher est partout, il met en jeu l'entièreté du corps, et c'est le seul sens qui engage une réciprocité, effectivement si nous touchons quelqu'un ou quelque chose, nous sommes nous-même touché en retour. Joël Savatofski, masseur-kinésithérapeute, dit « On ne peut toucher sans être touché soi-même » [67] . Mais le toucher peut paraître tabou, il renvoie au corps, à l'intimité, il peut gêner et mettre à l'aise autant qu'il peut contenir et rassurer. Dans le monde médical et paramédical, le toucher est indispensable, lors d'un examen chez un médecin, lors de soins infirmiers, ou encore d'un rendez-vous chez un kinésithérapeute, il est utile et nécessaire d'avoir un contact physique entre le patient et le thérapeute.

En psychomotricité, il en est de même. Selon moi, il n'est pas envisageable de faire cette pratique sans envisager de toucher et d'être touché. Le contact physique est récurrent

dans notre pratique, quelles que soient les populations que nous rencontrons. Le toucher permet la mise en évidence de l'enveloppe corporelle, et participe donc à l'élaboration du schéma et de l'image corporelle.

Lorsqu'il est qualifié de thérapeutique en psychomotricité, il s'agit, d'après Emilie Buton et Marie d'Astorg, psychomotriciennes, « d'un contact cutané direct ou indirect entre le psychomotricien et le patient, dans le but de restaurer la communication entre le patient douloureux et son environnement, d'apporter un mieux-être ainsi que des sensations corporelles restructurantes, et de favoriser un réinvestissement corporel » . [61]

Ce qui m'intéresse ici, c'est la communication qui peut passer par le contact.

Le toucher peut-être hésitant, franc, chaud, froid, effleurant, appuyé ; et selon les ressentis confortable, douloureux, désagréable, « chatouillant », unifiant, décontenançant, ...

Il est donc vecteur d'une quantité de messages qui peuvent être interprétés de manières différentes.

En psychomotricité, le praticien fait en sorte d'avoir un toucher rassurant, enveloppant, et contenant ; qui peut signifier « détends-toi » , « ressens ton corps » ; qui accompagne le mouvement, le canalise, ... Le psychomotricien et le patient peuvent communiquer et être en relation par le toucher. [61]

Jacqueline Sarda, psychomotricienne, a dit « Le corps et la peau disent l'histoire de l'enfant, autant que les visages, les regards, les mots... » [69]

Dans le cadre d'une activité sensorielle, et à la demande de Malone, je verse du talc sur son bras dans le but de le masser. Il regarde attentivement la poudre tomber, puis ma main en train de l'étaler ; à l'instant où je cesse de le toucher, Malone oriente ses yeux vers les miens, puis me sourit.

Gerda Alexander, dans le cadre de l'eutonnie*, oppose le toucher « par lequel nous faisons l'expérience de la délimitation de notre organisme » au contact « par lequel nous dépassons consciemment la limite visible de notre corps » . Cette distinction s'apparente selon moi à la frontière entre le « toucher » et le « dialogue tonico-émotionnel » . [61]

*Eutonnie : travail corporel dont l'objectif est l'équilibre des tensions corporelles et la prise de conscience du corps

2) Le dialogue tonico-émotionnel

Comme nous l'avons vu précédemment (*cf p. 10*), le dialogue tonique est la première forme de communication du bébé avec ses parents.

Le psychomotricien est un spécialiste du tonus, et particulièrement du dialogue tonico-émotionnel. Il observe les états toniques du patient qui reflètent ses états émotionnels, psychiques, et corporels, il peut en tirer une interprétation.

A son tour, le psychomotricien adapte son tonus à la relation patient-thérapeute, il régule le dialogue tonico-émotionnel. [3]

Le dialogue tonique met en relation les fonctionnements corporels et psychiques des deux partenaires dans l'interaction, par le biais des perceptions sensorielles.

C'est un langage qui permet durant les premiers mois de construire le corps du bébé en tant que corps en relation avec un autre corps.

Jacqueline Sarda a dit que le dialogue tonico-émotionnel permet à l'enfant de passer des sensations aux émotions, pour aller vers les représentations et l'intériorisation qui se transformera en mise en mots. C'est donc un outil de communication non-verbale et également les prémices de la communication verbale. [69]

Pour que le dialogue tonico-émotionnel se fasse et soit efficace dans l'accompagnement, le psychomotricien doit d'abord être en capacité de repérer ses éprouvés pour pouvoir repérer ceux du patient, et également ne transmettre que ce qui est bon pour la relation patient-thérapeute.

A la fin d'un parcours psychomoteur, Andy court vers moi les bras tendus, j'interprète cela comme une demande, et en réponse je le fais voltiger dans les airs, comme si nous étions pris dans un tourbillon. Au bout de quelques tours, je m'arrête ; Andy se rassemble, me regarde un moment puis se relâche et met sa tête dans le vide, je recommence alors à tourner, puis je cesse à nouveau, et Andy réitère le rassemblement avec le regard et le sourire pendant quelques secondes, puis relâche à nouveau son tonus.

Dans cette vignette clinique, nous pouvons voir comment le patient TSA a pu se saisir du dialogue tonique pour communiquer son plaisir et ses envies. En s'accordant, Andy et moi avons pu trouver un langage commun basé sur le tonus : dans ce contexte, lorsque Andy se relâche, il demande à tourner de nouveau.

J'interprète le rassemblement d'Andy lors des arrêts comme un moment d'intégration de toutes les sensations qu'il vient de sentir, une pause avant de recommencer.

3) Limitation ; mise en pratique

Après avoir abordé l'imitation dans le cadre de la communication non-verbale, de façon axée sur le développement de l'enfant dans la première partie de mon développement (*cf p. 18*), je vais maintenant m'intéresser à l'imitation dans le cadre de la psychomotricité, et plus particulièrement au sein de l'accompagnement d'un enfant TSA.

L'imitation nécessite la prise en compte de son environnement, et par cette faculté psychique, il y a la possibilité de reproduire un comportement moteur. D'après Jacqueline Nadel, psychologue, « L'imitation constitue une psychomotricité partagée » . [65]

L'imitation, dans le développement de l'enfant, est à la base de l'apprentissage et de la communication.

L'enfant apprend en regardant ses pairs et ses aînés faire, et en reproduisant leurs gestes. Imiter quelqu'un signifie qu'on le considère, et être imité renvoie à une assise narcissique sur le fait que nous sommes nous-même considéré et pris en compte telle une personne à part entière. Selon Jacqueline Nadel, le premier type d'imitation se résume à dire « Tu m'intéresses » en répétant l'action produite ; l'imité en proposant d'autres actions, tout en ayant conscience qu'il est imité, répond « Toi aussi, tu m'intéresses » . Les alternances « je t'imité ; tu m'imites » renverraient à l'alternance du tour de parole au sein d'une conversation. [27]

Il s'agit bien de communication non-verbale.

Imiter et être imité participent à la conscience de soi et des autres, et permettent donc de se différencier pour pouvoir être en interaction.

L'imitation est souvent considérée comme déficitaire chez un sujet TSA. Mais sont-ce réellement les capacités d'imitation qui sont affectées ou est-ce que l'imitation n'a pas lieu car ce sont les compétences psychomotrices pour reproduire l'action qui sont difficiles d'accès ? [19], [63]

De plus, en sachant que l'imitation est essentielle à l'apprentissage de l'enfant et à la communication non-verbale, affirmer que les sujets TSA ne savent pas imiter serait dire qu'ils ne peuvent ni apprendre, ni communiquer.

En réalité, même si cela peut s'avérer être une tâche complexe pour eux, les sujets TSA peuvent imiter, l'imitation peut même les aider à communiquer et acquérir d'autres compétences. En effet, d'après Jacqueline Nadel, généralement les enfants TSA reconnaissent lorsqu'ils sont imités, et cela provoque chez eux des manifestations de plaisir. L'imitation peut alors être saisie comme moyen pour aller vers les apprentissages et la communication non-verbale. La psychologue dit « L'imitation, en effet, offre une occasion unique de percevoir ce que ressent l'autre en reproduisant ses actions, d'apprendre à quoi ressemblent nos actions quand elles sont produites par quelqu'un d'autre, et d'observer nos intentions mises en acte dans les comportements de l'autre. »

L'imitation est un des premiers objectifs de communication non-verbale, au même titre que l'attention partagée, avec un enfant TSA, car c'est un facteur prédictif des capacités de communication ultérieures.

Tout au long de ma formation en psychomotricité, j'ai pu expérimenter l'imitation à travers différents cours de pratique. En effet, que ce soit en pratique psychomotrice, en atelier rythme, en cours de Langue des Signes Française, ou dans les ateliers voix, clown, aikido, et danse, l'imitation a toujours été au coeur des exercices, et la source de mes apprentissages.

Le psychomotricien est, selon moi, un spécialiste de l'imitation qui met en jeu à la fois le corps et la psyché. L'imitation est d'ailleurs présente dès le début d'un accompagnement en psychomotricité puisque, pour un grand nombre de tests pouvant être présentés durant un bilan psychomoteur, les consignes doivent être accompagnées d'une démonstration, ce qui incite le patient à imiter le praticien.

Le psychomotricien peut également utiliser l'imitation pour entrer en communication avec un sujet TSA, notamment. Lorsque le sujet est pris dans ses activités sensorielles qui le coupent du monde, le thérapeute peut venir se mettre à côté, et l'imiter, cela peut interpellier le patient, et une forme de communication non-verbale se met en place.

Mise en pratique : L'atelier rythme - imitation :

Lorsque ma maître de stage est absente, elle me confie les séances de psychomotricité.

Parmi les enfants TSA que nous accompagnons, il y a Louna qui a 8 ans. Malgré ses difficultés en communication, Louna sait, la plupart du temps, se faire comprendre, elle utilise préférentiellement le langage verbal, qui est cependant très limité.

Louna adore la musique et la danse, je l'observe souvent chanter des airs de musique, dans un coin de pièce ; face au mur, elle saute d'un pied à l'autre de façon très rythmée, avec le haut du corps en avant, et les bras dessinant des trajectoires précises dans l'espace. Ses mouvements me font penser à de la danse africaine et cela me donne l'idée de lui proposer un atelier « rythme-imitation » .

Nous expérimentons cet atelier seulement à trois occasions, mais c'est à chaque fois un moment de partage et de joie.

En début de séance, j'installe trois paires de tambourins ayant des sonorités différentes face à face, avec à disposition des baguettes.

Je m'assois derrière une ligne de tambourins et j'invite Louna à me rejoindre, elle est intéressée par cet atelier et y vient à chaque fois. Au début, je propose un rythme simple avec une baguette, sans que je la sollicite, Louna prend l'autre baguette et tape sur les tambourins de façon aléatoire. L'imitation s'initie alors rapidement. Puis je m'arrête, Louna continue et je décide d'imiter son rythme en miroir, cela l'intrigue, elle lève son regard vers le mien, et nous continuons, elle l'imitée, et moi l'imitatrice. A ce moment-là, je suis ravie de ce qu'il se passe, nous avons pu créer une relation duelle sur un intérêt commun qui ici est le rythme, entre regards, sourires, et imitation, on peut dire que cette relation est tenue par la communication non-verbale.

A un instant où Louna cesse la musique, je propose un rythme en tapant à six reprises sur les différents tambourins puis je m'arrête et m'adresse à Louna en lui disant « Tu peux faire pareil ? » , mais je n'ai aucune réponse. Je refais alors le même rythme, puis je m'arrête et je regarde simplement Louna, sans parler verbalement, toujours aucune réponse. Je réitère l'expérience, toujours sans parler, puis Louna imite la séquence que je viens de jouer...

Louna me confirme, par cet atelier « rythme-imitation » que oui, un sujet TSA est capable d'imitation, qu'en psychomotricité, nous pouvons solliciter la communication non-verbale, et également s'appuyer dessus au cours des séances.

4) L'action partagée

Selon Julian de Ajuriaguerra « Tel que nous le considérons en psychomotricité, nous voyons dans l'acte la racine de la relation. » [66]

Les mouvements présents dans la vie de tous les jours tels que marcher, attraper, tenir, lâcher, nécessitent des compétences motrices, neurologiques, psychologiques, et bio-mécaniques. Seulement, ces facultés sont acquises au contact de l'environnement du sujet, grâce aux interactions avec son entourage, il ne s'agit pas de simples gestes automatisés, mais réellement d'actes imprégnés de relation et de communication.

Prenons l'exemple de l'acquisition de la marche, le bébé ne se lancera pas s'il n'y a personne en face pour lui tendre les bras, l'encourager, et le rassurer.

Les gestes sont donc, la plupart du temps, des gestes adressés, vecteurs de partage et de communication.

Chez les sujets TSA, les actes sont peu partagés, les sujets ont tendance à s'isoler dans des actions qui n'ont pour motivations que leurs intérêts restreints et sensoriels.

Le psychomotricien peut intervenir pour trouver des intérêts communs dans les actions, pour proposer des activités de partage, et ainsi provoquer des moments d'échange et de communication.

Différents moyens peuvent être abordés pour qu'une action se transforme en action partagée.

Cela peut passer par une mise en mots de ce que le sujet montre et fait.

En psychomotricité, le thérapeute occupe l'espace, il peut jouer, construire, bouger, créer, faire semblant, ... Toutes ces possibilités, avec le matériel qu'il a à sa disposition, lui permettent de proposer au patient des situations au sein desquelles l'action partagée peut naître. [20]

Le sujet et le psychomotricien, au sein d'une même activité, d'un même jeu, engagent leurs corps, les mettent en relation, ils se rencontrent par leurs gestes. Les actes corporels en relation ont valeur de langage et en sont d'ailleurs les prémices. [66]

Alors qu'Alan décline toutes mes propositions d'activité, et s'enferme, allongé sur le tapis en chantonnant, je décide de prendre un jeu de formes aimantées et me place dans un coin du tapis avec. Je commence à construire une maison, je commente ce que je fais en même temps. Cela interpelle Alan qui s'approche de moi et me dit « C'est ta maison ? » , je le lui affirme et lui demande s'il veut m'aider à finir le toit, Alan s'installe alors face à moi et nous continuons la construction ensemble, en s'échangeant des formes et des mots.

Par cette vignette clinique, je souhaite démontrer que le psychomotricien est riche de propositions pour attirer l'attention du patient et l'inviter à partager une activité au sein de laquelle communication et échanges peuvent avoir lieu. Cela débute ici d'ailleurs par une attention partagée sur les formes aimantées qui laisse place à une action partagée.

5) L'expression corporelle

L'expression corporelle est une forme de communication non-verbale, consciente ou non, et elle est également un des piliers de la psychomotricité. Le psychomotricien peut avoir recours à des médiations telles que la danse, le théâtre, le clown, ou encore le mime, et le jeu, qui mettent toutes en scène l'expression corporelle.

Selon Philippe Scialom, psychologue, une médiation est une pratique ou discipline par laquelle un thérapeute intervient pour faciliter la communication, et l'accompagnement. [3]

Les médiations basées sur l'expression corporelle peuvent être un bon moyen de rendre ludique et amusant un suivi thérapeutique qui peut parfois s'avérer lourd selon la pathologie, cela permet également au patient d'être au coeur de l'action et de devenir acteur de sa prise en charge.

Lorsque la communication est défaillante ou difficile à mettre en place, l'expression corporelle peut être un bon moyen de la solliciter, et ainsi d'avoir recours au langage corporel.

En arrivant dans la salle, Louna semble totalement éparpillée et n'arrive pas à se canaliser, elle gémit et gigote intensément. La psychomotricienne met en route un CD et sort des rubans, elle m'en tend un, et nous commençons à danser sous le regard intrigué de Louna. Cette dernière se saisit à son tour d'un ruban et se met à sauter et danser, le visage apaisé et souriant.

Par cette vignette clinique, nous pouvons voir que les expressions corporelles, de ma maître de stage et moi, dans un contexte de danse, ont pu intéresser Louna et l'inviter à faire comme nous, cela a eu une vertu communicative. En dansant et en s'exprimant corporellement, Louna a pu trouver un moyen de réduire ses angoisses, et ses inconforts liés à son TSA, le temps d'un instant.

D) La légitimité de la psychomotricité concernant la communication non-verbale

Tout au long de la partie théorique de mon mémoire, je me suis attachée à décrire l'importance de la communication non-verbale en psychomotricité, particulièrement auprès des sujets TSA. Toutefois, j'ai pu me remettre en question concernant certains points.

Lorsque nous consultons le décret d'actes des psychomotriciens qui énumère les champs d'interventions et les compétences dont ils sont dotés, la communication non-verbale n'apparaît pas, il ne s'agit donc pas d'un domaine dans lequel la psychomotricité est reconnue pour ses bienfaits. [35]

Cependant, les psychomotriciens sont habilités à accomplir des actes professionnels de rééducation des troubles et retards du développement psychomoteur, de la maturation et de la régulation tonique, du schéma corporel, ou encore des troubles tonico-émotionnels. Or, selon moi le développement psychomoteur, le tonus, les émotions, ainsi que le schéma

corporel sont des facteurs interagissant pleinement avec la communication non-verbale. Si en psychomotricité, nous sommes en capacité d'agir sur des troubles pouvant intervenir dans le développement et l'utilisation de la communication non-verbale, nous agissons alors également sur cette dernière.

De plus, comme je le développe dans la partie concernant les apports spécifiques de la psychomotricité auprès des sujets TSA (*pp. 47-55*), de part tous les outils, savoir-faire, et médiations dont les psychomotriciens sont pourvus, ils peuvent agir avec la communication non-verbale pour créer et maintenir la relation avec le patient, et ainsi l'aider à surmonter ou pallier ses troubles, aussi bien que les psychomotriciens peuvent trouver des ressources pour solliciter et aider cette communication non-verbale, lorsque c'est elle qui est défaillante.

Je rajouterais que la communication non-verbale requiert l'usage des canaux sensoriels ainsi que la mise en place d'une relation avec l'environnement et autrui ; en sachant que chez les sujets TSA, il existe des particularités sensorielles et des difficultés dans la relation, et que les psychomotriciens sont dotés de connaissances et de savoir-faire concernant la sensorialité ainsi que le rapport et les échanges avec l'environnement, il me paraît logique que la psychomotricité et la communication non-verbale puissent collaborer durant l'accompagnement d'un sujet TSA.

Qui dit communication dit orthophonie, nous pouvons alors nous demander pourquoi la psychomotricité serait utile dans le domaine de la communication non-verbale si c'est la spécialité d'une autre profession paramédicale. Mais la communication non-verbale concerne le corps, en interaction avec la psyché, et en relation avec l'environnement, de la même façon que la psychomotricité. Selon moi, le psychomotricien est le spécialiste du corps en relation, dans ses représentations, et imprégné des ressentis et émotions, autant de notions qui entrent en jeu dans la communication non-verbale. La psychomotricité et l'orthophonie ont alors, de mon point de vue, toutes les deux un rôle à jouer concernant le langage non-verbal, chacune dans leur domaine, différemment, mais en collaboration. [54]

Concernant l'autisme, la psychomotricité est mentionnée à plusieurs reprises dans le texte des recommandations des bonnes pratiques éditées par la Haute Autorité de Santé à propos de l'évaluation et de la rééducation des TSA, les psychomotriciens sont donc pleinement légitimes pour exercer auprès des sujets TSA. [34]

En tant que future psychomotricienne, il me semble évident que nous pouvons intervenir auprès des sujets TSA tant pour solliciter et améliorer la communication non-verbale, que pour l'utiliser dans leurs accompagnements en psychomotricité.

IV. Rencontres

Plusieurs mémoires de psychomotricité traitant les sujets des TSA et de la communication ont été écrits ces dernières années, je les ai lus et m'en suis inspirée durant ma réflexion. [1], [10], [12], [18], [62]

A) Présentation de la structure

Le stage durant lequel je rencontre les enfants dont je parle dans ce mémoire se déroule dans une structure d'accueil séquentiel de jour pour enfants, adolescents, et adultes qui présentent un TSA.

Cette structure dépend d'une association à but non lucratif, elle a été créée initialement par des parents d'enfants TSA.

Le projet est d'accompagner les enfants, adolescents, et adultes, ainsi que leurs familles, tant dans leurs environnements de vie, que dans leurs projets de vie.

Les personnes accueillies sont auparavant diagnostiquées par le CRA (Centre Ressource Autisme). D'ailleurs, cette structure d'accueil a également un autre rôle qui est celui de diagnostic. L'équipe pluridisciplinaire qui y exerce, composée d'une psychologue, d'une psychomotricienne, d'une ergothérapeute, et de trois éducatrices spécialisées, est également habilitée à évaluer et poser des diagnostics de TSA, accompagnée d'une orthophoniste, et d'un pédopsychiatre.

B) Rencontre avec Andy

1) Premier contact

A première vue, je vois un jeune enfant apprenant tout juste à marcher, un peu potelé, avec une longue chevelure blonde et de grands yeux noirs écarquillés, le visage figé. Andy se déplace sur la pointe des pieds, et a l'air constamment en déséquilibre, comme s'il se rattrapait en avant à chaque pas. Il erre dans la structure en frôlant les murs, la main caressant chaque surface qu'elle rencontre, comme si Andy voulait dessiner les limites de l'espace dans lequel il évolue. J'essaie alors de me mettre sur son chemin pour qu'il me

prenne en compte mais aucun regard ne m'est adressé, comme si je faisais partie du décor. Il me semble d'ailleurs qu'Andy peine à distinguer les obstacles qu'il peut rencontrer, puisqu'à plusieurs reprises il se cogne, trébuche, mais ne se préoccupe pas de ce qui a pu le faire tomber ou le bloquer, car il continue sa déambulation.

2) Anamnèse

Andy est un petit garçon qui est né le 16 Février 2016, il a 3 ans. Son père biologique ne l'a pas reconnu à la naissance, c'est sa mère qui a l'autorité parentale exclusive. Il a une demi-soeur de 8 ans, et un demi-frère de 4 ans.

Le médecin traitant oriente Andy vers un pédiatre à 17 mois, suite à des interrogations. Il est face à un petit garçon qui marche, depuis ses 14 mois, mais vite et mal sur la pointe des pieds. La mère rapporte qu'il se balance debout dans son lit jusqu'au moment où il s'endort et durant la nuit lorsqu'il se réveille, sans chercher à l'appeler. Elle dit que la journée il court partout dans la maison en fonçant dans les obstacles, qu'elle est donc obligée de le maintenir dans le parc pour qu'il ne se blesse pas.

Le pédiatre suspecte un Trouble du Spectre de l'Autisme, il en informe la mère pour se diriger vers le CRA. A 18 mois, les signaux d'alerte sont qu'Andy fait de rares babillages, il ne répond pas à l'appel de son prénom, et son visage semble figé. Une perte en compétence gestuelle et des troubles du comportement sont également rapportés.

L'évaluation par le CRA a lieu le 19 Février 2018, Andy a alors 2 ans et 3 jours. Le diagnostic retenu est : un Trouble du Spectre Autistique avec un niveau de préoccupation modéré à sévère correspondant à de l'autisme infantile.

Les tests ADI (Interview Diagnostic de l'Autisme) et ADOS (une échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme) sont passés.

Parmi les symptômes qui en ressortent, il y a une anomalie qualitative de l'interaction sociale réciproque se manifestant par une difficulté à entrer en relation, il y a une possibilité d'attirer son attention mais il ne maintient pas l'échange.

Une anomalie de la communication est relevée, des regards accompagnés de sourires sont présents mais ne sont pas là pour réguler la relation.

Andy présente des intérêts restreints qui sont les roues de jouets, Mickey, et la musique. Durant l'évaluation, des comportements stéréotypés sont présents, avec des recherches sensorielles envahissantes, Andy frôle les murs, et a un intérêt pour le bruit des clés, il fait tourner la chaise de bureau, ...

Des anomalies de développement ressortent, il n'y a pas d'investissement du jeu fonctionnel avec les objets, et pas d'imitation.

Les préconisations du CRA sont une prise en charge multidisciplinaire soutenue comprenant de l'orthophonie, de la psychomotricité, et de la psycho-éducation, ainsi qu'une socialisation avec aménagement si besoin, un accompagnement familial et social, et un avis neuro-pédiatrique et génétique.

Suite au diagnostic, et aux préconisations, la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) oriente Andy vers le service de soins dans lequel je suis en stage qui y est admis depuis le 6 Septembre 2018, il y est en semi-internat.

A la rentrée 2018, Andy a également intégré la crèche accompagné d'une éducatrice spécialisée, il y va un après-midi par semaine.

Il est rapporté de la crèche que ce petit garçon ne participe pas aux activités de groupe, il crie quand il joue seul, ce qui est certainement une auto-stimulation auditive. C'est un enfant maladroit avec peu de gestes précis, qui n'est pas vigilant au danger. Il tape les autres lorsqu'il est frustré, ou même sa tête contre les murs. La propreté n'est pas acquise à ce jour.

Le projet commun de l'équipe multi-disciplinaire pour Andy est de travailler la socialisation dans le but qu'il intègre une UEM (Unité d'Enseignement en Maternelle) en Septembre 2019. Chaque membre de l'équipe a bien sûr des objectifs qui concernent son domaine. Il bénéficie de séances d'orthophonie, de psychologie, de psychomotricité, et de psycho-éducation.

3) Evaluation psychomotrice

Depuis son entrée dans la structure, aucun bilan psychomoteur n'a été réalisé. C'est un choix de ma maître de stage qui, au vu de la difficulté d'accès à la situation de bilan pour Andy, a privilégié la mise en confiance, l'installation de rituels et d'une relation thérapeutique entre Andy, elle, et moi.

Cependant, la synthèse au sujet d'Andy a eu lieu le 31 Janvier et la psychomotricienne m'a demandé de l'écrire grâce à mes observations depuis le début du stage, j'ai donc pu relever et analyser différentes choses que je vais vous présenter. Il ne s'agit donc pas de la présentation d'un bilan psychomoteur typique mais plutôt d'une observation générale des différents domaines touchant à la psychomotricité.

L'accompagnement en psychomotricité a débuté au mois de Novembre 2018, donc quasiment au même moment que mon stage. Depuis l'arrivée d'Andy dans la structure, il bénéficie d'une séance de psychomotricité par semaine, durant lesquelles je suis présente à chaque fois.

En ce qui concerne les premières séances, Andy ne semble pas content de venir, il arrive souvent en pleurs et c'est compliqué de l'apaiser.

Pour ce qui est de la communication et des interactions, lorsque l'on tend la main à Andy, il est capable de venir nous la prendre pour nous suivre.

Lors des premières séances, il ne semble pas prêter attention à la psychomotricienne et à moi, il ne tente pas d'entrer en communication ou en relation avec nous. Il affiche un visage sans mimique particulière.

Andy ne répond pas à son prénom. Le niveau de compréhension verbale est faible. Les contacts visuels sont rares, et s'ils sont présents, ils ne sont pas maintenus.

Il n'y a pas de babillage, Andy manifeste son mécontentement par des cris et des « rrrr ». L'attention conjointe* n'est pas acquise.

Au fur et à mesure des séances, il est possible d'attirer son attention avec certains jeux et modules, c'est d'ailleurs durant ces moments que l'on peut remarquer de petites entrées

* *partage d'intérêt, résultat d'une interaction non-verbale entre deux personnes qui se regardent d'abord, puis l'une des deux tourne son regard vers un objet d'intérêt, ce qui entraîne l'autre à faire de même*

en communication comme une utilisation de la main-outil* [43] pour l'aider à monter sur le toboggan ou pour lui renverser du riz (*des boîtes composées de grains de riz, d'haricots secs, ou encore de lentilles, sont à disposition pour que les enfants jouent avec (cf annexe 3)*) sur les mains.

Il y a des sourires qui apparaissent si nous venons les chercher en faisant des jeux de type « coucou-cacher » ou si on l'attrape en le faisant voltiger dans les airs, ces sourires semblent d'ailleurs plus être la manifestation de son plaisir que la volonté de communiquer.

Pour ce qui est du schéma corporel, Andy ne se représente pas son corps, il semble même ne pas avoir conscience que ses jambes font partie de lui. On peut le remarquer lorsqu'il se prend les pieds dans le tapis ou tout autre obstacle et qu'il se laisse tomber, ou encore lorsqu'on lui passe le vibreur sur le pied, bien qu'il le regarde, Andy sursaute et semble surpris de sentir que la vibration est appliquée sur son pied à lui.

Durant une séance, il s'est retrouvé face au miroir, et a manifesté une grande joie par de grands sourires et du flapping, il s'est même retourné vers ma maître de stage et moi semblant nous demander confirmation sur ce qu'il venait de voir, il paraissait prendre conscience de son image dans le miroir. Mais pendant les séances suivantes, alors que le miroir était découvert de la même façon, il n'y a pas prêté attention.

Des situations au cours desquelles Andy essaie d'enlever la chaussette de la psychomotricienne lorsqu'il est en train d'enlever les siennes, ou qu'il tente de mettre l'une de nos chaussures au moment où on lui demande de remettre les siennes me conforte dans l'idée qu'Andy n'a pas intégré le fait qu'il est une personne à part entière, et que son Moi n'est pas différencié d'autrui.

Au niveau de la motricité générale, Andy court sur la pointe des pieds comme s'il sautillait. Il déambule dans l'espace. Il ne semble pas avoir conscience du danger, comme lorsqu'il ouvre et ferme les portes en laissant ses doigts dans l'angle de la porte par exemple.

* *l'enfant prend la main de l'autre et la dirige vers un objet ou vers lui pour obtenir de l'aide, attraper l'objet, l'utiliser, ...*

Les coordinations entre les membres supérieurs et les membres inférieurs sont compliquées, on le remarque lorsqu'il grimpe sur un plan incliné (ici un banc en bois accroché à un espalier (cf annexe 4), il semble ne se tracter qu'avec la force de ses bras sans trop s'aider de ses jambes. On remarque donc un clivage haut-bas mais également un clivage droite-gauche, Andy n'est pas rassemblé, on peut le voir lorsqu'il court, un bras est le long du corps et l'autre s'agite en tournant.

Durant l'activité du toboggan, on peut remarquer qu'Andy a recours à des rituels, entre chaque remontée il va faire un tour dans la salle, suivant à chaque fois le même trajet, puis il revient au toboggan. Ces rituels sont caractéristiques des sujets TSA qui les mettent en place pour pallier leur anxiété, les rituels ont des vertus rassurantes quant à leur caractère prédictif. [47]

Andy est plutôt stable pour ce qui est de l'équilibre statique mais l'équilibre dynamique semble difficile, ses appuis ne sont pas assurés.

Pour ce qui est du tonus, Andy est capable de l'adapter en fonction de l'activité qu'il réalise.

En ce qui concerne la motricité fine, Andy attrape les petits objets à pleine main sans faire participer le pouce, cet évitement compromet l'acquisition de la pince pouce-index. Ma maître de stage la lui fait travailler en lui proposant d'attraper des haricots secs. Avec une guidance physique, en lui maintenant les trois autres doigts, il peut réussir à les saisir avec la pince, avec quelques difficultés.

Au niveau du repérage spatio-temporel, Andy frôle les murs en les touchant, il erre dans la salle et passe d'une activité à une autre, il semble avoir conscience des espaces délimités dans la salle, tout comme il semble avoir la notion de l'espace relais entre la salle de la psychologue, et celle de la psychomotricienne, il effectue le trajet seul entre les deux séances.

Ce bon repérage m'étonne, car en général le repérage spatial dépend du repérage corporel, or Andy a de grandes difficultés au niveau de l'intégration corporelle, mais semble bien se repérer dans l'espace. Cela démontre l'atypicité du développement psychomoteur chez un enfant TSA.

Dans la salle, il sait que l'endroit du tapis est fait pour sauter et se laisser tomber, tout comme il sait que l'endroit du bureau est fait pour s'asseoir et réaliser des activités manuelles.

Lorsque les tablettes sensorielles (*carrés à poser au sol revêtus de différentes textures telles que du gazon synthétique, du plaid, des picots, du coton, ... (cf annexe 5)*) ou d'autres objets qui l'intéressent sont mis à disposition, il les repère et sait y aller directement.

Andy ne semble cependant pas conscient de nos places à ma maître de stage et à moi dans l'espace.

Concernant la sensorialité, Andy est dans une approche du monde essentiellement sensorielle et non fonctionnelle. Il est en recherche tactile et vestibulaire lorsqu'il frôle les murs en les touchant et qu'il court sur la pointe des pieds. Il est aussi particulièrement intéressé par les tablettes sensorielles sous les pieds et par le vibreur, ainsi que par le riz, et les haricots qui sont autant de matières et de textures différentes que de stimulations tactiles différentes. On peut également remarquer une stimulation visuelle lorsqu'il regarde les grains de riz tomber en pluie.

Pour ce qui est des capacités d'apprentissage et de mémorisation, Andy peut s'appuyer sur ce que l'on lui montre par la guidance physique pour tenter de le reproduire, pour grimper sur un plan incliné par exemple. Lorsque cela concerne ses intérêts sensoriels, il apprend plus vite, comme le fonctionnement du vibreur ou les activités dans les bacs à riz et à haricots, par exemple. Il en est de même pour les capacités mnésiques, il semble se souvenir que l'on montait sur le toboggan d'une séance à l'autre, mais il ne se souvient pas de l'organisation corporelle à avoir pour y arriver.

Pour conclure sur l'évaluation psychomotrice, d'après ces observations, au niveau de la motricité, les acquisitions d'Andy sont en-dessous de ce qu'elles devraient être compte-tenu de son âge, et sa représentation corporelle en est mise à mal.

Il s'agit d'une interaction entre la motricité et le schéma corporel. Effectivement, les particularités sensorielles et les intérêts restreints d'Andy font qu'il a peu d'expériences sensorimotrices variées, ce qui met en difficulté la construction du schéma corporel, et cela entraîne une complexité au niveau des coordinations motrices.

Andy est en recherche sensorielle au niveau tactile, vestibulaire, et légèrement au niveau visuel.

Quand ses intérêts sensoriels sont concernés, cela constitue une source de motivation pour lui lorsqu'il s'agit d'apprendre et de mémoriser.

Selon moi, Andy a besoin de poursuivre un accompagnement en psychomotricité, et différents axes de travail seraient à adopter :

- Ce qui me semble important est que ce petit garçon prenne conscience de son corps, d'un point de vue global, qu'il l'intègre et qu'il se le représente.

Selon De Ajuriaguerra, voici la définition de la notion de schéma corporel [50] : « édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification » .

Le schéma corporel est la représentation qu'un sujet se fait de son corps et qui lui permet un ajustement de ses mouvements par rapport à son environnement.

Selon De Lièvre, Staes, Ajuriaguerra, Wallon, Le Boulch, et d'autres auteurs, l'élaboration du schéma corporel suit six étapes durant le développement de l'enfant [59]. D'après son âge, Andy se situe entre les phases de « corps vécu » (de 3 mois à 3 ans) et de « corps perçu » (de 3 ans à 7 ans).

Durant la phase du corps vécu, la motricité volontaire se met en place, les expériences motrices et sensorielles favorisent la représentation du corps.

Pour ce qui est de la phase du corps perçu, c'est l'apparition du langage et de la symbolisation qui conforte la mise en place du schéma corporel, cela permet de nommer les parties du corps, et de se les représenter.

Au vu du développement psychomoteur d'Andy, je pense qu'il se situe encore dans la phase du corps vécu.

Les séances pourraient alors être mises à profit pour qu'Andy poursuive son développement psychomoteur et pour qu'il puisse s'ouvrir aux autres et être dans la relation dans le but de favoriser la prise de conscience de son corps.

La sollicitation motrice et sensorielle proposée par le biais de parcours psychomoteurs mettant en jeu les coordinations motrices générales et l'équilibre, ainsi que des jeux sensoriels par exemple, pourraient être des moyens d'accompagnement pour Andy.

- Un autre axe à aborder est celui de la motricité fine, avec la poursuite du travail sur la pince.
- Enfin, un travail sur les pré-requis à la communication, et en particulier sur l'imitation et l'attention partagée est à envisager.

Concernant les moyens, en sachant qu'Andy est sensible aux éléments de structuration spatiale et qu'il évolue mieux dans un cadre contenant, l'instauration d'un cadre plus structuré me semble pertinent.

Cela pourrait se caractériser par une alternance de travaux dans l'espace du tapis pour ce qui concerne les expériences sensori-motrices et dans l'espace du bureau pour la motricité fine ; également par une mise en place de rituels tels qu'enlever ses chaussures en début de séance et les remettre à la fin pour signifier à Andy à quel moment commence la séance, et à quel moment elle se termine, serait utile. D'autant plus que les séances en chaussettes sont caractéristiques de la psychomotricité puisqu'il n'enlève pas ses chaussures dans les autres accompagnements, cela pourrait lui donner un indice sur ce qu'il va se passer durant la séance.

4) Accompagnement en psychomotricité

Depuis le mois de Janvier, on a pu noter une évolution dans le suivi en psychomotricité concernant Andy.

Maintenant, il arrive dans la salle avec le visage souriant. Il peut interagir avec nous en nous adressant des regards, il semble joyeux lorsqu'il réussit un exercice et qu'on l'applaudit, c'est le cas lorsqu'il traverse le tunnel ou qu'il glisse sur le toboggan par exemple. On peut voir, dans ces situations, un partage de sa joie, qui manifeste une entrée en communication. Il semble également nous différencier. Lorsque l'on fait la ronde, il est capable de partager son plaisir avec des rires en nous regardant séparément dans les yeux et en me tendant la main pour recommencer.

Depuis quelques temps, il est même capable de nous interpeler en criant « eeeeh ! », en nous tendant la main et en nous regardant lorsqu'il a besoin de notre aide pour monter sur un module.

Différentes activités ont été mises en place.

Un travail d'éveil sensoriel est récurrent au cours des séances, il s'agit d'un moment calme sur un gros tapis où différentes balles (lumineuses, à picots, douces, rigides, souples, ...) et différents tissus sont à disposition. On joue avec, on se les échange. Andy est beaucoup dans l'exploration sensorielle, et un petit peu dans l'interaction durant ces moments-là.

Pour l'objectif concernant la motricité globale et l'équilibre, la psychomotricienne a mis en place de petits obstacles dans la salle pour aller progressivement, au cours des séances, vers des parcours psychomoteurs.

Andy appréhende d'ailleurs mieux les obstacles ; face au module sur lequel il veut monter, il regarde ses pieds et tente de s'organiser pour monter dessus. Il y a une progression à ce niveau-là. Il est maintenant capable de passer des haies (matérialisées par deux plots et une barre qui les relie), les enjambements sont compliqués au départ puis au fur et à mesure cela devient plus fluide, avec de l'aide, puis sans aide, il est même capable d'enjamber avec l'alternance des pieds.

La motricité fine est également sollicitée lors de temps au bureau avec des jeux de perles à encastrier sur des bâtons, ainsi qu'avec des billes d'eau (cf *annexe 6*) et des haricots secs. Andy nous a montré qu'il était capable d'utiliser la pince pouce-index pour attraper les billes d'eau, qui sont pourtant compliquées à maintenir du fait de leur texture.

Le 14 Février (au bout de quatre mois de suivi), c'est moi, seule, qui propose la séance à Andy. Il a du mal à rester focalisé sur une activité, il est plus dans une démarche d'exploration à la recherche de sensations, je ressens une envie de sa part de se déplacer et d'occuper l'espace.

Je mets en place un « réveil du corps » qui consiste à proposer différentes stimulations sensorielles sur l'ensemble des parties du corps, ce qui peut permettre de sentir son corps, puis de se le représenter. Des images montrant chaque partie du corps avec leur nom dessus sont à disposition pour favoriser la compréhension. Je propose à Andy différents objets médiateurs : un vibreur, une brosse sensorielle, et du talc pour les massages. Il s'intéresse dans un premier temps au vibreur, on le passe sur les bras et les jambes, mais rapidement Andy s'agite.

Ensuite, je mets en place un parcours, et un échange intéressant se produit. Je suis à la fin du tunnel et j'appelle Andy, il répond à son prénom en se baissant, il me voit alors à l'autre bout du tunnel et il me regarde en souriant. Une interaction de ce type n'avait jamais eu lieu. J'accompagne Andy le long du parcours mais je reste en retrait, il me sollicite alors plusieurs fois pour que je vienne l'aider à monter sur les modules.

Je remarque tout au long de la séance qu'Andy progresse de plus en plus, que ce soit sur le plan de la communication ou sur le plan de la motricité lors du parcours.

5) Evolution

A ce jour, Andy bénéficie d'une séance de psychomotricité par semaine depuis cinq mois. Il n'a donc pas eu beaucoup de temps de suivi, mais il a pu nous montrer une grande évolution et de nombreux progrès.

En effet, ce petit garçon, au visage figé il y a quelques temps, est maintenant souriant et en capacité de partager son plaisir avec autrui. Il s'ouvre au monde.

Cette capacité à mieux envisager son environnement est peut-être due à une meilleure perception de son corps, notamment concernant le bas de son corps, signifiée lors de ses enjambements, malgré qu'il y ait encore quelques chutes et accrochages.

Selon moi, les séances axées sur la sensorialité et la motricité sont alors à poursuivre, toujours dans un but de meilleure perception et représentation de son corps.

Le trampoline pourrait être d'ailleurs un bon outil, du fait qu'il sollicite particulièrement le bas du corps.

Les objectifs concernant la communication peuvent être également ré-envisagés au vu des nouvelles émergences d'Andy.

Nous avons, en effet, pu repérer des signes d'imitation différée lorsqu'il a reproduit un acte de remplir-verser dans les billes d'eau, ainsi que lorsqu'il a appuyé sur les boutons du lecteur CD, quelques minutes après que la psychomotricienne l'a fait.

Nous avons également commencé à initier des rondes et des activités de tris et d'appariements en préparation à une potentielle entrée à l'UEM, comme prévu dans son projet personnel.

Des comportements d'opposition mêlant pleurs, cris, et gestes hétéro-agressifs ont eu lieu durant les dernières séances en réponse à des frustrations et des contraintes telles que l'interdiction de fermer et ouvrir les portes des placards et de la salle. Il me semble qu'Andy a trouvé une façon de nous communiquer ce qui lui déplait par le biais de ces comportements.

Lors de la dernière séance avec Andy, je lui propose un atelier sensoriel avec différentes balles, des petits sacs de billes, de noyaux, et autres, des vibreurs, des tissus, etc... Il se saisit des objets un par un sans vraiment les explorer pleinement. Je place derrière lui un module en mousse dure en forme d'arc-de-cercle permettant de lui offrir un appui-dos, cela semble le contenir et il est plus en capacité de se rassembler vers l'avant pour explorer les objets. J'essaie d'attirer son attention sur des objets et de capter son regard pour entrer en communication avec lui, mais c'est compliqué, il me prend les objets des mains sans me regarder, durant ce moment j'ai pu avoir quelques regards, deux ou trois sourires, et une demande d'aide pour allumer une balle lumineuse.

Je mets ensuite en place un parcours psychomoteur avec trampoline et tunnel, je passe dans le tunnel pour faire une démonstration à Andy, et à ce moment il me suit de dehors et tape sur le tunnel en avançant en même temps que moi, nous arrivons en même temps à l'extrémité du tunnel et lorsque je sors ma tête, il me regarde et me sourit.

Andy fait le parcours une fois, puis court vers moi, je l'attrape et lui fais faire « l'avion » (cf p. 49). Andy sait me faire comprendre qu'il veut que l'on recommence en penchant sa tête sur mon bras, je fais quelques tours, je m'arrête, j'attends, puis il me regarde et se penche, il a recours à la communication non-verbale avec le regard et le dialogue tonico-émotionnel pour me partager ses envies.

Il développe également des facultés de communication non-verbale lors de routines qu'il instaure durant le parcours : je le pose après l'avion, il va au trampoline, tape dessus avec ses mains, je monte et saute puis il se met à quatre pattes entre mes jambes pour que je le fasse sauter puis il repart et revient en courant pour faire l'avion. En répondant une fois au fait qu'il tape sur le trampoline avec ses mains, en sautant moi-même dessus, Andy s'en est saisi et l'utilise pour me dire de le faire sauter.

Je remarque alors que par le biais du parcours psychomoteur, et du fait de la situation (je montre une première fois, Andy est à côté, il me suit et m'observe, puis nous inversons les rôles, c'est à lui de faire, et je suis présente à côté de lui pour le mettre en confiance), de nombreuses occasions d'utiliser la communication non-verbale comme moyen d'être dans la relation, et de progresser s'offrent à nous.

C) Rencontre avec Malone

1) Premier contact

Lorsque je rencontre Malone pour la première fois, nous nous trouvons dans la salle de jeux commune. Je dis bonjour à ce jeune garçon assis au sol en W (*cf annexe 7*) qui est en train de compter les objets avec lesquels il joue, il ne me renvoie aucune réponse, je m'approche alors de lui en me mettant au sol, Malone me lance un regard et reprend ses comptes.

Une deuxième rencontre a lieu dix minutes plus tard dans la salle de psychomotricité. Durant un « réveil du corps » instauré par la psychomotricienne, Malone compte les images représentant les parties du corps, je commence alors à compter avec lui, c'est à ce moment-là que Malone tourne son regard vers moi, me sourit, continue de compter en même temps que moi, et qu'a lieu la première interaction.

2) Anamnèse

Malone est né le 28 Novembre 2013, il a 5 ans. Il vit chez sa mère qui est Agent de Service Hospitalier et son père qui est sans emploi.

Il a un frère jumeau qui a, lui aussi, un Trouble du Spectre de l'Autisme.

L'accouchement des jumeaux s'est fait par césarienne à cause d'une pré-éclampsie, Malone a été sous perfusion durant ses deux premiers jours de vie, puis il a eu une sonde nasogastrique, il est resté à l'hôpital pendant un mois.

Malone a souffert de Pica* durant un temps. Cependant il ne semble jamais avoir faim et ne repère pas les différents temps de repas ou de jeûne.

Les signes ayant donné l'alerte sont qu'avant 18 mois, Malone ne provoquait aucun contact visuel, il ne tendait pas les bras pour être porté, et il y avait très peu de babillage. Le premier mot a été prononcé à 2 ans et demi, des phrases sont apparues avec une prosodie particulière, puis il y a eu une régression au niveau du langage.

Malone se met en danger en montant debout partout et ne semble pas en avoir conscience. Il est attiré par la lumière, regarde de près ; le bruit de l'eau le fait pleurer, et il chantonne des airs de musique continuellement. Il secoue les objets et tape dessus mais ne joue pas avec de façon fonctionnelle.

Il peut être violent envers sa famille s'il est frustré ou qu'on lui impose un changement dans ses routines.

Un diagnostic est posé pour Malone le 13 Octobre 2017, il s'agit d'un Trouble du Spectre Autistique avec un niveau de préoccupation sévère correspondant à de l'autisme infantile.

Concernant le bilan en psychologie, Malone est performant au niveau de la symbolisation mais lorsque le contexte visuel est trop chargé, il se perd et ne se concentre plus sur l'information principale. Son niveau attentionnel est bas, il est capable de maintenir son attention durant deux à trois minutes. Il peut avoir une attention partagée avec autrui.

Pour ce qui est du bilan en orthophonie, Malone est en difficulté sur l'attention conjointe, l'orientation des regards. Le stock lexical est riche mais la communication fonctionnelle est pauvre. Malone a de grandes compétences au niveau cognitif, et de nombreuses connaissances, mais la représentation et la manipulation s'avèrent compliquées pour lui.

Malone entre dans la structure dans laquelle je suis en stage en Septembre 2017. En parallèle, il a un accompagnement en orthophonie, et il est scolarisé en grande section de maternelle avec une Aide à la Vie Scolaire.

* *perversion de l'appétit caractérisée par une tendance à manger des substances impropres à la nutrition telles que de la terre ou du papier*

Durant les premiers temps d'accueil, Malone a beaucoup de troubles du comportement, il crie, se roule par terre et se met en opposition lorsque quelque chose lui est imposé. Lorsque que l'environnement est structuré, Malone est plus disponible. Les troubles du comportement sont secondaires aux troubles de la communication.

Le projet qui a été dégagé pour Malone au sein de la structure est de participer à l'atelier « imitation », l'atelier « échanges et jeux », il bénéficie d'accompagnements en psychomotricité, en ergothérapie, il a également des ateliers éducatifs, de la musique, les repas thérapeutiques, et les activités de socialisation.

Malone a un classeur de communication de type PECS (*cf p. 42*) à sa disposition.

A l'école, Malone a du mal à accepter de faire le travail proposé lorsqu'il ne sait pas parfaitement le faire ou qu'il se sent en difficulté. Il peut sourire aux autres enfants mais ne joue pas avec eux, il est également rapporté que Malone a des troubles du comportement au sein de l'école.

3) Bilan psychomoteur

a) Entretien avec la famille

Les parents de Malone informent qu'il a marché à 24 mois. Le retard de langage a été le premier signe inquiétant pour eux. Malone bouge beaucoup, il peut se mettre en danger ; il tape avec les objets pour faire des rythmes, et en général il produit beaucoup de bruits. Malone a une sélectivité alimentaire importante, il ne mange que mixé, il boit à la paille, et ne reste pas assis à table au moment du repas, sauf si ses parents le mettent dans la chaise haute.

Le jeune garçon sait se déshabiller mais pas s'habiller ; il ne supporte pas le bain ou la douche donc il faut lui faire la toilette au gant.

b) Bilan psychomoteur

Malone sourit mais ce n'est pas adressé, il donne peu de regards, il ne se retourne pas lorsque la psychomotricienne l'appelle. Il se laisse porter mais n'a pas un bon ajustement postural. Les ouvertures sociales sont rares.

Malone a de bonnes capacités visuelles et mnésiques, il apprend rapidement, il a une compréhension contextuelle. Cependant il ne maintient pas son attention et navigue beaucoup. Il est curieux du matériel proposé, c'est une exploration de type sensorielle mais non fonctionnelle. Il y a beaucoup d'auto-stimulations.

Il n'est pas possible de coter les épreuves proposées durant le bilan, Malone fait si la proposition touche à ses intérêts restreints ou que cela représente un attrait sensoriel.

L'imitation est en émergence au moment du bilan.

Pour ce qui est du travail au bureau, Malone est en opposition, il accepte de le faire au sol avec la psychomotricienne qui s'assoit derrière et qui donne un appui-dos et de la contenance.

Malone apparaît hypotonique, il s'assoit au sol en position W (*cf annexe 7*). Ses coordinations dynamiques générales sont désorganisées. Il est en déséquilibre vers l'avant.

L'évaluation de la motricité fine montre que Malone sait se servir de la pince pouce-index, il transfère les objets d'une main à l'autre, il sait faire un puzzle avec modèle et est capable de se corriger.

Au niveau de la graphomotricité, Malone fait des gribouillages circulaires, il a une prise palmaire du crayon (*cf annexe 8*), le mouvement part de l'épaule et la coordination oculo-manuelle et en-deçà de ce que l'on pourrait attendre d'un enfant de son âge.

Pour conclure ce bilan, Malone a un retard de développement psychomoteur global, et le corps est peu investi dans la relation.

c) Profil de Dunn

Le profil de Dunn est un questionnaire, en l'occurrence adressé à la famille, permettant de repérer les potentielles particularités sensorielles de l'enfant.

Il en ressort pour Malone la présence d'une sensibilité tactile et d'une sensibilité au mouvement. Malone a également un manque d'énergie, une faible sensibilité au goût, un filtrage auditif, une hypo-réactivité, et une recherche de sensations. Ce jeune garçon a une intégration sensorielle atypique, ses seuils neurologiques sont élevés, c'est-à-dire que d'importantes stimulations sont nécessaires pour lui permettre d'être au monde, cela explique la production importante de sons et de mouvements de Malone.

4) Accompagnement en psychomotricité

Malone accepte ma présence durant les séances, et il m'y intègre rapidement. En effet, dès la seconde séance, c'est moi qui l'accueille, il me dit bonjour et reçoit toutes mes sollicitations (ranger son sac et son manteau, sortir ses affaires de son sac, ...) en les appliquant sans problème. Il instaure également des tours de rôle de lui-même, lors d'un moment où il faisait du trampoline, Malone s'est arrêté et en me regardant a dit « Lia » pour m'appeler et me signifier que c'était à mon tour de sauter.

L'accompagnement en psychomotricité pour Malone, en début d'année, se construit autour de différents axes :

- La somatognosie et la représentation corporelle
- La motricité générale, les coordinations, l'équilibre
- La communication

Pour le travail sur la représentation corporelle, des réveils du corps (cf p. 67) sont mis en place à chaque début de séance, ce qui constitue également un rituel, rassurant et cadrant. Malone investit beaucoup ce moment de la séance, il a une très bonne somatognosie, il est capable de nommer les parties du corps (tête, yeux, nez, bouche, oreilles, dos, ventre, bras, coudes, mains, jambes, genoux, chevilles, pieds) lorsqu'on les lui montre sur lui, sur nous, sur dessin, et il sait nous les montrer à la demande. Lors de cette activité, un vibreur, une brosse sensorielle, et un flacon de talc sont à disposition pour que des stimu-

lations sensorielles soient proposées en correspondance avec la nomination des parties du corps, dans l'objectif de l'intégration de la représentation corporelle. Malone s'approprie bien cette activité. Nous essayons de mêler de l'interaction en lui proposant d'échanger les rôles, que ce soit lui qui nous passe la brosse ou le vibreur sur notre corps. Il accepte la proposition mais sur un temps très court, il ne semble pas à l'aise dans ces moments-là.

Des parcours psychomoteurs sont régulièrement mis en place pour travailler les coordinations et la motricité générale. Nous utilisons le trampoline, des haies, des plots, des cerceaux, des tablettes sensorielles (*cf annexe 5*), des matelas pour les roulades, ... Durant la construction des parcours, on tente de faire attendre Malone assis sur le banc, s'il demande une étape particulière dans le parcours, on l'y insère, cela crée de la coopération. Le tour de rôle et la demande d'aide sont également abordés. Nous faisons le parcours chacun notre tour et les autres doivent attendre sur le banc en attendant, Malone s'est bien saisi de cela puisqu'il dit le prénom de la personne au moment où c'est à elle d'effectuer le parcours. En ce qui concerne la demande d'aide, c'est plus compliqué pour Malone, nous essayons de l'induire lorsqu'il est dans le parcours en restant de côté sans l'aider directement, mais il préfère abandonner ou attendre plutôt que nous interpeler ; nous mettons à disposition le pictogramme « AIDE » , mais il ne s'en sert pas si on ne le guide pas.

En ce qui concerne la communication verbale, Malone ne fait pas de phrase mais peut utiliser des mots pour exprimer ses besoins et envies. Il connaît un lexique de mots assez important notamment concernant les lettres et les nombres, il connaît également énormément de capitales correspondant à leur pays, tout ceci fait partie de ses intérêts restreints, et il excelle dans ces domaines.

Il peut se servir du langage verbal pour être en relation. Lors d'une activité de balancements et d'équilibre sur un gros ballon, par exemple, je chante la comptine « Bateau sur l'eau » , Malone m'accompagne dans le chant et me redemande à plusieurs reprises durant la séance « bateau » pour recommencer cette activité.

Pour citer un autre exemple, alors que nous faisons un retour au calme sur tapis, Malone a pu me signifier qu'il en avait marre en me disant « chaussures » et « temps libre » , sous-entendu « Je veux remettre mes chaussures et quitter la séance pour aller dans la salle de temps libre » .

Pour la communication non-verbale, il est compliqué de capter le regard de Malone. Toutefois, nous avons pu avoir des échanges non-verbaux à plusieurs reprises.

Lors d'un parcours psychomoteur, Malone a dévié la fonctionnalité du trampoline en regardant dessous puis dessus, focalisé par la toile, je mets alors ma main sous le trampoline en grattant la toile, cela l'intrigue et il m'imité, puis s'en suit un jeu de « coucou-cacher » entre le dessous et le dessus du trampoline.

Il est également capable de communiquer en mettant en jeu son corps par le dialogue tonico-émotionnel ainsi que l'expression corporelle. A la fin d'une séance, nous étions sur le tapis, Malone s'est assis, dos à moi en faisant le dos rond, intriguée, je passe ma main en le tapotant, je sens son dos s'arrondir encore plus et se durcir, semblable à une carapace, je propose alors des tapotements un peu plus fort le long de sa colonne vertébrale, et son tonus semble s'ajuster à ce moment-là.

A une autre reprise, et selon la même configuration, nous étions sur le tapis et Malone s'est assis devant moi en se balançant et en gémissant, je lui propose alors de se mettre entre mes jambes, en lui proposant un appui pour son dos avec mon torse, et je me cale sur ses balancements, en me balançant au même rythme, cela semble l'apaiser.

Ce jeune garçon peut manifester son plaisir par des sourires, cependant les émotions semblent être complexes à gérer pour lui. En effet, il peut passer du rire aux larmes en une fraction de seconde, ma maître de stage et moi nous questionnons sur leurs significations. Les rires peuvent être présents dans des moments de plaisir mais ils sont également récurrents à la suite de pleurs. Une situation illustrant ce rapport atypique aux émotions est un moment où Malone arrête d'un coup de faire du toboggan, il semble avoir peur puis se met à pleurer. La psychomotricienne lui montre une roue des émotions (*cf annexe 1*) en plaçant la flèche sur la peur, il dit « oui » puis place la flèche sur « content » en continuant de pleurer.

Au bout de ces trois mois d'accompagnement, d'autres objectifs de travail ont émergé tels que la poursuite oculaire, les coordinations oculo-manuelles, et le repérage spatial.

Pour les coordinations oculo-manuelles, la psychomotricienne met en place un jeu qui consiste à sauter sur le trampoline pour taper avec sa main dans une balle tenue en hauteur par un fil accroché au plafond. Pour Malone, il est compliqué de diriger son regard vers l'action qu'il est en train de produire, il saute la main en l'air sans regarder où est la balle. Je lui propose de l'aide en le portant pour qu'il puisse avoir le regard au même ni-

veau que la balle, lorsque je le repose au sol, il dit « Lia » en me montrant le trampoline, il utilise alors le pointage et l'attention conjointe pour me demander de le faire à mon tour.

Concernant le repérage spatial, ma maître de stage propose des parcours psychomoteurs avec panneaux de signalisations. On place donc des haies, des plots, etc, et sur chaque obstacle on accroche une image avec une flèche qui montre « dessus », « dessous », « à gauche » ou « à droite ». Malone ne se saisit pas des indications topologiques en images et n'effectue le parcours qu'avec une guidance physique.

La poursuite oculaire a été sollicitée à travers trois activités différentes. L'une consistant à laisser rouler une balle depuis le haut du toboggan pour que Malone l'attrape en bas. Dès que la balle arrive à son niveau, il tourne la tête et semble avoir peur, ou peut-être a-t-il un trouble de la vision.

Pour le second atelier, nous écrivons des lettres et des chiffres sur le tableau que Malone nous lit, ensuite nous plongeons la salle dans le noir, puis nous nous asseyons face au tableau. La psychomotricienne éclaire le tableau avec une lampe torche en visant une lettre ou un numéro, Malone comprend vite le principe et lit ce que montre la lampe à chaque fois avec un grand sourire. Puis c'est à lui d'orienter la lampe vers les symboles, ce qui s'avère un peu plus difficile.

Ces activités ont eu des effets bénéfiques puisque lors du troisième atelier au cours duquel nous faisons des échanges de balle, nous pouvons remarquer que Malone a progressé, il fait des aller-retours avec son regard entre la balle et moi, et il tourne moins la tête au moment où la balle arrive sur lui ; le lancer est bon. Les progrès sont d'autant plus grands lorsque l'on sait à quel point un jeu de balle est une suite d'actes très complexes. En effet, selon Catherine Potel, psychomotricienne, « Il faut regarder, recevoir, coordonner ses mains et son regard, lancer avec une force maîtrisée. Enfin adresser son geste à quelqu'un, dans un mouvement fluide qui exige une concordance rythmique, un accordage de geste, (...) de mesures (spatiales et temporelles). » [66]

En ce qui concerne les difficultés concernant la gestion des émotions de Malone, les confusions continuent, mais s'ajoutent à cela des moments où il crie, pleure, et pousse. Cela se produit lorsque Malone semble frustré et dans l'incompréhension, il s'agit peut-

être d'une meilleure expression des émotions puisque dans ces cas-là, la colère est bel-et-bien affirmée.

Au niveau de la communication, je peux voir plus de regards adressés.

Durant une séance que je dirige seule avec Malone, nous faisons un « réveil du corps » . Il peut me montrer qu'il veut que je le masse en poussant le vibreur et la brosse et en me donnant le talc, je masse donc les parties du corps que l'on nomme et que l'on montre, puis il me regarde en disant « Lia » et en me prenant la main. A ce moment-là, Malone me verse de la poudre sur la main et commence à me masser. Il a pu me communiquer ce qu'il voulait faire grâce au toucher ainsi qu'à une action partagée au sein de laquelle la relation patient-thérapeute était pleinement exploitée.

J'ai pu utiliser l'imitation lors d'un atelier pâte à modeler au cours duquel Malone s'isolait pour entrer en communication avec lui. Il était en train de couper des morceaux de pâte, j'ai donc fait pareil puis j'ai formé des boules avec, cela l'a intéressé, il a fait de même, puis j'ai commencé à écraser une boule, et Malone s'est mis à m'imiter à son tour.

5) Evolution

Le travail est poursuivi au niveau de la poursuite oculaire, et du repérage spatial, nous avons pu proposer le jeu du Lynx à Malone, qui consiste à retrouver un personnage ou un objet sur un plateau de jeu parmi un grand nombre d'autres personnages et objets.

Concernant la labilité des émotions de ce jeune garçon, nous avons pu assister à d'autres épisodes où il passait du rire aux larmes, un travail sur la gestion des émotions me paraît donc envisageable.

La représentation corporelle est certainement à revoir, car lors d'une séance, Malone s'est vu dans le miroir de la salle, il s'en est approché et a commencé à s'agiter énormément, s'en est suivi des danses, et chants, totalement désorganisés avec d'importantes décharges motrices. D'après Anne-Marie Latour, psychomotricienne, lorsqu'un sujet TSA se retrouve dans une telle situation de fascination face au miroir, il est important de cacher le miroir car cela signifie qu'il n'a pas conscience qu'il s'agit de son reflet en face et qu'il n'est pas prêt à le comprendre, ni à l'imaginer.

En analysant toutes les séances passées auprès de Malone, j'ai pu remarquer que ce jeune garçon se saisissait mieux de la communication non-verbale que de la communication verbale. Par exemple, lors de ma dernière rencontre avec lui, je lui demande d'enlever ses chaussures, il me crie « non non non », je lui montre alors un pictogramme représentant les chaussures, il continue de crier, donc je me mets plus loin sur le banc et j'enlève mes chaussures, puis Malone me regarde et enlève les siennes à son tour. Cette situation me donne à penser que Malone n'avait pas compris ma demande, et que par imitation, il a pu répondre à la consigne. L'imitation fait d'ailleurs partie de ses points forts, lorsque nous lui présentons une activité et que nous la lui montrons une fois, il est capable de nous observer puis de reproduire. J'utilise d'ailleurs ce mode de communication préférentiellement avec Malone car il est plus en capacité de comprendre une consigne par démonstration que par explication verbale.

Même s'il comprend et utilise le langage non-verbal, cela peut le pousser à s'enfermer là-dedans, par exemple, lors d'une séance où la psychomotricienne propose à Malone de faire du vélo, c'est elle qui fait la démonstration, puis elle demande ensuite « c'est à qui de faire du vélo ? », il répond « Lia », j'y vais donc à mon tour, puis c'est à lui, ... Mais Malone s'enferme dans le tour de rôle et ne supporte plus que quelqu'un passe son tour et refuse de continuer l'activité, il plonge dans une rigidité, caractéristique des Troubles du Spectre de l'Autisme.

Pour conclure sur la communication, Malone a progressé tout au long de l'année, il y a beaucoup plus de regards, d'échanges, et de partage, préférentiellement non verbaux. Même si ce jeune garçon préfère évoluer dans son environnement sur des versants cognitif et sensoriel, il est en capacité de mettre à profit le versant relationnel.

Conclusion

En exposant le développement de la communication non-verbale chez l'enfant, puis en présentant ce qu'est un trouble du spectre de l'autisme, et finalement en démontrant que ces deux sujets étaient liés à la psychomotricité, j'ai voulu montrer que, selon moi, la communication non-verbale tient une place primordiale au sein de la relation unissant un psychomotricien et un patient ayant un TSA.

En effet, en psychomotricité, nous employons le langage non-verbal dès le bilan psychomoteur et tout au long de l'accompagnement d'un patient. Cela passe par la démonstration physique des consignes, par l'analyse des signaux non-verbaux qu'envoient le patient, par le dialogue tonico-émotionnel dont nous sommes les spécialistes, ainsi que par toutes les médiations que nous pouvons utiliser qui convoquent imitation, toucher, expression corporelle, partage, ...

La communication non-verbale est utilisée en psychomotricité et les psychomotriciens sont en capacité de travailler pour la faire émerger, et de s'en servir pour accompagner le patient. Elle est donc, selon moi, à la fois un objectif et un moyen pour la psychomotricité.

Lors de mon stage auprès d'enfants TSA, j'ai pu voir l'importance de la communication non-verbale au sein de la relation, mais également l'importance de la psychomotricité dans le développement et l'utilisation de la communication non-verbale. Je me suis servie du langage non-verbal pour communiquer avec les enfants, nous avons eu recours au dialogue tonico-émotionnel pour se comprendre, des moments de partage ont eu lieu par le toucher, et j'ai pu remarquer l'évolution des sujets TSA tout au long de l'année, de plus je pense pouvoir affirmer que les moments en psychomotricité tels que les échanges autour d'éveils sensoriels, durant les parcours psychomoteurs, ou encore au cours de l'atelier « imitation-rythme » ont permis aux enfants que j'ai accompagnés de trouver de nouvelles voies d'échange ou d'en approfondir certaines via la communication non-verbale.

Bibliographie

- [1] ABRAHAMIAN GHESLAGH Sevana (2017) - « Imite, assimile, et ensuite innove... » : réflexion sur l'utilisation de l'imitation pour entrer en relation avec l'enfant porteur d'autisme - *Mémoire de psychomotricité*
- [2] ALBARET Jean-Michel, GIROMINI Françoise, SCIALOM Philippe (2011) - Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 1 - Concepts fondamentaux - Solal Eds
- [3] ALBARET Jean-Michel, GIROMINI Françoise, SCIALOM Philippe (2015) - Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 2 - Méthodes et techniques - Solal Eds
- [4] ALBARET Jean-Michel, GIROMINI Françoise, SCIALOM Philippe (2015) - Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 3 - Clinique et thérapeutiques - Solal Eds
- [5] AUBINEAU Louise-Hélène, VANDROMME Luc, LE DRIANT Barbara (2015) - L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations - *L'Année psychologique*, pp. 141-174
- [6] AUZIAS Marguerite (1993) - Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon - *Henri Wallon parmi nous* - Puf, pp. 93-99
- [7] BAGHDADLI Amaria (2004) - Revue générale des programmes, méthodes et techniques de prise en charge des personnes atteintes d'autisme ou de troubles apparentés - *Autisme et Communication* - Masson, pp. 63-72
- [8] BALLOUARD Christian (2011) - L'Aide-mémoire de psychomotricité - Dunod
- [9] BARTHELEMY Catherine, BATAILLE-JALLET Magalie, BLANC Romuald, CARTEAU-MARTIN Isabelle, DANSART Pascale, HAMEURY Laurence, MAHE Catherine, MALVY Joëlle (2011) - Communication sociale chez les enfants avec autisme - *Contraste* - Erès, pp. 255-270

- [10] BENDIOUIS Sarah (2015) - Imitation et communication chez le jeune enfant avec autisme - *Mémoire de psychomotricité*
- [11] BERTHOZ Alain (2008) - L'échange par le regard - *Enfances & Psy*, pp. 33-49
- [12] BILLIE Delphine (2014) - La communication en maison d'accueil spécialisée : auprès des personnes souffrant de polyhandicap - *Mémoire de psychomotricité*
- [13] BOEKHOLT Monika, DES LIGNERIS Josette (2003) - Le narcissisme chez l'enfant : modalités normales et pathologiques - *Psychologie clinique et projective*, pp. 95-116
- [14] BOURGERON Thomas, LEBOYER Marion (1999) - Les bases génétiques de l'autisme - *Cerveau & Psycho N°4*
- [15] BOUTINAUD Jérôme (2013) - Psychomotricité, Psychoses, et Autismes Infantiles - *In Press*
- [16] BRUNSCHWIG Hélène (2001) - Transfert et contre-transfert, deux leviers solitaires et puissants du travail analytique - *Imaginaire & Inconscient*, pp. 91-100
- [17] BRUNSTEIN Carla, TIELLET NUNES Maria Lucia (2003) - Attention visuelle et interaction mère/bébé : signaux précoces de la capacité à voir le monde - *La psychiatrie de l'enfant* - *Puf*, pp. 549-577
- [18] CLUZEAU Pauline (2014) - Sur les chemins de la relation patient-psychomotricien : éléments de réflexion sur la genèse et les fondements de la relation thérapeutique - *Mémoire de psychomotricité*
- [19] DELION Pierre, JOLY Fabien (2016) - L'enfant autiste et son corps - *In press*
- [20] DESOBEAU Françoise (2008) - Thérapie psychomotrice avec l'enfant - *Erès*
- [21] DIATKINE Gilbert (2001) - Angoisse de séparation et angoisse de morcellement - *Revue française de psychanalyse*, pp. 395-408

- [22] FRAISSE Charlotte (2015) - Toi, Moi, Nous... Vers une relation thérapeutique en psychomotricité - *Mémoire de psychomotricité*
- [23] GATECEL Anne (2009) - Psychosomatique relationnelle et psychomotricité - *Heures de France*
- [24] GEPNER Bruno, TARDIF Carole (2009) - Particularités de traitement des informations sensorielles dynamiques chez les personnes présentant des désordres du spectre autistique - *Le Bulletin scientifique de l'arapi*
- [25] GOLSE Bernard (2011) - Des sens au sens : La place de la sensorialité dans le cours du développement - *Spirale*, pp. 95-108
- [26] GOLSE Bernard (2014) - Les débuts de la communication au regard du programme de recherche dit « pile » (Programme international pour le langage de l'enfant) - *Contraste - Erès*, pp. 69-97
- [27] GUERINI Caroline, NADEL Jacqueline, RIVET Chantal (1996) - L'imitation, format évolutif de communication - *Puf*, pp. 26-34
- [28] GUILFORD, O'SULLIVAN (1978) - Test d'intelligence sociale - *ECPA*
- [29] <https://allianceautiste.org/wp/distinction-paa-pna/>
- [30] <https://femmesautistesfrancophones.com/2018/07/26/sexe-ratio-de-lautisme-explicative/>
- [31] <https://www.abaautisme.org/menupresentation/methodeaba>
- [32] <https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-le-sixieme-sens-et-le-septieme-le-huitieme-le-neuvieme-12566.html>

- [33] <https://www.bloghoptoys.fr/troubles-de-la-modulation-sensorielle-et-psychomotricite>
- [34] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent__recommandations.pdf
- [35] https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000693097&page=Courante=06716
- [36] <https://www.participe-autisme.be/go/fr/comprendre-l-autisme/qu-est-ce-que-l-autisme/autisme-de-linterieur/autisme-et-communication.cfm>
- [37] <https://www.pecs-france.fr/pecs.php>
- [38] <https://www.psychologies.com/Moi/Se-connaître/Personnalité/Articles-et-Dossiers/Tout-ce-que-nous-dit-notre-sourire/Le-sourire-vient-de-l-interieur>
- [39] <https://www.psychologie-sociale.com/index.php/fr/dossiers-de-lecture/30-la-proxemie>
- [40] https://www.researchgate.net/publication/292986789_Les_interactions_precoces_dialectique_de_lattachement_et_de_lexploration
- [41] https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/autisme-un-spray-nasal-a-l-ocytocine-prometteur_29681
- [42] <http://autisme.tv5monde.com/portfolio/comportements-atypiques/>
- [43] <http://comprendrelautisme.com/lautisme/les-signes-de-lautisme/>
- [44] <http://comprendrelautisme.com/le-fonctionnement/la-communication-et-les-interactions-sociales/>

- [45] <http://guide-psycho.com/accueil/psychomotricite/5-les-mediations-en-psychomotricite/>
- [46] http://lara.inist.fr/bitstream/handle/2332/1323/INSERM_psycho_part2.pdf?sequence=3
- [47] <http://les-tribulations-dune-aspergirl.com/2017/10/17/routines-rituels-habitudes-dans-le-syndrome-dasperger/>
- [48] http://proaidautisme.org/wp-content/uploads/2014/04/Changes_to_DSM5_FR.pdf
- [49] <http://snup.fr/la-profession/definition-du-metier-de-psychomotricien/>
- [50] <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.3.4.html>
- [51] <http://www.cnrtl.fr/>
- [52] <http://www.craif.org/6-generalites.html>
- [53] http://www.cterrier.com/cours/communication/60_non_verbal.pdf
- [54] <http://www.egalited.org/Orthophonie.html>
- [55] http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/II-1_Com_Non_Verbale.pdf
- [56] <http://www.le-guide-des-relations.com/2011/04/le-regard-dans-la-communication/>
- [57] <http://www.makaton.fr/article/quest-ce-que-le-makaton.html>
- [58] http://www.psychomotricite-rennes.com/?page_id=169

- [59] <http://ww2.ac-poitiers.fr/dsden86-pedagogie/spip.php?article1498>
- [60] LAWSON Wendy (2011) - Comprendre et accompagner la personne autiste - *Dunod*, pp. 20-22
- [61] LESAGE Benoît (2012) - Toucher : du tabou au cadre in Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structures, étayage, mouvement et relation - *Erès*, pp. 243-252
- [62] LOCARDEL Mélanie (2017) - Intérêts de l'imitation dans la prise en charge psychomotrice auprès d'enfants autistes - *Mémoire de psychomotricité*
- [63] MAFFRE Thierry, PERRIN Julien (2013) - Autisme et psychomotricité - *Eds*
- [64] MOTTRON Laurent - Interview vidéo sur « La pensée autistique » (<https://www-dailymotion.com/video/x3aqa1f>)
- [65] NADEL Jacqueline (1999) - Imitation et autisme - *Cerveau & Psycho n°4*
- [66] POTEL Catherine, SAINT-CAST Alexandrine (2013) - Interview « Passer par l'acte psychomoteur » - *Enfances & Psy*, pp. 20-31
- [67] PRAYEZ Pascal, SAVATOFSKI Joël (2017) - Le toucher apprivoisé - *Lamarre*
- [68] SAMI-ALI Mahmoud (2012) - La psychomotricité relationnelle - *EDP Sciences*
- [69] SARDA Jacqueline (2002) - Le toucher en thérapie psychomotrice - *Enfances & Psy*, pp. 86-95
- [70] WINNICOTT Donald (2006) - La mère suffisamment bonne - *Petite Bibliothèque Payot*

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	2
AVANT-PROPOS.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
I. La communication non verbale dans le développement de l'enfant.....	8
A) La maturation sensorielle.....	8
B) Les interactions précoces.....	9
1) Les apports de Winnicott.....	10
2) Le dialogue tonico-émotionnel.....	10
3) Le regard.....	12
4) Le sourire.....	12
C) La communication non-verbale.....	13
1) Généralités sur la communication.....	13
2) Description de la communication non-verbale.....	14
a) Le regard.....	14
b) Les mimiques.....	15
c) La posture.....	16
d) Les gestes.....	16
e) L'attention conjointe.....	17
f) La proxémie.....	17
g) L'imitation.....	18
h) Le silence.....	19
i) La prosodie.....	20

II. Le TSA.....	21
A) L'histoire.....	21
B) L'étiologie.....	22
1) Facteur génétique.....	22
2) Facteur environnemental.....	23
C) Prévalence & sex ratio.....	24
D) Clinique de l'autisme.....	24
1) Troubles de la communication sociale.....	25
2) Comportements restreints et répétitifs.....	28
3) Sensoriel et perceptif.....	30
a) Sensoriel.....	30
b) Perceptif.....	35
E) Particularités dans le développement de la communication non-verbale chez un enfant TSA.....	38
F) Les différents types d'accompagnement.....	40
1) Accompagnement d'inspiration psycho-dynamique	40
2) La Thérapie d'Echange et de Développement.....	41
3) Accompagnement éducatif spécifique (le programme TEACCH).....	41
4) La méthode ABA.....	41
5) Le langage gestuel.....	42
6) Le PECS.....	42
7) Le système Makaton.....	43
III. Psychomotricité, TSA, et communication non-verbale.....	44
A) La psychomotricité.....	44
B) Des outils non-verbaux en psychomotricité.....	45

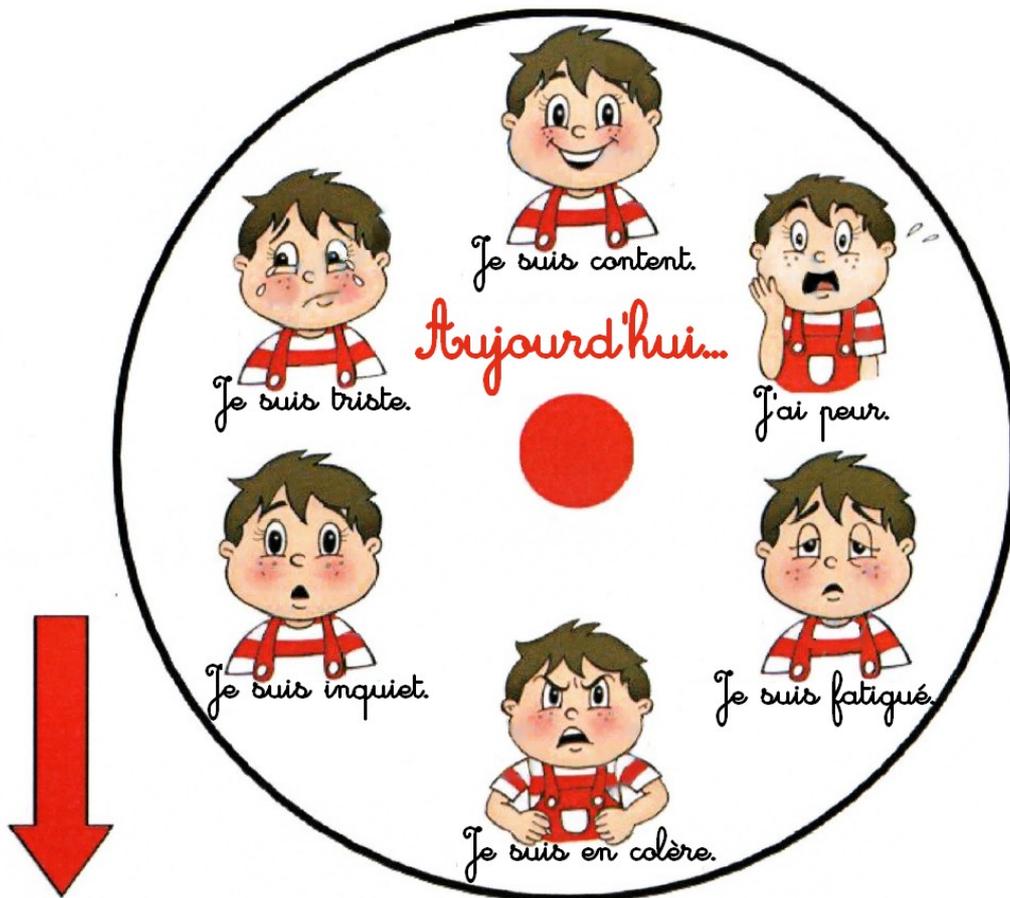
1) Le bilan psychomoteur : rencontre, premiers échanges non-verbaux.....	45
2) La relation thérapeutique.....	46
C) Les apports spécifiques de la psychomotricité auprès des sujets TSA.....	47
1) Le toucher.....	47
2) Le dialogue tonico-émotionnel.....	49
3) Limitation ; mise en pratique.....	50
4) L'action partagée.....	53
5) L'expression corporelle.....	54
D) La légitimité de la psychomotricité concernant la communication non-verbale..	55
IV. Rencontres.....	58
A) Présentation de la structure.....	58
B) Rencontre avec Andy.....	58
1) Premier contact.....	58
2) Anamnèse.....	59
3) Evaluation psychomotrice.....	61
4) Accompagnement en psychomotricité.....	66
5) Evolution.....	68
C) Rencontre avec Malone.....	70
1) Premier contact.....	70
2) Anamnèse.....	70
3) Bilan psychomoteur.....	72
a) Entretien avec la famille.....	72
b) Bilan psychomoteur.....	73
c) Profil de Dunn.....	74
4) Accompagnement en psychomotricité.....	74
5) Evolution.....	78
CONCLUSION.....	80

BIBLIOGRAPHIE.....81

ANNEXES.....91

Annexes

ANNEXE 1 :



ANNEXE 2 :

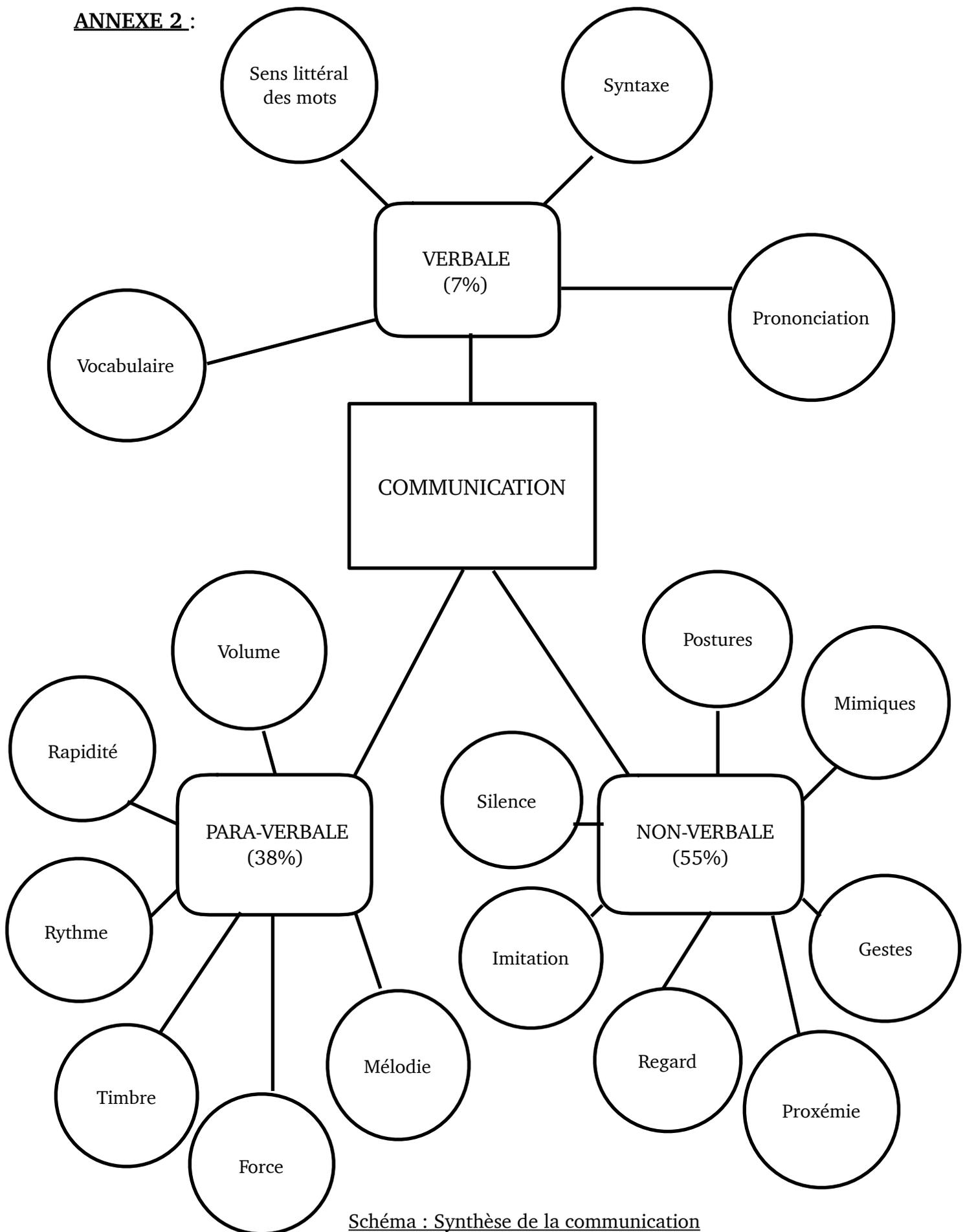


Schéma : Synthèse de la communication

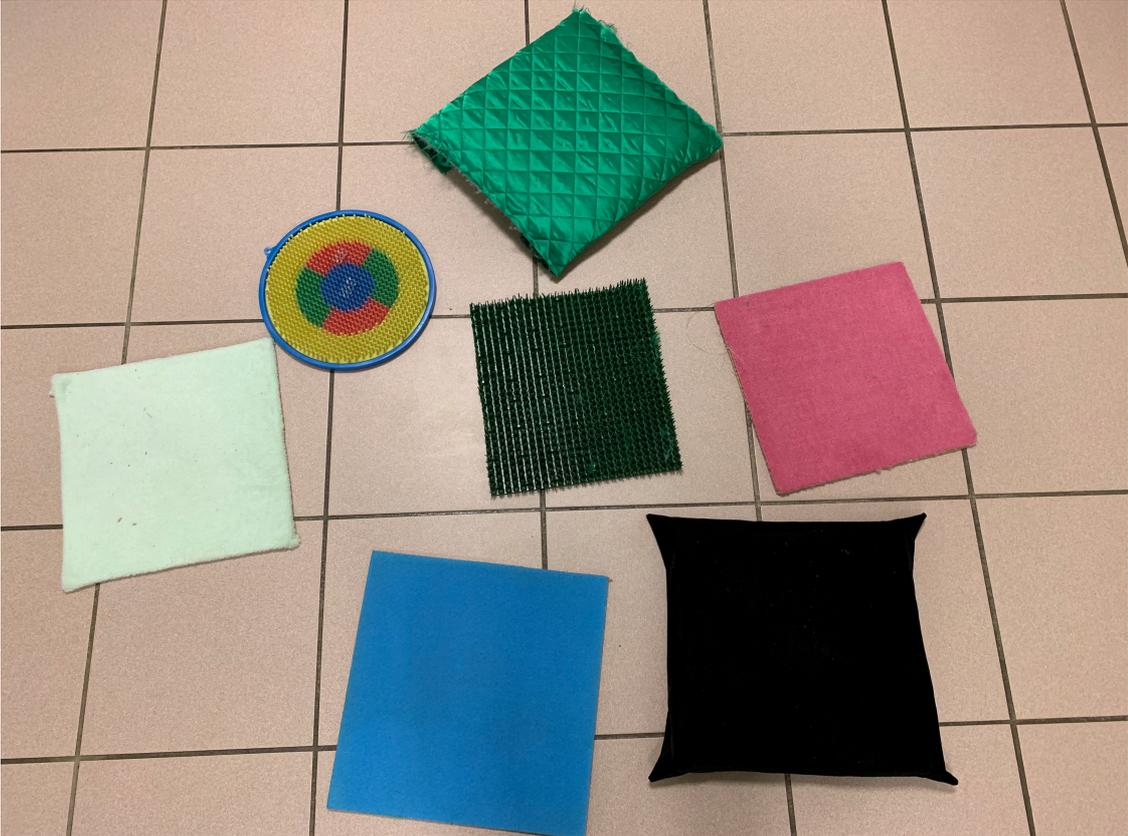
ANNEXE 3 :



ANNEXE 4 :



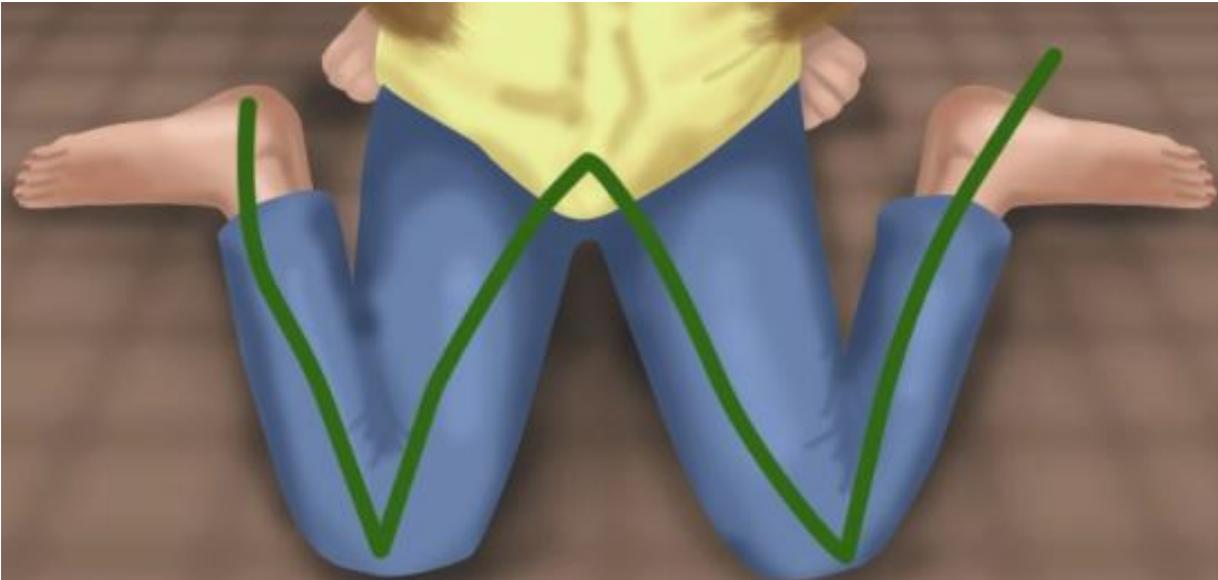
ANNEXE 5 :



ANNEXE 6 :



ANNEXE 7 :



ANNEXE 8 :

