



HAL
open science

Autour d'une prise en charge psychomotrice précoce du risque autistique : une approche sensori-motrice

Célia Loze

► **To cite this version:**

Célia Loze. Autour d'une prise en charge psychomotrice précoce du risque autistique : une approche sensori-motrice. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02274762

HAL Id: dumas-02274762

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02274762>

Submitted on 30 Aug 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.

AUTOUR D'UNE PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE PRÉCOCE DU RISQUE AUTISTIQUE

UNE APPROCHE SENSORI-MOTRICE

Mémoire présenté par Célia Loze
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord Caroline pour la supervision de ce mémoire, son écoute et sa disponibilité. Merci d'avoir éclairé mes réflexions aussi bien pour ce travail que durant mon année de stage.

Je remercie également Laurence, de m'avoir permis de faire la rencontre qui a inspiré ce travail. Merci de m'avoir fait découvrir toute la richesse de ton savoir clinique et théorique.

Merci aux équipes des institutions et aux patients, qui m'ont accueillie dans leurs établissements et donnée l'opportunité de forger ma pratique psychomotrice.

Merci à mes parents, pour m'avoir soutenue dans ce projet de formation. Merci pour votre foi inébranlable en ma réussite. Et à mon frère, merci d'être toi.

A ma famille, mes amis et proches, merci pour vos encouragements et votre bienveillance.

A tous, un grand merci.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
PARTIE CLINIQUE	3
L'INSTITUTION	3
I. L'unité mobile	3
II. Les indications et modalités de prise en charge	4
III. La place de la psychomotricité	5
IV. Ma place de stagiaire	5
RENCONTRE AVEC LENA ET SA MAMAN.....	7
I. Anamnèse.....	7
II. Examens médicaux et prises en charges	8
III. Le bilan sensori-moteur	10
IV. Prise en charge psychomotrice	15
1- Première rencontre.....	15
2- Lena au cours de son 6ème mois.....	17
3- Lena au cours de son 7ème mois.....	21
4- Lena au cours de son 8ème mois.....	24
ECLAIRAGE THEORIQUE.....	30
LE DEVELOPPEMENT SENSORI-MOTEUR.....	30
I. Le rôle des flux sensoriels :	31
II. La place des fonctions visuelles :	33
III. Les espaces du développement	34
1- L'espace utérin	34
2- L'espace de la pesanteur	35
3- L'espace oral	36
4- L'espace du buste.....	37
5- L'espace du torse.....	38
6- L'espace du corps.....	39
IV. La régulation tonico-postural	40
V. La niche écologique et l'équilibre sensori-tonique	41

LES CONSEQUENCES DU REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN	43
I. Le reflux gastro-oesophagien	43
II. Douleur et tonicité.....	44
III. Une vision sensori-motrice de la douleur	46
INTERACTIONS PRECOCES	48
I. Interactions comportementales	49
1- Interactions visuelles.....	49
2- Interactions vocales	50
3- Interactions corporelles.....	51
II. Interactions affectives	52
III. Interactions fantasmatiques.....	54
IV. L'attachement	55
L'INTERET D'UNE PRISE EN CHARGE SENSORI-MOTRICE PRECOCE DANS L'ACCOMPAGNEMENT D'UN BEBE A RISQUE AUTISTIQUE ET DE SA MERE.....	56
APPROCHE DES PARTICULARITES SENSORI-MOTRICES DE LENA ...	56
I. La régulation tonique	57
II. Intégration sensorielle	60
III. Maîtrise des espaces	63
LES EFFETS DE L'APPROCHE SENSORI-MOTRICE SUR LES INTERAC- TIONS MERE-BEBE	68
LE DEPISTAGE PRECOCE DU RISQUE AUTISTIQUE	70
I. Actualité sur le diagnostic de l'autisme et le dépistage précoce	70
II. Diagnostic différentiel	73
III. La place de la psychomotricité dans le dépistage précoce	74
CONCLUSION.....	77
BIBLIOGRAPHIE	79
Annexe I	82
ANNEXE II.....	84
ANNEXE III.....	85

« Le mal, disent les médecins,
est au commencement facile à guérir
et difficile à connaître,
mais avec le progrès du temps,
quand on ne l'a pas d'abord reconnue et soigné,
devient facile à connaître et difficile à guérir. »

Machiavel, *Le Prince*
Paris, Flammarion, 1992, p.77

INTRODUCTION

Au fil des stages que j'ai exercé ces trois dernières années, mon engouement pour la clinique du tout-petit s'est rapidement dessiné. C'est en particulier à l'occasion de mon stage long de troisième année à L'unité Mobile Mère-Enfant que j'ai découvert la prise en charge précoce et ses bienfaits sur le développement des enfants reçus. Cette année m'a également permis d'appréhender le Bilan sensori-moteur d'André Bullinger et son approche sensori-motrice auprès de divers enfants. En effet, la psychomotricienne, formée à cette méthode, l'applique beaucoup lors des séances. Les propositions de A. Bullinger concernant l'observation du développement de l'enfant et les moyens d'actions qu'il propose me sont apparus d'une grande richesse dans ce contexte de prise en charge précoce.

Ma rencontre avec Lena m'a confronté pour la première fois au sujet du dépistage précoce de l'autisme et du risque autistique, ainsi que de sa prise en charge. J'y ai immédiatement porté un grand intérêt. La vision de A. Bullinger concernant le risque autistique a rapidement éclairée et enrichie mes observations et questionnements autour de la prise en charge de Lena.

Il faut également savoir que lors de cette troisième année, j'ai réalisé un second stage long en Centre Médico Psychologique Pédagogique. Je me suis surprise à observer des similitudes concernant les particularités sensori-motrices de certains enfants diagnostiqués autistes et celles de Lena. Ces enfants entre quatre et sept ans, n'ont été pris en charge qu'après leur entrée dans le système scolaire. Face à ces prises en charge tardives, différentes questions me sont venues en tête.

Ces enfants ont-ils présenté des signes précoces de risque autistique ?

Et si oui, pourquoi ces signes n'ont-ils pas entraîné un dépistage et une prise en charge plus précoce ?

Une prise en charge précoce, avec une approche sensori-motrice, pourrait-elle diminuer voire corriger ces particularités de conduites avant qu'elles ne s'installent ?

Je souhaite ici apporter un témoignage au sujet de la thérapie psychomotrice d'un nourrisson, Lena, présentant un risque autistique. Cette plongée au cœur d'une prise en charge précoce sera associée à une analyse de l'intérêt de l'approche sensori-motrice tant au niveau de l'enfant que de la relation mère-bébé.

Après avoir retracé le début du suivi en psychomotricité de Lena et sa maman, nous essaierons, à la lumière de la théorie, de comprendre les difficultés de développement que rencontre la petite fille et le fonctionnement de cette dyade. Nous exposerons tout d'abord le développement de l'enfant tel qu'il est décrit par A.Bullinger. Nous nous pencherons ensuite sur le reflux gastro-oesophagien de Lena et les conséquences qu'il peut avoir sur les sphères psychomotrice et relationnelle. Enfin nous parlerons des interactions précoces qui s'installent entre parents et enfants.

Nous réfléchirons ensuite sur l'intérêt de l'approche sensori-motrice du risque autistique au travers de la prise en charge de Lena et de sa maman. Nous parlerons de ses progrès mais également de la persistance des ses fragilités. Enfin, au vu de l'actualité, nous parlerons des moyens mis en place pour le dépistage précoce du risque autistique et comment le psychomotricien y trouve sa place.

PARTIE CLINIQUE

L'INSTITUTION

I. L'unité mobile

J'ai réalisé un de mes stages de troisième année dans une unité mobile de psychiatrie périnatale. Cette unité qui existe depuis une quinzaine d'année s'adresse aux femmes enceintes, aux futurs pères ainsi qu'aux familles ayant un enfant de moins de trois ans lors de la première rencontre. L'intervention se réalise le plus précocement possible, en pré et post-natal, à domicile (ou substitut de domicile) et/ou sur place. L'unité se compose d'une équipe pluridisciplinaire : pédopsychiatre, psychologues, éducateurs, infirmières, cadre de santé, assistante sociale, secrétaire et psychomotricienne.

La spécificité de l'unité mobile, comme son nom l'indique, est de se déplacer pour les soins. La notion « d'aller vers » supporte le travail qui est réalisé ici. La clinique de la non demande est très présente au sein de l'unité; la question de la mobilité et de la disponibilité en est d'autant plus importante.

Du fait de cette mobilité le champs d'action de l'unité mobile est sectorisé. Néanmoins, les familles pouvant être amenées à déménager (notamment les familles logées dans des hôtels sociaux), le suivi par l'unité mobile peut continuer malgré tout.

Les références psycho-dynamiques de l'unité mobile sont psychanalytiques systémiques et ethno-psychologiques. Chaque corps de métier et chaque professionnel porte sa singularité et ses appuis théoriques spécifiques tout en se rattachant à une pensée commune qui est continuellement remise au travail et élaborée en synthèse d'équipe.

II. Les indications et modalités de prise en charge

De manière générale les familles rencontrées à l'unité mobile sont en grandes difficultés psycho-sociales. Elles sont en situation de grande précarité et vulnérabilité psychique et/ou sociale avec plus ou moins d'exclusion. Cependant ce n'est pas une généralité, nous rencontrons également des familles d'un niveau social plus élevé et bien insérées. Bien que chaque situation soit unique nous pouvons repérer deux grandes catégories d'indications.

- Des situations avec un contexte somatique compliqué (pour le bébé ou la maman), auquel peuvent s'ajouter des difficultés d'ordre psychologique. Dans ce cas, formuler une demande et se déplacer vers le centre de soin s'avère parfois compliqué pour les familles. On peut citer un accouchement prématuré suivi d'une hospitalisation, des grossesses pathologiques...
- Des familles qui sont dans l'incapacité de pouvoir faire une demande de soins pour eux même et/ou accompagner leurs enfants aux soins pour des raisons pratiques et/ou psychiques. Il s'agit souvent de familles en situation de migration ou d'exil, logées la plupart du temps dans des hôtels sociaux et en grande précarité sociale et psychique. On rencontre également des mères présentant une pathologie psychiatrique.

Le travail de l'unité mobile s'inscrit dans un réseau comprenant divers partenaires : PMI, maternités, sages femmes libérales, crèches... C'est le professionnel qui connaît la famille qui porte la demande. Les membres de l'unité mobile ne rencontrent jamais les familles de prime abord. Ils rencontrent l'équipe qui connaît la famille en question et s'appuient sur le lien qui existe entre eux pour initier un suivi, en accord avec la famille. Lorsque l'indication a été faite et qu'une rencontre avec les partenaires concernés s'est réalisée, le choix de la prise en charge se fait en équipe selon les besoins de la famille.

Il peut s'agir :

- De visites à domicile régulières. Ces visites se font toujours à deux avec le consultant référent de la situation à l'unité mobile (pédopsychiatre ou psychologue) et un autre membre de l'équipe.
- De prises en charge individuelles, réalisées par un ou deux soignants. Ce sont des prises en charge mère/bébé ou un soin spécifique (dont la prise en charge psychomotrice) pour l'enfant qui peuvent se réaliser à domicile ou dans les locaux de l'unité.

- Des groupes thérapeutiques, souples et évolutifs qui peuvent se transformer en fonction des besoins. Par exemple lors de mon année de stage la demande a fait émerger un groupe d'ethno-cuisine rassemblant mère et enfant autour d'un repas préparé par leurs soins.
- Des groupes CATTP¹, de préventions, qui sont des lieux d'étayages où se rencontrent et échangent les familles.

III. La place de la psychomotricité

Une seule psychomotricienne travaille au sein de l'unité mobile. Elle intervient dans les différentes prises en charge présentées plus haut. Elle accompagne les consultants en visite à domicile et co-anime également divers groupes dont un groupe CATTP, un groupe de relaxation femme enceinte et le groupe d'ethno-cuisine.

Lorsque des collègues ou elle-même repèrent des difficultés dans le développement psychomoteur d'un enfant, il est alors adressé de façon plus particulière en psychomotricité afin de réaliser un bilan. La psychomotricienne étant formée à la méthode de A. Bullinger, il s'agit de bilans sensori-moteurs. Les bilans sensori-moteurs demandant beaucoup de matériel sont réalisés uniquement sur place. A la suite de ce bilan, elle décide ou non de mettre en place un suivi psychomoteur régulier, à domicile ou au sein des locaux, qui se réalise toujours en présence d'un ou des deux parents ; la maman la plupart du temps.

IV. Ma place de stagiaire

Durant mon stage j'ai accompagné la psychomotricienne dans ses prises en charges régulières au sein des locaux et à domicile. J'ai également pu assister aux consultations de certaines familles, suivies en psychomotricité, qui doivent se rendre ponctuellement à des rendez vous avec leur consultant de l'unité mobile.

¹ Centre d'activité thérapeutique à temps partiel

Les prises en charge au sein de l'unité, que j'ai suivies cette année, correspondaient davantage aux situations pour lesquelles la demande de soin et l'investissement des parents est présent. Après un temps d'observation et d'intégration des prises en charges déjà en cours, j'ai pu rapidement participer de façon active aux séances, la psychomotricienne mettant à profit ma présence. De plus j'ai eu l'occasion de filmer plusieurs bilans sensori-moteurs.

J'ai pu aborder les prises en charges à domicile, pour une situation, dans un contexte de grande précarité : il s'agissait d'une famille vivant dans un hôtel social. Cette situation représentait d'avantage la clinique de la non demande, avec des parents n'investissant que peu la prise en charge et ne pouvant pas se déplacer du fait de la fragilité de leur bébé mais également d'un manque de moyens.

En ce qui concerne la prise en charge de Lena, que je vais vous présenter, j'ai été rapidement active lors des séances. La psychomotricienne m'a permis de participer aux différentes propositions qu'elle pouvait faire à la petite fille.

RENCONTRE AVEC LENA ET SA MAMAN

I. Anamnèse

Cette anamnèse s'étaye sur l'entretien effectué entre la maman et la psychomotricienne à la suite du bilan sensori-moteur de Lena. Lors de cet entretien la petite fille a 3 mois et 3 semaines. Lena est grande pour son âge, elle a de longs et épais cheveux noirs. Elle est la 4^{ème} enfant d'une fratrie de quatre. Ses frères aînés ont 9 ans, 7 ans et 18 mois. Le second de ses frères est suivi en psychomotricité (notamment pour un travail autour de la motricité fine) et en orthophonie en libéral.

Lena est née deux semaines et demi avant terme dans la maternité où sont nés les aînés. L'accouchement s'est fait par césarienne programmée, Madame ayant eu une déchirure complète lors de son précédent accouchement 14 mois plus tôt.

Lena pèse 3kg 350 à la naissance et mesure 49cm.

L'Apgar est de 6 à 1 minute et de 7 à 5 minutes, et de 10 à 10 minutes.

Lena est nourrie au biberon, elle mange bien d'après la maman. Elle a de nombreuses régurgitations et a un traitement par Inexium depuis un mois. Les parents ont constaté une évolution positive depuis le début du traitement : Lena semble « avoir moins mal au ventre » et être moins douloureuse « quand ça remonte ». Cependant, la maman continue d'observer des reflux 4h après le biberon et donc au moment de la prise du suivant.

Lena dort bien, elle fait ses nuits de 22h à 5h du matin et fait de longues siestes dans la journée.

Aux alentours de ses deux mois, la maman s'est inquiétée car Lena ne les regardait pas, elle et les membres de la famille, ni les objets qu'ils lui présentaient. Le pédiatre a parlé d'un bilan neuro- visuel mais cela n'a pourtant pas suffi à rassurer cette maman qui a entamée des recherches sur internet. Celles-ci ont abouti à une consultation chez une psychanalyste spécialisée, docteur en psychologie clinique. C'est cette même clinicienne qui dirigera Madame vers l'unité mobile. Un bilan sensori-moteur est ainsi demandé par le médecin référent de la situation à l'unité, afin de faire le point sur les compétences de Lena, très tonique et pour qui les parents s'interrogent sur le développement psychomoteur et relationnel.

II. Examens médicaux et prises en charges

Afin d'enrichir nos observations, d'avoir une vision globale des difficultés et des explorations engagées concernant Lena, il m'a semblé important de m'intéresser au divers examens médicaux et suivis la concernant.

L'inquiétude marquée des parents de Lena et les investigations de sa maman ont permis que se mette en place rapidement une prise en charge pluridisciplinaire et un suivi médical important. C'est notamment la psychanalyste qui suit la petite fille qui coordonne ce réseau de soin. Lena est suivie de façon hebdomadaire par cette psychanalyste, une ostéopathe et la psychomotricienne.

Au niveau médical, c'est le bilan neuro-visuel qui s'est avéré être prioritaire, au vu des grandes difficultés d'interactions visuelles de Lena. Cette dernière passera au cours de l'année, divers examens médicaux, le but étant de pouvoir visualiser un tableau clinique complet.

Un bilan neuro-visuel a été prescrit par la psychanalyste qui suit Lena dans le cadre d'un contact visuel difficile. Un premier bilan neuro-visuel est réalisé courant octobre, avant la réalisation du bilan sensori-moteur et sera succédé par plusieurs autres, à intervalles de deux mois environ. Afin d'avoir une idée de l'évolution de Lena nous parlerons des bilans d'octobre et de mars.

Bilan neuro-visuel d'octobre 2018 :

La présence d'un léger strabisme divergent à l'œil gauche est immédiatement remarquée. On observe également l'absence de clignement à la menace² au niveau des deux yeux. Au niveau oculomoteur la fixation centrale ne peut être obtenue que quelques secondes, Lena ne parvient pas à fixer la personne qui lui parle dans les yeux, bien que l'illumination du visage de son interlocuteur lui facilite la tâche. Elle peut poursuivre de droite à gauche un objet non lumineux mais la poursuite de haut en bas est difficile : Lena ne regarde pas en haut. Dans l'obscurité en revanche la fixation d'un point lumineux se

² Fermeture réflexe des paupières à l'approche brusque d'un objet ou d'une lumière vive.

fait dans tous le champ visuel mais la poursuite comprend de nombreuses pertes de cible.

En conclusion, Lena présente de bonnes habilités perceptives visuelles : elle est capable de détecter une cible dans tous son champ visuel, d'orienter son regard, et d'explorer visuellement l'espace qui l'entoure. On remarque que Lena fait preuve d'une plus grande capacité d'orientation visuelle pour des objets lumineux et/ou sonores. Suite à ce rendez vous des petits exercices ont été donnés aux parents afin qu'ils puissent aider leur petite fille dans ses capacités de fixation et de poursuite visuelle.

Bilan neuro-visuel de mars 2019 :

Une nette amélioration de sa capacité de fixation et du contact visuel est observé. La poursuite visuelle est également de meilleure qualité. La coordination visuo-motrice semble plus précise et Lena est capable d'attraper un objet non lumineux dans l'ensemble de son champ visuel. Une préférence pour la main droite est repérée. Ses capacités de communications au travers du pré-langage, du contact visuel et des sourires se développent.

Finalement les stimulations neurovisuelles réalisées à la maison ainsi que les prises en charges entamées semblent donner de bons résultats et sont à poursuivre.

IRM Encéphalique :

Cet IRM a été réalisé dans le cadre d'un « bilan d'un trouble du contact visuel chez un enfant de 8 mois dans un contexte de retard de développement ».

Il s'avère que la myélinisation est normale pour son âge, il n'y a aucune malformation apparente, et pas d'anomalies des voies visuelles antérieures.

L'IRM cérébrale et des vois visuelles est normale.

III. Le bilan sensori-moteur

Les perspectives développementale et instrumentale étudiées par A.Bullinger lui ont permis de mettre au point une nouvelle approche de la rencontre avec l'enfant et ses parents : le bilan sensori-moteur. Cet examen, malléable, permet aux professionnels de s'adapter au mieux à chaque enfant, aux ressources familiales ainsi qu'à celles de l'institution.

« La théorie et les outils, une fois maîtrisés, sont faits pour être dépassés. En ces matières, le sérieux scientifique est fondé sur la succession de petites hypothèse locales, mises en correspondance avec des situations d'observation suscitées par le matériel »³.
Il s'agit d'un ajustement constant de la part du clinicien.

La structure de ce bilan est standardisée. Dans la salle sont présents, l'enfant, les parents, accompagnés s'ils le souhaitent (par un proche, un thérapeute...), le clinicien, et le caméraman. Les parents sont informés au préalable que l'examen sera filmé et ont signé une autorisation. L'examen commence dès l'entrée des parents et de l'enfant dans la salle, le caméraman commence à filmer. L'anamnèse n'est faite qu'après le bilan, lors de l'entretien avec les parents.

Il s'agit d'un outil d'évaluation global visant à identifier des compétences motrices et sensorielles dans une perspective cognitive, émotionnelle et relationnelle. Par des mises en situations globales ou spécifiques, le bilan sensori-moteur permet d'explorer plusieurs domaines dont : l'organisation des systèmes sensori-moteur, l'organisation posturale, la régulation tonico-émotionnelle, l'oralité...

Le bilan de Lena est réalisé en octobre 2018; elle a 3 mois et 3 semaines. Dans la salle sont présentes sa maman, la psychomotricienne et une infirmière qui filme. Je ne suis pas présente ce jour, mais les films m'ont permis d'observer la totalité du bilan et d'en faire une observation.

³ A. Bullinger, Le développement sensori-moteur et ses avatars, Un parcours de recherche, Eres , 2004, 4ème de couverture.

Généralité et rythme pendant le bilan :

A son arrivée, Lena dort contre sa mère dans le porte bébé. Elle se réveille tranquillement quand elle est déshabillée. Dès le début du bilan, elle a un reflux et en aura de nombreux tout au long de la séance ; jusqu'à détremper son body. Mais elle ne montre pas de signes d'inconfort. Le bilan peut se faire sur une seule séance. En effet, Lena reste disponible pendant 1h15 : ce qui est très étonnant à son âge. Lena paraît observatrice et donne l'impression par moment que son regard balaye la salle mais il a du mal à se poser. Elle regarde l'adulte, furtivement mais ne vient pas chercher la relation.

Offrandes et échanges :

Pour cette situation, Lena est sur les genoux de sa maman et la psychomotricienne se place en face, sur une petite chaise de façon à ce que la petite fille soit plus haute qu'elle. La psychomotricienne « offre » à Lena des petits bâtonnets*⁴ en bois, un par un, en laissant du temps entre chaque offrande et en variant les localisations des présentations. Lena ne regarde pas les bâtonnets, ne les attrape pas. Elle ne présente aucun ajustement postural visant à attraper l'objet. Son regard a du mal à se poser ce qui retentit sur tout son corps.

La maman se demande à ce moment là si c'est à cause de son ventre de grossesse qui n'est pas parti que Lena n'arrive pas à se poser sur elle. Nous pouvons nous questionner sur une éventuelle culpabilité de cette maman face à cette sensation de ne pas offrir une assise confortable à sa fille dans ses bras.

Evaluation de la modalité tactile :

Toujours à l'aide des bâtonnets*, la psychomotricienne va observer la présence (ou non) d'irritabilités tactiles au niveau des membres et de la sphère orale.

Pour ce faire elle découvre d'abord les bras de Lena et fait glisser lentement la baguette en bois le long de ses deux avant bras. A droite, Lena regarde son bras et la psychomotricienne peut glisser la baguette jusqu'à la main qui la saisira : nous pouvons parler de préhension au contact. Du côté gauche, Lena garde la tête tournée à droite, et l'agitation est plus marquée, elle ne saisit pas la baguette. On observe des réactions de retrait et d'agitation corporelle, davantage présentes du côté gauche, ce qui laisse envisager des irritabilités tactiles au niveau des membres supérieurs. La psychomotricienne

⁴ A chaque astérisque, se reporter à l'annexe I, p78-79

réitère cette opération au niveau des jambes. On constate également une irritabilité avec un blocage de la respiration et des signes de tension au niveau du visage.

La stimulation péri-orale et orale est possible, à l'aide d'un coton tige. Le visage crispé de la petite fille et l'absence de fermeture des lèvres au contact du coton tige signalent une irritabilité au niveau oral.

Evaluation du système visuel :

Les observations portent sur la motricité oculaire, ses liens avec la posture et les coordinations visuo-manuelles. Les activités de poursuite d'une cible et l'exploration d'une image sont également observées.

Lena est toujours installée sur sa maman. A l'aide d'une lampe à fente* la psychomotricienne va mettre Lena en situation de poursuite lente. Elle part de l'extrême droite (ou gauche) et déplace lentement la lampe, en continue et sans attendre le regard de Lena, jusqu'à l'autre extrême du champs visuel. On observe de nombreuses ruptures, notamment au niveau médian, lorsqu'elle doit utiliser la vision focale. Elle utilise préférentiellement la vision périphérique pour revenir à l'objet.

Une mise en forme du corps sur un coussin d'allaitement rend la poursuite oculaire plus facile pour Lena avec une participation de la tête et des yeux. Le système visuel ainsi libéré de son rôle dans le contrôle postural peut être évalué. En effet, la zone médiane, jonction des deux espaces gauche et droite, est particulièrement sensible aux effets posturaux.

La psychomotricienne observe ensuite la poursuite verticale grâce à la pipe à balle* (ou balle volante). Placée dans son espace médian, Lena élève le regard vers la balle, en l'air, mais ne le soutient pas.

Evaluation de la modalité auditive :

Cette évaluation permet d'observer les conduites d'alerte et d'orientation en réponse à un stimulus sonore, d'apprécier l'évaluation de la distance et les aspects instrumentaux de la communication par le langage.

La production d'un son (bip)* dans l'espace de préhension déclenche une réaction d'alerte rapide à gauche et une réaction d'orientation longue à venir. A droite, les réactions d'alerte et d'orientation se suivent mais ces dernières sont très discrètes.

La psychomotricienne se met ensuite derrière Lena et sa maman avec un hochet sonore* (dont le son est plus doux). Lorsqu'elle agite le hochet on peut voir une réaction

d'alerte avec le visage de Lena qui se fige. Elle pourra s'orienter vers le hochet à gauche mais pas à droite.

Pour limiter l'effet des indices visuels, la psychomotricienne utilise ensuite des boîtes de cachous* identiques, mais l'une est pleine et l'autre vide. Cet exercice permet également d'évaluer le lien auditivo-visuel qui entraîne l'enfant à suivre la boîte qui fait du bruit. Elle se place en face de Lena et agite les deux boîtes de façon synchrone en partant du plan médian et en s'éloignant de part et d'autre. Cette opération sera renouvelée plusieurs fois en changeant les boîtes de côté. Lena ne suit aucune des deux boîtes des yeux, peut importe le sens. Lena ne présentera aucune intention de préhension envers ces objets sonores. Je remarque également durant le bilan qu'elle est sensible aux bruits extérieurs, sans signe d'irritabilité.

Evaluation de la modalité vestibulaire :

Cette évaluation permet de constater la présence (ou non) de réactions toniques inadaptées en réponses à des variations du flux vestibulaire.

La psychomotricienne dispose quatre balles de tennis sous le plancher en bois* ce qui le rend mobile sur le plan horizontal. Lena, allongée sur le dos, semble d'abord en difficulté : ses membres sont tendus, elle s'agite, sa respiration se bloque et reprend... Elle cherche à fixer son regard, et on remarque un agrippement corporel : ses bras et ses épaules sont plaqués sur le plancher. Cependant au bout d'un certain temps Lena semble plus apaisée corporellement, ce qui met en avant une habitude possible par le biais de l'expérience.

Observations posturales :

Sur les genoux de sa maman Lena ne semble pas trouver de posture stable; sans une adaptation régulière de madame la petite fille a du mal à tenir son axe, oscille, glisse... La mise en forme dans le giron maternel semble difficile. Lorsqu'on lui propose une mise en forme plus en enroulement, dans un coussin d'allaitement, Lena tente de pousser sur ses pieds, et relève la tête : tout son corps est en tension. Ses bras restent en extension, perpendiculaires au corps.

Sur le plancher en bois* (immobile), Lena est d'abord très inerte. Elle reste un petit moment dans la position de l'escrimeur à droite. Il n'y a aucun mouvement d'enroulement du bassin, et ses jambes se meuvent uniquement dans le plan horizontal. La psychomotricienne apporte des vibrations (sensations proprioceptives, vibratoires et auditives) sur le plancher en donnant des petites percussions autour de Lena. Bien que celle-ci ne

cherche pas la source de ces stimulations, cela semble lui donner plus d'informations et l'aider à mobiliser son corps : sa motricité s'enrichit et elle commence à vocaliser. Peut être que libérée de la tenue de son axe, il est plus facile pour Lena de faire des expériences orales.

Sur le ventre, les bras restent sur le côté du corps, les jambes sont tendues et Lena ne parvient pas à lever sa tête.

Installée au milieu des panneaux Vichy*, dans la bouée*, Lena est plus stabilisée corporellement, on remarque que son regard oscille moins, elle se rassemble plus aisément. Ces panneaux texturés, par la stimulation de la vision périphérique, permettent une meilleure appréhension de la position et de la vitesse de déplacement d'un segment corporel ou d'un objet. A l'aide de points d'appuis visuels périphériques, le maintien postural est facilité. La bouée permet une mise en forme en flexion dans laquelle les mouvements d'extensions sont contenus : flexion globale du bassin et du tronc ainsi qu'un regroupement des membres.

Conclusion et propositions

Lena est restée très présente et calme pendant le bilan. Des moments de ruptures relationnelles sont néanmoins observés. Elle peut s'intéresser visuellement aux objets, et à leurs propriétés sonores, mais leur exploration orale ou manuelle n'est pas présente : sa zone orale étant occupée par ses mains la plupart du temps. Lena présente une instabilité posturale, des difficultés à poser son regard qui semblent impacter son développement et ses interactions sociales avec le milieu.

Une prise en charge hebdomadaire est proposée afin de soutenir le développement de Lena sur divers points :

- favoriser et soutenir des expériences posturales variées : proposition de postures en flexion, de rassemblement, des postures sur le côté, sur le ventre...
- aménager un arrière fond : au travers du portage et de mises en formes variées
- travailler sur les coordinations oculo-manuelles

IV. Prise en charge psychomotrice

1- Première rencontre

Je rencontre pour la première fois Lena et sa maman en décembre 2018, la petite fille a cinq mois. Le premier contact se passe très bien. Madame semble ravie de ma présence et m'intègre aussitôt dans la prise en charge. Spontanément je remarque le grand manque de ressemblance entre cette maman et sa petite fille (qui est la première fille de la fratrie). Madame pourra nous dire que c'est le cas avec tous ses enfants. D'autre part je remarque également la grande précaution que met cette maman dans le portage et le déshabillage de sa fille. Elle me renvoie l'image d'une jeune maman s'occupant de son premier enfant avec beaucoup d'attention et un peu de maladresse, j'en viens presque à oublier qu'il s'agit de son quatrième enfant. Quant à Lena, une fois déshabillée, j'observe immédiatement une grande tension corporelle et une raideur au niveau de ses quatre membres.

Pour démarrer la séance nous nous mettons toutes au sol et la psychomotricienne, en tailleur, prend Lena contre elle. Cette mise en forme en « bouddha » propose des appuis fermes à la petite fille au niveau du bassin, du dos et de la tête : nous l'utiliserons souvent lors des séances. Lena contre la psychomotricienne et face à sa maman ne la regardera pas tout au long de l'échange que nous aurons dans cette position. La maman nous parlera de son quotidien et de ce qu'il s'est passé pour elles depuis le bilan.

Nous installons ensuite Lena sur le plancher en bois. Sur le dos elle reste très plaquée et ses jambes restent surélevées par la grande tension qui les habite. Elle soulève également beaucoup la tête en bloquant sa respiration; il faut alors aller la contenir et l'accompagner pour la ramener sur le plancher. La maman nous dira qu'elle pose très peu sa tête à la maison malgré les différentes installations qu'elle lui propose. Les bras de Lena sont souvent en chandelier (en flexion de chaque côté de la tête) dans une grande tension; elle les agite mais d'une façon plutôt désorganisée. Parfois elle peut plier les genoux vers elle mais ce mouvement ne se poursuit pas au niveau du bassin; je ne constate aucune initiative d'enroulement ni d'ébauche de retournement sur le ventre.

La psychomotricienne se remet en tailleur avec Lena et propose à la maman de s'installer dos à elle. Les deux femmes se balancent de droite à gauche en chantant « Bateau sur l'eau ». Je trouve Lena plutôt détendue, sa tête posée contre le buste de la psychomotricienne. De l'extérieur j'ai l'impression que la maman a un rythme plus rapide

dans son balancement. Je prend Lena pour l'installer contre sa mère mais l'installation ne semble pas aussi facile. Je tente d'améliorer celle-ci avec un coussin d'allaitement. Cependant je trouve Lena plus tendue, plus agitée corporellement comme vocalement.

Je prend ensuite la place de la psychomotricienne, dos à la maman et reprend le balancement avec elle. Immédiatement je ressens une grande difficulté à m'accorder à Madame. Je me demande alors si le changement de rythme, et peut être de tonicité entre les bras de la psychomotricienne et ceux de sa maman ne sont pas responsables du changement de comportement de Lena.

Tout au long de la séance j'ai remarqué que Lena mettait beaucoup sa main droite dans sa bouche, de manière profonde. Elle régurgitera quatre fois de façon soudaine sans qu'aucune réaction corporelle ne prédise le reflux. La maman peut nous dire qu'elle a l'impression que sa fille « se fait vomir ».

Suite à cette première rencontre mes interrogations se portent essentiellement sur la grande tonicité qui habite Lena, la pauvreté de son investissement moteur et les difficultés évidentes d'accordage avec sa maman, notamment au travers du dialogue tonique. Le travail sur la mise en forme, au travers du corps et de supports adaptés, semble très important et nécessaire dans ce cas. Il s'agira d'ailleurs d'un fil rouge qui se prolongera le long de la prise en charge.

2- Lena au cours de son 6ème mois

Nous recevrons trois fois Lena en séance durant le mois de Janvier. Ces séances s'articulant autour des mêmes propositions, nous décrirons l'évolution du travail de Lena durant ce mois.

Le Hamac :

Nous commençons les séances par un rituel que nous pérenniserez, marquant le temps des retrouvailles. Placée au centre d'une couverture que la maman et la psychomotricienne soulèvent par les quatre coins, Lena se retrouve installée comme dans un hamac. Celui-ci se balance de droite à gauche, sur l'air de « Bateau sur l'eau ». Nous mettons Lena dans une position qui l'aide à se rassembler, ce qui lui permet, d'après ce que nous avons observé durant le bilan, d'être plus en relation. De plus il s'agit d'observer les réactions de Lena face aux flux vestibulaires, à différentes intensités.

Lena semble prendre du plaisir dans cette activité et pourra se détendre progressivement au fil des séances. Sa maman est placée en face d'elle ce qui leur permet d'échanger quelques regards et des sourires qui restent assez ponctuels. Malgré le chant de sa maman Lena ne lève que rarement les yeux vers elle. Madame n'est pas intrusive dans son regard, elle chante et regarde sa fille sans chercher une réponse de sa part; mais elle accueille en verbalisant et en souriant les quelques regards que sa fille pose sur elle.

En dépit d'une installation propice à l'enroulement Lena reste toute droite, tonique par moments. Ses bras restent souvent en chandelier et on retrouve cette raideur au niveau des jambes malgré quelques mouvements. La psychomotricienne proposera donc durant ce temps des mouvements d'avant en arrière (les coins de la couverture se rapprochent puis s'éloignent) afin de faire sentir à Lena l'enroulement.

De plus, afin de procurer à Lena des sensations vestibulaires diverses, nous bougeons le hamac de façon plus marquée de chaque côté, comme une « grosse tempête ». Je remarque de bonnes réactions d'équilibration : lorsque le hamac penche du côté droit elle compense en levant le bras et la jambe gauche. Cependant son visage est un peu plus figé. Lorsque les mouvements s'arrêtent, Lena peine à stabiliser son regard, qui semble rester dans le vide. Au fur et à mesure Lena semble moins désorganisée par les sensations vestibulaires graduées et prendre plus de plaisir. Nous inviterons la maman à

proposer une nouvelle chanson propice au balancement, ce dont elle se saisira volontiers.

Motricité :

Durant ces séances, nous axons le travail sur l'enroulement et le retournement, sur le tapis. Au départ, allongée sur le dos, Lena présente toujours une attitude très plaquée, comme écrasée par la pesanteur, qui pourra s'estomper à minima. Spontanément, Lena ne peut enrouler son bassin, ses bras sont pliés sans initier de mouvements. Seul un début de pédalage s'observe. La psychomotricienne place une main sous le bassin de Lena afin de ramener ses jambes contre son torse dans une posture d'enroulement. Après un temps, cette nouvelle posture permet à Lena de regarder ses pieds et de tenter de les attraper. La première fois la maman peut dire à sa fille « Tu veux manger tes pieds ? »; mais Lena ne porte pas ses pieds à la bouche et son regard ne peut s'y fixer. Il part vers l'espace environnant avant de revenir sur ses pieds marquant des moments de ruptures.

Afin de favoriser cette nouvelle découverte et cet accès à l'enroulement, la psychomotricienne proposera cet appui à Lena à chaque séance. Lena ira ensuite rechercher cet enroulement seule pour saisir ses pieds, sans pouvoir y rester longtemps, avant de retrouver le décubitus dorsal dans un mouvement plutôt rapide et non retenu. Elle répète cette opération plusieurs fois, encouragée par la psychomotricienne; Lena y répondra par des regards, des sourires et plus de vocalises.

Dans cet élan la psychomotricienne lui enfilera durant une séance des petites chaussettes dotées de grelots*. Lena intriguée par le bruit secouera beaucoup ses jambes et tapera ses pieds contre le sol. En s'enroulant, elle parviendra également à retirer les chaussettes. Cependant nous notons qu'une fois retirées et jetées hors de son espace brachial, Lena ne s'organise pas corporellement pour les attraper, bien qu'elle les regarde attentivement.

Concernant le retournement nous avons pu constater beaucoup de progrès courant janvier. Dans les premiers temps la psychomotricienne essayait d'initier le retournement à partir du bassin mais le haut du corps ne suivait pas. Puis, étant capable de s'enrouler Lena pouvait alors se laisser tomber d'un côté ou de l'autre. La psychomotricienne l'aidera alors à terminer son retournement. En effet, une fois sur le ventre Lena ne dégage pas seule son bras. En décubitus ventral les bras sont tendus le long du corps, les jambes en extension ne touchent pas le tapis et la tête se soulève grâce à un tonus pneumatique

(blocage de la respiration) qui lui permet une exploration visuelle mais de courte durée. Cette position semble beaucoup la fatiguer, elle repose rapidement sa tête au sol.

Je remarque que lorsqu'elle est en décubitus dorsal elle essaie parfois de se retourner sur le ventre sans passer par l'enroulement. Elle initie alors le mouvement par le haut du corps, se retrouvant bloquée sur le côté. C'est par des mouvements avec sa tête et ses jambes qu'elle finit de se propulser vers l'avant. Ce comportement cessera fin janvier.

Durant ces séances Lena expérimentera plusieurs fois le plancher en bois* et la toupie*.

Plancher en bois :

La surface de bois est une surface dure et résonnante dont les propriétés vibratoires ont pour effet d'unifier les sensations (externes et internes) entre elles. Au départ Lena est toujours très plaquée sur le plancher. La psychomotricienne exerce des percussions tout autour de son corps, sans que Lena ne cherche la source de cette stimulation (à la fois sonore et vibratoire) du regard. Au fur et à mesure, Lena s'affirme corporellement sur le plancher : elle tape fort des pieds, fait beaucoup de bruits avec sa bouche. Ses bras ne suivent cependant toujours pas cette agitation motrice.

Durant ces moments, Lena peut être attirée par les bruits de la rue ou de la salle d'attente ainsi que par les lumières du plafond, comme envahie voire agrippée à ces stimulations sensorielles, l'empêchant d'être en relation avec nous.

La petite toupie :

La toupie permet à Lena d'être plus redressée et ainsi de voir les mouvements de ses jambes et ses pieds, et nous qui l'entourons. La psychomotricienne exerce là aussi des petits coups à l'intérieur comme à l'extérieur de la toupie. Même si Lena ne cherche pas la source de la stimulation, elle paraît comme concentrée sur les sensations internes que cela lui procure. Elle ne fait plus de bruit, et ne bouge pas, le regard oscillant dans toutes les directions de l'espace. Lorsque les coups s'arrêtent elle peut « répondre » en tapant fort des pieds sur la toupie.

Quand la toupie tourne, elle s'arrête à tour de rôle devant la maman, la psychomotricienne et moi. Lena nous regarde toutes. Si les mouvements de la toupie s'intensifient, le corps de Lena se rigidifie rapidement, comme à la recherche d'un agrippement corporel. Pourtant, Lena peut parfois taper des pieds si fort contre la toupie qu'elle l'a fait bas-

culer, plutôt vivement, et ce flux vestibulaire ne modifie pas son tonus. Je me demande si lorsque la stimulation vient d'elle, elle est plus tolérable. Pour l'instant les bras restent très inactifs dans la toupie.

La préhension

De manière générale durant les deux premières séances de janvier Lena ne saisit pas les objets de façon volontaire, et la préhension au contact ne se fait pas toujours. Elle ne semble pas avoir d'appétence pour l'objet.

La dernière séance de janvier sera marquée par de nombreux progrès. Lena peut rassembler ses mains l'une contre l'autre au niveau de son axe. Elle pourra saisir la main de la psychomotricienne avec les deux siennes. On peut se demander si le travail autour de l'enroulement et du rassemblement aurait pu faire émerger ces coordinations manuelles.

Lena installée contre moi, en bouddha, pourra saisir une petite balle que la psychomotricienne lui tend. Elle la secoue et ses deux mains pourront venir se poser dessus. La psychomotricienne lui présente ensuite l'objet du côté droit que Lena saisit immédiatement de la main droite, puis elle fait passer l'objet du côté gauche : Lena suit le mouvement avec la main droite, et passe l'axe pour saisir l'objet. En empêchant un peu la main droite d'agir, Lena pourra saisir l'objet de la main gauche, mais elle ne passera pas l'axe avec celle-ci.

On remarque qu'elle ne porte jamais rien à la bouche, autre que ses propres mains, comme pour y « remplir l'espace » sans initiative d'exploration. D'ailleurs, lorsque Lena a sa tétine dans la bouche elle n'a pas besoin d'y porter ses mains.

Interactions :

J'ai pu constater durant ce mois des changements dans la relation entre Lena et sa mère : plus de regards de Lena envers sa maman, de verbalisations de la maman concernant les progrès de sa fille...

Madame est très attentive aux comportements de sa fille, et a une lecture très juste. Souvent durant les séances elle pourra nous dire que sa fille a faim, et nous pourrons assister à la prise du biberon. Rapidement, nous remarquons que cette maman prend souvent des postures qui semblent peu adaptées au portage d'un bébé : assises au bord du fauteuil, sans appui-dos, inclinée sur un côté, les épaules un peu voutées...

Nous avons alors soutenu cette maman pour qu'elle puisse s'écouter et trouver une installation confortable pour porter et donner à manger à sa fille. A l'aide d'un coussin d'allaitement notamment nous aidons cette dyade à trouver une position propice à l'échange. Malgré tout Lena regarde très peu sa maman durant les repas. Elle peut parfois lui toucher la joue ou les cheveux.

Madame ne regarde pas non plus sa fille manger. Serait-il devenu difficile pour cette maman de se confronter à l'absence de réponse visuelle de son bébé ? Nous lui proposons quelques astuces à tester à la maison (gommettes rouges au bout du nez, rouge à lèvres très contrasté...).

Durant toutes ces séances, les reflux seront toujours présents malgré le traitement, de façon plus ou moins importante. Lena ne manifeste pas de signes précurseurs de reflux, et étonnamment, ceux-là ne semblent pas entamer sa disponibilité pour la suite de la séance. C'est comme si cet évènement était devenu « banal », faisant partie d'elle et de son quotidien.

3- Lena au cours de son 7ème mois

Le mois de février comprend deux séances que je traiterai donc l'une après l'autre.

PREMIÈRE SÉANCE :

Hamac :

La séance débute par le hamac qui semble toujours plaire à Lena et la rendre disponible. Elle babille et sourit beaucoup plus à sa mère en face d'elle. Les mouvements de « tempêtes » la désorganisent toujours un peu, ce qui la pousse à chercher un point d'accroche visuel.

Motricité :

Au sol elle se retourne spontanément sur le ventre, et après quelques tentatives infructueuses parvient à dégager son bras; le mouvement est plus fluide. Elle libère ses mains pour attraper un objet, de la main droite, puis au bout de quelques secondes repose la tête; cette position ne peut être tenue longuement et la fatigue. Sur le ventre Lena semble toujours soulever sa tête par un tonus pneumatique.

Sur le dos Lena tape fort des pieds sur le sol et agite beaucoup ses bras, ce qui est nouveau. Elle s'enroule d'elle-même et saisit ses pieds.

Préhension :

Allongée sur le sol, nous proposons à Lena différents objets, balles sonores*, lumineuses*, texturées*... Lena se saisit de tous. Ne lâchant pas encore d'elle-même les objets nous devons l'accompagner et lui enlever l'objet des mains pour lui en proposer un autre. Elle ne se préoccupe que de l'objet qu'elle a dans les mains. Nous proposons notamment à Lena des balles lumineuses, qui s'allument lorsqu'on les cogne par terre ou sonore avec un grelot. Très intéressée, elle ira rechercher de façon adaptée ces stimulations sonores et visuelles dans la manipulation de ces objets.

Interactions :

La maman nous dit que les changes sont difficiles car Lena garde beaucoup les jambes tendues : Nous lui montrons comment aider sa petite fille à s'enrouler, sans la saisir par les pieds. Elle précise également que lorsqu'elle saisit Lena sous les aisselles pour la porter, celle-ci met ses bras en arrière, dans un mouvement d'hyperextension. De la même manière, la psychomotricienne lui montre une façon de prendre Lena, sans passer sous les aisselles : en se baissant pour l'attraper, plaquant le dos de Lena contre son torse pour éviter les mouvements d'extensions. Madame s'exerce, demandant l'avis de la psychomotricienne quant à ses gestes.

Lena montre des signes d'inconfort et la maman lui donne son biberon. Cependant elle ne cesse de pleurer et le biberon ne semble pas la calmer bien qu'il soit l'heure pour elle de manger. Nous ne parvenons pas à donner de sens à cet inconfort avec la maman.

La semaine suivante Lena sera absente pour cause de varicelle et de bronchiolite. Je fais alors l'hypothèse que son inconfort de la semaine précédente était peut être dû aux prémices de la maladie.

DEUXIÈME SÉANCE :

La deuxième séance de février sera la dernière avant deux semaines de vacances. La maman nous apprend que Lena a eu beaucoup de fièvre, qu'ils ont passé des jours difficiles et qu'elle effectue des séances de kiné-respiratoire suite à sa bronchiolite.

Je me demande alors si ces séances peuvent entraîner de nouvelles expériences désagréables pour Lena au niveau de la trachée et de la bouche avec la remontée des sécrétions.

Sur les genoux de sa mère Lena tient mieux son axe et sa tête, elle tente plusieurs fois de se jeter en arrière, retenue par le corps de sa mère.

Hamac :

Cette fois-ci c'est moi qui balancerai Lena dans le hamac, accompagnée de sa maman. A nouveau, je ressens une difficulté à m'accorder sur un rythme commun avec Madame. Lena ne semble pas y être sensible et se détend, tout en manipulant une balle donnée par la psychomotricienne. Lorsque nous intensifions le rythme et que nous arrivons à la « tempête » Lena lâche la balle, tend les bras et les plaque contre la couverture dans une réaction tonique importante. Cette action semble toujours la désorganiser.

Motricité :

Placée sur le dos elle se retourne, toujours à gauche, elle dégage son bras plus facilement et s'appuie même sur ses avant bras et ses mains pour soulever la tête et regarder devant elle. Elle n'y reste pas longtemps. Sa mère nous dit qu'elle peut se retourner du ventre sur le dos, mais Lena venant d'avoir un reflux, la psychomotricienne la remet sur le dos.

La petite toupie :

De retour dans la toupie, Lena cherche davantage la source de la stimulation des percussions que nous réalisons, en tournant la tête, notamment lorsque la source est proche de cette dernière. Cependant elle ne suit pas du regard le mouvement de la main qui poursuit son action. Elle tape fort des pieds contre la toupie, entraînant un balancement, et peut également taper légèrement de la main droite, uniquement.

J'observe alors un nouveau comportement : Lena se tortille, soulève sa robe comme pour nous montrer son ventre, avec un sourire coquin. Elle semble prendre plaisir à nous voir sourire et verbaliser ses gesticulations, ce qui est tout nouveau. Elle tente également de se retourner dans la toupie.

Je remarque qu'elle me regarde beaucoup, plus fréquemment qu'elle ne peut regarder sa maman. Nous pouvons rester un moment relativement long, les yeux dans les yeux. Ceci aurait pu me mettre mal à l'aise si la psychomotricienne ne jouait pas d'humour mettant en évidence « il n'y en a que pour Célia, et nous alors ? ».

A la fin de la séance je porte Lena un moment pendant que Madame est en rendez vous avec l'Assistante sociale. Pendant ce temps nous échangerons quelques regards, elle viendra toucher ma joue avec sa main et pourra jouer avec la mienne. Elle manifestera des envies de bouger, de changer de position, loin de rester inerte dans les bras comme auparavant. Si la position le lui permet, elle pousse fort en arrière dans un schéma d'extension qu'il faut alors retenir et contenir. C'est également ce jour que j'apprends que la maman de Lena a un neveu diagnostiqué autiste.

4- Lena au cours de son 8ème mois

Durant le mois de Mars nous verrons également Lena deux fois.

PREMIÈRE SÉANCE :

Nous retrouvons Lena après deux semaines de vacances. La mère et sa fille ont passé beaucoup de temps seules toutes les deux ; le papa ayant accompagné les aînés en vacances. Lena a eu une grosse gastro-entérite durant plusieurs jours, qui a entraîné de nombreux vomissements, et notamment la régurgitation du médicament anti reflux (Inixium). La gastro-entérite additionnée aux reflux importants de Lena nous laisse à penser des jours difficiles et douloureux pour la petite fille. La maman nous signale que depuis cet épisode de maladie, Lena a repris d'autant plus son attitude d'extension. « Elle n'arrête pas de vouloir se jeter en arrière », décrira Madame.

Nous nous installons sur les canapés afin de discuter et se retrouver. Dans les bras de sa mère Lena semble de nouveau très tendue. Elle s'arque-boute, ses bras sont en

extension perpendiculaires au corps, et les jambes peuvent se raidir. Nous incitons encore une fois la maman à s'installer confortablement, au fond du fauteuil.

Ainsi dans les bras de sa mère, Lena fait des mouvements de mains répétitifs, comme des marionnettes. Sa maman précise qu'elle les fait souvent lorsqu'elle est en tension. Je me demande si ces mouvements peuvent suggérer une stéréotypie gestuelle. On peut également penser à une sorte de flapping, peut être un moyen d'évacuer une tension interne.

Durant ce moment d'échange, Lena ne sera pas vraiment présente, elle met sa main droite dans sa bouche qui y reste un moment.

Hamac :

Nous plaçons Lena dans le hamac : elle gesticule beaucoup et essaye de se retourner. L'extension de ses bras est contenue dans le hamac, elle est détendue et semble apprécier le balancement. Elle pourra échanger des regards et sourires avec sa maman. Les mouvements de tempête provoquent quelques sourires chez Lena qui ne semblent plus aussi désorganisée qu'au début. Mais son visage finit par se figer et son corps se raidit, comme si toute cette excitation était difficile à canaliser. Lorsque la tempête s'arrête il lui faut un petit moment pour retrouver ses esprits, bercée plus tranquillement.

Motricité :

Allongée sur le dos Lena se retourne aussitôt; le mouvement est rapide et fluide. Elle se tient bien sur ses mains, bras tendu, tête droite. La maman nous dit qu'elle rampe en reculant et qu'elle aimerait l'aider à avancer. Les difficultés de Lena à investir le bas de son corps pourrait avoir impacté ses recherches d'appuis plantaires, nécessaires pour ramper.

Afin de l'aider dans cette démarche la psychomotricienne se met derrière Lena et lui propose un appui-pied avec ses mains et plie les genoux de Lena. Instinctivement Lena pousse sur les mains de la psychomotricienne ce qui la fait avancer. Cependant ses jambes restent très droites et toniques, les pieds sont en l'air et son torse reste droit soutenu par les bras. Il faudra continuer à lui proposer un appui au niveau des pieds pour l'inciter à repousser encore.

En nous appuyant également sur son intérêt grandissant pour les objets, nous plaçons devant elle le collier de la psychomotricienne qu'elle avait manipulé plus tôt afin de lui donner envie d'avancer. Elle se tourne également vers le livre de sa maman posé par

terre et tente d'aller vers. Le mouvement est alors soutenu par le désir de posséder cet objet extérieur au corps.

Interactions :

Je remarque une nouvelle attitude de la part de la maman qui se met au sol près de sa fille, essaye de jouer avec elle, lui parle et cherche son regard. En rejoignant le sol elle rejoint l'espace de sa fille. On remarque que ce nouveau positionnement corporel et relationnel apparaît dans une période de la prise en charge où Lena est également plus active et interactive durant les séances. D'autre part, Madame garde une voix très monocorde lorsqu'elle s'adresse à sa fille, elle parle doucement et d'une voix plutôt grave qui contraste avec la mélodie de la psychomotricienne.

Après de longues minutes sur le ventre Lena manifestera un début de reflux que nous entendrons. Lena accompagne cela d'une mimique nous laissant pour la première fois entrevoir le caractère désagréable de ce phénomène sur son visage.

Lena retrouve alors les bras de sa maman qui est au sol et la psychomotricienne profite de ce moment pour aider la maman dans son portage. Elle lui montre comment installer sa fille, en bouddha, dos contre son ventre, hanches fléchies, et comment contenir les mouvements d'extension du dos et des bras. Ainsi installée Lena peut se détendre.

La psychomotricienne en face stimule les pieds de Lena en soufflant dessus et en « les mangeant » avec plaisir et enthousiasme. Au bout d'un temps on constate que Lena tend son second pied quand la psychomotricienne s'occupe de l'un. Elle regarde ses pieds et joue du souffle en faisant des va et vient devant la bouche de la psychomotricienne. Lena la regarde et sourit beaucoup. Pour la première fois Lena semble s'inscrire dans un véritable échange mutuel. Madame verbalise beaucoup durant ce moment « ça souffle, tu sens ? », et est tout sourire devant les progrès de sa fille.

Après ce moment je constate que Lena rassemble d'elle-même ses pieds, qu'elle plie les genoux pour les attraper et qu'elle les regarde activement. Durant toute la séance Lena a pu nous regarder, parfois de longs moments, mais il lui arrive encore de couper le contact et de focaliser son regard ailleurs. Elle répondra également à son prénom à deux reprises durant cette séance. Lena sortira de la séance beaucoup plus apaisée et détendue que lorsqu'elle est arrivée ce qui montre qu'elle peut se saisir de nos propositions pour se réguler sur le plan tonique et émotionnel.

DEUXIÈME SÉANCE :

Arrivée endormie, Lena se réveille tranquillement et la voilà prête pour la séance.

Hamac :

Nous plaçons Lena dans le hamac et la berçons avec Madame. Elle pleure au départ, puis s'apaise et regarde sa maman qui chante. Lena est détendue dans le hamac. Je remarque qu'il m'est beaucoup plus facile de m'accorder à Madame sur un rythme de balancement.

Motricité :

Lorsque nous la déposons au sol elle se retourne immédiatement sur le ventre, par le côté droit. Une fois sur le ventre Lena se met pour la première fois à avancer. Cependant, sa manière de se déplacer est un peu particulière. Elle tire sur ses bras pour se faire avancer mais n'utilise pas le repoussé du sol avec ses pieds.

Nous lui proposons encore une fois des appuis au niveau des pieds. Lena peut s'en saisir du côté droit, elle pousse pour avancer, mais c'est plus difficile du côté gauche. Lena prend plaisir dans ce nouveau déplacement, allant découvrir avec empressement les différents objets que nous mettons à sa disposition un peu plus loin.

De plus, Lena arrive aujourd'hui à se mettre sur son flan gauche, en exerçant une rotation et une inclinaison du buste du côté droit. Ces mouvements sont les prémices d'un passage à la position assise. Je me mets à gauche de Lena pour l'inciter à faire de même sur son flan droit en la sollicitant verbalement. Elle pourra répondre à ma sollicitation tout en montrant moins de stabilité de ce côté.

Rythme et imitation :

Lena est allongée sur le ventre et la psychomotricienne lui présente un petit tambourin avec des billes de couleurs à l'intérieur. Elle le regarde avec attention et regarde la psychomotricienne taper dessus. Après un moment elle tape également dessus, par imitation. Elle le prend, le soulève, le tape au sol mais peut avoir tendance à s'enfermer un peu avec son jeu, dans des stimulations solitaires. La psychomotricienne vient alors la solliciter. Elle retape sur le tambourin et Lena y répondra à plusieurs reprises. Elle ira

même chercher la main de la psychomotricienne pour l'emmener sur le tambour, manifestant une demande.

La psychomotricienne place ensuite Lena contre moi en bouddha, face à elle, pour continuer ce jeu dans des conditions posturales plus propices à l'échange. Lena m'adresse alors un regard, prenant ainsi compte de ma présence dans son espace arrière. La psychomotricienne prend un autre tambour et nous gardons celui à billes. Un échange mutuel se met en place, la psychomotricienne et Lena frappant ainsi tour à tour sur le tambourin. La psychomotricienne change les modalités en glissant sa main contre le tambour, ce qui sera repris par Lena après un temps. Nous percevons un début de jeu réciproque et d'imitation, que l'adulte doit porter pour maintenir l'attention de Lena.

Elle utilise davantage voire exclusivement la main droite pour frapper. De manière générale on constate que le côté droit est beaucoup plus investi chez Lena.

Je tape également sur le tambourin pour lui montrer, du côté gauche notamment et elle pourra prendre ma main de ce même côté, comme s'il s'agissait d'un instrument, pour la faire frapper sur celui-ci plusieurs fois. Elle se retournera à plusieurs reprises durant ce moment pour me regarder.

La psychomotricienne se met à chanter tout en tapant sur le tambour et lorsqu'elle termine on peut entendre Lena vocaliser comme pour l'imiter.

Durant ce temps la maman est à côté, elle regarde sa fille et l'encourage « C'est à toi, tape sur le tambour ». Nous nous mettons toutes les trois à danser quand Lena tape sur le tambourin et nous arrêtons en même temps qu'elle, ce qui semble l'intriguer et l'incite à recommencer à taper.

Interactions :

Durant toute la séance Lena cherche beaucoup plus sa maman du regard et semble également chercher à ce que cette dernière la regarde, ce qui est nouveau. A la fin de la séance, toujours installée contre moi, Lena montre des signes d'inconfort, se tortille et pleure, tout en regardant sa maman comme pour lui demander de la prendre. Madame peut comprendre cet appel et prendre sa fille. Une fois sur les genoux de sa maman et sa tétine retrouvée Lena s'apaise, mère et fille semblent s'accorder de mieux en mieux. Madame s'est naturellement installée dans une position confortable, Lena est détendue et se « love » contre sa maman. J'observe davantage d'élan de tendresse de Madame envers sa fille.

J'arrêterai là ma description des séances partagées avec Lena et sa maman pour la construction de mon analyse. Je continue d'assister et de participer aux séances qui se poursuivent. Je reviendrais au sein de la discussion sur les éléments cliniques abordés ci-dessus, afin d'aller un peu plus loin dans mon élaboration autour de la prise en charge précoce d'un bébé à risque autistique.

Avant cela, afin d'éclairer le développement psychomoteur particulier de cette petite fille et ses interactions avec sa mère je déploierais plusieurs notions théoriques. Tout d'abord nous parlerons de l'approche sensori-motrice d'A. Bullinger concernant le développement de l'enfant. Nous nous interrogerons ensuite sur les conséquences que peut avoir le reflux gastro-oesophagien, très présent durant les premiers mois de vie de Lena. Enfin nous nous intéresserons à la mise en place des interactions précoces qui ne se réalise pas sans embûche dans ce cas.

ECLAIRAGE THEORIQUE

LE DEVELOPPEMENT SENSORI-MOTEUR

Jean Piaget, connu notamment pour ses travaux sur la psychologie du développement, est le premier à employer le terme de « sensori-motricité ». Plus précisément, il décrit « la période de l'intelligence sensori-motrice », premier stade du développement de l'intelligence. Cette période s'inscrit sur les dix-huit premiers mois de vie de l'enfant. A cet âge l'enfant ne possède ni langage, ni symbolisme; il découvre le monde au moyen de sa sensorialité et de sa motricité.

« Or, faute de langage et de fonctions symboliques, ses constructions s'effectuent en s'appuyant exclusivement sur des perceptions et des mouvements, donc par le moyen d'une coordination sensori-motrice des actions sans qu'intervienne la représentation ou la pensée »⁵.

Au cours de cette période l'enfant pourra coordonner les informations sensorielles et motrices afin d'organiser ses actions et de prévenir leurs effets sur le milieu. Il s'agit d'une intelligence pratique qui permet au bébé de tester différents schèmes moteurs d'une même action afin de sélectionner les plus pertinents. D'après Piaget cette période se termine lorsque l'enfant accède à la fonction symbolique qui est la possibilité de se représenter un objet ou une action à l'aide de mots ou de symboles.

André Bullinger a été un élève de Jean Piaget, puis un professeur à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Genève, ainsi que le fondateur de l'Atelier de l'enfance : service spécialisé dans les déficits sensoriels et moteurs du jeune enfant. Il reprend le point de vue de J.Piaget, et s'inspire également des travaux de H.Wallon ou encore J. De Ajuriaguerra, ce qui le mène à décrire une perspective théorique instrumentale.

D'après lui le début du développement serait une élaboration instrumentale des moyens sensori-moteurs. Les flux sensoriels et les interactions avec le milieu régulent les fonctions toniques et posturales qui rendent possible la mise en place de représentations portant sur l'organisme (et ses moyens sensori-moteurs), sur les objets et l'espace qui les contient.

⁵Piaget.J, (1936), *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel et Paris, p.8

A.Bullinger s'intéresse à l'utilisation que fait l'enfant de ses moyens sensori-moteurs et aux expériences que ces derniers lui permettront de réaliser afin que son corps devienne outil de connaissance. Ainsi l'enfant devient acteur de son environnement.

« Dans sa période dite sensori-motrice, le bébé apprend à habiter son corps, mais il en fait aussi un moyen d'action sur son milieu humain et physique »⁶

J'ai souhaité vous présenter succinctement les réflexions d'André Bullinger concernant le développement de l'enfant. Ces lectures m'ont permis de mieux appréhender les comportements de Lena. De plus ce fût un outil précieux dans la compréhension des digressions au « développement sain » et leurs répercussions sensori-motrices. A.Bullinger propose des moyens d'action que nous avons pu mettre en place en séance dans le cadre de la prise en charge psychomotrice de Lena.

Afin de décrire le développement sensori-moteur je prendrai notamment en compte les travaux d'A.Bullinger présentés dans les Tomes 1 et 2 du « Développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars ».

I. Le rôle des flux sensoriels :

Un flux est défini par un apport continu et orienté de signaux susceptibles d'atteindre un système sensoriel (capteur). Si la source du flux est en mouvement, on parle de variation passive. Or, si c'est le capteur (le corps) qui bouge la variation est dite active. C'est la sensibilité profonde qui permet de distinguer les situations actives ou passives.

Cette sensibilité profonde fournit des signaux relatifs à l'état de tension des muscles; si le capteur bouge, des signaux sont envoyés et la réception des flux sensoriels se voit modifié par ce mouvement : situation active. La concomitance, notamment temporelle, entre des signaux issus des flux sensoriels et de la sensibilité profonde va permettre de constituer la fonction proprioceptive, première élaboration sensori-motrice de l'organisme. (A.Bullinger 1996).

L'organisme est sans cesse soumis à divers flux :

- le flux gravitaire est toujours présent et perçu par le système vestibulaire. Ce dernier est sensible aux forces de pesanteur et aux mouvements propres du corps (actifs ou

⁶ A. Bullinger, *Le développement sensori-moteur et ses avatars*, Un parcours de recherche, Eres , 2004, p 151.

passifs). Les forces de pesanteur influence notre architecture osseuse et musculaire ainsi que nos postures et nos déplacements.

- le flux tactile perçu par l'ensemble de la surface du corps : il s'agit de la rencontre avec une surface solide, un fluide ou un gaz. Les différentes textures et températures sont perçues. Ce flux permet de situer son corps dans l'espace.
- le flux olfactif perçu par le nez. Ce flux invite à la recherche et le choix de nourriture ainsi qu'à l'évitement d'un danger (odeur forte de gaz par exemple).
- le flux auditif perçu par l'oreille. Il est formé par l'ensemble des sons ambiants et influence l'état tonique. Le son peut être repéré dans l'espace. Il s'agit d'une fonction d'alerte très importante.
- le flux visuel perçu par l'oeil : ensembles d'images sur la rétine. Il joue un rôle important dans la régulation tonico-posturale et l'orientation du corps.

Les systèmes sensoriels archaïques sensibles à ces flux sont fonctionnels très tôt dans le développement. Lorsqu'un flux est perçu, on observe une suite de conduites qui s'instaurent automatiquement. Tout d'abord, on observe qu'une variation brusque d'un flux (bruit sourd, variation vestibulaire soudaine) entraîne une réaction d'alerte se traduisant par une mise en tension globale du corps. En général ce recrutement tonique se réalise sous forme de postures symétriques. Ce sont des postures précâblées qui permettent d'adapter son niveau de vigilance en se recentrant.

Apparaissent ensuite des réactions d'orientation vers la source du flux ou dans le sens inverse (protection) qui s'appuient sur les fonctions posturales du bébé. Il s'agit des postures asymétrique que nous détaillerons plus tard. La mise en forme de l'enfant est donc primordiale afin qu'elle lui permette de s'orienter.

Puis vient l'étape du traitement de la distance. Par des mouvements actifs le bébé peut situer ou non la source dans son espace de préhension par exemple.

Enfin l'étape de la consommation est permise par la coordination des systèmes sensoriels archaïques et ceux qui analysent les propriétés spatiales (systèmes plus récent). Cette coordination permet la mise en place de conduites orientées dans l'espace : capture, exploration, manipulation.

II. La place des fonctions visuelles :

Les difficultés que rencontre Lena dans l'investissement de ses fonctions visuelles ont été le premier signe d'alerte la concernant. Il s'agit de la première source d'inquiétude de sa mère et de conduites qui sont immédiatement visibles lors de la rencontre de cette petite fille. Ainsi j'ai tenu à développer davantage la place de ce sens dans le développement de l'enfant.

Les fonctions visuelles comprennent deux systèmes : le système visuel périphérique qui informe sur le mouvement, la profondeur, la forme, et le système visuel fovéal qui informe davantage sur les détails, les textures, la couleur...

« Les aspects périphériques du système visuel jouent un rôle considérable dans la régulation tonique, le développement postural, et la régulation des mouvements. On peut caractériser ce système comme un analyseur de flux »⁷.

Le flux visuel sollicite principalement la rétine périphérique et entraîne tout une suite de réactions décrites plus haut. Cette sensibilité périphérique est présente dès la naissance, et on remarque une grande attractivité visuelle aux mouvements chez les bébés.

Le système visuel fovéal, considéré comme analyseur d'image, n'est pas mature à la naissance. Le bébé ne peut pas encore se servir de ses yeux comme d'un outil d'exploration. Aux alentours des 10-12 semaines des coordinations entre vision périphérique et vision fovéale se mettent en place : le regard devient un instrument d'exploration.

Les flux visuels, davantage encore que les autres flux, influencent les fonctions tonico-posturale. Au début de la vie, vision et motricité sont intimement liées : les globes oculaires sont les premiers segments à se mobiliser lors d'un changement de posture. C'est par exemple le regard qui entraîne le changement d'une position asymétrique à l'autre (que nous décrirons ensuite) et qui initie également les régulations posturales nécessaires lors de la poursuite visuelle d'un objet. Le développement progressif posturo-moteur pourra libérer le regard de cet ancrage postural. Ainsi le regard sera utile pour contrôler sa posture, situer son corps dans l'espace, ajuster la position de ses bras et de ses mains lors de la capture et la manipulation d'objets.

⁷ A. Bullinger, *Le développement sensori-moteur et ses avatars*, Un parcours de recherche, Eres , 2004, p 120.

Enfin, le regard est un élément essentiel concernant les premières interactions du bébé avec son milieu. Dès ses premiers jours de vie, le regard constitue une modalité interactive essentielle chez le jeune bébé. « Si on laisse l'enfant et les parents tranquilles, leurs comportements sont assez stéréotypés pendant les deux premières heures. Le nouveau-né, après une période de repos en état de veille calme pouvant durer quelques minutes, commence une activité oculomotrice impressionnante. Même si le sein est à portée de sa bouche, il sera beaucoup plus intéressé par le visage de sa mère et surtout par ses yeux : le regard du nouveau-né devient concentré, intense, profond, avec un maximum vers vingt minutes de vie... » (Pilliot cité par Marcelli 2009).

III. Les espaces du développement

Au cours de son développement le bébé investit progressivement plusieurs espaces⁸. D'après A.Bullinger le développement de l'enfant est un processus continu qui suit la loi céphalo-caudale : le tonus s'installe d'abord au niveau de la tête et descend vers les pieds. Ainsi chaque étape et chaque espace du développement correspondent à de nouvelles acquisitions sensori-motrices qui préparent l'installation des suivantes; tout ceci dans une perspective d'instrumentation progressive du corps.

Le terme espace est ici relatif aux coordinations entre des modalités sensori-motrices qui le feront exister.

1- L'espace utérin

Dans l'enceinte utérine, le fœtus est porté par le liquide amniotique. On note que l'alimentation du bébé se fait de façon continue via le cordon ombilical. Le fœtus est déjà très sensible aux afférences sensorielles. Cependant, le liquide amniotique étant de densité comparable au fœtus, celui-ci ne ressent pas les pressions exercées par les forces de gravité.

Les flux sensoriels qui lui parviennent entraînent des modifications toniques qui se manifestent par des mouvements d'extension. Ces mouvements créent un contact du fœtus contre la paroi de l'enceinte. Celle-ci limite l'extension, ce qui replace le fœtus en position d'enroulement. Les mouvements d'extension du fœtus sont contenus.

De cette façon s'instaure un dialogue à la fois tonique et tactile entre le fœtus et son enceinte. Plusieurs auteurs ont mis en évidence l'importance de ce dialogue qui nourrit

⁸ Un tableau présentant le développement des différents espaces corporels se trouve en annexe II, p80

les premiers liens d'attachement. De plus, nous savons que certaines activités orales telles que l'exploration, la succion et la déglutition sont déjà présentes in utero.

2- L'espace de la pesanteur

L'espace de la pesanteur est le fruit de la coordination entre signaux sensoriels, notamment vestibulaire et tactile, et les signaux de la sensibilité profonde : contraintes musculaires, tendineuses et osseuses. Cette coordination permet la mise en place d'appuis corporels et sous-tend la verticalisation.

Le liquide amniotique ne portant plus le bébé, celui-ci peut ressentir les pressions exercées par les forces de gravité. Installé dans une posture où il trouve ses appuis, le bébé peut engager des mouvements d'orientation à partir des informations (auditive, visuelle...) qu'il perçoit et mobiliser ses fonctions sensori-motrices.

Un défaut de cette coordination peut entraîner un désordre postural du fait de l'impossibilité pour le bébé à trouver des appuis corporels. A. Bullinger souligne que les enfants porteurs d'un trouble envahissant du développement, malgré des fonctions sensori-motrices fonctionnelles peuvent présenter un défaut de cette coordination. Il constate que placer l'enfant sur un plancher en bois mince offre une réponse sonore et tactile plus intense à ses mouvements. La coordination serait plus aisée à mettre en place et se traduirait par une baisse importante du tonus : les mouvements incessant des segments corporels, traduisant l'instabilité posturale, diminuent.

Ces mouvements désorganisés peuvent être une tentative d'appui venant du bébé. Cependant on peut également observer l'effet inverse; des bébés plus calmes, comme plaqués au sol, peut-être dans une recherche d'appui sous forme d'agrippement.

Durant nos séances nous remarquerons que Lena oscille entre ces deux états, entre des gestes très désorganisés et un plaquage au sol évident.

Par ailleurs, Bullinger insiste sur l'importance de la contenance auprès de ces bébés qui présentent une instabilité posturale, par l'intermédiaire par exemple d'un portage en « petit paquet », comme il l'appelle, ou que nous pouvons nommer en « bouddha ». La tête est bien en appui et le corps en flexion contre le buste du porteur ce qui assure un arrière fond. Les mouvements d'extension sont limités et on peut observer une diminution de l'agitation.

L'arrivée du bébé dans l'espace de pesanteur va entraîner de nombreux changements corporels. Contraint par les forces de gravité son architecture osseuse et musculaire va se développer et lutter afin d'aboutir au redressement du corps. Les coordinations qu'il devra mettre en place entre les informations issues du milieu et ses fonctions sensori-motrices sont essentielles afin que le bébé puisse trouver un équilibre postural. A. Bullinger nomme « creuser postural » le point d'équilibre autour duquel la vie sensorielle du bébé s'organise. Les stimulations de l'environnement peuvent tendre à écarter le bébé de cet état d'équilibre, et ce dernier aura besoin de se couper de son milieu afin de retrouver son « creuser postural » de base. L'équilibre postural est donc une acquisition essentielle qui permet au bébé d'être présent au monde. De plus la création d'appui et les conduites de redressement sont les pré-requis à partir desquels les moyens sensori-moteurs et les activités instrumentales peuvent se mettre en place.

3- L'espace oral

L'espace oral est celui où les premières fonctions instrumentales se manifestent. Nous avons vu que, in-utéro, des mouvements de succion et déglutition étaient déjà présents. La grande différence est que le fœtus alimenté « par perfusion » devient un bébé dont l'alimentation se fait par la bouche et de façon fractionnée. L'activité orale assure une nouvelle fonction alimentaire.

La maîtrise de l'espace oral nécessite la bonne coordination des conduites de capture et d'exploration orale :

- L'activité orale d'exploration est elle-même le fruit d'une coordination entre sensibilité profonde et sensations tactiles : la proprioception de la zone orale se met en place. On distingue deux systèmes de traitement de l'information tactile. Le système archaïque traite l'aspect qualitatif et entraîne une réponse tonique à travers une modification posturale. Le système récent traite l'aspect spatial et entraîne un ajustement de la zone orale aux propriétés spatiales de l'objet.
- L'activité orale de capture est déclenchée à la fois par la sensation de faim et par les signaux sensoriels provenant de son milieu (le bruit de sa maman qui prépare le biberon). Ces sensations entraînent des modifications toniques permettant au bébé de s'orienter et de « capturer » le sein ou la tétine.

Ainsi les modulations entre faim et satiété entraînent des modifications toniques chez le bébé qu'il est important de verbaliser afin qu'il puisse mettre du sens à cette succession d'évènements qu'est le repas. A. Bullinger parle « d'aspect narratif du repas ».

Un déséquilibre dans la coordination de ces deux conduites orales peut entraîner d'importantes désorganisations. Si la conduite de capture prédomine, alors l'objet est mis dans la bouche dans le seul but de remplir, il n'y a aucune attitude d'exploration. Cependant si c'est la conduite d'exploration qui occupe tout l'espace, la finalité de la fonction alimentaire grâce à la déglutition ne se réalise pas et entraîne d'importants troubles de l'alimentation.

L'espace oral offre donc un point de départ à l'instrumentation et les premières sensations d'existence.

4- L'espace du buste

In-utéro les mouvements d'extension du fœtus étaient immédiatement contenus par la paroi utérine, assurant ainsi un équilibre entre extension et flexion. Après sa naissance le bébé doit retrouver cet équilibre grâce à l'aide de son milieu. Les variations de flux sensoriels peuvent entraîner des conduites d'extension du buste chez le bébé. Son milieu est chargé de contenir ces conduites, grâce à un portage adapté par exemple, offrant un soutien à l'enroulement, déficitaire chez le nouveau-né.

Dans cette recherche d'équilibre, A. Bullinger décrit l'apparition d'un « tonus pneumatique ». Ce dernier permet de rigidifier le buste en bloquant sa respiration. Le bébé peut ainsi se redresser et interagir avec son milieu, le temps d'une apnée. Cette conduite doit rester transitoire puisqu'elle limite les mouvements de rotations.

Aux alentours de quatre mois, le bébé assis découvre sa musculature antérieure ; il expérimente son équilibre avant/arrière, flexion/extension. Il s'agit d'une étape importante dans le développement tonico-postural.

Un déséquilibre entre flexion et extension peut entraîner des difficultés de déglutition (extension de la nuque), des difficultés posturales aux moments des repas et des limitations de la coopération bi-manuelle : les bras ne se rencontrent pas sur le plan médian et se place de part et d'autre du buste en chandelier.

Des mises en forme, en posture symétrique notamment, offrant un appui dos et une flexion de la nuque, permettent de soutenir l'acquisition de cet espace. Ce dernier permet au bébé d'engager ses mains dans l'exploration du milieu et d'enrichir ses interactions. Ainsi les coordinations gauche-droite peuvent se mettre en place.

Cette conduite était très présente chez Lena au début de la prise en charge. Cela rendait difficile l'utilisation de ses membres supérieurs qui ont mis du temps à se mouvoir avec l'ensemble du corps dans ses expériences motrices. Nous détaillerons par la suite comment un travail d'enroulement a permis le rassemblement des bras autour de l'axe.

5- L'espace du torse

Le répertoire postural du bébé comprend les postures symétriques et les postures asymétriques. Les postures asymétriques, décrites par P. Casaer (1979) se caractérisent par une certaine répartition tonique : le corps est plus tonique du côté où la tête est tournée, l'appui du bassin est opposé à l'orientation de la tête, et la courbure de la colonne amorcent l'enroulement du buste. Ces postures gauche et droite constituent un état d'équilibre pour le bébé. Le passage d'une posture à l'autre est très difficile à mettre en place et transite au départ par la zone orale lors du passage du plan médian. A ce moment, les espaces droite, gauche et médian sont distincts. Lorsque le bébé est capable de réaliser un passage fluide entre une posture asymétrique et son inverse, on observe une coordination des trois espaces. Ainsi apparaissent l'espace de préhension et le début d'une constitution de l'axe corporel décrit par J. De Ajuriaguerra.

« Cette coordination gauche-droite étant amorcée, le rôle de la bouche comme lieu de transit et d'exploration diminue »⁹. De nouveaux comportements pourront alors faire leur apparition comme par exemple une meilleure station assise soutenue par la dissociation des ceintures, le pointage qui dérive de la constitution de l'axe corporel, ou encore l'investissement de jeux vocaux, prémisses du langage.

⁹ Bullinger. A. (2017), p32

Lorsque le bébé peine à mettre en place cette coordination des espaces, on observe une indépendance des deux hémicorps qui peut aller jusqu'à des différences toniques. Les explorations manuelles sont limitées et la bouche conserve son rôle de transit et d'explorateur. Ces difficultés, si elles perdurent, peuvent entraîner un clivage gauche-droite décrits par G. Haag.

Lena semble avoir des difficultés dans la coordination de ses espaces droite et gauche. Nous pouvons observer un contraste évident dans l'utilisation qu'elle fait de ses deux hémicorps ; le droit étant plus investi que le gauche. Dans le cas de Lena la bouche ne semble pas avoir rempli ses fonctions de relais et d'exploration, ce qui pourrait être une hypothèse quant à l'origine de ces difficultés.

Les progrès dans le redressement et les rotations vont permettre d'investir le bassin et d'amorcer la liaison entre le haut et le bas du corps.

6- L'espace du corps

La maîtrise de cet espace débute par l'investissement du bassin. L'enfant, couché sur le dos, est capable d'enrouler son bassin et de porter ses pieds à la bouche. Il explore ses membres inférieurs et le pied se découvre une fonction exploratrice : il est capable de s'ajuster toniquement aux propriétés spatiales des objets rencontrés.

Progressivement l'instrumentation du bassin et des jambes se met en place. Les jambes deviennent plus toniques et permettent de lutter contre les forces gravitaires. La marche se met en place grâce à la coordination des fonctions d'exploration et de portage du pied. Le pied explorateur s'ajuste aux propriétés du terrain et le pied porteur supporte le poids du corps et assure le maintien antigravitaire. Ainsi la liaison entre le haut et le bas du corps permet aux jambes de fournir divers signaux qui sont pris en compte par l'ensemble du corps afin d'ajuster la marche.

Cette liaison s'accompagne du début du contrôle sphinctérien. L'enfant s'affirme davantage ; en découle l'apparition du « je ». Un défaut de liaison entre le haut et le bas du corps peut entraîner des difficultés du contrôle sphinctérien, une augmentation de la

laxité de la hanche (l'enfant n'a pas besoin d'enrouler son bassin pour ramener les jambes), et donc un moindre investissement du bas du corps. Un défaut d'investissement cognitif et émotionnel du bas du corps peut engendrer ce que G. Haag décrit comme le « clivage horizontal ». De plus un manque de transmission des informations perçues par le pied explorateur peut entraîner une instabilité posturale lors de la marche (ce sont souvent des enfants qui trébuchent, qui ont des difficultés à s'adapter au terrain.

Pour conclure, la coordination de ces différents espaces permet progressivement à l'enfant de comprendre que l'espace oral se situe dans son champs de préhension qui lui-même se déplace en même temps que lui. L'appréhension de l'espace se modifie, l'enfant explore davantage et les praxies se développent.

« Cette réification des espaces crée les premières permanences de l'organisme, de ses moyen sensori-moteurs et des objets qui peuplent ces espaces contenantants »¹⁰.

IV. La régulation tonico-postural

A.Bullinger considère les fonctions toniques et posturales comme « un soubassement des conduites humaines ». Pour lui le développement postural est en lien étroit avec les variations de l'état tonique de l'enfant. Ainsi il décrit quatre facteurs qui influencent la régulation tonique. Par ordre d'apparition dans le développement on trouve :

Le niveau de vigilance : chaque niveau de vigilance correspond à un état tonique particulier qui permet de moduler les interactions avec le milieu. Il s'agit d'un phénomène actif de la part du bébé. Le passage d'un niveau à un autre se fait brusquement, du « tout au rien ».

Les flux sensoriels : comme nous l'avons vu plus haut, les variations des flux entraînent des modifications toniques.

¹⁰ A. Bullinger, *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Tome 2*, Eres, 2017, p35

Le milieu humain : Ajuriaguerra appelle cela le « dialogue tonico-émotionnel ». Un véritable dialogue infra-verbal se crée entre l'enfant et son porteur : les variations toniques du bébé deviennent un réel support d'échange et un ajustement réciproque se met en place.

Les représentations : lorsque l'enfant répète plusieurs fois une même action il crée des habitudes (ce geste produit tel effet). La régulation tonique correspondante est intégrée, et les mots que son entourage pose sur cet état tonique vont lui permettre d'anticiper.

V. La niche écologique et l'équilibre sensori-tonique

La niche écologique de l'enfant correspond au monde qui l'entoure. Elle se compose de trois éléments qui sont soumis au développement et aux circonstances locales.

- Les éléments physiques du milieu qui correspondent aux stimulations sensori-motrices qui atteignent l'organisme. Si ces stimulations ne sont pas cohérentes entre elles ou ne sont pas reliées à la sensibilité profonde, l'organisme peut se trouver envahi et ne pas parvenir à s'organiser pour y répondre. Le bébé recrute sur le plan tonique et ne parvient à évacuer cette tension que par des décharges motrices ou des pleurs. Ainsi un milieu sensoriel dystimulant peut désorganiser les actions de l'organisme.
- Les propriétés biologiques de l'organisme qui garantissent l'intégrité des différents systèmes.
- Les éléments sociaux caractérisés par le milieu humain. L'enfant doit recourir à son milieu, pour sa survie. Les allers et retours vers son milieu permettent à l'enfant de construire des représentations socialement adaptées.

L'intrication de ces trois éléments permet à l'enfant d'atteindre « l'équilibre sensori-tonique ». A. Bullinger définit cet équilibre comme une plate-forme à partir de laquelle les actions instrumentales sont possibles.

Pour H. Wallon l'équilibre sensori-tonique est l'état interne de l'organisme qui permet de recevoir sans désorganisation les signaux issus de l'extérieur. La surface de cette plate-forme contient un certain nombre de sensations que l'enfant peut traiter sans perdre le contrôle entraînant l'apparition d'habitudes et d'anticipations.

« Les composantes émotionnelles apparaissent lorsque les sensations créées débordent ou sont à la limite de cette surface. La tension émotionnelle détermine la direction dans laquelle l'équilibre pourrait s'élargir »¹¹. A. Bullinger considère qu'une partie de notre travail consiste à élargir aux possibles cette surface d'équilibre, indispensable aux progrès du développement.

¹¹ A. Bullinger, *Le développement sensori-moteur et ses avatars, Un parcours de recherche*, Eres , 2004, p 180.

LES CONSEQUENCES DU REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

Comme je l'ai mentionné dans la présentation, Lena est une petite fille atteinte d'un reflux gastro-oesophagien important, qui est traitée par Inexium à très forte dose depuis ses trois mois : on parle de reflux gastro-oesophagien pathologique (RGOp). Constatant parfois l'intensité de ce symptôme en séance, je me suis rapidement interrogée sur ces expériences corporelles précoces, douloureuses et leurs impacts sur le vécu psychomoteur.

I. Le reflux gastro-oesophagien

Le reflux gastro-oesophagien est pour F. Gottrand « la remontée du contenu gastrique dans l'oesophage ». Ce reflux est involontaire. Il atteint le plus souvent le pharynx puis la bouche et se traduit par des régurgitations. Il ne s'accompagne pas de contractions musculaires ou abdominales, contrairement aux vomissements.

Dans l'estomac les aliments sont digérés grâce à des enzymes et à la présence d'acide chlorhydrique. L'estomac possède une protection à ces composantes pour éviter l'auto-destruction mais pas l'oesophage. Pour éviter la remontée du contenu gastrique dans l'oesophage il existe à l'entrée de l'estomac un clapet : le cardia.

Chez les bébés l'ensemble de ce système anti-reflux n'est pas toujours parfaitement fonctionnel et la remontée des substances gastriques dans l'oesophage peut s'avérer douloureuse. Le reflux gastro-oesophagien est donc un phénomène la plupart du temps physiologique, transitoire et maturatif.

Cependant lorsqu'il se chronicise et que la douleur perdure, on parle de reflux gastro-oesophagien pathologique. J. Lozano considère que le reflux devient pathologique lorsque la fréquence et/ou l'intensité sont suffisamment élevées pour dépasser les mécanismes de défense de la muqueuse de l'oesophage et engendrer des manifestations cliniques : pleurs, décharges motrices et divers complications dont l'oesophagite.

La Haute Autorité de Santé définit la douleur chronique comme un syndrome multidimensionnel qui dure au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée

(plus de trois mois) et qui détériore significativement les capacités fonctionnelles et relationnelles du patients. C'est ce vécu corporel douloureux qui nous intéressera particulièrement dans notre réflexion psychomotrice concernant le RGO de Lena.

II. Douleur et tonicité

« Quand les sensations désagréables viennent du dedans, le nourrisson se sert ainsi du canal hypertonique pour exclure des informations trop douloureuses. L'enveloppe tonique devient une zone de projection par rapport à l'intérieur »¹²

Les douleurs causées par le RGO engendrent des états de tension chez le nouveau né, ce qui va l'entraîner vers un versant plutôt hypertonique. Ces douleurs, si elles deviennent chroniques, peuvent amener le bébé à « dépasser son seuil de frustration aux sensations internes »¹³, son milieu étant dans l'incapacité d'apaiser sa souffrance.

Dans ces conditions, l'enveloppe tonique se transforme en une paroi psychocorporelle hermétique et les informations ne transitent plus entre le dedans et le dehors. Cette paroi, sorte de carapace, compense alors la défaillance de la fonction pare-excitatrice maternelle (milieu) et le manque de stimulations corporelles nécessaires au développement perceptif et affectif. Il s'agit là d'auto stimulation visant à constituer malgré tout des limites corporelles.

Cette théorie me fait associer à l'impossibilité de prédire les reflux de Lena lors de nos séances, comme si sa paroi ne laissait plus transparaître le vécu désagréable de la remontée gastrique.

Or, S. Robert-Ouvray insiste sur la fonction communicante du tonus, notamment concernant les émotions. Chez le bébé les liens entre tonus et émotions sont évident. Quand la faim entraîne une augmentation du tonus, la satiété entraîne une détente musculaire. J. De Ajuriaguerra parle d'un dialogue pré-verbal : le dialogue tonico-émotionnel.

Cependant, pour des bébés douloureux, l'interprétation des états toniques par la mère peut être biaisée par le fond hypertonique. « Ici, la communication émotionnelle de-

¹² Suzanne B. Robert-Ouvray (2014), p159.

¹³ Suzanne B. Robert-Ouvray, (2007), p178.

vient de plus en plus difficile : l'enfant tendu ne peut plus émettre de signaux et la mère ne peut plus répondre à ce qu'elle ne voit pas. C'est un cercle vicieux »¹⁴.

Ces bébés risquent alors de s'enfermer dans cette paroi tonique, ne permettant plus à la mère de les apaiser soit par des soins, soit par le biais du dialogue tonico-émotionnel. Mère et enfant trouvent des difficultés à s'ajuster toniquement, ce qui peut également transparaître au niveau du portage. En effet, les bébés présentant un RGO ont tendance à se trouver dans un schéma d'hyperextension, facilité par le fond tonique élevé. Il s'agit d'enfants qui se jettent en arrière, dans une hyperextension réflexe, qui échappe au portage car difficile à contenir. Ce comportement pourrait viser à diminuer les reflux en inhibant l'ouverture du cardia.

Dans son article, Clémentine Le Fessant, psychomotricienne, fait l'hypothèse que l'hypertonie installée chez ces bébés pourrait se généraliser aux muscles participant au bon fonctionnement de l'estomac et renforcer le RGO. Il s'agirait alors d'une boucle sans fin. Une prise en charge psychomotrice visant à une réduction globale du tonus serait alors intéressante pour ces enfants.

Il s'agit là d'une deuxième hypothèse concernant l'hypertonie de Lena et sa tendance à l'hyperextension. Il pourrait s'agir du seul moyen qu'a trouvé cette petite fille pour nous exprimer et/ ou supporter sa douleur.

¹⁴ Ibid 13.

III. Une vision sensori-motrice de la douleur

D'après A. Bullinger, la douleur fait partie des signaux de la sensibilité profonde. De ce fait elle contribue à l'élaboration du schéma corporel. Nous sommes capables de localiser notre douleur.

Comme nous l'avons déjà vu, la coordination des signaux issus des flux sensoriels et ceux issues de la sensibilité profonde constitue la fonction proprioceptive.

Cependant la douleur n'est pas un signal comme les autres, elle traverse notamment les centres cérébraux de la vigilance et de l'émotion, focalisant d'autant plus l'attention du sujet à son égard. Lorsqu'elle devient chronique, la douleur envahit complètement la vie et les sensations du sujet. Les autres signaux issus de la sensibilité profonde sont beaucoup moins perçus. Ainsi la mise en place de la coordination entre signaux issues des flux sensoriels et ceux de la sensibilité profonde serait faussée par la douleur incessante : celle-ci pourrait être responsable d'une désorganisation de la proprioception.

Or c'est la mise en place de cette dernière, coordonnée aux flux vestibulaires qui permet l'acquisition de l'espace de pesanteur. Ce dernier rassemble la mise en place d'appuis corporels puis le début du processus de verticalisation. Si la proprioception ne se met pas en place, l'espace de la pesanteur est difficile à intégrer, le bébé ne trouve pas ses appuis. L'hypertonie déjà présente, en réponse à la douleur, peut alors s'accroître ou se traduire par des mouvements raides et désorganisés qui seraient certainement une recherche d'agrippement corporel, le bébé cherchant alors inlassablement des appuis. Si l'espace de pesanteur est difficile d'accès c'est alors tout l'enchaînement de l'acquisition des différents espaces qui est perturbé.

Il est important de proposer à ces enfants des mises en forme variées, leur permettant d'abaisser leur tonus, afin qu'ils puissent être plus attentifs aux variations de flux et à ce qu'ils engendrent sur leur propre tonicité. Des mises en forme favorisant l'enroulement notamment leur permettent de ressentir les forces de pesanteur, puisque ce sont des bébés très plaqués au sol la plupart du temps.

Ces mises en forme, qu'elles se fassent par le biais d'un portage ou grâce à un médiateur (plancher, toupie) emmènent le bébé à mieux se réguler toniquement, et si nous prenons en compte l'hypothèse de C. Le Fessant, réduisent ainsi la douleur. Une fois son tonus abaissé, il sera plus facile pour l'enfant de coordonner les informations issues des différents flux sensoriels, et celles issues de sa sensibilité profonde, tout en prenant en

compte les forces de pesanteur. Des appuis pourront se mettre en place à force de répétition et le développement postural pourra être investi.

Les expériences de Lena sur le plancher en bois et dans la toupie lui permettent d'avoir des réponses plus importantes de ses mouvements sur le plan sonore et tactile; les signaux issus de sa sensibilité profonde se voient exacerbés, et la coordination est plus facile à mettre en place. Il était d'ailleurs évident, au début de la prise en charge, que Lena se mouvait beaucoup plus que lorsqu'elle était simplement au sol, avec des mouvements plus organisés. Ces expériences se faisaient toujours après un moment de bercement dans le hamac qui permettait à Lena de se détendre et d'abaisser son tonus.

Le RGOp m'a semblé être un élément à prendre en compte dans la prise en charge de Lena et à approfondir théoriquement. En effet ses conséquences au niveau tonique mais également au niveau relationnel m'ont interpellés. Le Breton nous dit « la douleur élimine la perception d'autre chose qu'elle-même ». Ces bébés, surchargés d'informations douloureuses internes, causées par les remontées acides, seraient donc moins disponibles au monde extérieur. De plus une méta-analyse effectuée auprès de 15 études conclue à une plus grande prévalence de symptômes gastro-intestinaux (dont le reflux gastro-œsophagien) parmi les enfants avec TSA comparativement au groupe contrôle.¹⁵

L'apaisement de l'état de tension qui habitait Lena était au cœur de nos premières séances. Nous pouvons observer que la détente est de plus en plus facile d'accès pour elle. Bien que son reflux soit à l'heure actuelle apaisé par le traitement, l'hypertonie et l'hyperextension sont toujours observables chez Lena. La douleur n'est pas le seul élément à prendre en compte dans ce cas.

¹⁵McElhanon BO, McCracken C, Karpen S, Sharp WG « Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a meta-analysis », Pediatrics. 2014 May;133(5):872-83.

INTERACTIONS PRECOCES

Longtemps le bébé a été considéré comme un être passif, subissant les influences de son milieu, à qui il fallait uniquement prodiguer des soins vitaux, sans compétence sociale ou psychique. Dans les années 1930 M. Klein propose une nouvelle conception du développement considérant le jeune enfant comme possédant une vie psychique et relationnelle propre.

« Les interactions précoces se définissent comme l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre un nourrisson et ses différents partenaires »¹⁶

Aujourd'hui la notion de réciprocité dans les échanges précoces entre parents et enfants n'est plus à défendre : le bébé est actif dans son échange avec l'adulte. Ses compétences lui permettent d'interagir avec son partenaire et de se faire comprendre par celui-ci. La relation parents enfants se tisse autour de ses interactions.

On définit trois niveaux d'interactions : comportementales, affectives et fantasmatiques. Pour finir nous dirons un mot sur l'attachement mutuel qui se crée au travers de ces interactions.

¹⁶ Lamour.M, et Barraco. M (1998), p.15

I. Interactions comportementales

Il s'agit de la manière dont le corps de la mère et du bébé s'adaptent et s'accordent l'un à l'autre. Ce sont des éléments observables à différents niveaux : visuel, vocal et corporel. Ces trois types d'interactions m'ont questionnée dans le cas de Lena et sa maman. En effet, on remarque un manque d'échange visuel évident et des difficultés d'adaptations corporelles entre mère et fille. Aussi, Madame s'adresse à sa fille d'une voix très monocorde et grave et Lena produit peu de son, ce qui peut nous interroger sur les interactions vocales.

1- Interactions visuelles

Dès les premiers jours de vie du nourrisson, on constate que le regard s'instaure rapidement comme un mode de communication privilégié entre ce dernier et sa mère : un dialogue œil à œil s'instaure. Ce regard mutuel, empreint d'affects, débute la mise en place d'une véritable relation, et sera fondateur de possibilités interactives beaucoup plus riches. De nombreux auteurs se sont penchés sur ce sujet. J'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement à deux d'entre eux.

Les apports de D. W. Winnicott :

D. Winnicott reprend les idées de Lacan et souligne le rôle de « miroir psychique » du regard. « Dans le développement émotionnel de l'individu, le précurseur du miroir, c'est le visage de la mère »¹⁷. « En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit »¹⁸. Le bébé voit sur le visage de sa mère ce qu'elle-même voit de lui : elle devient son reflet. Ce rôle de miroir serait pour lui un début « d'identification primaire ». Le bébé dépasse le stade projectif et commence à se percevoir lui-même.

De plus, le regard serait un support à ce que D. Winnicott appelle la « préoccupation maternelle primaire » : un état d'hypersensibilité primitive qui permet à la mère de répondre aux besoins de son enfant. « Cet état organisé (qui serait une maladie, n'était la grossesse) pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, à une

¹⁷ Winnicott. D. W. (1971)p 203.

¹⁸ Ibid,p205

fugue ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde... »¹⁹. Cet état d'empathie et d'identification permet à la mère de faire vivre à son bébé « le sentiment continu d'exister », sous bassement de l'établissement du Moi.

Le point de vue de G.Haag :

G. Haag souligne l'importance du lien entre l'arrière fond (appuis-dos) et l'installation du regard. Comme nous l'avons vu plus haut, in-utéro c'est la paroi utérine qui offre au fœtus cet appui postérieur lui permettant de s'enrouler. A la naissance du bébé, cet arrière fond doit se pérenniser grâce au portage notamment. Les bébés qui se jettent en extension lors du portage sont paradoxalement à la recherche de cet appuis-dos. Cet arrière fond est indispensable à l'installation du regard. L'association d'un appuis-dos et de l'interpénétration des regards du bébé et de son porteur est à l'origine de la constitution du « self ». « Il faut combiner ce tactile du dos à l'interpénétration des regards pour construire la contenance post-natale »²⁰. Si cet arrière fond ne se met pas en place, le bébé cherchera des agrippements afin de ne pas s'effondrer (au niveau oral, visuel ou manuel).

2- Interactions vocales

Les interactions vocales sont un mode de communication privilégié entre le bébé et sa mère. Au travers de ces cris et pleurs, prémices d'un futur langage, le bébé exprime ses besoins et ses affects. Les pleurs peuvent représenter un inconfort (fatigue, faim), tandis que les rires et gazouillis traduisent plutôt un bien être et un plaisir à la relation. Ces interactions sont importantes dans la mise en place de la relation. Pour Bowlby, les interactions vocales jouent un rôle important dans le processus d'attachement, il parle d'un « cordon ombilical sonore ».

W.Bion nous parle de la « capacité de rêverie de la maman », sa capacité en vocalisant de mettre des mots sur la détresse (éléments bêta) de son enfant afin de le sortir de cet état. Cette capacité, W.Bion la nomme « fonction alpha de la mère ».

¹⁹ Winnicot. D.W.(2015) p297.

²⁰Haag G.(2014). p.62.

M.C.Laznick définit le « mamanais » comme étant la langue universelle que les mères emploient pour parler à leur bébé. Cependant, ce concept peut s'élargir à tout adulte qui prend soin d'un bébé, d'où l'idée de l'appeler « parentais ». Le parent fait usage d'une voix inhabituelle, plus haute, et répète plusieurs fois la même sonorité : on retrouve une certaine musicalité dans le mamanais. Il joue un rôle à la fois dans l'engagement relationnel du bébé et dans l'acquisition du langage.

3- Interactions corporelles

Le holding et le handling de Winnicott :

D. Winnicott utilise ces termes en référence aux attitudes et comportements de maternage durant les premiers mois de vie du nourrisson.

Le *holding* concerne la manière dont le bébé est tenu, porté, à la fois physiquement, grâce au portage, et psychologiquement, au travers des représentations que sa mère se fait de lui. Ce maternage permet de tisser les premiers liens entre mère et bébé.

Le *handling* correspond à l'ensemble des manipulations et des soins corporels que la mère prodigue à l'enfant : les changes, le bain, la nourriture...

La dialogue tonico- émotionnel :

J. De. Ajuriaguerra s'est appuyé sur les travaux de H.Wallon afin de décrire la notion de dialogue tonico-émotionnel. Il s'agit d'un ajustement corporel entre mère et enfant : ajustement tonique et postural. C'est ainsi qu'un parent exerçant un portage souple, avec un tonus bas et des muscles détendus pourra parvenir à apaiser un bébé tendu. A contrario, un portage raide, avec des muscles crispés ne fera que transmettre cette tension au tout petit. De plus et comme nous l'avons vu plus haut, le tonus est également le support des émotions. Les émotions, positives ou négatives, ont des retentissements toniques qui peuvent alors se transmettre lors du portage.

J. De Ajuriaguerra insiste sur la réciprocité de cet échange : le bébé est actif dans ce dialogue pré-verbal. Dans le fonctionnement tonique du tout-petit l'hypertonie est associée à un besoin (faim, douleur) et l'hypotonie à la satisfaction. C'est le parent qui va faire de l'hypertonie de son enfant un signe d'appel. Au travers du dialogue tonique le parent

ressent le malaise de son enfant et s'organise afin d'y remédier. Le retour à un tonus plus bas sera pour le parent le signe de l'efficacité de sa réponse.

Pour Bullinger ce dialogue avec le milieu humain est un des moyens de régulation tonique du bébé. « L'interaction avec le milieu humain, au travers du dialogue tonique (de Ajuriaguerra, 1962), constitue un puissant moyen de régulation. Ce mode de régulation est une propriété de l'interaction entre le bébé et son milieu »²¹. Petit à petit le bébé pourra faire des liens entre ses modulations toniques et les réponses que lui apporte son milieu en termes de soins et d'ajustement tonique. C'est ainsi que les premières représentations du bébé apparaissent, dessinant les faces interne et externe de son corps : début de l'émergence de la subjectivité, sentiment d'être soi, différent de celui qui me porte.

II. Interactions affectives

Les interactions affectives concernent le climat relationnel des interactions précoces. Il s'agit de l'influence réciproque entre la vie émotionnelle du bébé et celle de sa mère. Stern emploie le terme « d'accordage affectif », ou encore « harmonisation des affects ». Il s'agit d'une expérience subjective au cours de laquelle l'un des partenaires de l'interaction reproduit la qualité des états affectifs de l'autre.

Cet accordage est transmodal, l'état affectif étant traduit sur un canal sensori-moteur différent. Par exemple un enfant secoue un jouet et le frappe par terre à intervalle régulier. La mère va se saisir de cette rythmicité et accompagner les coups d'une onomatopée « et poom ». La mère est venue se calquer vocalement au comportement moteur de son bébé. Stern considère cette transposition intermodale comme essentielle pour la future mise en place de l'activité symbolique et du langage.

Une autre modalité de l'interaction affective est « la référence sociale ». Un enfant face à une nouvelle situation utilise un tiers significatif pour lui (parents) comme source d'information émotionnelle. Il agira en fonction de la réponse qu'il aura perçue : encouragement ou non.

²¹ Bullinger. A (2004).

De plus, il est intéressant de prendre en compte la notion du troisième temps pulsionnel dans la mise en place des interactions affectives.

C'est Freud qui introduit le concept de pulsion : « Par pulsion, nous désignons le représentant psychique d'une source continue d'excitation provenant de l'intérieur de l'organisme, que nous différencions de l'excitation extérieure et discontinue...La source de la pulsion se trouve dans l'excitation d'un organe, et son but prochain est l'apaisement d'une telle excitation organique »²². Selon lui la pulsion est une représentation psychique d'une excitation somatique. Lacan reprend ces travaux et souligne l'importance de différencier besoin et pulsion : « la bouche qui s'ouvre dans le registre de la pulsion, ce n'est pas de nourriture qu'elle se satisfait »²³.

Toujours est-il qu'il s'agit d'un concept à la limite entre psyché et soma, une force interne à laquelle on ne peut échapper. Freud dit qu'il ya trois temps à la pulsion à l'issue desquels apparaît un nouveau sujet :

- Premier temps dit actif : le bébé satisfait la pulsion à partir d'un objet extérieur (par exemple le seins ou le biberon). On parle aussi de « pulsion voyeuriste ».
- Deuxième temps dit passif : le bébé utilise une partie de son corps propre, en substitution, comme objet de satisfaction (par exemple le pouce). Il s'agit d'un temps « autoérotique ».
- Troisième temps dit réflexif : le bébé se fait l'objet de la jouissance de l'Autre. On parle de « pulsion exhibitionniste ». Par exemple lorsque que le bébé présente sa main ou son pied à l'Autre (souvent la mère) afin qu'il le déguste avec plaisir. Il s'agit d'un retournement du sujet et de l'objet, ressenti pour boucler le circuit pulsionnel. « C'est-à-dire que l'enfant s'assujettit à un autre, lequel va devenir le sujet de la pulsion du bébé. Il y aurait là, à la naissance même de la question du sujet chez l'être humain, la forme radicale d'une nécessaire aliénation »²⁴. La finalité de ce temps est l'entrée du bébé dans un échange partagé avec l'Autre : le bébé est à la fois dans le plaisir de voir et d'être vu. La satisfaction pulsionnelle s'achève donc par la présence d'un autre ; c'est à partir de cet aller-retour avec l'autre que la pulsion se structure et que le sujet se met en place : moteur de l'émergence subjective.

²² Freud,S. (1915). p11-14

²³ Lacan cité par Laznick, MC. Pulsion, In De Mijola A, Dictionnaire international de la psychanalyse. Paris, Calmann-Levy, 2002.

²⁴Laznik MC, " PréAut : une recherche et une clinique du très précoce", *Contraste* 2/2006 (N° 25), p. 53-81, (paragraphe 26)

Le bouclage de circuit pulsionnel inscrit l'enfant dans son être sujet ainsi que dans un lien dont il devient un membre actif. Le plaisir partagé entre l'enfant et son partenaire, plaisir d'être l'objet du plaisir de l'autre, permet l'émergence de véritables affects. Une réponse non adapté lors de ce troisième temps peut induire des dysharmonies affectives.

III. Interactions fantasmatiques

La notion d'interaction fantasmatique prend en compte l'influence réciproque du déroulement de la vie psychique de la mère et de son enfant. S. Lebovici décrit un « arbre de vie de la psyché maternelle » : quatre enfants qui entourent la naissance du bébé réel.

- le bébé fantasmatique : ancien désir de maternité, développé durant l'enfance, en identification à la mère.
- le bébé imaginaire : le produit des désirs et rêveries durant la grossesse.
- le bébé narcissique : incarne tous les espoirs et les attentes des parents.
- le bébé mythe : produit de la pression sociale et culturelle.

La confrontation de ces bébés au réel est alors l'occasion d'un deuil. La vie fantasmatique maternelle imprègne les interactions comportementales. La façon dont elle le regarde, le porte, prend soin de lui tend inconsciemment à orienter l'enfant vers des comportements qui répondent à ses désirs fantasmatiques de mère. S. Lebovici parle d'un « mandat transgénérationnel » imposé à l'enfant et qui peu parfois être source d'une grande pression pouvant perturber le lien mère-bébé.

IV. L'attachement

C'est J. Bowlby qui développe la théorie de l'attachement. Pour lui, l'attachement est un besoin primaire présent dès le début de la vie chez le nourrisson. Cette pulsion d'attachement permet au bébé de s'attacher à l'adulte qui prend de soin de lui. En effet, comme le dit D.Winnicott « un bébé seul, ça n'existe pas »²⁵ et le recours à son milieu est nécessaire à sa survie.

Pour J. Bowlby le bébé fait preuve instinctivement de comportements visant à maintenir une proximité physique avec sa mère (ou la figure d'attachement) afin de survivre et de se sentir protégé.

Ce besoin d'attachement, bien qu'inné, se développe durant les premiers mois de vie au travers des comportements que l'enfant adresse à sa mère : la succion, l'agrippement, les cris, les sourires et les comportements de rapprochement. Ces conduites entraînent une réponse adaptée de la mère, attentive aux signaux émis par son bébé.

Ce comportement d'attachement a deux rôles :

- Un rôle de protection du tout-petit. La proximité physique assurée par les comportements du bébé, et par les réponses adaptées de la mère, permet à l'enfant d'être sous la protection de sa figure d'attachement. Cette protection procure au bébé un sentiment de sécurité nécessaire à son développement
- Un rôle dans la mise en place de la socialisation. Le bébé, une fois ce sentiment de sécurité établi, peut porter ses comportements d'attachement à quelqu'un d'autre que sa mère. Le bébé s'ouvre au monde mais doit être certain qu'il peut retrouver sa mère dès qu'il le souhaite.

²⁵WINNICOT, D. W. (1989)

L'INTERET D'UNE PRISE EN CHARGE SENSORI-MOTRICE PRECOCE DANS L'ACCOMPAGNEMENT D'UN BEBE A RISQUE AUTISTIQUE ET DE SA MERE

APPROCHE DES PARTICULARITES SENSORI-MOTRICES DE LENA

A.Bullinger tient à ne pas décrire les conduites autistiques « par la négative », ou « par le manque ». Ainsi il pose l'hypothèse que « la caractéristique des enfants autistes résiderait dans le choix des matériaux qui donnent lieu à instrumentation ».²⁶

L'instrumentation décrit « la manière dont le bébé parvient à faire de ses systèmes sensori-moteur des outils qui lui permettent de comprendre et d'agir sur son milieu ».²⁷

La mise en place de l'instrumentation nécessite au préalable l'élaboration d'un ensemble de représentations relatives à l'organisme, aux objets et à l'espace. Au cours du développement les supports représentatifs changent. Durant la période qui nous intéresse, la période dite sensori-motrice, l'élaboration représentative est supportée par les interactions que l'organisme entretient avec son milieu.

Cependant lorsque ces interactions cessent les représentations ne subsistent pas. La caractéristique des représentations sensori-motrice est qu'elles n'existent que lorsque l'action est engagée, les signaux sensoriels et proprioceptifs leur servant de support. Pour que ces représentations se stabilisent en dehors de l'action, des coordinations intermodales doivent se mettre en place.

L'enfant à risque autistique privilégierait le traitement des signaux sensoriels par les systèmes archaïques. De ce fait, l'organisme n'est perçu qu'au travers des modulations toniques engendrées par les interactions avec le milieu. Les coordinations intermodales ne se mettent pas en place et la seule façon de maintenir des représentations est d'entretenir les sensations : par la contraction musculaire par exemple. C'est « la sensation pour la sensation ». Cette spécificité emmène l'enfant à risque à ne pas prendre en compte l'espace comme support de représentations, la finalité instrumentale est donc perdue.

²⁶Bullinger. A. (2004). p180

²⁷Ibid. p49.

Cette hypothèse s'applique aux différentes modalités sensorielles. Cette instrumentation particulière serait à l'origine de la plupart des particularités de conduites, notamment sensori-motrice, rencontrées chez les bébés à risque autistique.

I. La régulation tonique

Le tonus est considéré comme la trame principale du mouvement et le support des émotions. Ses fonctions font du tonus le sous-bassement des premières sensations de coporéité. La fonction tonique tient donc une place importante dans le développement de l'enfant. Souvenons nous également qu'A. Bullinger considère que la régulation tonique est influencée par quatre facteurs : le niveau de vigilance, les flux sensoriels, le milieu humain, et les représentations.

Les bébés à risque autistique peuvent présenter un tonus qu'il est parfois difficile de comprendre. Au début de la prise en charge Lena présentait une hypertonie importante qui limitait beaucoup son investissement moteur. Elle était très inerte et plaquée au sol. Dans ce cas nous pouvons considérer trois hypothèses quant à l'origine de l'hypertonie présente chez cette petite fille.

D'une part, nous avons souligné que le reflux gastro-oesophagien pathologique de Lena avait certainement été une source de douleur pouvant provoquer cet état d'hypertonie. Le reflux a été traité et s'est apaisé progressivement.

D'autre part, rappelons nous que lorsque le bébé investit l'espace de pesanteur il réalise des coordinations entre les signaux vestibulaires et la proprioception (elle-même issue de la coordination entre sensibilité profonde et signaux sensoriels). Un défaut dans ces coordinations vestibulo-proprioceptive peuvent entraîner une instabilité posturale massive du fait d'une incapacité à trouver des appuis corporels.

Aussi l'hypertonie serait un moyen pour Lena de se tenir, comme un agrippement corporel. Au début de la prise en charge Lena mettait également en place des agrippements visuels importants, par exemple aux plafonniers, qui semblaient la stabiliser. De plus, son habitude de mettre sa main dans la bouche peut nous questionner sur une sorte d'agrippement oral. A. Bullinger décrit les situations d'agrippements comme « un mode de se tenir debout qui ne suppose pas qu'une structure osseuse puisse, avec une mobilisation tonique de la masse musculaire, tenir le corps érigé »

Enfin, A. Bullinger nous parle d'une « enveloppe corporelle dont la modulation tonique crée la face interne, alors que la face externe est faite de traces, d'impressions du milieu humain »²⁸. Cette enveloppe constitue une première élaboration représentative de l'organisme. Si ces représentations ont des difficultés à s'installer, on observe des conduites qui maximisent l'une ou l'autre des composante de cette enveloppe corporelle.

Lorsque la face interne est privilégiée, l'enfant s'enferme dans une « carapace musculaire » qui lui donne la sensation de se tenir.

On peut rapprocher ce terme de la notion de « paroi tonique » décrite par S. Robert-Ouvray. La face interne tente de compenser le déséquilibre avec la face externe. Tous les muscles sont en contraction, la respiration haletante. Or, d'après S. Robert-Ouvray, « nous ne pouvons comprendre l'établissement d'une enveloppe tonico-affective sur laquelle s'étayeront les enveloppes psychiques plus élaborées, sans tenir compte de l'hypotonie qui est le vecteur de l'introjection. L'enveloppe tonique est en corrélation avec l'introjection »²⁹. Elle met en évidence l'importance de pouvoir vivre des expériences plus hypotoniques dans la mise en place de l'enveloppe corporelle. En effet, lorsque l'hypertonie est un vecteur de communication du bébé vers son milieu, l'hypotonie elle, laisse la possibilité au milieu d'accéder au bébé et de répondre à ses besoins, venant nourrir son vécu psychique.

Dans un souci d'apaiser cette petite fille au vécu corporel plutôt difficile, nous avons mis différentes choses en place en séance. D'abord nous avons proposés à Lena tout au long de la prise en charge des mises en forme corporelles variées et constantes : le hamac, la toupie, le portage en petit bouddha. Toutes ces mises en forme offrent à Lena un enroulement du bassin et des appuis au niveau de la nuque et du dos lui permettant de se sentir « contenue ». Ces postures et appuis ont permis à Lena, par la détente musculaire, de vivre de nouvelles expériences corporelles. La mise en place du rituel de balancement dans le hamac permettait à Lena de retrouver ses repères et de pouvoir se détendre.

De plus, au travers du portage, avec nous ou sa maman, Lena a pu expérimenter le dialogue tonique et s'en saisir afin de se réguler. Au fil des séances il est de plus en plus aisée pour la petite fille de se détendre.

On peut remarquer une nette diminution des agrippements visuels, et elle met également moins sa main dans sa bouche. Cette petite fille a su se saisir de nos différentes propositions et le déséquilibre entre face interne et face externe semble moins important.

²⁸ Bullinger.A (2004). p14

²⁹ Robert-Ouvray, S.B (2014). p165

Mise en forme grâce à des appuis stable, Lena peut se libérer de ses différents agrippements et l'hypertonie est moins marquée. Ainsi elle a pu investir son développement moteur et postural et faire beaucoup de progrès.

En parallèle, l'utilisation du plancher en bois nous a permis d'offrir à Lena en séance une surface délimitée et résonnante. A. Bullinger souligne la stabilité tonique qui peut émerger chez ces bébés en matérialisant des frontières grâce au plancher en bois. Cet espace, respecté par l'entourage, permet à l'enfant de vivre des expériences dans un espace limité, correspondant à peu près à sa taille. Cette surface offre également à Lena des appuis fermes, sur lesquels elle peut clairement identifier les points d'appui et les directions des forces de pesanteur.

Les propriétés vibratoires du plancher, mais également de la toupie, permettaient à Lena d'avoir des réponses plus importante à ses mouvements au niveau tactile, et sonore. Les vibrations pouvaient également se propager au niveau de son système osseux lui permettant de découvrir cette structure quelle compensait jusque la par ses agrippements. La coordination avec les signaux de la sensibilité profonde est alors plus aisée à mettre en place.

De plus dans la toupie, rappelons-nous que les balancements générés par ses propres mouvements semblaient moins la désorganiser que lorsque qu'ils sont initiés par autrui. Les appuis offerts par la toupie ont permis à Lena d'expérimenter et de coordonner les sensations proprioceptives du mouvement et les signaux vestibulaires qu'il génère en faisant bouger la toupie. La répétition de ces propositions permet progressivement à Lena d'investir et maîtriser l'espace de la pesanteur.

Toutes ces propositions ont permis et permettent toujours à Lena de mieux se réguler sur le plan tonique et émotionnel. Ces mises en formes, nous ont également permis de travailler sur une rééquilibration des entrées sensorielles.

II. Intégration sensorielle

Dans le cas de Lena, le système archaïque semble dominer en ce qui concerne le traitement des flux sensoriels. Le traitement des flux par le système archaïque entraîne toujours un recrutement tonique. Ainsi, les flux sensoriels perçus par la petite fille ont tous un effet tonico-postural. La mise en place de coordinations intermodales s'en voit contrariée. De plus, cela pourrait expliquer la grande vigilance de Lena aux variations des flux sensoriels et son irritabilité face à certains d'entre eux.

Aspects visuel :

Concernant les aspects visuels, on se souvient que Lena était en grande difficulté au début de la prise en charge concernant la poursuite lente d'un objet. Lena ne regardait pas non plus les objets que l'on pouvait lui présenter. Les difficultés à capter son regard étaient également évidentes.

Ces comportements peuvent être dus aux effets d'une instrumentation privilégiant la fonction périphérique au détriment de la fonction focale. Cette instrumentation particulière pourrait elle-même viser à compenser les troubles de l'équilibre postural, très prégnant chez Lena lors de ses premiers mois. Le manque d'équilibre entraîne le bébé à risque à investir les fonctions périphériques afin d'inhiber la motricité oculaire et de figer la posture. Les mouvements peuvent alors être détectés sur la périphérie du champ visuel et être analysés. La fonction focale n'est alors plus investie comme analyseur d'image mais constitue un point d'ancrage; il s'agit par exemple des agrippements visuels que l'on retrouve chez Lena.

Ce sont en grande partie les progrès de Lena au niveau toniques et postural qui ont permis à la petite fille de libérer son regard de son rôle d'ancrage, de maintien corporel et d'investir l'exploration visuelle. Lena est capable d'explorer visuellement les objets, de nous regarder parfois de longs moments et d'observer d'avantage l'espace qui se trouve autour d'elle.

Aspect auditif :

Lena est également très sensible aux variations sonores. Lors des séances elle était rapidement distraite par les bruits venant de la rue notamment. Cette hyper-vigilance venait régulièrement rompre l'activité en cours en relation avec l'une de nous. L'inertie relationnelle de Lena rendait difficile pour elle de maintenir le contact en cas de variations sonores brusques ou même de réinvestir la relation après cela. Lors de ces variations on observait chez Lena, et on observe toujours à moindre mesure, un recrutement tonique correspondant à la réaction d'alerte. Bien que Lena puisse parfois s'orienter vers la source sonore, les conduites de traitements de la distance ne sont pas présentes. Lena ne semblait pas traiter le flux auditif dans sa dimension spatiale. « La réaction d'alerte serait instrumentée pour son effet émotionnel et non comme un état qui permette, par le support tonique, d'orienter l'organisme vers la source de stimulation »³⁰.

Durant les séances la psychomotricienne prend soin de verbaliser les flux sonores qui peuvent parvenir aux oreilles de Lena. Les propositions avec les balles sonores ont également permis à Lena d'être active dans la production de sons et de créer des régularités lui permettent d'anticiper les variations sonores. Elle peut également s'intéresser aux sons produits par ses partenaires sans se désorganiser comme nous avons pu l'observer dans le jeu de rythme sur le tambourin.

Bien que l'orientation vers la source sonore ne soit toujours pas franche, Lena est beaucoup moins désorganisée corporellement face à des variations sonores, la relation est moins mise en péril et on remarque davantage de conduites d'explorations après la réaction d'alerte.

Aspects tactile et proprioceptif :

Au niveau tactile, lors du bilan, Lena présentait une grande irritabilité signalée par ses retraits lors des contacts avec les bâtonnets en bois. Au début de la prise en charge Lena ne saisissait aucun objet et ne portait rien d'autre que ses mains à sa bouche. Cette dernière observation est d'ailleurs toujours d'actualité.

Ses explorations tactiles manuelles ont mis du temps à émerger, certainement dûes à ses irritabilités et peut être à son instabilité posturale, mobilisant son attention et rendant difficile ses mouvements. Lena, moins prise par la tenue de son corps a pu investir les objets.

³⁰ Bullinger. A.(2004). p185

Cependant, les traitements par les systèmes archaïques sont encore une fois plus présents. Il n'y a aucun mouvement spatialement orienté, Lena garde l'objet entre ses mains un long moment, sans le lâcher, l'exploration est faible, mais elle porte son regard dessus.

Nous avons proposé à Lena diverses balles aux textures variées et aucune ne semblait provoquer d'irritations; elle les saisit à pleine main avec une capture franche. Nous avons travaillé, en intégrant les aspects proprioceptifs, sur l'effet spatial et sensoriel que pouvaient avoir les manipulations de Lena. Par exemple la balle lumineuse permettait à Lena de mettre en lien les mouvements de la lumière et ceux de son bras. Aussi, elle pouvait corrélérer, grâce à la balle sonore, l'intensité du bruit avec celle de son mouvement.

Ces propositions, visant à la mise en place de coordinations entre les différents flux et les sensations proprioceptives ont permis à Lena d'investir de façon plus orientée l'espace. Ses progrès au niveau loco-moteur ont fait émerger des déplacements ayant pour finalité de saisir l'objet convoité.

Malgré de nombreux progrès, cette coordination n'est pas encore stabilisée. Nous pouvons notamment le constater lors du jeu de rythme mis en place lors de la dernière séance avec le tambourin (cf.supra p26). Lena frappait davantage avec sa main droite sur le tambourin, la main gauche étant plutôt inhibée lors de cet échange. La petite fille, comme pour suppléer aux fonctions effectives de sa main gauche, s'est saisie de la mienne, l'a guidée sur le tambourin et l'a faite frapper dessus.

A. Bullinger décrit le fait que lorsque la main est effectrice, elle peut être perçue comme appartenant à l'objet plutôt qu'au corps. G. Haag parle d'une « amputation » des segments effecteurs chez l'enfant autiste. Cependant cette conduite étant peu présente chez Lena nous pouvons penser qu'elle a encore besoin de réaliser des expériences pour investir pleinement ses fonctions instrumentales.

Le travail autour des mises en forme et cet intérêt porté à l'intégration sensorielle ont permis à Lena d'être moins emprise par son milieu. La mise en place d'appuis et le travail autour du traitement spatial des signaux sensoriels ont fait émerger une meilleure stabilité corporelle. Lena semble moins désorganisée par la variation des flux autour d'elle et peut davantage les maîtriser.

III. Maîtrise des espaces

A chaque espace de développement correspondent des coordinations sensori-motrices et des élaborations représentatives de l'organisme.

Les enfants à risque autistique présentent des particularités de conduites qui influencent la bonne maîtrise de ces espaces.

Maîtrise de l'espace oral :

Rappelons d'abord qu'une activité orale correctement instrumentée provient de la coordination entre conduites de capture et d'exploration. L'activité alimentaire (capture) et l'exploration entraînent les premières sensations d'exister. La prise des repas s'est toujours bien déroulée pour Lena; c'est un bébé qui mange bien et qui semble y prendre du plaisir.

Lors du bilan nous avons décelé chez Lena une irritabilité tactile au niveau de la bouche. Jusqu'à présent elle ne met rien d'autre à la bouche que ses mains et sa tétine. Ses mains peuvent d'ailleurs rester un long moment dans bouche.

Il semblerait que Lena présente une prégnance pour la conduite de capture. Les objets mis à la bouche, la main ou la tétine en l'occurrence, remplissent toute la bouche. Aucune activité d'exploration n'est observable, et cela même lorsque Lena s'est intéressée et a commencé à saisir les objets. A. Bullinger souligne que cet agrippement par la bouche pourrait compenser un déficit de l'arrière fond. On peut également envisager que ce manque d'exploration soit dû aux irritabilités tactiles présentes au niveau de cette zone.

Une désensibilisation tactile au niveau oral pourrait être la bienvenue en séance de psychomotricité. A l'aide d'une petite brosse à dent, nous pourrions donner un compote (par exemple) à Lena et ainsi initier des frottements au niveau des gencives, des joues, des lèvres... La répétition de cette proposition pourrait aider Lena à être moins sensible et peut être investir la fonction exploratrice de sa bouche, nécessaire à la bonne maîtrise de l'espace oral.

Maîtrise du buste :

Il s'agit de trouver un équilibre entre musculatures de flexion et d'extension permettant la création de l'arrière fond.

Lena semble avoir des difficultés à trouver cet équilibre, elle présente souvent des mouvements vifs et raides vers l'arrière. Cette hyperextension, comme nous l'avons déjà vu, pourrait être un réflexe visant à diminuer les reflux en inhibant l'ouverture du cardia et ainsi contrôler la douleur.

D'ailleurs, le recours à l'agrippement visuel souligne cette fragilité. De plus il lui arrive régulièrement de compenser ce manque de tenue du buste en bloquant sa respiration; on parle de « tonus pneumatique ».

Les mises en forme corporelles (hamac, la toupie, le portage en petit bouddha) ont offert à Lena une posture en flexion qui lui est difficile de trouver seule. Ainsi ses mouvements d'extension sont retenus. La maman de Lena avait d'ailleurs interrogé la psychomotricienne quant au portage adéquat à la contenance de l'hypertension de sa fille.

Au fil des séances, ces mises en forme semblent lui avoir permis de rassembler ses mains au niveau médian apportant une meilleure liaison visuo-manuelle. Lena est aujourd'hui capable de rassembler ses mains l'une contre l'autre, de jouer avec et de les regarder un moment, ce qui n'était pas possible au début de la prise en charge. Elle est également capable de manipuler et de s'intéresser à un jouet quelques minutes.

A. Bullinger souligne ses deux conséquences du déséquilibre flexion/extension. D'après lui l'hyperextension entraîne une dominance de la musculature postérieure et donc un raccourcissement des muscles trapèzes rendant difficile le rassemblement des mains. L'extension rend également difficile le port du regard vers les mains, la nuque étant en arrière et les bras de chaque côté du buste.

Bien que l'agrippement visuel se soit fortement dissipé, Lena porte encore sa main dans sa bouche régulièrement, ce qui nous laisse à penser que cette arrière fond n'est pas totalement stable et qu'il doit continuer d'être travaillé en séance.

Maîtrise du torse :

La coordination des espaces droite et gauche permet la création d'un espace de préhension unifié autour de l'axe corporel. Cet espace sollicite les muscles assurant la torsion du buste.

Dans son développement, nous avons toujours pu observer chez Lena un investissement plus marqué de son hémicorps droit. La plupart du temps, ses retournements sont initiés par le côté droit et la préhension se réalise plus facilement avec la main droite. C'est également cette main qu'elle met à la bouche et ses expériences de rotation du buste se font du côté droit. Lors de ses déplacements au sol Lena pousse plus facilement sur son pied droit pour avancer.

Les différentes mise en forme déjà énoncés ont encore une fois permis un travail intéressant en regroupant le corps dans le champ de vision de la petite fille, autour de son axe. Au travers de ces positions nous pouvions proposer à Lena des vécues similaires entre les deux hémicorps (balancements, de vibrations...).

Lorsque Lena s'est intéressée et a commence à saisir les objets nous avons pu travailler sur la coordination des deux mains. Il fallait souvent aller stimuler sa main gauche pour qu'elle vienne également prendre l'objet.

Au tapis nous nous mettions à droite de Lena ou nous placions des objets afin de l'inciter à engager le retournement par le côté gauche, vers la droite.

Nous pouvons également accompagner Lena dans ses déplacements au sol en lui proposant des appuis au niveau des deux pieds. La petite fille a tendance à pousser davantage sur sa jambe droite, même lorsque celle-ci est tendue alors que la gauche est pliée. En alternant les appuis entre droite et gauche la petite fille arrive à pousser sur ses deux pieds. Petit à petit se dessine une coordination entre les deux jambes.

Le manque de coordination entre les hémicorps nous donne à penser que Lena trouve des difficultés dans la maîtrise de l'espace du torse. Deux conditions sont nécessaires à la conquête de cet espace :

- l'investissement de l'espace oral comme relais entre les hémi-espaces permettant de construire un espace unifié de préhension
- une stabilité du buste et donc un équilibre entre flexion et extension, permettant un redressement suffisant pour effectuer des mouvements de torsion. C'est ainsi que l'arrière fond se transforme en axe corporel.

Il semble que Lena n'ait jamais investie sa zone orale comme un lieu de relais. Les objets ne transitent pas d'une main à l'autre en passant par la bouche. De plus, le déséquilibre entre flexion et extension est toujours présent chez cette petite fille. Sans un espace de préhension unifié qui s'articule autour d'un axe corporel il semble difficile de créer une représentation de l'organisme unifié.

Maîtrise du corps :

Ici la coordination entre le haut et du bas du corps est en jeu. Pour que cette coordination se réalise le bas du corps doit être investi.

Lena présente un manque évident d'investissement du bas de son corps. Lors des premières séances, allongée au sol, sur le dos, la petite fille restait très raide, jambes tendues et n'initiait aucun mouvement d'enroulement lui permettant de saisir ses jambes et ses pieds. Lorsqu'elle a commencé à se retourner, le mouvement pouvait souvent être initié par le haut du corps. Enfin ses progrès au niveau loco-moteur l'ont amené à se déplacer en rampant. Cependant lorsqu'elle avance sur le ventre le mouvement est essentiellement réalisé par les bras, comme si elle se hissait vers l'avant. Elle donne l'impression de trainer ses jambes derrière elle.

Afin que Lena puisse investir son bas du corps, la psychomotricienne lui proposait au départ des postures en enroulement notamment en positionnant une main sous son bassin, ce dernier se décollant du sol et permettant aux jambes d'être portées aux mains et à la bouche. Ces postures pouvaient permettre à Lena de reconnaître et d'investir son bassin comme un espace de liaison entre le haut et le bas du corps. Lena pouvait ensuite s'enrouler d'elle-même mais ne restait pas longtemps dans cette position. Souvenons nous que Lena présente une tendance à l'hyperextension, rendant ses muscles postérieurs plus toniques que les antérieurs. On peut faire l'hypothèse que la faiblesse de ses muscles antérieurs ne permettait pas à Lena de tenir cet enroulement trop longtemps au départ.

A force de répétition et d'étayage, au fil des séances Lena a acquis l'enroulement spontané et a pu trouver un chemin plus naturel pour effectuer ses retournements.

L'investissement du bas du corps est également travaillé grâce à la coordination des mouvements actifs de Lena et des variations sensorielles. On peut citer les chaussettes avec de petits grelots et le plancher en bois comme médiateur de ce travail. Les mouvements avec les chaussettes et les percussions que Lena peut faire avec ses pieds sur le

plancher en bois entraînent des sensations proprioceptives. Ces mouvements entraînent également des variations sensorielles : le bruit des grelots et celui des coups sur le plancher. Cette coordination permet d'aider Lena à intégrer le bas de son corps comme lui appartenant et ayant une action sur le milieu. Le plancher en bois facilite la mise en place de cette coordination et fait émerger le mouvement.

Ce travail a également permis à Lena d'utiliser ses pieds comme outils d'exploration. En effet les premiers mois de vie le pied explorateur domine en sollicitant les systèmes tactiles. Lena découvre les propriétés tactiles des supports, attrape ses pieds, les fait se toucher l'un l'autre... Cette étape est importante dans la préparation à la l'acquisition de la marche qui est une coordination entre pied explorateur et pied porteur.

Cependant la maîtrise de l'espace du corps nécessite également de bonnes capacités de redressement et de rotation, mises en place dans les espaces du buste et du torse. Sans avoir atteint la maîtrise de ces deux derniers espaces il semble difficile pour Lena d'investir totalement son bas du corps et ses coordinations.

Pour conclure, il semblerait que Lena investisse de nouveaux espaces sans avoir acquis la totale maîtrise des précédant. De fait, des dysharmonies s'installent dans son développement.

Lors des séances de psychomotricité nous proposons à Lena des mises en forme et situations visant à coordonner ces espaces. Jusque là, le travail en psychomotricité aura pu faire émerger des élaborations instrumentales de meilleures qualités au niveau de la vision, du torse, des mains, du bassin et des jambes.

De plus les propositions de la psychomotricienne permettent à Lena d'être active, d'explorer les différents flux sensoriels afin d'être moins désorganisée par les variations sensorielles de son environnement. Nous proposons régulièrement à Lena des stimulations sensorielles reliées à des sensations proprioceptives, notamment grâce aux matériaux vibratoires. Ainsi Lena peut ressentir corporellement les variations sensorielles et y donner du sens. La régularité de ses propositions a permis à Lena de s'organiser progressivement pour répondre à nos sollicitations et ainsi entrer en interaction. C'est la mise en place de l'équilibre sensori-moteur qui permet de recevoir sans désorganisation les signaux venus de l'extérieur. Le travail en psychomotricité permet un élargissement progressif de cette surface d'équilibre qui a déjà permis à Lena d'être moins irritable, moins vigilante et moins débordée par ses sensations.

LES EFFETS DE L'APPROCHE SENSORI-MOTRICE SUR LES INTERACTIONS MERE-BEBE

Lors de nos séances il apparaît que le travail sur la mise en forme ait été bénéfique autant à Lena qu'à sa maman. En effet, mère et fille avaient des difficultés à s'accorder lors des portages, Lena semblait parfois glisser sur sa maman. Souvent il nous a paru important de porter attention à la propre posture de Madame. Nous l'invitions à s'asseoir bien au fond des fauteuils, pour avoir un appui-dos et nous lui en fournissons un, à l'aide d'un pouf, lorsqu'elle est au sol avec Lena dans les bras.

Nous avons beaucoup travaillé sur la mise en forme de Lena dans son « giron maternel ». Nous avons porté un intérêt particulier aux installations de Madame au moment des biberons ou simplement lorsqu'elle portait Lena contre elle.

Au travers du portage en petit bouddha, nous avons montré à cette maman comment contenir sa fille dans ses mouvements vers l'arrière. Au fur et à mesure, nous avons pu constater que Madame prenait d'elle-même des positions plus confortables, plus adaptées au portage de son bébé.

L'appui contre la mère constitue un support privilégié et actif. En effet « le dialogue tonique offre à l'enfant, outre les appuis physiques, des moyens de régulation tonique essentiels que ne remplacera pas le meilleur des sièges »³¹. Des interactions corporelles et visuelles de qualité, au travers de ses mises en forme, se sont progressivement installées en séances.

Madame s'est également saisie de nos séances comme un lieu de dépose et de questionnement. Il lui arrivait souvent de venir en séance avec des questions concernant les gestes à adopter avec sa fille. Elle a pu se saisir de tous les conseils et propositions de la psychomotricienne afin de les appliquer à la maison et nous en faisait généralement des retours. Il est possible que les solutions apportées à ses questions aient permis à cette maman de se sentir plus confiante dans son rôle de mère.

³¹ Bullinger.A.(2004). p232

Enfin, les propositions lors des séances permettaient à Lena de faire preuve de toutes ces compétences. En s'aventurant dans toutes nos situations d'expérimentation diverses avec succès Lena donne à voir à sa mère le bébé compétent quelle est. Il semble que les progrès de Lena encouragent Madame à s'investir de plus en plus dans les séances; que ce soit par ses verbalisations, ses regards, sa présence au sol. On peut se questionner sur le rôle du « miroir psychique » décrit par D. Winnicott. Madame regarde son bébé, de plus en plus compétent, et Lena qui accède parfois à ce regard peut se reconnaître comme étant ce bébé.

Au travers de l'approche sensori-motrice, la relation mère-bébé à été nourris en grande partie des progrès de Lena.

LE DEPISTAGE PRECOCE DU RISQUE AUTISTIQUE

Au travers du parcours de soin de Lena, je souhaite exposer ici les actualités concernant mises en place du dépistage et de la prise en charge précoce des bébés à risque autistique. Bien que le psychomotricien ne soit pas habilité à poser un diagnostic, il peut être amené à rencontrer des enfants à risques. Ses connaissances sur l'actualité du diagnostic et ses observations psychomotrices peuvent permettre au praticien d'orienter les familles et de proposer une éventuelle prise en charge.

I. Actualité sur le diagnostic de l'autisme et le dépistage précoce

Dans la classification critériologique CIM 10 ³²(classification internationale des maladies), qui est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS), les troubles autistiques appartiennent aux troubles envahissant du développement (TED).

Les TED ont en commun une association de symptômes, que l'on nomme « triade autistique » :

- Troubles de la communication verbale et non-verbale
- Troubles des relations sociales
- Centres d'intérêts restreints et/ou des conduites répétitives

Le diagnostic de l'autisme est clinique et se réalise grâce à divers outils : CARS³³, ADI-R³⁴ et ADOS³⁵ principalement. L'affirmation du diagnostic d'autisme ne se réalise qu'aux alentours des 30 mois de l'enfant. Cependant des signes peuvent apparaître bien plus tôt dans le développement de l'enfant, souvent bien repérés par les parents.

³² Jutard. C, Notes de cours de l'option Troubles du Spectre Autistique, Année 2018-2019.

³³ Children Autistic Rating Scale ou Echelle d'évaluation de l'autisme. Permet d'évaluer la sévérité des troubles autistiques, à partir de 2 ans.

³⁴ Autism Diagnostic interview-revised. Permet de poser le diagnostic grâce à une interview des parents basée sur l'histoire de l'enfant.

³⁵ Autism Diagnostic Observation Schedule. Il permet d'observer ou non la présence de comportements spécifiques pour le diagnostic de l'autisme.

La maman de Lena s'est inquiétée très tôt dans le développement de sa fille, aux alentours de ses deux mois. La plus grande inquiétude de cette maman résidait dans l'indifférence de Lena au monde extérieur. Elle avait des difficultés à capter son regard. De plus la maman, qui a un neveu autiste, possède également des connaissances sur les signes autistiques qui l'ont mené à s'interroger face aux conduites de sa fille.

Le dépistage précoce des signes autistiques est depuis quelques années un véritable enjeu de santé publique. Le 4ème plan autisme dévoilé par le gouvernement en avril 2018 en fait d'ailleurs son engagement numéro deux. L'enjeu est de revoir l'organisation du système de soin pour assurer un repérage et une prise en charge extrêmement précoce des enfants présentant des troubles du neuro-développement.

Le CHAT (Check List for Autism in Toddlers) développé par S.Baron-Cohen, était jusque-là le meilleur outil de dépistage précoce, utilisé chez les bébés de 18 mois. Il s'agit d'un dépistage simple composé de neuf questions posées aux parents et cinq items d'observations destinés au soignant (médecin, infirmière, puéricultrice...). Cet instrument s'appuie sur les travaux concernant le développement de la cognition sociale dans le cadre de la théorie de l'esprit. Les trois épreuves proposées feraient défaut chez le futur enfant autiste :

- le pointage proto-déclaratif (pointer un objet pour attirer l'attention de l'enfant sur celui-ci)
- l'attention conjointe (partager un événement avec autrui)
- le jeu du « faire semblant »

Dans cette perspective, la recherche PREAUT, promue par l'Association PREAUT (Paris), s'est intéressée à des signes observables dans le développement de l'enfant avant les trois marqueurs cognitifs cités précédemment. Cette recherche s'appuie sur l'hypothèse émise par M.C.Laznik que le bébé à risque autistique présenterait un déficit du besoin inné d'échanger et d'être une source de plaisir pour la personne avec laquelle il interagit. Elle décrit là l'absence du troisième temps pulsionnel chez le bébé à risque. La grille d'évaluation

PREAUT développée par cette équipe s'intéresse alors à la capacité du nourrisson à s'engager spontanément et de manière synchrone dans des interactions ludiques et jubilatoires.

En France les bébés sont systématiquement examinés au cours de leur suivi pédiatrique à 4, 9 et 24 mois. C'est sur ces trois âges que PREAUT a souhaité mener son étude afin de mettre en place une procédure de dépistage précoce réalisable dans le cadre d'un suivi médical habituel des nourrissons. A 4 et 9 mois les bébés seront examinés avec la grille PREAUT et à 24 mois ils passeront un CHAT. Cette étude a nécessité la formation d'environ six cent pédiatres et médecins aux outils de dépistage et un échantillon de 12 179 nourrissons au départ (beaucoup de bébés ont été perdu de vue ou ne sont pas allés au bout de l'étude).

De manière générale cette étude conclue à une corrélation entre les résultats des 4 et 9 mois avec les réponses du CHAT à 24 mois. Un test positif à 4 mois serait donc un bon indicateur justifiant la proposition d'une prise en charge précoce et adaptée aux troubles de l'enfant.

Nous repérons très bien chez Lena cette absence de toute initiative relationnelle. Au fur et à mesure de la prise en charge en psychomotricité, Lena a pu se montrer plus réceptive à nos tentatives d'échanges jusqu'à en devenir actrice par moment. Cependant si l'adulte n'amorce pas la relation, la petite fille est capable de rester un long moment seule, à manipuler un jouet ou à se déplacer, faire des expériences motrices, sans venir susciter le regard de l'adulte.

Nous avons pu vivre lors d'une séance (cf.supra p25) l'émergence de ce troisième temps pulsionnel chez Lena. La petite fille tendait son pied à la psychomotricienne qui semblait prendre beaucoup de plaisir à le « manger ». Au sein des séances hebdomadaires avec leur psychanalyste, cette mise en route du troisième temps pulsionnel semble au coeur de l'accueil mère-enfant.

Dans ce contexte d'intérêt pour le dépistage précoce du risque autistique, André Carel, pédopsychiatre et psychanalyste, a établi une Grille d'évitement relationnel du nourrisson³⁶. Il s'agit d'un rassemblement de signes observable chez le nourrisson entre zéro et dix-huit mois destiné aux praticiens de la petite enfance.

Le recueil de ses signes peut s'effectuer au travers de la rencontre du nourrisson et de ses parents. M.Picco et A. Carel définissent l'évitement relationnel comme un moyen de se soustraire à une situation anxiogène en dirigeant son attention sur d'autres éléments de son milieu, sous forme d'agrippements. Ils parlent de « seconde peau muscu-

³⁶ Grille d'évitement relationnel du nourrisson en annexe III, p81

laire, agrippements sensoriels et peut être agrippements psychiques ». Cet évitement pourrait être la conséquence d'une souffrance dans le lien parents-enfant. Les observations se portent sur le comportement général relationnel, les mimiques du visage, le regard, l'écoute, la localité, la préhension, le toucher, la gestualité et l'aspect tonico-postural.

La maman de Lena a été très réactive et a su faire confiance à son instinct de mère face aux paroles pourtant rassurantes des médecins. Les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de Santé invitent d'ailleurs les professionnels à ne jamais minimiser les inquiétudes des parents.

Une prise en charge pluridisciplinaire très précoce de nourrissons présentant un risque autistique pourrait infléchir la trajectoire développementale avant l'installation complète du syndrome autistique. Cette idée est de plus en plus admise et justifie d'autant plus la mise en place d'un dépistage automatique afin de diriger et encadrer les familles le plus tôt possible.

II. Diagnostic différentiel

Face à des difficultés interactives entre parents et enfants il est important de se questionner en premier lieu sur une possible cause organique expliquant les troubles.

Dans le parcours de soin de Lena le premier réflexe de son pédiatre a été de lui proposer un bilan neuro-visuel. En effet face à la quasi absence de regard de la petite fille, en direction des personnes ou des objets, il semblait nécessaire de vérifier l'intégrité de son système visuel.

Les troubles sensoriels sont les premières causes à écarter lors d'un risque autistique; notamment la surdité et la malvoyance. Après le toucher, la vue et l'ou ie sont les principaux sens sur lesquels s'étayent les premières interactions entre parents et enfant. Il n'est alors pas surprenant que les interactions soient troubl es si l'un de ces sens est altéré.

Les bilans neuro-visuels et l'IRM de Lena ont mis en évidence l'absence d'anomalies du système visuel. Les stimulations réalisées à la maison et les différentes prises en charge ont permis une nette amélioration des capacités visuelles de Lena, montrant une possible évolution par rapport aux premières observations. J'ai également appris qu'une

recherche, à partir du cordon ombilical, allait être réalisé afin de tester la présence d'un éventuel virus développé durant la grossesse et pouvant expliquer les troubles.

L'hypothèse du « tout psychique » serait donc à éviter face à une situation de risque autistique; le danger étant de passer à côté d'une cause organique ou neurologique. Cependant les nombreux bilans médicaux peuvent s'étaler sur plusieurs mois. Durant cette période la souffrance du bébé à risque est toujours présente et ce dernier continue à se développer avec ses difficultés. La prise en charge précoce prend alors tout son sens, permettant de prendre en compte l'enfant à l'instant présent avec ses capacités et ses difficultés. L'absence de diagnostic ne doit pas être un frein à la prise en charge de ces enfants et parents, qui sont la plupart du temps dans un grand désarroi.

Dans le cadre de son 4ème plan autisme, le gouvernement a d'ailleurs créé « un forfait intervention précoce ». Ainsi, dans l'attente d'une possible confirmation de diagnostic d'autisme, l'Etat prend en charge le recours à certains professionnels, dont les psychomotricien(ne)s, pour ces enfants.

Les parents de Lena, et particulièrement sa maman qui l'accompagne dans toutes ses prises en charge, semblent accepter et comprendre cette ambivalence entre les investigations médicales qui continuent et les suivis déjà installés. Ce sont des parents investis et consciencieux. Ils ont su tisser des alliances thérapeutiques solides, s'appuyer sur les différents espaces qui leur ont été proposés et appliquer les conseils des professionnels afin de soutenir au mieux leur petite fille dans son développement.

III. La place de la psychomotricité dans le dépistage précoce

« L'intérêt d'observer le développement tonico-postural chez l'enfant à risque autistique est récent. Pendant longtemps cette problématique ne s'est pas posée à propos de ces enfants »³⁷.

Ces propos d'A.Bullinger peuvent nous paraître surprenant devant l'actuelle évidence des difficultés toniques et posturales présentes dans le tableau clinique des signes autistiques. Pourtant la question du corps comme lieu d'expression de la souffrance psychique a souvent été négligée. Or le petit d'homme, et plus encore le bébé à risque autistique impose de s'intéresser au corps comme un outil de communication. J. De Ajuria-guerra nous l'expose au travers du dialogue tonico émotionnel qui met le corps en rela-

³⁷ Bullinger 2006 article contraste

tion. La psychomotricité semble alors pertinente dans l'observation des manifestations corporelles particulières et précoces du tout petit.

Simonnot et Mazet (1996), au travers d'une longue étude, mettent en évidence les perturbations précoces de la sphère psychomotrice dans les futurs tableaux d'autisme :

- des distorsions des articulations entre le regard et la motricité
- des variations de répartition des tensions corporelles
- des perturbations de l'attention conjointe (notamment visuelle)
- une dysharmonie générique des interactions mimiques
- des modifications de rythme et de synchronie des engagements interactifs, dans la sphère de la motricité ludique en relation (absence d'initiation de la relation par le bébé...)

La psychomotricité paraît donc bien être un outil d'observation et d'exploration des plus précieux dans un contexte de risque autistique.

Pour appuyer ce propos je ferais également référence aux écrits de F. Joly, psychologue, psychanalyste et psychomotricien, concernant les signes psychomoteurs du risque autistique. Sa réflexion s'appuie sur ses expériences et pratiques personnelles mais également sur les premiers retours de l'enquête nationale sur le point de vue des praticiens de la psychomotricité en matière d'autisme.³⁸ Il finit par décrire trois items centraux, rencontrés de manières récurrentes par des spécialistes de la psychomotricité au début du développement d'un bébé à risque autistique :

- les particularités et difficultés concernant les ajustements toniques et posturaux (désordres tonico-émotionnel dans l'interaction, absence de patterns interaction comme tendre les bras...)
- la pauvreté des explorations psychomotrices spontanées et partagées
- la singularité de la sensorialité et de la sensori-motricité (recherche de flux sensoriels, hypersensibilités sans coordinations intermodales...)

³⁸ Il s'agit d'une recherche initiée par le centre de ressources autisme de Bourgogne sur « les signes psychomoteurs précoces de l'autisme ».

Au regard de la présentation de Lena nous ne pouvons que constater la présence dans son tableau clinique de ces trois items. Le bilan sensori-moteur aura permis de mettre en évidence ces particularités de fonctionnement prégnantes chez la petite fille.

La perspective psychomotrice tient toute sa place dans la problématique du dépistage précoce de l'autisme ainsi que dans une future prise en charge.

CONCLUSION

J'ai souhaité, au travers de ces pages, faire étalage de tout l'intérêt et la pertinence de l'approche sensori-motrice dans l'accompagnement d'un bébé à risque autistique et de sa maman. Cette approche offre des outils de prise en charge intéressants au psychomotricien, notamment concernant le développement tonico-postural et l'intégration sensorielle. La théorie des espaces de développement aura également été d'une grande richesse dans l'observation et l'accompagnement psychomoteur de Lena.

L'attention portée sur les mises en forme du corps aura permis d'apporter des appuis stables, permettant au bébé d'utiliser ses moyens sensori-moteurs et d'entrer en relation avec son entourage. En accentuant les séances sur la recherche d'ancrage corporel Lena a pu s'apaiser et s'appuyer petit à petit sur un corps solide et fiable. Ainsi, un travail sur l'intégration des flux sensoriels et de leur propriétés spatiales a pu se mettre en place afin d'atténuer l'hypervigilance et l'irritabilité de Lena.

Mieux dans ses appuis et plus sereine face aux variations sensorielles de son milieu, nous avons pu observer une amélioration des conduites relationnelles de Lena. Le tissage des liens avec sa maman s'en trouve nourri.

« La souffrance d'une mère de ne plus comprendre son enfant reprend en écho et démultiplie la souffrance de l'enfant. Le seul risque de cette spirale pathogène est la justification première des thérapies précoces »³⁹.

L'intérêt pour le dépistage et la prise en charge précoce de l'autisme est un fait d'actualité. Le psychomotricien a toute sa place dans l'observation et l'accompagnement de ces enfants et leurs parents. Il est tout à fait envisageable de pouvoir inverser un processus d'évolution vers un éventuel trouble autistique et de ramener l'enfant vers des capacités de relation et d'interaction au travers d'une prise en charge précoce.

La réactivité des parents de Lena et des soignants ont permis la mise en place de cette prise en charge pluridisciplinaire et très précoce. Aujourd'hui, les progrès de Lena sont très encourageants, il s'agit d'une petite fille pleine de ressources et de volonté. Bien que nous ne puissions pas dire quel sera son avenir, nous pouvons souligner sa progres-

³⁹ Gauberti, M. (1993), p71

sion dans son développement moteur et postural ainsi que l'émergence progressive d'un plaisir à la relation et au partage de jeux.

Pour finir, il semble important de garder une certaine souplesse quant à l'avenir de ces bébés à risque autistique. En effet, le neuro-développement est une science complexe et incertaine. Un bébé à risque autistique n'est pas un futur enfant autiste. Une prise en charge précoce, notamment psychomotrice, doit garder une allure préventive tout en soutenant le développement et les compétences relationnelles de l'enfant.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

BULLINGER, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche, Tome 1*. Toulouse, Erès.

BULLINGER, A., & DELION, P. (2015). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : l'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED, Tome 2*. Toulouse: Erès.

DELION, P. (2015). *Hommage à André Bullinger*. Le Carnet PSY, (188), 48–49.

DELION, P. (2017). *dir, Les bébés à risque autistique*. Toulouse: Erès.

FREUD, S. (1915), *Pulsions et destins des pulsions, dans Métapsychologie*. Paris, Gallimard.

GAUBERTI, M. (1993), *Mère-enfant : à corps et à vie - Analyse psychomotrice des interactions précoces*, Paris, Masson.

HAAG, G. (2014). *Les avancées théoriques dans la clinique psychanalytique de l'autisme*, AMY, MD (sous la direction de), *Autismes et psychanalyse- Evolution des pratiques, recherches et articulations*. Erès.

LAMOUR, M., ET BARRACO, M. (1998) , *Souffrances autour du berceau: de l'émotion au soins*, Paris, Gaëtan Morin Editeur.

LE BRETON, D. (1996). *Anthropologie de la douleur*. Paris : Métailié.

MCELHANON BO, MCCRACKEN C, KARPEN S, SHARP WG. *Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a meta-analysis, Pediatrics*. 2014 May;133(5):872-83.

ROBERT-OUVRAY, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris: Desclée de Brouwer.

ROBERT-OUVRAY, S. B. (2014). *Intégration motrice et développement psychique*. Paris: Desclée de Brouwer.

ROBINEAU, C. (2000). *Signes de souffrances en périnatalité*. Toulouse: Eres.

WINNICOT, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris, Gallimard.

WINNICOT, D.W. (2015). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot.

Articles :

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

GOUMAS, J, GRIMONT-ROLLAND, E, LAMBICCH, S (2014). *Approche sensorimotrice de la prise en charge d'un jeune avec polyhandicap douloureux*. *Enfance*, 2(2), 159–169.

JOLY, F. (2008). Les signes psychomoteur précoces de l'autisme. *Contraste*, 1(28-29), 179–198.

LE FESSANT, C. (2014). *Comment les expériences corporelles précoces influencent-elles le vécu psychomoteur*. *Evolution Psychomotrices*, 26(103), 47–56.

WINNICOT, D. W. (1989). *De l'angoisse à l'insécurité. De la pédiatrie à la psychanalyse*, , 198–202.

Mémoires :

CAVALLIER, L.(2011), *Dans ma bulle...mais pas seulement ! Autour d'une approche sensori-motrice auprès d'enfants autistes*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Paris VI, Pitié Salpêtrière.

REYMOND, L.(2012), *Approche sensori-motrice de l'évitement relationnel du nourrisson, prévention et perspectives*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien, Paris VI, Pitié Salpêtrière.

Sources numériques:

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie. FMPMC-PS - Modalités d'observation et d'évaluation des fonctions psychomotrices aux différents âges de la vie - Psychomotricité première année. Récupéré de <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPS-Mobs/POLY.Chp.1.html>

HAS. (2018, décembre). Douleur chronique :reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Récupéré de https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_synthese.pdf

PRÉEL. M et JUILLIARD. P (2019). Les principales mesures du 4ème plan autisme. Récupéré de <https://informations.handicap.fr/a-mesures-plan-autisme-10738.php>

ANNEXE I



Bâtonnets de bois



Lampe à fente



Pipe à balle



« Bip », Boites de cachou, Hochet sonore



Plancher de bois



Panneaux Vichy, Bouée



Chaussettes grelots



Petite toupie



Balles sonore, lumineuse, texturée

ANNEXE II

Espace utérin	Naissance	Espace de la pesanteur	Espace oral	Espace du buste	Espace du torse	Espace du corps
Les stimulations sensorielles entraînent une réponse d'extension du buste contenue par la paroi utérine. Dialogue tonique entre le fœtus et son enceinte	Perte de l'enveloppe utérine et de l'alimentation en continu	Coordination proprioception-vestibule	Coordination Capture-exploration	Coordination arrière-avant	Coordination gauche-oral-droite	Coordination haut-bas
	Déplisser ses poumons et respirer	Regroupement Réactions d'appui	Alimentation fractionnée	Équilibre Flexion-extension	Relais oral Espace de préhension	Corps articulé Espace des déplacements
		Création de la verticale	Création d'une contenance	Création d'un arrière-fond	Création de l'axe corporel	Création du corps véhicule
		Élaboration instrumentale de la pesanteur	Élaboration instrumentale de la bouche	Élaboration instrumentale de la vision	Élaboration instrumentale du torse et des mains	Élaboration instrumentale du bassin et des jambes
	Les troubles	Sensation de chute	Clivage capture-exploration	Clivage arrière-avant	Clivage gauche-droite	Clivage haut-bas
	Aspects instrumentaux	Troubles praxiques du redressement	Troubles praxiques de la zone orale	Troubles des praxies oculomotrices Tonus pneumatique	Troubles praxiques des membres supérieurs, de l'axe corporel et de l'espace de préhension	Troubles praxiques de l'espace du corps et de l'espace des déplacements

ANNEXE III

<p>Identification</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ _ (3 premières lettres du nom et 2 premières lettres du prénom du nourrisson)</p> <p>Sexe du nourrisson : <i>O Garçon</i> <i>O Fille</i> Age _ _ mois</p> <p>Date de naissance du nourrisson : _ _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Code du clinicien investigateur : _ _ _ </p> <p>Date de la consultation : </p>	<p>Procédure de remplissage</p> <p><input type="radio"/> Noirir avec un gros feutre noir la réponse correcte</p> <p>Sigle et abréviation : NR = non retrouvé I = impossible à déterminer Parent = si oui</p>
--	---

7. LE COMPORTEMENT GENERAL		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
1.	Sagesse, gravité, excessives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Intérêt spontané faible envers les personnes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sensibilité faible aux sollicitations relationnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Intolérance aux sollicitations relationnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Instabilité excessive des conduites d'attachement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Excitabilité excessive aux stimulations sensorimotrices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Tolérance faible aux changements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Variabilité excessive de la vigilance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Faible consolabilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. LE VISAGE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
10.	Orientation faible du visage vers autrui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Mimiques émotionnelles peu expressives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Sourire faible en présence d'autrui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Mimiques d'imitation pauvres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Mimiques trop instables - variables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Mimiques émotionnelles mal contextualisées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. LE REGARD		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I	
16.	Regard peu orienté vers autrui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Recherche rare du contact oeil à oeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Regard fuyatif, à la dérobée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Regard périphérique, « du coin de l'œil »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Regard flou en « passe-muraille »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Regard hyperpénétrant, dur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Regard trop proche, avec « effet cyclope »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Strabisme éphémère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Nystagmus éphémère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.	Fixation excessive aux sources lumineuses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.	Désintérêt pour son image dans le miroir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.	Attention préférentielle pour les choses plutôt que pour les personnes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.	Attention visuelle paradoxale (pour les objets menus, lointains...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.	Attention partagée faible ou absente (Cf. item 89 à 10 mois du BLR-E : Brunet Lézine révisé : regarde ce que l'adulte regarde)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. L'ÉCOUTE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
30.	Réaction faible ou absente à la voix familière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.	Peurs auditives excessives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.	Intérêt particulier pour la musique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.	Attention auditive paradoxale (pour les bruits faibles, lointains...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. LA VOCALITÉ, LA PRE-VERBALITÉ		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
34.	Babillage ou jargon insuffisant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.	Babillage monotone, répétitif, atypique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.	Disparition des premiers mots	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.	Imitations et jeux vocaliques faibles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.	Rires mal contextualisés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.	Pleurs mal contextualisés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.	Bruits buccaux étranges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. LE TOUCHER		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
41.	Faible intérêt pour le contact cutané, les caresses, les câlins, les baisers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42.	Intérêt exclusif pour les contacts et les jeux moteurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43.	Stimulations tactiles répétitives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44.	Sensibilité insuffisante à la douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. LA PREHENSION		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
45.	Inertie préhensive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46.	Approche avec le buste seul, bras inertes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47.	Préhension hésitante (« le cube brillant »)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48.	Contact par effleurement, du bout des doigts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49.	Brièveté de la saisie palmaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50.	Atypie de la pince fine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51.	Désintérêt visuel pour l'objet tombé-jeté (« signe des oubliettes »)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52.	Non réalisation du jeu de jeter-ramasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53.	Découplage du regard et de la préhension (prendre sans regarder)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54.	Jeu répétitif, stéréotypé avec un objet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. LA GESTUALITÉ		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
55.	Gestualité émotionnelle peu expressive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56.	Imitations gestuelles faibles ou absentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57.	Pointage de l'objet dans l'attention partagée faible ou absent (Cf. item 110 à 14 mois, BLR-E : montre du doigt ce qui l'intéresse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58.	Jeu de mains ou de pieds répétitif ou atypique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59.	Fascination visuelle pour certains jeux de mains	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60.	Découplage du regard et de la gestualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61.	Attitude anticipatrice du portage pauvre ou atypique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62.	Retrait des bras "en chandelier"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63.	Auto agressivité par les mains	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64.	Négligence des membres inférieurs (ni touchés, ni saisis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65.	Jeu en faire-semblant pauvre ou absent (Cf. item 120 à 17 mois, BLR-E)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. LA POSTURE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
67.	Hypotonie atypique, variable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

RÉSUMÉ

Le terme de « bébé à risque autistique » trouve du sens dans la problématique actuelle du dépistage précoce de l'autisme. Des signes précoces, laissant envisager un éventuel destin autistique, pourraient être repérés avant l'âge de confirmation du diagnostic (trente mois). La thérapie psychomotrice tient toute sa place dans le repérage des signes et la prise en charge de ces enfants.

Cet écrit s'intéresse à l'intérêt de l'approche sensori-motrice, sous-tendue par la théorie d'André Bullinger, dans la prise en charge d'un bébé à risque autistique et de sa mère.

De quelle manière la prise en charge précoce prévient-elle le risque autistique ? Comment la sensori-motricité soutient-elle le développement psychomoteur et relationnel du nourrisson ?

Mots clés :

Risque autistique- Sensori-motricité- Dépistage précoce- Interaction précoces- Prévention

SUMMARY

The term « baby at risk of autism » has meaning in the current problem of early detection of autism. Early signs, suggesting a possible autistic fate, could be detected before the age of confirmation of diagnosis (thirty months). Psychomotor therapy plays an important role in identifying signs and taking care of these children.

This thesis focuses on the interest of the sensory-motor approach, underpinned by André Bullinger's theory, in the management of a baby at risk of autism and his mother.

How does early care prevent autism risk? How does sensory-motor skills support the psychomotor and relational development of infants?

Key words :

Autism risk – Sensory-motricity- Early detection – Early interaction - Prevention