



HAL
open science

Psychomotricité et Trouble envahissant du développement : soutenir la structuration spatiale par la médiation sonore chez un enfant présentant un TED

Pauline Moncel

► To cite this version:

Pauline Moncel. Psychomotricité et Trouble envahissant du développement : soutenir la structuration spatiale par la médiation sonore chez un enfant présentant un TED. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02276967

HAL Id: dumas-02276967

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02276967>

Submitted on 3 Sep 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.

INSTITUT DE FORMATION EN PSYCHOMOTRICITE
DE LA PITIE SALPETRIERE
FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE
91 BOULEVARD DE L'HOPITAL
75364 PARIS CEDEX 14



Psychomotricité et Trouble envahissant du développement

Soutenir la structuration spatiale par la médiation sonore
chez un enfant présentant un TED

MEMOIRE PRESENTE EN VUE DE L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT DE PSYCHOMOTRICIEN

PAR

PAULINE MONCEL

REFERENT DE MEMOIRE

CHLOE DOTTORI

SESSION JUIN 2019

REMERCIEMENTS

Je remercie Chloé Dottori pour l'extrême bienveillance dont elle a fait preuve à mon égard, le temps qu'elle m'a offert pour étayer mes réflexions clinico-théoriques ainsi que l'espace qu'elle m'a accordé dans sa clinique.

Je remercie également Wilfrid Degas pour la richesse de son enseignement et de sa pratique. Il a permis que s'éveille mon intérêt pour la clinique des troubles envahissants du développement.

Merci aux patients, de tous âges, qui ont autorisé nos rencontres, transitoires, et ont participé à modeler ma représentation de la thérapie psychomotrice et mon identité en tant que future psychomotricienne.

Merci à tous les maîtres de stage que j'ai pu rencontrer au cours de ces trois années d'études et qui m'ont communiqué leur passion pour l'exercice du métier de psychomotricien.

Je remercie les enseignants qui ont su transmettre leurs connaissances et leur enthousiasme pour ce métier. Je pense particulièrement à Nelly Thomas et Cécile Pavot-Lemoine qui ont laissé une empreinte dans mon cheminement professionnel et ma façon d'aborder cette profession.

Je remercie ma famille ; mes parents et ma sœur pour m'avoir encouragée et soutenue dans cette voie, et ma grand-mère pour m'avoir offert une place dans sa vie parisienne le temps de ces études.

Enfin, merci à Jonathan, qui a fait preuve d'une extrême patience, a su écouter et me rassurer dans les moments de doute qui ont jalonné mon parcours.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
PARTIE I : CONTEXTE CLINIQUE	7
I. HUGO	7
1. ANAMNESE.....	7
2. BILANS.....	10
3. PARCOURS DE SOIN	15
4. PRISE EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITE	16
II. LE CADRE INSTITUTIONNEL	16
1. LE CMP	17
2. LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE L'INSTITUTION	19
3. CADRE DES PRISES EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITE	19
4. MA PLACE DE STAGIAIRE.....	20
III. LA RENCONTRE	21
PARTIE II : TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT	25
I. DEFINITION	25
1. CLASSIFICATIONS	25
2. ETIOLOGIE	27
3. EPIDEMIOLOGIE	29
4. TROUBLES ASSOCIES	29
II. SIGNES PRECOCES.....	30
III. LECTURE PSYCHOMOTRICE	31
IV. PARTICULARITES SENSORIELLES	33
1. MODELES THEORIQUES	33
2. APPLICATION AUX SYSTEMES SENSORIELS	34
PARTIE III : L'ESPACE.....	40
I. DEVELOPPEMENT DE LA NOTION D'ESPACE	40
1. DEFINITION.....	40
2. ESPACE INTERNE ET ESPACE EXTERNE.....	41
3. DE L'ESPACE SUBI A L'ESPACE REPRESENTE	42

4.	LA PROXEMIE : UNE STRUCTURATION PARTICULIERE DE L'ESPACE EXTERNE	43
II.	ESPACE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT	44
1.	LE DEMANTELEMENT SENSORIEL	44
2.	ANNIHILATION DES DISTANCES	45
3.	LES ANGOISSES SPATIALES	46
III.	ESPACE DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE	48
1.	LA DISTANCE THERAPEUTIQUE	48
2.	STRUCTURATION DE L'ESPACE	49
PARTIE IV : LE SONORE AU SERVICE DE LA STRUCTURATION SPATIALE		52
I.	LE SONORE COMME STRUCTURE CONTENANTE	52
II.	LE SONORE COMME EPROUVE DES LIMITES CORPORELLES	54
III.	LE SONORE COMME MEDiateUR DU REGARD	57
IV.	LE SONORE COMME SOUTIEN DE LA RELATION	59
V.	EVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE	61
CONCLUSION		65
BIBLIOGRAPHIE		67

INTRODUCTION

Tout au long de mes études, j'ai été particulièrement sensibilisée à la clinique des troubles envahissants du développement (TED) ; en hôpital de jour, en CMP, avec des enfants, des adolescents et jeunes adultes, etc.

Au cours de mes différentes rencontres avec des patients souffrant d'un TED, j'ai été particulièrement interpellée par la place que prenait la dimension sonore chez ces patients. Il y a ceux qui rythment leur journée au gré de cris, vocalises, écholalies, etc. avec un volume plus ou moins important, et ceux qui se bouchent les oreilles à la moindre stimulation auditive, le son étant parfois imperceptible pour l'entourage.

Je propose, ici, une vision manichéenne afin d'éclaircir mon point de vue mais la réalité revêt tout un panel de réactions comportementales modulées à cet environnement sonore. Moi-même, musicienne, cette dimension a donc particulièrement résonné en moi et je portais déjà, alors, un intérêt tout particulier à la médiation sonore dans ma pratique.

Lors de ma rencontre avec Hugo, cette dimension sonore prenait littéralement toute la place dans la thérapie ; c'était un enfant très bruyant. Je me suis sentie d'autant plus envahie que dans le cadre particulier de cette prise en charge (mère-enfant en co-thérapie), j'ai peiné, au début, à trouver ma place sonore ; dans le fait de trouver le moment où prendre la parole notamment, de proposer une verbalisation autour de ce que j'observais.

Par ailleurs, cette rencontre s'est jalonnée, pendant un temps, de « jeux » d'esquive des objets qu'Hugo envoyait dans toute la pièce, très vigoureusement. J'ai alors analysé cela comme une recherche des limites spatiales par le retour sonore qu'impliquent ces lancers.

D'autre part, ces objets semblaient souvent m'être destinés. Je me suis alors demandé si ce n'était pas une façon pour Hugo de me faire exister, comme faisant partie de cet espace ; le cadre de la séance impliquant la présence de cinq personnes dans la salle, j'avais pris le parti de chercher une place stratégique et de me mettre en posture active d'observatrice, en tous cas dans les premiers temps, sans parler, sans émettre de sons. Ma présence « inaudible » pouvait être alors vécue comme angoissante.

Ainsi, a émergé la question suivante ; comment la médiation sonore, dans la prise en charge de cet enfant souffrant d'un trouble envahissant du développement, peut permettre la structuration d'un espace nécessairement vécu comme limité et contenant ?

Pour y répondre, je décrirai, dans un premier temps, le cadre clinique dans lequel s'est déroulée cette prise en charge. J'aborderai, ensuite, les troubles envahissants du développement et ferai un point particulier sur les particularités sensorielles, notamment auditives, qui peuvent les caractériser. J'aborderai également la notion d'espace et ce qui peut y être mis en jeu, autant dans la clinique des troubles envahissants du développement que dans la pratique psychomotrice de manière plus générale. Enfin, j'alimenterai la discussion en montrant comment la médiation sonore peut permettre l'investissement de l'espace par la structure contenante qu'elle induit, la perception des limites corporelles entre un espace interne et externe qu'elle permet et la médiatisation du regard fovéal qu'elle soutient, « en dehors » et dans la relation.

Avant de continuer, je me permets de préciser que dans une perspective d'anonymat, les noms des personnes citées dans cet écrit ont été modifiés en vertu de l'article L1110-4 du code de santé publique selon lequel « toute personne prise en charge par un professionnel de santé, [diplômé ou stagiaire], a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant ».

PARTIE I : CONTEXTE CLINIQUE

I. HUGO

1. ANAMNESE

Les éléments de l'anamnèse, présentés ci-après, ont été relevés dans le compte-rendu du bilan diagnostique réalisé par l'UNIDEP¹ et recueillis auprès des différentes thérapeutes d'Hugo au sein du CMP² (psychologues et psychomotricienne).

Né le 6 octobre 2010, Hugo mesurait 49 centimètres pour 3,5 kg et un périmètre crânien de 36 centimètres.

La grossesse, très désirée, s'est déroulée sans problème. L'accouchement s'est fait par césarienne anticipée, à 40 semaines d'aménorrhée, pour cause de souffrance fœtale avec présence de liquide teinté.

Les parents sont haïtiens et parlent créole et français au domicile.

Le père est arrivé en France en 2000. Il travaille dans la restauration mais se trouve régulièrement au chômage. Très religieux, il évoque la possibilité d'un miracle ou d'une guérison grâce à Dieu pour Hugo. Il montre, par ailleurs, une certaine ambivalence dans ses attentes par rapport au CMP quant à l'amélioration de la qualité de vie de son fils tout en refusant l'intervention d'une TISF³ à leur domicile pour faciliter leur quotidien. Il ne peut rien refuser à son fils et lui demande systématiquement de répéter, de façon très robotisée, dans une présence que l'on pourrait qualifier de sur-stimulante.

La mère est arrivée en France en 2005 et se trouve actuellement sans emploi ; elle travaillait auparavant en tant qu'agent d'entretien. Dans un premier temps, peu consciente des troubles de son fils, elle se focalise sur sa marche sur la pointe des pieds et se persuade que

¹ Unité de Diagnostic et d'Évaluation Pluri-professionnelle – Autisme et Troubles associés.

² Centre Médico-Psychologique.

³ Technicien(ne) de l'Intervention Sociale et Familiale.

le retard de développement va se combler en répétant « il va parler ». C'est au cours de l'année 2014, alors qu'elle évoque son désir d'avoir un autre enfant, qu'elle qualifie son fils de « bizarre » et demande à consulter des spécialistes pour le guérir. Désormais très investie dans la prise en charge d'Hugo, elle tente également de soutenir son développement en lui proposant certains apprentissages ; le basket notamment, ce dont elle est très fière. Cependant, elle peut avoir, parfois, des réponses inadaptées face au comportement d'Hugo ; un bercement trop vif alors qu'Hugo a pu se déposer calmement dans la toupie ou envoi d'une balle alors qu'il est occupé à autre chose, par exemple. Elle montre, par ailleurs, de nombreuses réactions de prestance ; un sourire plaqué et des rires très présents, dans le dialogue notamment.

Hugo est le second enfant du couple, né après 3 interruptions spontanées de grossesse consécutives. Un premier enfant, né en 2006, est décédé à 11 jours de vie. Le discours autour de cette perte est très flou ; la mère ne se représente pas où pourrait être enterré le corps. La perte serait due à une erreur médicale ; l'hôpital aurait tardé à sortir l'enfant qui avait avalé du liquide amniotique teinté. Ce dernier aurait été transféré dans 2 hôpitaux puis serait décédé. Sans papier, à l'époque, aucun recours n'aurait pu être engagé. Le deuil de cet enfant apparaît alors impossible.

Il n'y aurait pas d'antécédents familiaux mais la mère évoque un cousin, plus jeune que Hugo, qui présenterait une symptomatologie similaire.

Hugo est décrit comme ayant été un bébé calme, souriant, qui regardait bien et gazouillait. Il pleurait peu, uniquement lorsqu'il avait faim. Il présentait également un léger strabisme. La tenue assise a été acquise à 6 mois et la marche à 20 mois. Les premiers mots (« papa » et « maman ») sont apparus à 2 ans et demi.

Il n'y aurait pas d'antécédents médicaux particuliers dans la petite enfance à part un problème de diplopie⁴ selon la mère.

Les premières inquiétudes des parents, qui restent relatives pour le père, remontent à l'âge de 20 mois car Hugo marche sur la pointe des pieds. A cela s'associe un retard de langage.

⁴ Trouble de la vue consistant dans la perception de deux images pour un seul objet.

Un certain nombre d'examens sont réalisés, dont une IRM et des analyses sanguines mais aucune étiologie n'est retrouvée quant à cette marche caractéristique. Un audiogramme est réalisé et serait normal.

Lorsque Hugo a 5 ans, les parents décrivent un retard de langage toujours présent avec, cependant, un certain vocabulaire, malgré une quantité difficile à évaluer, utilisé majoritairement en répétition. Sur le plan non verbal, Hugo est alors capable de pointer pour obtenir quelque chose ou attirer l'attention, sans toujours coordonner le regard avec sa demande. Les capacités d'imitation sont décrites comme bonnes, de même que l'utilisation de gestes communicatifs à valeur sociale (« bravo », « au revoir »). La compréhension serait meilleure que l'expression.

Concernant la socialisation, les parents ne décrivent pas d'évitement des autres enfants mais Hugo joue le plus souvent seul au parc. Des jeux d'échange de ballon et de « cache-cache » sont possibles. Cependant, le contact par le regard reste fluctuant et il y aurait peu d'initiation de la relation.

Ses centres d'intérêts sont, selon les parents, assez diversifiés mais il y aurait une difficulté au changement d'activité, sans pour autant de réactions particulières aux changements de routine.

Par rapport aux autres comportements, les parents relatent des mouvements des mains près des yeux lorsque Hugo est content. Il peut également réagir fortement à la frustration, se jetant à terre et adoptant parfois des comportements hétéro-agressifs.

L'alimentation n'est pas décrite comme sélective et Hugo est autonome lors des repas.

La propreté pour les urines a été acquise avant l'entrée à l'école maternelle mais ne l'est pas encore totalement pour les selles.

Par ailleurs, il n'y aurait pas de trouble du sommeil.

Concernant la scolarisation, Hugo a été intégré 3 heures par jour en petite section de maternelle. Ce temps a rapidement diminué (1 heure, 3 fois par semaine) par défaut d'AVS⁵, ce, malgré une notification de 12 heures. Ses troubles du comportement rendaient l'intégration en collectivité impossible.

⁵Auxiliaire de Vie Scolaire.

Il est finalement réintégré en grande section de maternelle avec une AVS.

Il est aujourd'hui scolarisé en CE1, à raison de quatre fois 1h30 par semaine, systématiquement accompagné d'une AVS. La dernière réunion d'équipe de suivi de la scolarisation conclut que Hugo n'est pas en capacité de suivre les apprentissages scolaires ; il ne peut rester en place (visite souvent les autres classes) et montre d'importantes difficultés pour adopter une posture d'élève et respecter les règles de vie en collectivité. Est suggéré une déscolarisation totale par l'école, refusée par le directeur académique, ainsi qu'une orientation en IME⁶. Aucun n'a, pour l'instant, accepté son dossier.

2. BILANS

Les éléments de bilans présentés ci-après sont issus du compte-rendu de bilans réalisés par l'UNIDEP.

Hugo est âgé de 4 ans et 9 mois lorsqu'il est reçu à la première consultation de l'UNIDEP. Accompagné par ses deux parents, il est adressé par le psychiatre du CMP pour bilan diagnostic et orientation en termes de prise en charge.

A l'issue de cette première consultation, devant un tableau assez atypique, une évaluation pluri-professionnel pédopsychiatrique est décidée afin de préciser le diagnostic et d'adapter au mieux la prise en charge d'Hugo. Les tests utilisés seront l'ADOS⁷, la BECS⁸, une observation orthophonique et psychomotrice, et la CARS⁹.

Le bilan, réalisé 6 mois plus tard, met en évidence un profil de développement cognitif et socio-émotionnel hétérogène et relativement peu consolidé.

Au niveau du langage compréhensif, sont relevés un manque de compréhension de mots énoncés hors contexte et des difficultés de compréhension lors de consignes complexes comprenant plusieurs informations. Hugo ne suit pas le pointage à distance de l'autre, bien qu'il possède lui-même les pointages proto-impératifs et proto-déclaratifs.

⁶ Institut Médico-Educatif.

⁷ Autism Diagnostic Observation Schedule (Echelle d'observation du diagnostic de l'autisme).

⁸ Batterie d'Évaluation Cognitive et Socio-émotionnelle.

⁹ Childhood Autism Rating Scale (Echelle d'évaluation de l'autisme infantile).

Au niveau du langage expressif, Hugo utilise quelques mots au cours de l'évaluation (« d'accord », « encore », « essaye », « bonjour ») et des phrases reconnaissables (« aide-moi », « je suis là », « c'est rigolo ») mais des difficultés d'élocution importantes restent présentes. Ses vocalisations ont apparemment une visée communicative. Il ne s'oppose pas encore en utilisant le « non » mais peut dire « encore » pour relancer l'interaction, nomme les objets à l'adulte pour l'y intéresser, commente ses actions à l'autre et tenter d'entrer dans une dynamique conversationnelle en utilisant un jargon. Cependant, il n'a pas toujours recours au langage pour exprimer ses désirs et solliciter l'autre.

Bien que ses performances cognitives soient inférieures à celles attendues chez un enfant de son âge dans certains domaines, Hugo présente des émergences de compétences plus importantes dans les domaines de relations spatiales et permanence de l'objet notamment. Les bonnes performances d'Hugo dans le domaine des relations spatiales témoignent ainsi de l'efficacité de ses capacités visuelles malgré la présence d'un trouble important au niveau visuel. Il parvient, par ailleurs, à effectuer des encastresments de formes (rond, carré et triangle).

Au niveau de son fonctionnement intellectuel, il peut alterner entre l'utilisation d'une stratégie d'essais/erreurs puis, par la suite, intégrer une représentation mentale de la forme. Hugo se déplace pour atteindre un objet convoité et met en place des stratégies physiques pour l'obtenir. Face à une situation inattendue, il peut repenser et changer son action. Il nous montre ainsi qu'il peut commencer à mentaliser et anticiper ses actions afin d'élaborer des stratégies physiques.

Son niveau de compréhension dans le domaine de la permanence de l'objet lui permet de comprendre et mettre en place une action indirecte et non visible sur un objet. Hugo doit surtout s'appuyer sur des manipulations physiques pour comprendre l'activité demandée et atteindre un but. Cependant, des difficultés de coordinations bi-manuelles entravent ses capacités dans ce domaine. Ses bonnes performances d'imitation témoignent qu'il peut s'en servir efficacement dans un but d'apprentissage.

L'observation psychomotrice rend compte d'une organisation particulière chez Hugo.

Au niveau du développement postural et du tonus, une importante agitation psychomotrice est notée mais peut être fortement diminuée lorsque Hugo est contenu (assis à table par

exemple). Lorsqu'il est libre de choisir ses postures, Hugo privilégie des manipulations au sol, assis sur les talons, en position trépied ou allongé sur un côté (préférentiellement le côté gauche pour manipuler de la main droite). A table, son attention est meilleure et il peut investir une même médiation plus longtemps.

Dans les situations émotionnellement fortes (de plaisir notamment), de nombreuses décharges motrices apparaissent, associées à un flapping des mains ainsi qu'un balancement du buste d'avant en arrière et une secousse latérale de la tête lorsqu'il est assis au sol. S'il est debout, le flapping peut s'accompagner d'un piétinement. Lorsqu'il vit une situation déplaisante, Hugo manifeste son mécontentement en se jetant au sol, sur le dos, donnant des coups de pieds sur la table. Il peut toutefois se calmer seul, en s'appuyant sur des postures de rassemblement, d'enroulement ; au sol, allongé sur le côté en position fœtale, parfois le pouce à la bouche.

Hugo jette beaucoup les objets en variant leur trajectoire au niveau spatial. Il peut lancer devant lui mais aussi en l'air, toujours en suivant du regard l'objet en mouvement. Lorsqu'il lance en l'air, il peut alors lever la tête, la basculer en arrière, arquer son dos en extension et revenir en position centrale. Les mouvements de rotation du buste sont, quant à eux, peu présents.

Est notée une importante difficulté de régulation tonique avec une hypertonie de fond. Lorsqu'il est debout, Hugo a de très fortes tensions au niveau des jambes, qui se manifestent par une rigidité excessive et une difficulté de flexion des genoux associée à une marche sur la pointe des pieds. Le relâchement des tensions est possible lors de situations contenantantes ; ses chevilles se déverrouillent permettant la dépose du pied à plat. Toutefois, ces raideurs importantes induisent une instabilité dans la station debout et la marche, entraînant ainsi une motricité globale peu fluide. Lorsqu'il se déplace au sol, Hugo utilise un quatre pattes qui n'est pas controlatéral ; il ramène les deux jambes ensemble au centre du corps.

Concernant les praxies, Hugo peut avoir une utilisation fonctionnelle et une exploration adaptée des objets mais il passe beaucoup de temps à les lancer. Une difficulté de régulation tonique apparaît également lors de gestes volontaires, amenant à une certaine maladresse dans les manipulations. Il peut toutefois avoir de bonnes coordinations bi-manuelles et utilise, par ailleurs, une pince supérieure efficace avec un bon déliement digital pour attraper de petits objets ou tourner les pages d'un livre par exemple. Il s'engage avec plaisir dans des échanges de ballons en lançant des deux mains mais n'anticipe toutefois pas le

retour du ballon en tendant ses bras en avant ; il parvient à l'attraper lorsque celui-ci arrive dans son espace de préhension, ce qui peut être en lien avec ses difficultés visuelles. Hugo imite gestuellement des actions proposées par l'adulte. Au niveau des praxies faciales, persiste un manque de fluidité avec des expressions quelque peu figées ou exagérées. Il peut cependant souffler sur de fausses bougies, participer à la chanson d'anniversaire et aspirer en buvant.

Au niveau visuel, Hugo présente un trouble important. Il a un regard peu harmonieux avec une utilisation dominante d'un œil sur l'autre. Il est en mesure d'avoir un bon suivi oculaire d'un objet en mouvement mais doit parfois s'ajuster en inclinant sa tête de côté (gauche) pour stabiliser son regard. Il semble parfois rechercher des informations visuelles pour se rassembler, par exemple en repassant sa main devant l'espace focal.

Au niveau de l'audition, Hugo peut avoir des réactions excessives au son (sursaute et s'éloigne) mais peut également chercher des stimulations auditives en secouant des objets sonores près de ses oreilles.

Au niveau vestibulaire, Hugo semble rechercher des sensations par rotations latérales de la tête. Aucune particularité n'est notée au niveau tactile ni au niveau de l'oralité.

Concernant la socialisation, Hugo possède des compétences relationnelles mais les utilise de manière inconstante. Il peut mettre en place un contact visuel de très bonne qualité et l'utiliser à bon escient comme moyen de communication. Il est très vigilant durant les évaluations à ce que ses parents soient attentifs à ce qu'il fait et utilise un bon contact oculaire pour partager avec eux ses réussites, ses découvertes ainsi que ses émotions. Il peut trianguler son regard entre eux et le clinicien. Cependant, Hugo initie peu d'interactions sociales avec l'examineur, même s'il peut essayer d'attirer l'attention de l'autre par moment en utilisant des mots et en pointant. Il peut, dans certaines situations très investies, maintenir l'engagement social en prenant un rôle actif au sein de l'interaction afin de garder l'interlocuteur impliqué ; interagir, vocaliser dire « encore », maintenir le tour de rôle, etc. Sinon, il va davantage prendre l'objet proposé pour poursuivre seul sa manipulation même s'il ne s'enferme pas forcément dans celle-ci ; il reste attentif à son environnement et vérifie même que l'attention est bien dirigée vers lui.

Hugo témoigne une relation affective particulière envers les personnes qui lui sont familières et parvient à les différencier. Il peut exprimer gestuellement ses désirs. Il tente d'ailleurs,

parfois, de diriger l'interaction avec l'autre ; il peut effectuer une action qu'il sait répréhensible en regardant sa mère pour la provoquer.

Hugo n'exprime que des émotions simples (plaisir, déplaisir, peur). Il exprime ses émotions à l'autre et marque une réaction de reconnaissance à une personne qui lui donne un objet convoité. Sa palette d'expression émotionnelle est encore très réduite et il n'a pas accès aux émotions complexes (culpabilité, honte).

Il ne semble pas y avoir de restriction des centres d'intérêts mais des particularités au niveau des autres comportements qui consistent en des conduites de régulations sensori-toniques passant par des auto-stimulations sensorielles (auditives et vestibulaires notamment).

Le compte-rendu du bilan réalisé par l'UNIDEP conclut que les différents éléments de l'anamnèse associés aux éléments de l'observation pluri-professionnelle d'Hugo permettent de confirmer le diagnostic de trouble envahissant du développement¹⁰ (TED) sans qu'il y ait de symptômes suffisants pour retenir le diagnostic d'autisme infantile. Les résultats de la CARS et de l'ADOS vont dans le sens d'une dimension autistique associée mais les troubles retrouvés sont parfois partiels et pas toujours spécifiques. Il existe clairement, par ailleurs, un retard de développement associé.

Au regard de l'évolution d'Hugo, il me semble important de proposer un point quant à ses compétences et difficultés actuelles. Ses troubles du comportement, envahissant, ne permettent pas la passation de tests standardisés. Ainsi, j'expose un compte-rendu de mon observation au cours des séances qui se sont déroulées en fin d'année 2018.

Au niveau de son organisation posturale et tonique, Hugo montre toujours une certaine agitation psychomotrice avec la possibilité de se réguler dans les situations où un arrière-fond est présent (contenu au bureau ou déposé dans la toupie par exemple). De nombreuses décharges toniques sont observables dans les situations émotionnellement intenses, témoignant d'une grande difficulté de régulation tonico-émotionnelle. Je note une hypertonicité globale avec une mobilisation corporelle synergique dans la motricité et un flapping des mains très présent.

¹⁰ F84.9 selon les critères de la CIM 10.

Au niveau sensoriel, Hugo peut accepter le contact mais privilégie les manipulations d'objets durs. Il montre une sensibilité aux bruits sans conduite de recherche. Cependant, il semble rechercher des stimulations auditives pour se rassembler. De même, il investit le visuel de façon très importante en utilisant les objets pour faire écran (téléphone portable, calendrier) ou en faisant rebondir des balles de tennis très proche de ses yeux. Au niveau de l'oralité, Hugo semble avoir besoin d'avoir constamment quelque chose en bouche ; son pouce, une sucette ou des vocalises incessantes, faisant jouer leur côté vibratoire.

Si les coordinations oculo-manuelle et bimanuelle sont possibles, elles restent maladroites et les capacités d'anticipation, notamment dans les jeux d'échanges, sont irrégulières.

L'attention peut être maintenue mais la frustration est très mal tolérée ; Hugo fait le tour de la pièce en courant, renversant les objets qui se trouvent sur son passage (volontairement ou parce qu'il trébuche dessus) et en criant. Ces manifestations sont très présentes dans les moments de transitions notamment.

L'investissement spatial est précaire ; Hugo lance beaucoup les objets dans son dos et au plafond pour, semble-t-il pour tester les limites de son environnement.

La compréhension semble relativement bonne et Hugo peut répondre à des sollicitations simples. Malgré l'aspect très écholalique de ses productions verbales, elles apparaissent, parfois, utilisées à des fins de communication et bien contextualisées.

Dans l'échange, le contact visuel est quasiment impossible et les interactions peu nombreuses mais il peut sourire aux moments de retrouvailles avec sa mère ou, depuis peu, avec nous.

3. PARCOURS DE SOIN

A 20 mois, alors que les parents consultent en PMI par rapport à la marche caractéristique d'Hugo, débute un suivi en psychomotricité. Les comptes-rendus mettent en avant qu'Hugo communique peu, utilise les objets de façon non-fonctionnelle et n'a pas la capacité d'entrer dans des jeux d'imitations. Il s'exprime alors par des vocalises et n'a aucun vocabulaire.

En parallèle, la famille est adressée à un neuropédiatre qui prescrit, suite aux résultats non équivoques des divers examens proposés, des séances de kinésithérapie. A cette époque, les parents sont peu conscients du retard de développement de leur enfant et se focalisent sur la marche sur la pointe des pieds.

Un an plus tard, en mai 2013, le pédiatre de la PMI requiert une orientation en CMP pour trouble de la communication et retard de développement. Le suivi psychothérapeutique débute quelques mois plus tard, en septembre 2013. Peu investi, il est émaillé de longues périodes d'absence jusqu'à fin 2014. Suite à l'inertie de la mère, une prise en charge en co-thérapie (psychologue-psychomotricienne) est proposée à partir de mai 2015.

Hugo est également accueilli au CATTP à partir de décembre 2014 où il bénéficie de deux séances groupales hebdomadaires à médiation musicale ou en activité libre, jusqu'en juin 2016. Il intègre également un groupe « Corps et mouvements » en décembre 2015 jusqu'en 2017. Cet atelier vise l'intégration psychique, émotionnelle, physique et relationnelle de l'enfant à partir de son corps et de ses mouvements. Il est co-animé par une psychologue et une danse-thérapeute. A ce moment, Hugo présente une désorganisation extrême notamment aux moments de transitions (départs et arrivées). Est alors donnée une indication de prise en charge psychomotrice individuelle.

Par ailleurs, Hugo est suivi en kinésithérapie en libéral depuis 2016.

4. PRISE EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITE

Au sien du CMP, Hugo est d'abord reçu en individuel puis rapidement en binôme (psychologue-psychomotricienne) pour une prise en charge mère-enfant.

Le projet thérapeutique en psychomotricité débute par un souhait de verticaliser Hugo ; travailler sur la prise d'appuis afin de favoriser l'intégration de l'axe corporel et la mise en place des coordinations haut-bas du corps.

Par la suite, lui est proposé un étayage dans sa construction de la permanence de l'objet et ses angoisses par rapport à la séparation avec sa mère. Les difficultés d'accordage des parents sont également verbalisées.

En parallèle, un accompagnement autour de l'absence de réponse est proposé à la mère.

Actuellement, nous travaillons, outre la notion de relation et d'échange, sur la construction et l'intégration de la notion d'espace.

II. LE CADRE INSTITUTIONNEL

1. LE CMP

Mon stage d'apprentissage thérapeutique se déroule, une demi-journée par semaine, au sein d'un CMP enfants et adolescents de la banlieue parisienne.

La structure fait partie de l'organisation du service public sectorisé telle que le veut la loi 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique : « Il est institué [...] une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs sanitaires ainsi que des secteurs psychiatriques. [...] Chaque établissement assurant le service hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, des services et des équipements de prévention, de diagnostic et de soins. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci ». Elle répond, par ailleurs, à cette dernière exigence de soin, offrant une prise en charge ambulatoire de première ligne et d'importance majeure quant au suivi des patients inscrits dans un parcours de soin psychiatrique.

L'équipe se compose de deux psychiatres dont une cheffe de service responsable de l'unité, une secrétaire médicale, dix psychologues, une orthophoniste, une assistante sociale et deux psychomotriciennes.

D'orientation psychanalytique, chaque soignant étaye cependant ses réflexions par des apports théoriques tels que les travaux de M-C. Laznik, G. Haag, D. Winnicott, J. Piaget ou encore ceux de l'association Préaut. Ces différents appuis théoriques sont échangés lors de synthèses cliniques hebdomadaires ou de groupes de travail, généralement organisés sur le temps du déjeuner. La multiplicité des points de vue sur les différentes situations, tant au niveau des références théoriques qu'en ce qui concerne la pluridisciplinarité dans la prise en charge, permet ainsi une richesse certaine dans les propositions thérapeutiques apportées aux diverses problématiques rencontrées.

Dans cette perspective pluridisciplinaire, l'équipe peut être amenée à rencontrer les professionnels qui interviennent sur les différents lieux de vie de l'enfant afin de réfléchir aux meilleurs aménagements permettant de faire émerger ses potentialités et de diminuer ses difficultés.

Le CMP est organisé en un long couloir. Face à la porte d'entrée, se situent l'accueil et la salle d'attente, côte à côte. A gauche, se trouvent la salle de synthèse, faisant également office de salle d'accueil pour les différents groupes thérapeutiques proposés, les bureaux de la cheffe de service, de plusieurs psychologues et de l'assistante sociale, et le CATTP tout au bout. A droite, l'on retrouve les bureaux du second psychiatre, de l'orthophoniste, de plusieurs psychologues et la salle de psychomotricité tout au bout.

Ouvert du lundi au vendredi, de 8h à 18h, les prises en charge se font uniquement sur rendez-vous. Les orientations sont généralement proposées par le pédiatre. Après un rendez-vous avec un psychiatre ou une psychologue de la structure, une indication en termes de prise en charge est discutée en synthèse puis mise en place. Avec une file active de 500 enfants, le CMP fait face à une demande toujours plus grande ; l'attente pour une consultation dure entre 12 et 18 mois.

Au même étage, se situe le CATTP.

A l'instar de plusieurs psychologues du service, les deux psychomotriciennes partagent leur temps de travail entre les deux structures. Celles-ci travaillent de concert et, si le CATTP accueille théoriquement des enfants de 2 à 6 ans, l'organisation spatiale spécifique et la continuité possible grâce aux interventions des différents professionnels sur les deux structures en parallèle, permettent un suivi plus poussé ainsi qu'une priorisation des prises en soin d'enfants éventuellement plus âgés, déjà reçus au CMP et dont les prises en charge sont trop restreintes par rapport à leurs besoins.

Les deux structures ont une salle d'attente commune. Outre la centralisation des soins, les échanges entre soignants sont facilités, les différentes propositions thérapeutiques peuvent être mises en lien et un parcours de soin plus cohérent peut se mettre en place. Cela permet également, pour les enfants en attente d'orientation vers des structures plus adaptées d'enrichir la prise en charge en attendant l'acceptation de leur dossier même si cela ne suffit généralement pas.

Cependant, cette organisation spécifique peut amener une certaine confusion chez les patients, notamment dans le cadre de difficultés de repérage spatio-temporel. Certains enfants peuvent se diriger spontanément vers un bureau qui n'est pas celui de leur prise en charge du moment ou se trouver désemparés en rencontrant un soignant qu'il connaisse dans les couloirs sans être invités à le suivre. D'autres peuvent éprouver le besoin

d'emporter un objet appartenant à une autre pièce, comme pour faire du lien entre les espaces ou faire exister la personne à qui il appartient dans l'espace où il ne se trouve pas.

2. LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE L'INSTITUTION

Si le CMP est d'orientation majoritairement psychanalytique, l'approche psychomotrice se veut plutôt intégrative. La psychomotricienne, auprès de qui j'effectue mon stage, est également formée à l'approche sensorimotrice d'André Bullinger.

L'institution, qui reçoit en majeure partie des enfants ayant un trouble envahissant du développement, donne une place au corps toute particulière, notamment car nombreux sont sans parole. Ainsi, l'apport de la psychomotricité enrichit les appuis théoriques disponibles.

Les prescriptions sont données par les psychiatres ou les psychologues et sont généralement discutées en synthèse clinique.

L'inverse a pu arriver ; l'ancien chef de service, lors de son départ, à adresser ses patients aux différents membres de l'équipe. Ainsi, la psychomotricienne s'est vu confier le dossier d'un jeune garçon qui n'avait alors aucune prise en charge autre que le suivi psychiatrique. Au fur et à mesure des séances, nous nous sommes questionnées sur le réel apport de la psychomotricité pour cet enfant et en avons discuté en synthèse avec, à l'appui, des productions graphiques relativement inquiétantes quant à son fonctionnement psychique. Un créneau pour un suivi psychothérapeutique a pu être trouvé et nous travaillons actuellement autour de la séparation et de la fin de la prise en charge en psychomotricité.

Si la psychomotricité est devenue quasiment incontournable dans les structures comme celle que j'évoque ici, les moyens financiers alloués au département de la santé ne permettent généralement pas une embauche à plein temps.

3. CADRE DES PRISES EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITE

La salle de psychomotricité se divise en plusieurs espaces distincts. Dans le sens des aiguilles d'une montre ; face à la porte, un coin « mou » remplis de coussins et délimité par une armoire qui s'élève à mi-hauteur, de sorte que l'enfant assis est enveloppé, comme dans une cabane, et l'enfant debout peut avoir une vision d'ensemble de la salle. Devant, se trouvent une table et six chaises à hauteur de jeune enfant ainsi qu'un plancher Bullinger, entouré de panneaux vichy, à droite de la porte. Un banc et une armoire remplies de jeux de sociétés divers longent le mur gauche. Dans le fond de la salle, se situent le bureau de la psychomotricienne, l'armoire destinée à l'administratif ainsi que plusieurs malles remplies de ballons, cerceaux et autres médiateurs de jeux d'échanges. Le mur, face à la porte, dans la continuité du coin « mou » évoqué en début de paragraphe, est équipé de plusieurs baies vitrées donnant sur une grande terrasse à laquelle les patients n'ont pas accès.

Le matériel est mis à disposition de l'enfant. Ainsi, les propositions de médiations sont souvent à son initiative puis enrichies par la psychomotricienne. Cela permet une alliance thérapeutique et une adhésion à la prise en charge, nécessaire à son bon déroulement.

Les prises en charge durent 30 minutes. Le temps, très court, correspond à la réalité institutionnelle et la nécessité d'optimiser le temps pour assurer un maximum de prise en charge et tenter de faire diminuer la liste d'attente. Si cela semble contradictoire avec la volonté de proposer une prise en charge de qualité (comment construire lorsque la relation est déjà longue à mettre en place, notamment dans le cadre des troubles envahissants du développement), des évolutions sont néanmoins observables.

4. MA PLACE DE STAGIAIRE

Je suis la seule stagiaire psychomotricienne présente, mais d'autres stagiaires (psychologue et assistante sociale) sont intégrées à l'équipe.

Ma présence a été annoncée, en amont, à chaque patient et un accord a été demandé. Cet accord préalable fait partie intégrante du cadre permettant la mise en place et le maintien d'une alliance thérapeutique. Sur les quatre prises en charge du jeudi après-midi, un seul enfant a refusé ma présence. Dans la continuité de cette démarche, mes absences ont

également été, dans la mesure du possible, annoncées en avance afin de préparer les séparations.

Ma journée débute par la prise en charge d'Hugo. Il s'ensuit la synthèse, clinique ou institutionnelle, puis 3 prises en charge dont celle à laquelle je ne participe pas car l'enfant a refusé ma présence. D'autre part, dans le cas où des groupes de travail sont proposés, je participe au déjeuner afin d'enrichir mes connaissances.

J'assiste à des prises en charge individuelles seulement, au sein desquelles je participe activement. Cette participation active s'est mise en place progressivement, après une période d'observation qui m'a permis de me représenter le cadre de la prise en charge et l'identité professionnelle de la psychomotricienne. Cependant, ma place de stagiaire a été questionnée tout au long de mon stage, notamment dans l'accordage constant qu'elle a nécessité avec ma maître de stage, entre la place qui m'était laissée et celle que j'osais prendre. Nécessairement, cela a induit quelques moments de latence mais les temps de réflexions que nous avons pris ont permis d'en dégager des axes de remédiation.

III. LA RENCONTRE

La première rencontre avec Hugo s'effectue au mois de novembre, après les vacances de la Toussaint. Les séances de psychomotricité, en co-thérapie avec une psychologue, ont repris au mois de septembre après plusieurs mois d'interruption durant lesquels Hugo était reçu, avec sa mère, par la psychologue uniquement.

Avant cette première séance, Hugo m'est décrit comme très inaccessible. Le travail actuel consiste à aider Hugo et sa mère à meilleur ajustement tonico-émotionnel dans la relation.

Lors de cette première séance, nous allons chercher Hugo et sa mère dans la salle d'attente. Ils sont attablés, côtes à côtes ; Hugo jouant avec le téléphone de sa mère (en pianotant sur le clavier, il parvient à faire émettre plusieurs voix qui se superposent et dont résulte une cacophonie certaine) et celle-ci, lisant un magazine pour enfant.

La psychomotricienne me présente. La mère, très incluante, me sert la main en riant et demande à son fils de nous dire bonjour. Il s'avance, sert la main à ses deux thérapeutes du

bout des doigts en répétant « bonjour », ce qui semble être plutôt de l'ordre de l'écholalie ; le regard n'est pas adressé. Puis il court vers la salle de psychomotricité.

Hugo est un enfant plutôt petit et menu. Brun, il a un visage anguleux avec des sourcils assez fournis, souvent levés, qui lui donnent un air étonné. Son nez a une base large et ses oreilles, petites, sont portées relativement basses. Sa bouche est souvent froncée à gauche, de sorte que ses lèvres sont ourlées vers l'extérieur, recouvrant largement la dentition et qu'elles s'entrouvrent à peine lorsqu'il parle. Il a également un strabisme divergent à gauche.

Hugo se présente comme un enfant hypertonique. Il marche sur la pointe des pieds et l'on peut noter une certaine spasticité des membres inférieurs ; le bas du corps semble peu investi et le centre de gravité est amené vers l'arrière, notamment dans la course.

C'est un enfant très sonore ; il entre bruyamment dans la salle, se dirige tout de suite vers le coin « mou » en émettant des sons gutturaux à intervalles réguliers. Dans le même temps, il fait émettre ces voix au téléphone auquel il est agrippé, en adhésion. Cette enveloppe sonore continue l'amène à un grand recrutement tonique, jusqu'à une décharge, dans un fonctionnement cyclique.

La prise en charge se fait en binôme psychomotricienne-psychologue. Nous sommes donc 5 dans la salle de motricité ; la psychomotricienne, la psychologue, la mère, Hugo et moi.

Commence un jeu d'échange de balles entre la mère et son fils. Celle-ci tente de nous inclure en nous donnant des raquettes mais Hugo ne peut pas nous intégrer. S'il peut lancer un regard aux deux thérapeutes lorsqu'elle lui parle ou verbalise sur ce qui se déroule sur le moment, aucun contact n'est pour l'instant possible avec moi. Je ne semble pas exister.

Cependant, dans un moment de grande frustration, Hugo court tout autour de la salle, se prenant les pieds dans le moindre obstacle se trouvant sur sa trajectoire et m'évite néanmoins.

Lorsque la fin de séance est annoncée, Hugo se remet à crier et retourne dans le coin « mou ». Il finira par sortir de la salle, très bruyamment, une fois que sa mère lui a redonné le téléphone auquel il s'agrippe à nouveau.

Au cours de cette première séance, j'ai difficilement trouvé ma place. D'une part, parce que nous étions très nombreux. D'autre part, je me suis parfois sentie envahie par Hugo, sa présence tonique et sonore. Par ailleurs, je me suis représentée cette rencontre comme une prémisse à ce que j'estime être notre vraie rencontre, par rapport à mes représentations socioculturelles. Dans ce cadre, je pourrais dire que la rencontre s'est déroulée en trois temps ; le premier temps correspondant à cette première séance.

Lors de la deuxième séance, alors que les échanges de balles ont repris et des échanges de cerceaux ont été initiés, Hugo envoie tout ce qu'il a dans la main, dans son dos et à travers la pièce. Se pose alors la question des limites de l'espace qu'il tenterait d'intégrer. Mais, à maintes reprises, ces objets sont envoyés, semble-t-il, vers moi. Malgré la psychomotricienne qui le reprend, Hugo ne semble pas en tenir compte et continue. Je change de place pour éviter les objets mais la trajectoire des lancers d'Hugo semble suivre ma position. Hugo tenterait-il de me faire exister par ces envois dirigés ?

La semaine d'après, j'arrive à attraper un de ces objets avant lui et attend qu'il vienne vers moi pour lui redonner. Il se dirige vers moi, bras tendus, pour s'en emparer. Je le devance et lui dit « tu attrapes ? ». Ce à quoi, il répond « attrape ». Au lancer, il parvient à anticiper la trajectoire pour la rattraper contre lui. Aucun regard n'est possible mais c'est le premier échange verbal, médiatisé par un objet que nous avons. Si la question de l'écholalie entre en jeu, il semble que la répétition soit bien contextualisée et utilisée à fin de réponse à ma question.

Au mois de Janvier, nous avons modifié les modalités de la prise en charge en proposant à Hugo et sa mère, un temps séparés puis un temps de retrouvailles en fin de séance. Hugo est reçu par sa psychomotricienne et moi. La mère est reçue par la psychologue.

A ce moment, nous proposons une médiation sonore à Hugo ; le diable musical notamment. Alors que je tourne la manivelle, Hugo cesse toute production vocale et peut se saisir de l'objet pour en jouer lorsque je lui tends. Son premier regard adressé intervient dans cet échange musical que nous avons, comme une sorte de question-réponse. C'est pour moi, le dernier temps de cette rencontre qui s'est voulue progressive, comme je l'ai dit, selon mes représentations socioculturelles.

Le cadre clinique de la rencontre désormais exposé, je vous propose de faire un point sur la définition des troubles envahissants du développement en termes de classification, d'épidémiologie et d'hypothèses concernant leur étiologie.

J'aborde également la question de la lecture psychomotrice et des particularités sensorielles caractéristiques de ce syndrome, théoriquement et en pratique, afin de permettre une représentation globale du développement psychomoteur et de l'investissement corporel qui en résulte.

Par ailleurs, je traite des signes précoces qui ont été mis en évidence car ce que reconnaît la clinique de cette pathologie est que la prise en charge précoce, même avant qu'un diagnostic ne soit posé, laisse présager d'une évolution nettement positive.

PARTIE II : TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT

I. DEFINITION

1. CLASSIFICATIONS

Les troubles envahissants du développement (TED) sont classés par la CIM 10 dans les troubles du développement psychologique. La classification les définit comme « un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations ».

Ces altérations doivent être nécessairement constatées, avant l'âge de 36 mois, dans les domaines du langage (réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale, du développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques, et du jeu fonctionnel ou symbolique.

Plusieurs critères, d'inclusion et d'exclusion, sont énumérés. Six d'entre eux, au moins, doivent être observés pour permettre le diagnostic de trouble envahissant du développement.

En ce qui concerne les altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, l'enfant n'utilise pas le contact oculaire, les expressions faciales ou les attitudes corporelles de manière adéquate. Il se trouve dans l'incapacité de développer des relations avec ses pairs lorsqu'un partage mutuel d'intérêts ou d'émotions et mis en jeu. Il présente un manque de réciprocité émotionnelle ou ne recherche pas spontanément à partager son plaisir ou ses intérêts avec autrui.

Pour les altérations qualitatives de la communication, l'enfant présente un retard ou une absence totale de langage oral ainsi qu'une incapacité relative à engager ou maintenir une conversation comportant un échange réciproque. L'usage du langage est stéréotypé et répétitif et il n'y a pas de jeu de « faire semblant » ou d'imitation sociale.

Enfin, l'enfant tend à montrer une préoccupation marquée pour un plusieurs centres d'intérêts, anormaux par leur contenu, leur focalisation ou leur intensité ainsi qu'une adhésion apparemment compulsive à des rituels spécifiques et non fonctionnels. Par ailleurs, on note la présence d'une préoccupation spécifique pour des éléments non fonctionnels de matériels de jeux.

Les TED recouvrent une diversité clinique qui peut être précisée sous forme de catégories ; l'autisme infantile, l'autisme atypique, le syndrome de Rett, les autres troubles désintégratifs de l'enfance, l'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, le syndrome d'Asperger, les autres troubles envahissants du développement et les troubles envahissants du développement sans précision. La distinction entre ces catégories est en partie fondée sur l'âge d'apparition, les signes cliniques associés (déficience intellectuelle ou trouble du langage par exemple) ou la présence d'une atteinte génétique (dans le syndrome de Rett notamment).

Si la CIM 10 est recommandée par la Haute Autorité de Santé, il me semble important d'évoquer l'utilisation d'une autre classification pour la démarche diagnostique ; le DSM V¹¹, publié en 2013 par l'APA¹². Ce manuel définit les troubles du spectre autistique (TSA).

TED et TSA recouvrent la même réalité clinique mais ces derniers sont abordés de façon dimensionnelle, plutôt que critérielle, selon un continuum clinique dans les domaines de l'interaction, de la communication et, des intérêts restreints et stéréotypés.

Cette cinquième édition du DSM abandonne les anciennes catégories de troubles envahissants du développement au profit d'un spectre, unique, et axe sa classification sur la qualification de l'intensité des troubles. En parallèle, le manuel ne parle plus de triade mais de dyade autistique, regroupant les altérations de la communication et celles des interactions sociales dans une même sous-partie. La nouveauté réside également dans la prise en compte et la reconnaissance des spécificités sensorielles inhérentes à l'autisme comme critère diagnostique.

¹¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5^e édition.

¹² Association Américaine de Psychiatrie.

Les troubles du spectre autistique sont classés parmi les troubles neuro-développementaux et regroupent cinq points au sein desquels cinq symptômes, au moins, doivent être retrouvés pour permettre de poser le diagnostic de TSA.

Tout d'abord, l'enfant présente un déficit persistant de la communication et des interactions sociales réciproques, dans des contextes variés. Ce déficit peut se retrouver dans la réciprocité sociale ou émotionnelle, dans les comportements de communication non verbaux ou dans le développement, le maintien et la compréhension des relations. L'évaluation de la sévérité repose sur le niveau d'aide nécessaire à l'établissement d'une communication.

Ensuite, l'enfant montre un caractère restreint et répétitif des comportements, intérêts ou activités avec, notamment, une intolérance aux changements mais également, des intérêts restreints et fixes, anormaux dans leur intensité ou leur but. L'on peut également noter une réactivité inhabituelle aux stimuli sensoriels, que ce soit sur un pôle d'hyperréactivité ou d'hyporéactivité. La sévérité est évaluée selon l'importance de la restriction des modes comportementaux.

Les symptômes doivent être présents dès le début du développement mais peuvent n'être remarqués qu'au moment où les attentes sociales excèdent les capacités de l'enfant. Ils peuvent également être masqués par des stratégies compensatoires, efficaces jusqu'à un certain point.

Le retentissement clinique sur le fonctionnement du sujet, en tout milieu, doit être significatif et les troubles ne peuvent pas être mieux expliqués par une déficience intellectuelle ou un retard global de développement. Notons que la déficience intellectuelle et les TSA sont fréquemment associés. Ainsi, le diagnostic de comorbidité ne peut être évoqué que si l'altération de la communication sociale est supérieure à ce qui est attendu pour le niveau de développement global.

2. ETIOLOGIE

Les troubles envahissants du développement sont des troubles neuro-développementaux.

Mis à part une cause génétique déterminée (dans le syndrome de Rett par exemple), aucune cause unique n'a pu être mise en évidence à ce jour.

Statistiquement, le risque de présenter un trouble envahissant du développement pour un nouvel enfant dans une fratrie dont l'un des membres a déjà un TED est de 4% si l'enfant atteint est un garçon et 7% s'il s'agit d'une fille. Ce risque atteint 25 à 30% si la famille compte déjà deux enfants atteints de ce syndrome. Par ailleurs, la concordance de l'atteinte entre des jumeaux monozygotes varie de 70 à 90%.

Ainsi, les résultats des recherches actuelles suggèrent un terrain génétique dans l'expression de ce syndrome, même s'il s'agit probablement d'une transmission multigénique complexe. De nombreux gènes ont été détectés à partir d'une étude comparative entre sujets sains et sujets atteints ; les gènes q21-35 et le chromosome 17q ont été mis en cause de manière significative, notamment.

La neuropsychologie propose trois modèles.

Un premier met en avant un déficit des fonctions exécutives induisant des difficultés de gestion, d'initiation, de planification et d'organisation du comportement ainsi qu'un défaut de flexibilité mentale.

Un deuxième évoque une faiblesse de la cohérence centrale. Cette dernière correspond à la fonction qui permet de contextualiser une information puis d'en extraire et d'en hiérarchiser les éléments les plus significatifs. Les personnes souffrant d'un trouble envahissant du développement traiteraient le détail de l'information plutôt que sa globalité et en privilégieraient les aspects perceptifs.

Un dernier suppose un déficit de la théorie de l'esprit qui correspond à la capacité à s'attribuer des états mentaux propres ainsi qu'à en attribuer à autrui. Celle-ci permettrait d'anticiper les comportements d'autrui en fonction de ses désirs, croyances ou intentions, d'anticiper les conséquences de ses actes ou de se faire une représentation des diverses situations rencontrées. Ce dernier modèle pourrait expliquer les difficultés sociales, de communication et d'imagination.

Les données neurobiologiques mettent en évidence des particularités morphologiques significatives chez les personnes souffrant de troubles envahissant du développement induisant des anomalies d'activation de certaines zones ou circuits cérébraux, particulièrement lors d'interactions sociales, d'expressions émotionnelles ou de tâches cognitives.

Nombreuses sont les disciplines qui s'intéressent à la problématique de l'autisme et tentent d'en comprendre l'origine et le fonctionnement. Cette multitude de théorie rend compte de sa grande complexité. Dans tous les cas, les différentes études s'accordent à dire qu'une origine multifactorielle est indéniable mais l'idée selon laquelle les TED seraient dus à un trouble de la relation mère-enfant doit être écartée.

3. EPIDEMIOLOGIE

En 2009, la prévalence estimée pour l'ensemble des troubles envahissants du développement était de 6 à 7 ‰ personnes âgées de moins de 20 ans et de 2 à 3 ‰ lorsque ces troubles étaient associés à une déficience intellectuelle.

Le risque de développement de ce syndrome est indépendant du niveau social ou éducatif de la famille, ainsi que de son origine ethnique.

Le sex ratio varie selon que les TED sont associés, ou non, à une déficience intellectuelle. Dans le cas d'un retard mental modéré à sévère (supérieur ou égal à 50), on compte 2 garçons pour une fille alors que cette prépondérance masculine est plus marquée en l'absence de déficience intellectuelle (6 pour 1).

Notons que la fréquence d'apparition de ce syndrome augmente de façon négligeable avec l'âge des parents ; 1,3 lorsque la mère est âgée de plus de 35 ans et 1,4 lorsque le père a plus de 40 ans.

4. TROUBLES ASSOCIES

De nombreuses pathologies peuvent être associées aux troubles envahissants du développement.

Les associations les plus fréquentes sont ; les troubles du sommeil (45 à 86%), les troubles psychiatriques tels que l'anxiété ou la dépression (50 à 75%, plus difficilement décelés

lorsque le syndrome est associé à une déficience intellectuelle), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants, l'épilepsie (5 à 40%) et la déficience intellectuelle (70% dont 40% de déficience profonde et 30% de déficience légère). Certaines pathologies génétiques monogéniques peuvent également être associées ; le syndrome de Rett, le syndrome de l'X-fragile et la sclérose tubéreuse de Bourneville. Par ailleurs, d'autres anomalies génétiques, dont des anomalies chromosomiques ou géniques ont été mises en évidence chez certains enfants souffrant de TED. D'autres pathologies également, en particulier somatiques, peuvent coexister, comme chez toute autre personne.

II. SIGNES PRECOCES

L'intérêt tout particulier pour les signes précoces des troubles envahissants du développement permet une connaissance approfondie de l'autisme et de sa genèse, même si nous en ignorons encore beaucoup, ainsi qu'un dépistage et une prise en charge adaptée plus précoces laissant présager d'une évolution moins sévère.

L. Kanner, après avoir défini l'autisme infantile en 1943, met en évidence cinq signes repérables dans la première année de vie de l'enfant ; un défaut d'attitude anticipatrice et d'ajustement postural, des troubles des conduites alimentaires et du comportement ainsi qu'une indifférence à l'environnement.

Plus tard, de nombreux autres signes sont également repérés et classés en différentes catégories que je cite de façon non exhaustive ; par exemple, les troubles du prélangage au sein desquels M. Rutter évoque un défaut de lallation et R. Ricks, un babillage monotone. R. Spitz parle d'absence des organisateurs caractérisée par une absence de sourire à la vue du visage humaine et une absence d'angoisse au visage de l'étranger. Dans la catégorie des troubles fonctionnels, L. Kanner mentionne l'anorexie très précoce, D. Sauvage, le mérycisme et M. Soulé & L. Kreisler, les insomnies. E. Bick définit, d'autre part, les conduites d'agrippement. Notons aussi les catégories des retards et anomalies du développement psychomoteur, des troubles des conduites perceptives (évitement du regard ou réactions

paradoxaux aux bruits) et du comportement ainsi que les phobies précoces, aux bruits ménagers notamment.

C'est en 1996, que S. Baron-Cohen et ses collègues objectivent certains signes précoces par une étude longitudinale menée sur 16000 enfants « à risque », âgés de 18 mois, à l'aide du CHAT¹³. Il met ainsi en avant trois signes dont la valeur prédictive est la meilleure ; le défaut d'attention conjointe, l'absence de pointage proto-déclaratif et l'absence de jeu de faire-semblant.

Plus récemment, en 2017, est publiée, en collaboration avec M-C. Laznik, la grille préAut, la plus adaptée pour les enfants de moins de douze mois. Elle insiste sur deux signes évocateurs de risque autistique ; le signe dit du « regard » qui correspond à la capacité de l'enfant à échanger des regards spontanés, et le signe du « troisième temps de la pulsion » de la théorie psychanalytique. Ce dernier est validé lorsque le bébé se fait l'objet de la satisfaction de l'autre ; il tend son pied pour des chatouilles ou son ventre pour des bisous par exemple.

Ainsi, chez l'enfant de moins de deux ans, l'observation de ces signes peut mener à un diagnostic de trouble du développement mais c'est leur évolution qui permet de préciser son caractère envahissant. Toutefois, il est nécessaire d'être prudent car si le diagnostic peut permettre un certain soulagement chez des parents quant à la mise en mots des difficultés qu'ils éprouvent avec leur enfant, il peut mener au processus autistique qu'a défini J. Hochmann ; un dysfonctionnement interactif qui renforce l'isolement autistique et le désespoir des parents, sans que la cause soit nécessairement imputable à l'un ou à l'autre.

III. LECTURE PSYCHOMOTRICE

Si les compétences motrices des enfants souffrant d'un trouble envahissant du développement sont variables, d'un individu à l'autre, tant dans leur expression que dans leur intensité, se dégagent néanmoins plusieurs traits caractéristiques.

Notons, par ailleurs, que pour un même enfant, de grandes difficultés peuvent être associées à des compétences supérieures, dans certains domaines, à son niveau de

¹³ Checklist for Autism in Toddlers.

fonctionnement quant à son âge réel ; c'est ce que M. Leary & D. Hill (1996) ont appelé les kinésies paradoxales.

Au niveau de la motricité globale, la répartition tonique se fait souvent sur un même pôle ; hypertonique ou hypotonique, généralement associée à une hyperlaxité ligamentaire. Indépendante du contexte social, cette présentation tonique entrave, cependant, l'ajustement tonico-émotionnel réciproque, dans le portage notamment. Des syncinésies, tonique ou clonique, sont également fréquemment observées.

Lors des déplacements, l'on peut noter certaines particularités, probablement accentuées par la recherche de sensations ; la marche sur la pointe des pieds ou la nuque en hyperextension par exemple.

Nécessairement, ces caractéristiques influent sur le développement de la motricité fine. Ainsi, l'on peut observer que ces difficultés de régulation tonique se retrouvent au niveau de la dextérité manuelle ; la prise de l'outil est souvent plus faible et plus lente, et l'utilisation généralement plus compliquée du fait de l'inadéquation de la force employée pour la manipulation.

De même, la latéralisation est souvent plus tardive et moins constante ; la préférence manuelle est moins affirmée et cela entraîne d'importantes difficultés de coordinations bi-manuelles notamment.

L'on peut également noter un retentissement important sur le processus d'autonomisation ; l'habillage ou l'alimentation sont ainsi difficilement acquis.

Le schéma corporel et l'image du corps sont également souvent impactés, avec une difficulté particulière d'intégration et une perception généralement morcelée. Ainsi, la construction et l'investissement de l'espace sont aussi entravés.

Enfin, les stéréotypies motrices, qui font partie des critères diagnostiques (répertoire d'activités restreint, stéréotypé et répétitif), doivent être évoquées avec prudence car elles sont observables, transitoirement, dans le développement normal de l'enfant. Dans le cadre d'un trouble envahissant du développement, elles sont fréquemment associées à des automutilations, notamment chez des enfants présentant un fonctionnement intellectuel de bas niveau et une symptomatologie intense.

IV. PARTICULARITES SENSORIELLES

En 2007, S-D Tomcheck & W. Dunn montrent, à l'aide du profil sensoriel établi par le second auteur en 1999 (version abrégée) que 95% des enfants, âgés de 3 à 6 ans, souffrant d'un TED, présentent des particularités sensorielles, notamment quant à la discrimination auditive et la sensibilité tactile.

Ces particularités se retrouvent à tout âge de la vie mais ne sont pas représentées de façon constante. Ainsi, une prise en charge précoce, permet de diminuer leur retentissement sur le fonctionnement global de l'enfant.

1. MODELES THEORIQUES

• LE DEFAUT D'INTEGRATION SENSORIELLE

Théorisé à partir des travaux de J. Ayres (1972), ce modèle établit un lien entre la qualité de l'intégration des informations sensorielles, intéroceptive ou extéroceptive, et les réponses comportementales qui en découlent.

Les troubles de l'intégration sensorielle peuvent intervenir à chaque étape du traitement de l'information ; perception, enregistrement, modulation et organisation. J. Miller (2006) propose de distinguer trois catégories ; les troubles de la discrimination sensorielle, les troubles moteurs d'origine sensorielle et les troubles de la modulation sensorielle.

Cette dernière catégorie entre particulièrement en jeu dans les TED et se caractérise par une altération de l'intensité et de la nature de la réponse comportementale à un stimulus sensoriel. Trois types de réponses sont distingués. L'hyperréactivité correspond à une réaction excessive, brève ou prolongée, expliquée par un seuil de perception bas. L'hyporéactivité, à l'inverse, se définit par une réaction, faible ou inexistante, résultant d'un seuil de perception élevé. Enfin, la recherche de sensations, quant à elle, s'observe par une multiplication des expériences sensorielles par l'enfant.

C'est le modèle référent en ce qui concerne la qualification des particularités sensorielles chez les personnes souffrant d'un trouble envahissant du développement. Notons que

peuvent coexister, chez une même personne, ces trois présentations de façon fluctuante au cours de la vie mais également concernant un même système sensoriel.

● LE TRAITEMENT ARCHAÏQUE DES FLUX

A. Bullinger, dans son approche sensorimotrice, nous dit que le traitement des flux sensoriels se fait selon une chaîne de réaction comportementale précise ; l'alerte, l'orientation, l'évaluation de la distance et la manipulation ou exploration. Cette chaîne comportementale nécessite un traitement par deux systèmes de traitement de l'information sensorielle qui agissent en coordination ; les systèmes archaïques et récents.

Le premier traite les aspects qualitatifs du stimulus et amène l'enfant à s'orienter vers sa source. Ces aspects sont définis comme agréables ou désagréables et entraînent une modulation tonique (élévation ou abaissement).

Le second relève de la dimension spatiale de l'objet et permet un ajustement aux différentes propriétés afin d'agir dessus.

Chez les enfants souffrant d'un TED, à défaut d'une coordination entre ces deux systèmes, c'est la composante archaïque du traitement des flux qui serait privilégiée ; la perception du stimulus sensoriel entraînerait un recrutement tonique mobilisant tout l'organisme et permettrait un « sentiment d'unicité » corporelle. Cette modulation serait constamment recherchée, empêchant ainsi l'activité exploratoire et l'intégration de la composante spatiale de l'environnement.

2. APPLICATION AUX SYSTEMES SENSORIELS

Dans l'ontogenèse, les systèmes sensoriels se développent comme suit ; le système tactile, olfactif, gustatif, auditif et visuel. Chez les personnes souffrant de troubles envahissants du développement, les particularités sensorielles sont fréquentes. Elles font d'ailleurs maintenant partie des critères diagnostiques évoqués dans le DSM V et se traduisent par une hypo ou une hypersensibilité, uni ou plurimodale, sans qu'un dysfonctionnement des organes sensoriels ne soit constaté.

● SYSTEME TACTILE

Le système tactile se met en place dès le 2^{ème} mois de grossesse. Sensible aux pressions, vibrations, à la température et à la douleur, la sensibilité est particulièrement importante au niveau de la bouche et des mains.

Lorsque l'on parle du sens du toucher, on distingue la fonction exploratoire visant à traiter les aspects physiques de l'objet, de la fonction instrumentale permettant d'agir dessus.

Pour un enfant souffrant d'un TED, dans le cas d'une hypersensibilité, des conduites d'évitement permettent de se soustraire au contact et peuvent mener à un trouble du comportement alimentaire, la texture de la nourriture pouvant être insupportable pour l'enfant par exemple. Dans le cas d'une hyposensibilité, au contraire, l'enfant recherche la sensation avec une activité exploratoire intense, notamment au niveau buccal. On peut alors observer un besoin d'avoir des vêtements serrés ou des conduites de grattage, tapotage ou effleurement par exemple.

Dans tous les cas, ce sont les aspects qualitatifs des objets qui sont privilégiés ; texture, densité, couleur, etc. L'enfant, reste enfermé dans cette découverte qui entraîne une réaction tonique et ne peut prendre en compte la dimension spatiale de l'objet, son aspect fonctionnel.

Dans les premiers temps, Hugo met souvent son pouce à la bouche, notamment dans les moments d'apaisement. Lorsqu'il n'a pas la possibilité de taper sur le clavier tactile de son téléphone, il demande systématiquement à avoir une sucette, même s'il peut supporter que l'on n'accède pas à sa requête.

Enfant très sonore, il émet constamment des sons graves, à intervalles réguliers. Se pose alors la question de la dimension tactile du son, dans les vibrations qu'il entraîne dans la cage thoracique et la bouche.

Par ailleurs, au cours des séances, nous proposons des échanges de balles et Hugo en renvoie la plupart ; balles de tennis, balles lestées, balles en plastiques. Mais lorsque nous lui proposons une balle en mousse, alors même que celle-ci a la même couleur que les précédents et les mêmes dimensions, Hugo l'effleure du bout des doigts et cesse le contact quasiment immédiatement, la laissant rouler sans possibilité de la prendre en main.

● SYSTEME OLFACTIF ET GUSTATIF

Le système olfactif est proche de celui de l'adulte aux alentours de deux mois de gestation. Chez les enfants souffrant d'un TED, toujours dans la perspective d'une présentation dans l'une ou l'autre polarité, l'on remarque soit une attraction pour les odeurs fortes soit une intolérance aux odeurs que l'entourage perçoit à peine.

Le système gustatif se met en place, quant à lui, dès la fin du premier trimestre de grossesse. Le fœtus est alors, d'ores et déjà, capable de discriminer les quatre saveurs primaires (sucré, salé, acide, amer).

Dans le cadre d'un TED, les troubles du comportement alimentaire, fréquemment associés, peuvent se retrouver dans la recherche d'aliments très épicés, très chauds ou froids voire dans l'ingestion de produits non consommables (pica). Sur l'autre pôle, l'on peut observer une sélectivité alimentaire importante.

● SYSTEME AUDITIF

Le système auditif est fonctionnel à partir de la 24^{ème} semaine de gestation, des réponses comportementales sont d'ailleurs observables en fonction de l'intensité, de la fréquence et de la complexité du son.

Chez les enfants souffrant d'un TED, est souvent rapporté un comportement paradoxal quant aux stimuli sensoriels. La question d'une éventuelle surdité se pose souvent et faire d'ailleurs partie des examens préconisés pour l'établissement d'un diagnostic différentiel. Ainsi, ces enfants peuvent rechercher des stimulations auditives fortes et se montrer peu réactifs quant aux sons du langage, à l'appel de leur prénom notamment. A l'inverse, ils peuvent tout autant présenter une importante sensibilité aux moindres sons avec conduites d'évitement. Ces deux polarités peuvent coexister chez un même individu.

On peut alors penser que, en dehors de l'aspect particulier de la voix humaine, seule la fonction d'alerte est possible car elle produit un recrutement tonique contrairement aux autres maillons comportementaux de la chaîne qui suppose une analyse de la dimension spatiale pour agir sur la source du stimulus.

Chez Hugo, on retrouve ces particularités auditives notamment dans le fait qu'il ne répond pas ou peu à son prénom mais qu'il montre rapidement une attitude d'écoute au moindre bruit extérieur, même lorsque celui-ci nous paraît anodin voire inaudible. Par ailleurs, il fait émettre un son continu et élevé au téléphone dès lors qu'il l'a dans les mains, tout en le tenant très proche de son oreille. Il produit, lui-même, de nombreux sons, participant du bain sonore dans lequel il évolue et nous plonge dès que nous sommes avec lui.

● SYSTEME VISUEL

Le système visuel se décompose en un système périphérique, mature à la naissance, sensible au mouvement et jouant un rôle dans la régulation tonique, et un système focal, immature à la naissance et permettant l'analyse des images. Leur coordination se met en place à partir de trois mois de vie.

Dans le cadre d'un TED, on note un intérêt majeur pour les informations visuelles avec, généralement, une utilisation préférentielle du système périphérique. On peut observer un agrippement aux sources lumineuses ou un intérêt marqué pour les détails ou petits objets en mouvement. Pour autant, un mouvement trop brusque peut entraîner une désorganisation massive. On remarque également un attrait particulier pour les reflets.

Cette préférence pour le système périphérique pourrait s'expliquer par la diminution des mouvements oculaires qu'il permet, dans le sens d'un recrutement tonique global. Dans le même temps, la vision focale n'est pas utilisée dans sa fonction d'analyse d'image mais prend le rôle de point d'ancrage, caractérisé par l'agrippement visuel évoqué.

Chez Hugo, le portable est manipulé très près des yeux, dans le champ périphérique. La luminosité de l'écran est ainsi particulièrement appréciée. Il présente également un flapping des mains assez important, toujours placé dans le champ périphérique, et se procure souvent plusieurs balles qu'il place au-dessus de sa tête et laisse tomber pendant un long moment.

● SYSTEME PROPRIOCEPTIF ET VESTIBULAIRE

Il est fréquent d'évoquer également les systèmes proprioceptif et vestibulaire dans les systèmes sensoriels.

Le premier renseigne sur l'état de la position des différents segments corporels. Ainsi, le besoin d'être comprimé est fréquemment relayé par les personnes souffrant d'un TED (Temple Grandin par exemple), permettant de palier la perception morcelée qu'elles peuvent avoir de leur corps.

Le second donne des informations sur la position de la tête et ses déplacements dans l'espace. Il contrôle l'équilibre et se met en place à partir du deuxième mois de grossesse jusqu'à la puberté.

Dans le cadre d'un TED, on remarque une certaine instabilité psychomotrice avec l'adoption de positions, statique et dynamique, particulières ainsi que des balancements ou rotations importants. Les mouvements trop rapides peuvent être appréhendés, tout comme les sensations de déséquilibre ou la perte de contact avec le sol. Dans ce cas, l'enfant limite ses déplacements et se met en retrait.

Chez Hugo, cela s'observe dans sa manière de tourner lorsqu'il se retrouve au centre de la salle de motricité, peu contenu. Il manipule également souvent au sol ou au contraire, marche sur la pointe des pieds.

Rappelons que G. Bernot (2009) a précisé que « les stimuli sensoriels ne sont pas tous de nature négative, la même sensation envahissant peut procurer un immense plaisir, jubilatoire »¹⁴.

Ces particularités sensorielles impliquent un retentissement sur l'investissement corporel que j'ai évoqué dans ma proposition de lecture psychomotrice des troubles envahissants du développement. Cet investissement corporel, ce déploiement du corps comporte nécessairement une composante spatiale, notion centrale dans la prise en charge thérapeutique d'Hugo. Ainsi, je vous propose de la développant en évoquant, d'une part les

¹⁴ Bernot, G. (2009) – bulletin scientifique de l'ARAPI.

théories qui y sont attachées, d'autre part sa particularité dans la clinique des TED ainsi que la spécificité de son élaboration dans la pratique psychomotrice en général.

PARTIE III : L'ESPACE

I. DEVELOPPEMENT DE LA NOTION D'ESPACE

1. DEFINITION

Le terme vient du latin *spatium* qui désigne l'arène et les champs de courses mais évoque également la notion de durée. C'est d'ailleurs cette signification qui était utilisée en ancien et moyen français. Aujourd'hui, son emploi renvoie plutôt à une distance physique même s'il subsiste certaines expressions relevant de cette notion de temporalité ; « l'espace d'un instant » par exemple.

La recherche de la définition m'a mené à plusieurs concepts.

En philosophie, par exemple, l'espace est un « milieu idéal indéfini, dans lequel se situe l'ensemble de nos perceptions et qui contient tous les objets existants ou concevables ». Si l'on se réfère à la psychologie, l'espace est « comme une portion de l'étendue couverte par le toucher ou la vue ». Je relate ici les définitions de champs qui se rapprochent de celui de la psychomotricité, mais la notion d'espace revêt de nombreuses autres définitions d'autant plus disparates que les disciplines sont éloignées.

Si les concepts explicités dans le paragraphe précédent ont d'intéressant le fait de mettre en avant l'implication de la sensorialité, ils ne prennent pas en compte le corps dans son globalité ; notion centrale en psychomotricité.

R. Laban, en parlant du danseur, nous dit qu'il « ne se meut pas dans l'espace, il le construit et l'assume par son geste ». M. Merleau-Ponty confirme ; c'est la motricité qui définit l'espace et évoque un corps habitant l'espace plutôt qu'un corps dans l'espace. Ainsi, l'espace s'intègre et se structure car nous avons la possibilité d'agir en son sein, d'en éprouver les limites et l'organisation.

Comme nous dit B. Lesage, il s'agit de l'envisager comme une fonction plutôt que comme un concept rigide et fixé. Dans ce sens, H. Haecan & J. Ajuriaguerra, cités par A. Berthoz, nous

disent que « appréhension de l'espace et conscience du corps ne sont pas des fonctions isolées, abstraites, juxtaposées. Elles sont ouvertes l'une et l'autre, et représentent des possibilités d'action pour nous-mêmes, des moyens de connaissance du monde. La dynamique des corps agissant ne pouvant s'accomplir que dans l'espace, l'espace n'étant rien pour nous sans le corps qui agit »¹⁵.

Par ailleurs, il convient de nous interroger sur ce rapport au corps qui suppose alors que nous puissions faire la différence entre ce qui nous appartient, ce corps physique qui contient notre substance biologique et notre matériel de pensée, et ce qui ne nous appartient pas ; la distinction soi-non soi.

2. ESPACE INTERNE ET ESPACE EXTERNE

Au cours du développement psychomoteur, l'enfant intègre les sensations qui émanent de lui et celles qui proviennent de l'extérieur. C'est par la distinction des micro-variations dans ses diverses expériences sensorimotrices que l'enfant commence à comprendre que c'est lui qui agit sur son environnement.

Prenons l'exemple du hochet que l'on agite devant l'enfant dans ses premiers mois de vie. Lorsque l'adulte manipule le hochet, l'enfant perçoit le mouvement par son système visuel et auditif. Lorsque c'est l'enfant qui prend le hochet dans sa main, aux deux systèmes sensoriels évoqués dans la phrase précédente, s'ajoutent le système tactile et le système proprioceptif. C'est l'intégration de cette coordination des différentes modalités sensorielles qui fait émerger une première conscience de la distinction soi-non soi.

Selon B-B. Cohen, cette inscription corporelle s'accompagne de modulations toniques qui influencent la « volumérisation » et la structuration de l'espace interne.

Par ailleurs, le holding et le handling de l'adulte, dans ce qu'ils comportent de contacts corporels et d'étayage psychique, permettent à l'enfant d'intégrer sa peau comme une frontière entre son espace interne et son environnement. Cette peau constitue, selon la théorie développée par D. Anzieu, une enveloppe physique mais également psychique,

¹⁵ BERTHOZ, A. (2002) – p.132.

surface d'impression des expériences sensorielles externes et internes, contenant d'un espace interne représenté.

L'espace ainsi constitué et représenté permet l'émergence d'une conscience et d'une structuration psychique de l'espace externe.

3. DE L'ESPACE SUBI A L'ESPACE REPRESENTÉ

La structuration de l'espace peut s'organiser en quatre niveaux distincts ; l'espace subi, l'espace vécu, l'espace perçu puis l'espace représenté.

Aux premiers mois de la vie, l'espace externe est subi. L'enfant est corporellement et psychiquement dépendant de son *caregiver* duquel il ne se différencie pas ; les déplacements lui sont imposés. Comme le précise B. Lesage, les expériences sensorielles vécues par l'intermédiaire de l'adulte, en se développant, feront office de socle, d'appui, de soutien à l'émergence de la conscience l'espace interne.

Aux alentours de deux ans, la diversité des expériences sensorimotrices permettent à l'enfant d'intégrer, dans une forme de préconscience, les notions de dimensionnalité, de volume, de distance, etc. Ainsi, le corps, le mouvement s'adaptent aux caractéristiques spatiales de son environnement de manière intuitive. On parle alors d'espace vécu.

A partir de 3 ans, l'espace vécu devient espace perçu. Le référentiel principal de cet espace réside toujours dans le corps ; la perception se fait avec un repère égocentré. Par le mouvement, l'enfant conscientise les mécanismes qui permettent la mise à distance d'un objet en comparant ses diverses expérimentations. Il peut, par exemple, se rendre compte que s'il veut lancer plus loin, il doit lancer plus fort.

Les rapports spatiaux sont organisés de façon topologique et l'enfant peut percevoir les notions de voisinage et d'entourage (proche, loin, à côté ; dedans, dessous, entre, etc.) et celles d'ordre et de séparation (tri et alignement).

Jusqu'à sept ans, l'enfant intègre les diverses situations et orientations spatiales. Il est ainsi en mesure d'organiser son environnement en fonction de ses besoins.

A partir de sept ans, l'enfant acquiert la réversibilité. Il peut ainsi changer de référentiel ; passer d'un repère égocentré à un repère allocentré. Cela se traduit notamment par sa capacité à reconnaître la droite et la gauche sur autrui. L'espace peut alors être représenté.

4. LA PROXEMIE : UNE STRUCTURATION PARTICULIERE DE L'ESPACE EXTERNE

Si nous avons jusque-là évoqué l'espace externe par rapport à l'individu particulier, cet espace est nécessairement rencontré avec autrui. E. Hall a ainsi théorisé une structuration de l'espace particulière (proxémie), en termes de distances interindividuelles, au sein de laquelle nous évoluons au quotidien. Il distingue quatre niveaux.

De la plus proche à la plus éloignée, l'auteur définit d'abord ce qu'il appelle la distance intime, recouvrant une surface d'un rayon de 40 centimètres autour de l'individu. Elle se caractérise par la prégnance de la dimension tactile dans la relation, notamment dans ce qui relève de la sensibilité aux pressions et aux températures. Le système visuel perd de son efficacité ; la vision est déformée de sorte que les détails du visage sont difficilement perceptibles, le contact physique rapproché est au premier plan et la chaleur émanant du corps de l'autre nous parvient. Cette distance révèle une relation d'engagement proche.

La distance personnelle se mesure de 45 à 125 centimètres. Elle correspond à ce que E. Hall a appelé « bulle » ; un espace émotionnellement chargé au sein duquel l'intrusion d'un inconnu est vécu comme outrageant. Variable selon les cultures, il me semble important de le rapprocher du terme « kinesphère ». Théorisé par R. Laban, il est utilisé préférentiellement en psychomotricité. Celui-ci désigne l'espace défini par la limite dessinée lorsque nous tendons les membres périphériques. C'est ce qui semble évoqué lorsque dans l'expression commune, nous parlons d'espace vital.

Si elle renvoie toujours à une certaine intimité, elle relève également, dans son aspect le plus éloigné, d'une dimension publique ; une discussion entre amis par exemple. Le contact physique se fait plus rare, les détails du visage sont plus précis et la chaleur corporelle n'est plus perceptible.

Ensuite, la distance sociale correspond à un rayon de 125 à 360 centimètres. A cette distance, l'individu est perçu dans sa globalité, les détails du visage s'estompent. Le contact est avant tout visuel et permet le maintien de la relation. Cet espace peut revêtir une dimension plus formelle, dans son aspect le plus éloigné notamment (relations de travail par exemple).

Enfin, la distance publique s'étend jusqu'à 750 centimètres. Elle correspond à un espace où le contact se fait toujours par le regard mais il n'est généralement pas réciproque ; l'interaction n'est pas recherchée et la hiérarchisation interindividuelle est au premier plan.

Si l'auteur évoque une distance numéraire, il est intéressant de noter que la distinction de ces différents espaces peut se faire selon la modulation du volume sonore, par l'intermédiaire de la voix ; plus la distance augmente, plus la voix ne s'élève. Notons, par ailleurs, que ces distances nécessaires à l'économie du sujet peuvent être effacées dans des situations particulières ; la proximité imposée dans le métro aux heures de pointes par exemple. L'individu met alors en œuvre des stratégies compensatoires pour conserver cette distance au niveau représentatif ; fixer le plan du métro pour ne pas croiser le regard de l'autre qui serait vécu comme intrusif par exemple.

II. ESPACE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT

1. LE DEMANTELEMENT SENSORIEL

En 1980, D. Meltzer propose un modèle psychodynamique de compréhension des troubles envahissants du développement quant à leurs particularités sensorielles et leur rôle dans l'investissement de l'espace.

Selon l'auteur, la personne souffrant d'un TED, utiliserait chaque modalité sensorielle de façon dissociée. Dans ce sens, les recherches en imagerie cérébrale fonctionnelle ont permis de mettre en évidence que les zones cérébrales impliquées dans la transmodalité sensorielle (sillon temporal supérieur – Zilbovicius & al. en 2004) ont un fonctionnement différent de celui d'une personne saine.

Les sensations seraient juxtaposées, non élaborées, dans une sorte de mosaïque sans relief ni profondeur. L'espace deviendrait alors bidimensionnel.

L'absence de la troisième dimension interdit alors l'accès à la volumérisation de l'espace, pour reprendre le terme de B-B Cohen. Sans volume, il ne peut pas y avoir de distinction entre l'espace interne et l'espace externe ; l'altérité est impossible. Ainsi, la relation se fait en collage, dans une identification adhésive, concept théorisé par l'auteur à la suite des travaux d'E. Bick.

Toutefois, D. Meltzer nous dit que lorsque la personne avec TED retrouve son « objet autistique », la comodalité sensorielle deviendrait alors possible. Ainsi, la perception d'un espace interne et d'un espace externe serait ébauchée mais ne pourrait être inscrite psychiquement de façon continue. C'est la répétition de ces moments de remantèlement sensoriel qui permettrait l'émergence d'une différenciation malgré la discontinuité du processus et amènerait l'enfant vers un enfermement autistique, ce que l'on peut observer dans les stéréotypies caractéristiques de ce trouble.

2. ANNIHILATION DES DISTANCES

En reprenant cette idée de bi-dimensionnalité de l'espace, nous pouvons supposer que l'analyse des distances en sera altérée. Si le concept d'identification adhésive l'évoque en partie, dans le sens où l'enfant avec TED fonctionne en collage car il ne reconnaît pas ce qui est extérieur comme différent de lui, c'est la clinique qui en est le plus représentatif. Par exemple, l'enfant qui se bouche les oreilles lorsqu'un avion entre dans son champ de vision. Du fait de la dissociation entre le système visuel et le système acoustique, et l'absence d'évaluation des distances, l'avion qui entre dans le champ de vision est vécu comme entrant en soi malgré le fait qu'il soit dans les airs. De même, la perception du bruit n'est pas modulée et perçue, comme l'aspect visuel, à l'intérieur de soi.

Hugo nous en montre une représentation similaire. Lorsque sa mère tente de lui prendre le portable qu'il a dans les mains, alors même qu'elle est à une distance certaine rendant impossible tout contact physique, Hugo crie « aïe ». En dehors de l'aspect affectif de ce mot qui induit généralement une réaction de retrait, l'entrée de sa mère dans son champ de

vision (déterminé par la distance qu'il instaure lorsqu'il manipule l'objet près de ses yeux) est vécue comme si elle le touchait.

Par ailleurs, lors des jeux d'échanges de balles, Hugo se colle à sa mère et ce, malgré le fait qu'elle lui demande de reculer pour pouvoir lui lancer la balle. Cette présentation caractéristique, j'ai pu l'observer à de nombreuses reprises dans ma clinique avec des enfants et adolescents souffrant de TED ; l'espace n'est pas structuré et les distances nécessaires ne sont pas intégrées.

3. LES ANGOISSES SPATIALES

Comme je l'ai évoqué précédemment, le système visuel, chez la personne avec TED, est utilisé principalement dans sa caractéristique périphérique. L'inutilisation de la vision focale, mise en jeu dans l'évaluation des distances notamment, influe nécessairement sur la capacité de structuration spatiale de l'enfant ; les limites de l'espace sont ainsi difficilement perceptibles. Cet espace, perçu sans limite, sans fond, entraîne un vécu d'angoisse particulier.

Plusieurs présentations sont caractéristiques de ces angoisses.

Il est fréquent d'observer des enfants avec TED longer les murs, les limites de leur environnement. Ce collage permet une proximité visuelle nécessaire à la perception de ces limites mais peut parfois ne pas être suffisant et s'accompagner de contacts physiques, du dos ou de la main, comme pour s'assurer de leur réalité. Dans cette perspective, nous pouvons observer que la proposition d'un arrière-fond permet de diminuer ces angoisses et amène l'enfant à se focaliser.

Chez Hugo, cet aspect se retrouve dans de nombreuses situations.

Dans des moments de grande frustration, il peut faire le tour de la pièce plusieurs fois et ne peut pas adapter sa trajectoire alors même qu'il souhaite se soustraire à sa mère, par exemple, lorsqu'elle tente de lui prendre son portable. Il se tient également très proche des murs lors de ces déplacements et utilise systématiquement un support visuel pour réduire son champ de vision ; le portable qu'il tient à quelques centimètres de ses yeux, le calendrier qu'il place devant son visage ou encore son flapping des mains.

S'il peut lui arriver de traverser l'espace, c'est en courant, pour se rendre dans un endroit restreint, clos et contenant qu'il connaît bien (coin « mou » de la salle de psychomotricité par exemple), comme pour limiter ce temps passé dans ce gouffre dans lequel il pourrait disparaître. Il investit, d'ailleurs, particulièrement ces espaces très contenant matérialisant l'arrière-fond nécessaire pour qu'il puisse se déposer ; la toupie ou la chaise collée au bureau entre autres.

Nous pouvons parfois observer l'enfant avec TED, au centre de la pièce, initier un tournoiement sur lui-même, dans une tentative de créer un espace circulaire donnant l'illusion d'être contenant. L'économie du sujet s'en trouve particulièrement perturbée puisque les angoisses spatiales resurgissent instantanément à l'arrêt du tournoiement.

Hugo a pu nous montrer ce tournoiement sur soi, un jour qu'il s'avançait vers sa mère lors d'un échange de balle et que celle-ci s'est reculée pour garder la distance nécessaire à son lancer ; les limites spatiales ainsi mouvantes ont pu réactiver cette angoisse spatiale chez lui. C'est la proposition d'une installation sur le plancher de Bullinger, entouré des panneaux Vichy qui a permis d'apaiser ces angoisses et mettre un terme à ce tournoiement.

Par ailleurs, il a pu, lors d'une séance particulière, s'emparer d'un cerceau qu'il a placé autour de sa tête et fait tourner au niveau de ses yeux. La présence d'un bout de scotch orange, tournoyant ainsi autour de lui, apparaissant et disparaissant de son champ de vision, a pu être la tentative d'Hugo de symboliser ces limites spatiales qui évoluent, tout en gardant un contrôle dessus.

Il est également fréquent d'observer ces enfants avec TED jeter des objets à travers la pièce. Il peut alors être intéressant de le comprendre comme une manière de tester les limites de l'espace, notamment par la composante sonore que cela initie.

Avec Hugo, cette caractéristique a été particulièrement présente en début de prise en charge, nécessairement facilitée par le jeu d'échange de balles et cerceaux que sa mère initiait à chaque séance. Il envoyait notamment ces objets dans son dos, dans les diagonales et au plafond. Le lancer était toujours très vigoureux, de sorte la réponse sonore induite par la

collision de l'objet avec les murs était maximisée. Nous pouvions également noter qu'Hugo arrêta ses vocalises au moment de ce bruit, dans une attitude d'écoute, puis reprenait aussitôt. C'est à nouveau par la proposition d'une installation dans un espace contenant ces angoisses ont pu être soulagées ; le plancher de Bullinger entouré des panneaux vichy ainsi que la toupie.

III. ESPACE DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE

1. LA DISTANCE THERAPEUTIQUE

Si la notion de distance thérapeutique renvoie plutôt à un cadre psychique, il me semble important d'évoquer la place certaine d'une dimension spatiale, notamment dans la prise en charge d'enfants présentant un trouble envahissant du développement. Pour soutenir ce propos, je me réfère aux distances sociales définies par E. Hall ; chaque distance définie en termes quantitatifs est associée à une caractéristique relationnelle et émotionnelle particulière.

Au cours de mes recherches sur la distance thérapeutique, j'ai remarqué que celle-ci était principalement évoquée comme une façon de se protéger d'une intrusion éventuelle du patient dans notre psychisme. Notamment car les définitions trouvées concernent principalement les champs de la psychothérapie et des soins infirmiers. Ainsi, M. Martin la définit comme la « limite morale et psychologique des valeurs personnelles dans le cadre de l'activité professionnelle »¹⁶.

Si cette approche peut être justifiée dans le cadre d'une prise en charge avec des patients capables d'élaboration, elle ne serait que très largement insuffisante dans le processus thérapeutique que nous tentons de mettre en place avec Hugo. Ainsi, dans notre conception psychomotrice relative à la prise en charge d'enfants présentant un TED, la juste distance thérapeutique correspondrait au cadre psychique et spatial permettant à l'enfant de faire émerger ses potentialités dans un environnement vécu comme sécuritaire. Elle permettrait également au thérapeute d'investir corporellement son espace et serait un soutien de la

¹⁶ MARTIN, M. (1997) p.39.

relation. Elle implique ici, nécessairement, une composante spatiale car nous l'avons vu, la structuration de l'espace est difficile voire impossible dans le cadre d'un TED ; un mouvement inattendu dans un espace non construit peut rapidement devenir inquiétant et être vécu comme effractant. Il faut alors prêter une attention particulière à la distance que nous mettons entre le patient et nous-mêmes pour ne pas rompre le lien éventuellement mis en place.

Avec Hugo, cela s'est manifesté de manière très bruyante lors d'une séance qui, pourtant, faisait suite à une évolution nettement positive quant à sa capacité de structuration spatiale. Ce jour, nous reprenions le rituel du diable musical que je manipulais pendant un long moment de sorte de créer un bain sonore et amener Hugo à s'intéresser à cet objet, plus distant de lui, qu'à son portable, utilisé en adhésivité, dans un enfermement « autistique » très important. Nous avons, depuis peu, instauré un petit temps d'échange au sein duquel je proposais à Hugo de jouer lui-même du diable musical puis il m'adressait un regard que j'interprétais comme une volonté que je continue cette musique.

Dans cette perspective, je me suis assise à côté de lui, à un peu plus d'un mètre (distance personnelle) puis ai voulu apporter l'objet dans son champ de préhension. La distance habituellement nécessaire à ce que Hugo prenne en compte ma proposition était aujourd'hui insuffisante mais un nouveau mouvement visant à rapprocher encore le diable musical a entraîné une désorganisation massive d'Hugo. Il s'est levé précipitamment, criant, courant dans la pièce, cherchant à s'en extraire ; cela a signé une fin de séance plutôt compliquée. Ce mouvement vers lui a donc été probablement vécu comme effractant, comme si j'étais soudainement entrée dans son espace intime, voire dans son corps, ce qui signe une construction spatiale fragilisée en fonction de son état émotionnel.

2. STRUCTURATION DE L'ESPACE

Nous l'avons vu, l'investissement de l'espace nécessite l'intégration de la différenciation entre un espace interne et un espace externe, différent de nous.

La salle de psychomotricité, en soi, représente déjà une limite entre un dedans et un dehors ; un endroit, clos et contenant qui pourrait matérialiser l'enveloppe psychique et physique lorsque celle-ci n'est pas ou difficilement intégrée, comme l'a théorisé D. Anzieu

dans sa définition de la maison comme contenant psychique. Ainsi, l'enfant sécurisé peut investir la séance, dans sa dimension spatiale et temporelle, sans être obnubilé par ce qui se passe à l'extérieur ou angoissé par ce qui pourrait ne plus être pareil à sa sortie (ne pas retrouver son parent par exemple).

Un des aspects majeurs de la thérapie psychomotrice réside dans la ritualisation de la séance afin de sécuriser l'enfant et permettre l'émergence de ses potentialités, particulièrement dans la clinique des troubles envahissants du développement. Si l'évocation des rituels renvoie surtout à une dimension temporelle, un découpage de la séance en plusieurs moments précis au cours desquels sont effectuées les mêmes activités pour permettre des moments où la motricité se libère (enlever ses chaussures en début de séance, programmer son déroulement sur une ligne de temps, ranger le matériel utilisé, etc.), son caractère spatialisé est également important à prendre en compte. Ainsi, on retrouve des enfants qui établissent un circuit au sein de la salle, passant toujours par les mêmes endroits pour l'investir et se sécuriser.

Lorsque j'ai débuté les prises en charge avec Hugo au mois de novembre, il s'installait systématiquement dans le coin « mou » de la salle de psychomotricité en début de séances. Nous pouvions d'ailleurs remarquer que le temps qu'il passait dans cet endroit contenant laissait présager de son état émotionnel ; plus il avait du mal à en sortir, plus la relation était difficile à établir et la médiation à mettre en place.

Au mois de janvier, alors que nous décidons de proposer un temps de prise en charge séparé spatialement pour la mère et l'enfant, Hugo s'est détaché de cet endroit pour investir le bureau et sa chaise, dans un espace plus restreint, la chaise étant quasiment collée au bureau. Jusqu'à maintenant, il démarre chaque prise en charge en psychomotricité en attendant à la porte puis se dirige directement vers le bureau pour y rester une majeure partie de la séance.

Dans la continuité, l'investissement de l'espace externe, et particulièrement celui de la salle de psychomotricité, passe par une représentation matérielle. Ainsi, proposer un espace sécurisant passe par l'installation d'espaces plus restreints, plus contenant que l'enfant va

pouvoir investir pour diminuer ses angoisses, se regrouper avant de se déployer, éprouver les limites de son corps ; cela nous rapproche ici de la notion de holding de D. Winnicott. Cette organisation n'est pas immuable, bien au contraire. Elle peut être mise en place selon ce que le thérapeute a élaboré par rapport à un bilan ou une première rencontre, ou réfléchi avec l'enfant dans une perspective d'intégration et d'appropriation de l'espace d'emblée. Elle évolue nécessairement avec la thérapie.

Reste que dans la thérapie psychomotrice, l'investissement de l'espace du patient permet au thérapeute d'émettre des hypothèses quant à son fonctionnement psychique et l'évolution de cette intégration rend compte de l'évolution de la thérapie ; une personne qui se déploie ou s'émancipe de ses rituels, par exemple, laisse présager d'une évolution favorable.

En proposant différentes définitions de la notion d'espace, j'ai pu remarquer que la sensorialité et le corps, en tous cas dans la perspective psychomotrice, était au cœur de la construction de cette représentation. En m'appuyant sur les caractéristiques sensorielles d'Hugo, notamment son adhésivité au sonore, j'ai décidé de tenter de comprendre comment le sonore permet de soutenir la construction et la structuration de l'espace.

Je propose, ici, une lecture en plusieurs points distincts pour fluidifier le cheminement de ma pensée ainsi que la lecture mais en pratique, tout cela se développe, se construit, s'intègre, dans une dynamique d'intrication et d'interdépendance, selon un continuum.

PARTIE IV : LE SONORE AU SERVICE DE LA STRUCTURATION SPATIALE

I. LE SONORE COMME STRUCTURE CONTENANTE

Le sentiment de contenance apparaît dès la vie fœtale. Dans le ventre de sa mère, le fœtus est contenu, d'une part par les parois utérines qui se resserrent autour de lui au fur et à mesure qu'il grandit, d'autre part par la dimension sonore perpétuelle dans laquelle il baigne. Ce bain sonore se compose des sons internes produits par la mère (borborygmes, battements de cœur, etc.) et des sons externes de l'environnement (musique, voix de l'entourage, etc.).

Au cours de cette vie prénatale, le fœtus n'est pas simple réceptacle sensoriel ; il réagit et explore. Ainsi, la pratique de l'haptonomie nous montre comment le bébé vient au contact de la main de son parent posée sur le ventre ou les récits de mères content bien comment il peut se mettre en mouvement lorsqu'on lui parle.

A la naissance, l'enfant perd en partie ces repères. Outre le fait de devoir lutter contre le flux gravitaire qui le plaque au sol dans un schéma d'hyperextension sans possibilité de se rassembler et de se sentir contenu (en dehors du portage), l'environnement sonore dans lequel il baignait se modifie. Les bruits physiologiques internes de la mère ne sont plus audibles et cette absence tend à désorganiser l'enfant. Dans cette perspective, il est fréquent de remarquer que faire écouter à l'enfant des battements de cœur ou des bruits blancs (qui pourraient être rapprochés des bruits corporels internes) permet de l'apaiser. En 1973, Salk a objectivé ces observations en comparant un groupe de bébés qu'il exposait à un son de battements de cœur d'un adulte et groupe témoin. Il a pu montrer que dans le premier groupe d'enfants, les pleurs diminuaient plus rapidement et l'évolution de la prise de poids était plus importante.

Dans le même sens, je me souviens d'un reportage qui suivait des mères musiciennes pendant leur grossesse et observait le comportement de leur enfant à la naissance. L'une était harpiste et jouait dans un orchestre symphonique et l'autre de la guitare électrique

dans un groupe de métal. Alors que l'on se serait attendu à ce que la musique classique, qui pourrait être qualifiée de douce et apaisante dans la représentation générale, puisse calmer les pleurs des bébés, il s'est avéré que c'était effectivement le cas pour l'enfant de la première maman mais le second bébé, s'est révélé très irrité alors qu'il était capable de dormir en écoutant du métal.

S. Maiello, en référence à ce phénomène, a parlé d'objet sonore qu'elle a définis comme des « réminiscences prénatales de qualité sonore et rythmique que l'enfant conserve dans sa mémoire après la naissance »¹⁷ et qui tendent à lui permettre de se sentir contenu lorsqu'il les perçoit à nouveau dans son environnement post-natal.

La voix de la mère fait également partie de cet objet sonore. Elle a la particularité d'avoir une double entrée perceptive pour l'enfant ; interne car elle est produite par la coordination entre la respiration et la modulation des cordes vocales, et externe car une fois émise, elle est perçue à travers le ventre de la mère comme n'importe quelle autre voie.

Je me rappelle d'un film, qui nous a été montré en première année d'étude en psychomotricité, au cours duquel on voyait T. Brazelton offrir une démonstration des compétences du bébé à une mère qui venait d'accoucher. Alors qu'il proposait une poursuite oculaire à l'enfant qui répondait parfaitement bien, il demanda à la mère de parler. L'enfant détourna aussitôt la tête en direction de la mère, ce, malgré les sollicitations visuelles et auditives du pédiatre.

Il m'apparaît alors intéressant de considérer la voix maternelle comme source de contenance primaire pour l'enfant. En soutenant la transition entre la vie fœtale et la vie postnatale, elle sécurise l'enfant. D'autre part, elle précède la dimension contenant et tactile du portage ; lorsque l'enfant pleure dans sa chambre par exemple, la mère vocalise jusqu'à arriver à hauteur d'enfant et le prendre dans ses bras. Ce soutien sonore permettrait à l'enfant de supporter l'attente sans que cela n'implique un éclatement psychique. Plus tard, le besoin de contenance physique s'amenuise au profit d'une « simple » réassurance verbale.

¹⁷ Maiello, S. (2010) p.104.

Le bain sonore que crée Hugo, par ses productions vocales et ce portable auquel il fait émettre plusieurs voix qui se superposent dans un brouhaha incompréhensible, peut ainsi être compris comme une tentative de reproduire cette enveloppe sonore intra-utérine. Ceci, dans une perspective de perpétuer le sentiment de contenance qui a pu être éprouvé à ce moment particulier et d'annihiler ce silence qui pourrait renvoyer à une disparition, un éclatement dans le vide, l'espace sans limite.

Dans ce sens, je remarque que lorsque sa mère parle, ces productions sonores (je désigne l'ensemble de ses vocalisations et des bruits du téléphone) diminuent largement mais reprennent dès que la voix s'arrête. Je note également que Hugo montre un intérêt tout particulier lorsque sa mère lui chante une comptine qu'elle lui chantait lorsqu'il était bébé ; cela renvoie au concept d'enveloppe sonore, développé par D. Anzieu en 1995, qui est matérialisé par la voix de la mère et ses comptines. L'auteur nous dit que cette enveloppe devient miroir sonore dont l'enfant se saisit en criant puis gazouillant. Pour Hugo, je suppose ici que cette réaction au chant de sa mère relève plutôt d'une réminiscence sensorielle associée à un sentiment de contenance dont il ne peut pour l'instant pas se saisir pour élaborer et développer son langage.

Dans cette perspective, j'ai proposé un temps sonore médiatisé par un diable musical. D'une part, cela permettait de créer une enveloppe sonore à laquelle Hugo était sensible entraînant le fait qu'il ne s'enfermait plus dans ses productions sonores. D'autre part, le diable musical est un objet créé pour répéter une partition à partir du moment où l'on tourne la manivelle qui se trouve sur le dessus. Cette répétition implique nécessairement un temps de latence, de silence entre la dernière note jouée et la reprise à la première note. L'objectif était alors de proposer des ruptures sonores, très courtes, pour permettre à Hugo, dans la répétition, d'intégrer son environnement comme contenant malgré le silence et de supporter, petit à petit, de plus longues périodes de silence.

II. LE SONORE COMME EPROUVE DES LIMITES CORPORELLES

Concernant les limites corporelles, A. Bullinger nous dit que l'enveloppe corporelle se compose de deux faces. L'une, interne, est caractérisée par la modulation tonique induite par les informations sensorielles. La seconde, externe, serait un lieu d'impression du sens donné aux interactions par l'environnement humain.

Avec Hugo, la face interne est clairement éprouvée ; lorsqu'il s'enferme dans ses stéréotypies au cours desquels il fait émettre cette multitude de sons superposés à son téléphone, l'enchaînement l'amène progressivement dans un recrutement tonique de plus en plus important jusqu'à la décharge. Ces cycles se répètent indéfiniment. Ici, la modulation tonique permet la perception d'une carapace, une surface dure permettant l'ébauche de la représentation de la peau comme frontière corporelle.

En ce qui concerne la face externe, je pense que nous sommes en-deçà d'une possible impression de sens. Je propose de considérer, ici, que l'information sonore vient à son tour, appuyer, par sa composante nécessairement vibratoire donc tactile, sur les contours de l'être, permettant d'éprouver, un peu comme dans un dialogue tonique, une face extérieure, rempart aux informations sensorielles extérieures et délimitant nécessairement un espace interne. Cette image pourrait être rapprochée de ces compressions de tout le corps auxquelles les personnes souffrant d'un trouble envahissant du développement sont particulièrement sensibles. Dans le cas d'Hugo, le système auditif serait privilégié et les informations sensorielles auditives prendraient le rôle unificateur des informations sensorielles tactiles mises en jeu dans ces compressions.

J'ai évoqué plus haut la dimension vibratoire du son et donc sa dimension tactile, mis en jeu dans la perception d'une enveloppe corporelle, en considérant uniquement les informations sonores extérieures à Hugo, intéressons-nous maintenant aux productions vocales.

L'émission de la voix nécessite la mise en action d'un système particulier. Il faut d'abord de l'air, contenu dans les poumons, dont l'expulsion du corps sera permise par l'activité des muscles thoraciques et abdominaux. Son trajet continue dans la trachée qui l'amène jusqu'aux cordes vocales. Ensuite, le larynx, le pharynx et la bouche se modulent pour permettre la production d'un son bien déterminé. Si la physiologie nous montre que la mise en jeu du corps se concentre principalement au niveau du haut du corps et de la zone orale, représentons-nous une personne qui, particulièrement investie lorsqu'elle chante ou se prépare à crier, fléchit ses jambes et rapproche ses bras de son corps. Nous voyons ici que cette production vocale met en jeu le corps dans son entièreté.

Par ailleurs, le son, ainsi produit, entraîne une sensation vibratoire globale. Si nous ne la percevons généralement pas lorsque nous parlons communément, il suffit de réaliser un

« ohm »¹⁸ pour se rendre compte que cela peut résonner des pieds jusqu'à la tête, sans doute véhiculé par le système osseux. Le corps fonctionne donc comme une caisse de résonance qui implique nécessairement une limite, là où s'arrête la sensation vibratoire, donc un espace interne au sein duquel cette sensation peut être éprouvée.

Dans le cas d'Hugo, la composante vibratoire serait d'autant plus présente que les sons qu'il produit sont généralement assez graves. Or, nous savons que les sons de basses fréquences sont ceux qui permettent une résonance plus importante. En témoigne ce que nous pouvons ressentir comme vibrations, notamment dans le ventre, lorsque nous entendons un morceau de musique composé d'une ligne de basse très riche.

Si, les sons émis par son téléphone permettent de ressentir la face externe de son enveloppe, ses productions vocales l'amènent à vivre son corps comme délimité par la frontière à laquelle s'arrêtent ces sensations vibratoires.

Au cours des différentes séances, j'ai pu remarquer que ces deux sources sonores étaient utilisées de manière alternée, dans une sorte de question-réponse, un dialogue qui mettrait à l'épreuve l'une ou l'autre des faces de son enveloppe et permettrait de l'intégrer de façon plus constante. Je repense alors à une expérience que l'on nous avait proposée en expressivité du corps lors de la première année d'étude en psychomotricité ; il s'agissait, en binôme, de tenir un petit bâton du bout de l'index, chacun à une extrémité et de se mouvoir, les yeux fermés, sans faire tomber l'objet. Les pressions, alternativement exercées, permettait de se rendre compte de ce qui s'érigait entre nous mais également de la possibilité de s'en saisir pour construire un mouvement synchrone. C'est l'image que j'applique à Hugo ; les impressions vibratoires exercées d'un côté et de l'autre tendent à matérialiser l'idée d'un entre-deux, d'une limite et nécessairement d'un espace (interne) qui m'appartient, me représente, un moi et un espace (externe) qui ne m'appartient pas, est différent de moi. Cependant, son fonctionnement autistique n'autorise cette inscription que dans l'action, entraînant un enfermement dans l'expérimentation sensorielle, empêchant d'élaborer qu'en se déployant dans cet espace externe, son espace interne restera intact.

¹⁸ Syllabe sanskrite, évoquée dans plusieurs religions, qui représenterait le son originel.

En suivant cette idée, je propose de nous intéresser un instant aux écholalies si caractéristiques de la clinique des troubles envahissants du développement. Hugo en présente d'ailleurs quelques-unes.

Celles-ci sont définies comme la répétition systématique d'une phrase ou d'un mot d'un interlocuteur, instantanément ou à distance. Si certains auteurs considèrent qu'elles représentent l'émergence d'un élément de réponse, d'autres affirment qu'elles sont le reflet de l'adhésivité, de l'indifférenciation entre le soi et le non-soi, l'espace interne et l'espace externe que l'on évoque régulièrement dans les particularités langagières chez les personnes souffrant d'un TED.

Nous pourrions, dans la continuité du développement présenté ci-avant, considérer que l'écholalie serait une autre forme d'impression tactile en dialogue, destinée à éprouver les deux faces de cette enveloppe corporelle pour en éprouver la limite. Elle a de particulier qu'elle s'appuie sur le milieu humain et se déroulerait à un autre « niveau de conscience » de ces limites. Elle serait une première prise en compte de l'autre comme faisant partie d'un espace externe, vers une entrée dans la relation, qui comporte nécessairement une distance, un espace qu'il s'agit d'éprouver contenant, dans lequel les limites corporelles ne disparaîtraient pas.

III. LE SONORE COMME MEDIATEUR DU REGARD

Dans la clinique des troubles envahissants du développement, les agrippements sensoriels sont fréquents. Ils entraîneraient une perception en termes de contact de surface, impliquant nécessairement une annihilation des distances ainsi que de la profondeur de champ.

C'est ce que j'ai supposé pour Hugo, précédemment dans le texte, en termes d'impression tactile du sonore sur la face externe de son enveloppe corporelle permise par le son qu'il fait émettre à son téléphone. Cette impression tactile implique nécessairement une certaine proximité avec l'objet sonore au risque que les effets s'estompent ; pour ressentir une onde sonore, la source doit être proche ou le volume augmenté. Dans le cas d'Hugo, il fait jouer les deux dimensions dans une perspective de maximisation des effets de la perception.

Cette proximité entraîne également, et ce que j'estime être la seconde fonction de cet agrippement sensoriel, en tous cas pour Hugo, un barrage du champ visuel. Le téléphone, ainsi manipulé très proche des yeux, permet de faire écran et de protéger le regard d'un égarement dans l'espace possiblement vécu comme sans limite et sans fond.

Ces agrippements sensoriels pourraient être délaissés, sporadiquement, et laisser émerger un intérêt pour des sensations visuelles à distance, supposant ainsi un espace et une séparation qui seraient supportables pour l'enfant.

Dans ce sens, S. Maiello s'est particulièrement intéressée à la médiation sonore, dans son rôle de médiateur du passage d'une sensation de proximité (olfaction, goût, toucher) à une sensation de distance (auditive mais surtout visuelle). Pour l'auteure, ce passage suppose d'une distance, une séparation puisse être acceptée sans qu'elle n'implique un vécu d'arrachement d'une peau commune. C'est la sensation sonore rythmique qui le permettrait. Je reviendrai sur la composante rythmique dans le paragraphe suivant. La perception sonore permettrait l'émergence d'un intérêt pour une perception visuelle, détachée de l'agrippement sensoriel, entraînant ainsi l'intégration de la notion de distance, de volume et d'espace.

La première fois que nous avons proposé le diable musical, nous cherchions surtout le moyen de permettre à Hugo de se détacher de son téléphone. C'était la première séance que nous faisons sans la présence de sa mère qui, habituellement, se chargeait de séparer Hugo de son objet en début de séance (cela entraînait souvent des moments de grand désespoir caractérisés par des cris qui augmentaient en intensité jusqu'à ce que l'on trouve un substitut). Cela n'était possible qu'en instaurant un « concours » de rapidité et de multiples subterfuges pour détourner l'attention d'Hugo, ce que nous n'étions pas prêtes à faire, ma maître de stage et moi-même, pour cette séance.

Alors que nous verbalisons que nous aurions aimé qu'il puisse déposer son téléphone, Hugo faisait le tour de la pièce pour exprimer son désaccord. Nous nous sommes enfermés dans ce fonctionnement pendant plusieurs minutes. C'est finalement lorsqu'il a pu se déposer au bureau, contenu entre le dossier de la chaise et le plan de travail que nous avons décidé de

proposer autre chose et de le rassurer sur le fait que nous ne lui prendrions pas son téléphone.

Lorsque j'ai commencé à jouer du diable musical, Hugo a cessé de manipuler son téléphone mais le gardait toujours très proche des ses yeux, en adhésivité, de sorte que l'objet faisait totalement écran à la nouvelle source sonore que je lui proposais. J'étais positionnée à sa gauche, de telle manière que j'étais relativement loin de lui. J'ai alors décidé de me rapprocher, lentement pour ne pas l'effrayer, et réduire la distance entre Hugo et le diable musical, supposant que cela permettrait un premier pas vers une considération visuelle et la perception d'une profondeur de champ.

Ce n'est que lors de la séance suivante, alors que nous avons déjà installé la pièce comme Hugo l'avait quitté la semaine précédente, qu'il a pu faire entrer l'objet dans son champ visuel périphérique, avec une attention toute particulière. L'objectif, alors, a été d'éveiller cet intérêt pour l'amener à un regard en focal qui suppose alors la prise en compte de la séparation d'avec l'objet et l'intégration de la dimension spatiale, de la distance qui sépare de l'objet.

IV. LE SONORE COMME SOUTIEN DE LA RELATION

En 1993, G. Haag émet la théorie de la boucle relationnelle selon laquelle les enfants ayant un trouble envahissant du développement, en adressant leur regard à l'autre, prennent le risque de se perdre dans un espace vécu comme sans bord et sans fond pour être accueilli dans le regard de l'autre.

Ce regard, émanant d'un autre, différent de soi, prendrait alors le rôle d'un espace contenant et offrirait à percevoir une limite dans l'espace externe. Il revêtirait alors la fonction d'un miroir d'identification ; les éléments envoyés reviendraient légèrement modifiés, menant ainsi à une perception de soi différenciée de l'autre.

Dans cette théorie, l'auteure évoque la notion de risque que l'enfant prend à lancer son regard dans celui de l'autre. Or, bien avant l'investissement du regard, il est fréquent d'évoquer la prégnance des écholalies et des vocalisations dans la clinique de cette pathologie. Celles-ci pourraient être comprises comme un premier miroir d'identification ; en répétant ce que l'autre produit, de façon articulée ou non, l'enfant renvoie quelque chose

de nécessairement différent de ce qu'il a reçu ; ce dialogue permettrait ainsi une ébauche de différenciation.

Hugo est un enfant qui vocalise beaucoup, que ce soit sous forme de sons à proprement parler ou de langage, que j'évoque ici en termes d'écholalies. Bien avant que le regard spontané ne se mette en place, il nous offrait déjà ce matériel pour interagir avec lui.

Au cours d'une séance où ces vocalisations étaient particulièrement présentes, et Hugo très enfermé dans son fonctionnement, nous avons décidé de répéter chaque son qu'il produisait.

La première « réponse » a permis qu'Hugo, dans un premier temps, se fige, dans le sens où ses stéréotypies ont pu s'arrêter, l'espace d'un instant. Puis, il a lui-même reproduit ce que nous venions de vocaliser ; un dialogue a ainsi pu être instauré.

Celui-ci s'est, petit à petit, accompagné de quelques regards adressés. Il a permis, d'une part qu'Hugo ressente les différences dans ce que nous lui renvoyions et inversement, et puisse faire émerger une ébauche différenciation. D'autre part, l'intérêt particulier d'Hugo pour le sonore a induit une réaction de ce que je pourrais qualifier de curiosité et a permis un regard adressé, soubassement de la relation.

Cette boucle relationnelle doit se répéter, dans l'espace et dans le temps, pour que la relation puisse être investie et que la relance du regard ne soit plus vécue comme un risque, entraînant nécessairement une angoisse.

Par ailleurs, G. Haag nous dit que dans la construction du moi corporel, l'investissement du regard spontané se met en place en parallèle de l'arrière-fond du haut du dos et de la nuque. Ainsi, l'accumulation de ces regards étayant la relation permet de diminuer les angoisses spatiales car le regard focal est réinvesti, il est le socle de l'évaluation des distances qui nous sécurisent dans nos déplacements et dans l'exploration de l'espace. Cela permet de former une structure contenant qui participe de l'intégration de cet espace externe vécu comme contenant et en trois dimensions.

S. Maïello a également travaillé sur cette notion de relance du regard. Pour elle, c'est la composante rythmique de l'expérience sonore, l'alternance d'un collage et d'un décalage, d'un son puis d'un silence, qui permettrait, du fait qu'elle soit nécessairement partagée

émotionnellement dans la relation, de développer un intérêt pour le visuel, autrement que par un accrochage, et qui construirait la notion de volume dans l'espace.

Au fil des séances, Hugo a particulièrement investi le temps avec le diable musical que nous proposons systématiquement.

Au départ, les regards d'Hugo se faisaient en direction de l'objet, considéré pour sa production sonore, au même titre que le téléphone auquel il était constamment agrippé. Puis, en accompagnant cette musique de ma voix, ces regards se sont progressivement adressés à moi, notamment dans ces moments de silence imposés par le temps de reprise de la partition intégré à l'objet.

Les derniers temps, nous avons pu instaurer un échange, dans le sens que nous jouons de cet instrument chacun notre tour. Nous pouvons relever que les silences ont une temporalité variable selon que nous reprenons plus ou moins vite la manivelle après l'autre. J'attire également l'attention sur le fait que cette manivelle peut être tournée plus ou moins rapidement. Ainsi, si la partition est sensiblement la même, notre rythme propre induit un changement ; renvoyer ce qui nous a été donné d'une manière différente. Cela participe donc de l'élaboration d'une différenciation qui devient possible dans un espace dont nous formons chacun une limite, en tous cas dans la dynamique de l'échange.

V. EVOLUTION DANS LA PRISE EN CHARGE

Comme je l'ai déjà évoqué lorsque j'ai exposé le cadre et le déroulé de notre rencontre, au début de la prise en charge, Hugo est un enfant très sonore, bruyant. Il est agrippé à ses vocalisations et son téléphone ; tout est très proche de ses yeux comme s'il matérialisait ces frontières acceptables qu'il ne perçoit pas dans son espace externe et dans lequel il éprouve donc de profondes angoisses spatiales. Lui retirer ce téléphone des mains entraîne une maximisation des vocalisations et un débordement tonique majeur, dans une dynamique de désorganisation, qui révèle l'importance des angoisses éprouvées par Hugo. Celles-ci ne sont apaisées que lorsque nous l'installons dans un espace restreint, clos et contenant ; le plancher de Bullinger entouré de panneaux vichy ou la toupie, par exemple.

Cette présentation est d'autant plus envahissante que nous (thérapeutes et stagiaire) tâtonnons pour investir cet espace de la salle de psychomotricité et trouver notre place par rapport à toutes les personnes qui s'y tiennent.

Au cours de ces premières séances, la mère est présente et initie des jeux d'échanges de balles.

S'il n'est pas contenu, Hugo annule les distances spatiales nécessaires à ce type de médiation en allant se coller à sa mère. Dans le cas contraire, la trajectoire de la balle ne peut pas être anticipée. Hugo n'arrive à s'en saisir que lorsque celle-ci est tombée à terre ; entendre le bruit de la balle qui tombe sur le plancher lui permettrait de ne pas avoir à lancer son regard dans cet espace, sans bord et sans fond, pour s'en saisir. Dans ce sens, ce schéma n'est possible que lorsque c'est une balle dure, lourde, dense, qui est utilisée. Dans le cas, d'une balle en mousse, dont le contact avec le sol relève quasiment de l'inaudible, Hugo ne réagit pas.

Par ailleurs, lorsqu'il se retrouve avec cette balle dans la main, il la lance avec vigueur dans son dos ou au plafond. Ce serait une stratégie pour éprouver, de façon sonore, la notion d'arrière-fond et les limites de cet espace dans lequel il se tient. Cependant, le fait de lancer dans son dos empêche la mise en place d'un suivi oculaire et ne permet donc pas le remantèlement sensoriel, le traitement co-modal de l'information, et la perception d'un espace en volume, en trois dimensions.

Au mois de décembre, les co-thérapeutes (psychomotricienne et psychologue) proposent d'accueillir la mère et l'enfant dans des espaces différents suivi d'un temps de regroupement dans la salle de psychomotricité. Ce, dans le but de travailler autour de l'adhésivité d'Hugo avec sa mère. Cette proposition se mettra en place au mois de janvier.

Au cours de ces séances, nous mettons en place un temps musical pendant lequel je manipule un diable musical. Hugo est alors assis au bureau, comprimé entre le dossier de la chaise et le plan de travail, ce que je suppose être une manière d'éprouver un arrière-fond qui n'a pas pu être représenté.

L'intérêt manifeste d'Hugo pour cet objet évolue d'une « simple » suspension des sons du téléphone et de ses vocalises, au cours de laquelle il peut furtivement me regarder du « coin

de l'œil », jusqu'à sa capacité à relancer l'interaction par un regard fovéal qu'il m'adresse et maintient quelques instants lorsque nous manipulons chacun notre tour l'instrument, dans un dialogue sonore rythmique qui suppose que nous soyons différenciés et inclus dans un espace délimité et contenant.

En parallèle, nous avons proposé un jeu autour de la limite dedans-dehors. La toupie était placée derrière le bureau, attendant le moment où Hugo ressentirait éventuellement le besoin de s'y déposer. La psychomotricienne a alors fait rouler des balles sur le plan de travail vers Hugo. Ce, dans une perspective d'échange comme ceux qu'il pouvait avoir avec sa mère en début d'année. Si Hugo a pu anticiper l'arrivée de la balle et la prendre dans sa main avant qu'elle ne tombe du bureau, il l'a aussitôt lancé à travers la pièce. Celle-ci a alors touché le bord de la toupie. La psychomotricienne et moi-même avons verbalisé « bravo, presque dedans », ce qui a, semble-t-il éveiller l'intérêt d'Hugo qui s'est redressé pour regarder en direction de la toupie. Ainsi, les envois ultérieurs de balles ont permis à Hugo de lancer puis observer, après la réponse sonore, où se situait la balle. Puis, il a pu lier son regard à son lancer, dans une sorte d'évaluation de la trajectoire qui comprend nécessairement la notion de distance, de profondeur et de volume.

D'un lancer éclaté en début de prise en charge, nous sommes arrivés à un envoi dirigé dans un espace délimité, distinct et contenant.

Actuellement, si le temps musical est toujours proposé, il reprend plutôt sa fonction d'enveloppe sonore étayante car Hugo se déploie tout à fait autrement dans l'espace de la salle désormais.

D'une part, il ne s'assied plus au bureau, capable de se mouvoir dans un espace dont il ne doit pas constamment éprouver les bords. Néanmoins, il reste toujours dans un coin de la salle, plus ou moins élargie, délimité par des meubles d'autant plus haut qu'il manipule beaucoup au sol, assis ou à genoux.

D'autre part, il manipule plusieurs balles de tennis qu'il fait rouler par terre, en prenant soin de les garder dans son champ de préhension direct. Par exemple, il les fait rouler sur un banc, les faisant passer de sa main droite à sa main gauche, en augmentant la distance à chaque fois. Un jeu a également pu émerger au cours duquel nous faisons semblant d'essayer d'attraper ces balles qui parviennent à notre champ de préhension propre. Ainsi, il

est clair que par cette expérience motrice, Hugo expérimente les notions de distance et de profondeur dans un espace relationnel.

Notons que dans cet espace relationnel que j'évoque, si les expériences sensorimotrices sont au cœur de la prise en charge, l'aspect narratif, la verbalisation quant aux hypothèses que nous émettons sur le fonctionnement d'Hugo, joue un rôle important dans la mise en sens de ces expériences et permet d'en soutenir l'élaboration, la représentation et la construction.

CONCLUSION

En dehors de la question d'une pathologie spécifique, nous sommes des êtres fondamentalement sonores. Le bruit rythme notre vie, de la naissance à la fin de la vie. Il peut entraîner de vives réactions émotionnelles ; en témoignent, par exemple, les recherches incessantes de construire des logements de plus en plus isolés phoniquement car le bruit de l'autre est vécu comme effractant, en contraste flagrant avec ce que le silence peut générer d'angoissant.

Dans les troubles envahissants du développement, cette relation au sonore est très représentée et particulièrement chez Hugo. C'est pourquoi, au lieu de l'envisager uniquement comme une stéréotypie envahissant le fonctionnement global du sujet, j'ai choisi de l'aborder comme une médiation pour soutenir le développement d'Hugo. Prendre appui sur l'intérêt particulier qu'il avait développé pour le sonore a permis d'étayer l'établissement de la relation thérapeutique et l'investissement dans la prise en charge.

Ainsi, dans ce mémoire, j'ai montré comment l'utilisation d'une médiation sonore dans la prise en charge d'Hugo a permis de le soutenir dans son investissement de l'espace. Lui qui, paradoxalement, envahissait l'espace par ses productions sonores mais ne pouvait s'y déployer corporellement au risque de disparaître dans un espace vécu comme sans limite et sans fond.

J'ai abordé les qualités de contenance de cette médiation ainsi que ce qu'elle autorise, par cette fonction, en termes de construction et représentation des limites corporelles entre un espace interne et un espace externe. J'ai également pu éprouver la possibilité qu'elle offre de porter le regard, dans la relation notamment, entraînant la prise en compte des distances entre le soi et le non-soi, et les dimensions de l'espace dans leur globalité, cet espace à trois dimensions dans lequel nous nous déployons.

Notons que ces différentes fonctions se développent et se modulent en interaction tout au long de la vie ; si la proposition de vécu d'un espace contenant (plancher de Bullinger entouré de panneaux vichy ou toupie par exemple) permet qu'émerge l'utilisation du regard

fovéal, c'est l'accumulation des relances spontanées de ce regard qui permet d'appréhender les distances de l'espace, ces dimensions et ces limites.

In fine, cette réflexion clinico-théorique m'a permis de questionner mon propre investissement de l'espace et de comprendre qu'il se construisait nécessairement en relation avec le patient, se modulant au gré des différentes prises en charge thérapeutiques. Ainsi, la rencontre avec Hugo, dans le cadre particulier de cette prise en charge relevant de la dynamique de groupe, a été initialement marquée par ma difficulté à trouver ma place, physique et sonore, au sein de cet espace. Au fur et à mesure de nos interactions, j'ai pu investir cet espace et éprouver corporellement la juste distance qui a permis qu'émerge un sentiment de sécurité, de contenance, dans l'établissement de cette relation, qu'il me soit propre ou du point de vue d'Hugo (que je suppose).

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015) *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^{ème} édition traduite par CROCQ, M-A. & GUELF, J6D.) Paris, Elsevier.

ANZIEU, D. (1985) *Le Moi-peau*. Paris, Dunod. 1995.

BERTHOZ, A. & RECHT, R. (2002) *Les espaces de l'Homme*. Paris, Jacob.

BONTEMPS, B. (2004) Je sens, donc je suis. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 15 (1), pp. 95-112. Paris, Collège européen de Gestalt-thérapie.

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

BULLINGER, A. (2005) *Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars. Un parcours de recherche*. Toulouse, Erès.

BULLINGER, A. (2015) *Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars. L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Toulouse, Erès.

BULLINGER, A. (2013) Les représentations de l'organisme dans l'autisme, perspective développementale. *La revue lacanienne*, 14 (1), pp. 173-177. Toulouse, Erès.

CASTAREDE, M-F. (2001) L'enveloppe vocale. *Psychologie clinique et projective*, 7 (1), pp. 17-35. Toulouse, Erès.

COEMAN, A. (2008) *Développement de la spatialité chez le jeune enfant*. Bruxelles, Etoile d'herbe.

DELIEVRE, B. & STAES, L. (2006) *La psychomotricité au service de l'enfant*. Ballan-Miré, De Boeck.

GOUPIL, C. (2015) Informer le corps, relier pour faire sens : spatialité et temporalité chez une enfant atteinte de tétraparésie spastique. *Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricité*. Paris, Sorbonne Université <dumas-01187924>.

HAAG, G. (1991) De la sensorialité aux ébauches de pensée chez les enfants autistes. *Revue internationale de Psychopathologie*, 3, pp. 51-63. Paris, PUF.

HAAG, G. (2005) L'enfant autiste et l'objet sonore prénatal : les retrouvailles de l'objet sonore prénatal au cours des traitements psychanalytiques avec les enfants autistes. *Au commencement était la voix*, pp. 199-210. Toulouse, Erès.

HOUZEL, D. (2006) L'enfant autiste et ses espaces. *Enfances & Psy*, 33 (4), pp. 57-68. Toulouse, Erès.

HOUZEL, D. (2002) Les signes précoces de l'autisme et leur signification psychopathologique. *Le Carnet Psy*, 76 (8), pp. 23-26. Boulogne-Billancourt, Cazaubon.

JUTON, G. (2017) Les troubles de l'oralité chez l'enfant autiste : comment « nourrir » la construction de soi ? *Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricité*. Paris, Sorbonne Université <dumas-01615596>.

KLOECKNER, A. (2008) Apports en néonatalogie de la sensorimotricité selon A. Bullinger. *Contraste*, 28-29 (1), pp. 157-178. Toulouse, Erès.

LAURENT, E. (2011) Les spectres de l'autisme. *La Cause freudienne*, 78 (2), pp. 53-63. Paris, L'Ecole de la Cause freudienne.

LECOURT, E. (2005) Cris, chantonnements et autres manifestations vocales chez des enfants à conduites autistiques. *Au commencement était la voix*, pp. 211-219. Toulouse, Erès.

LHEUREUX-DAVIDSE, C. (2014) Regard, traitement de l'espace et particularités de la pensée des personnes autistes. *Autismes et psychanalyses : Évolutions des pratiques, recherches et articulations*, pp. 141-172. Toulouse, Erès.

LHEUREUX-DAVIDSE, C. (2011) Entendre pour regarder dans la clinique de l'autisme. D'où vient la voix qui me fait exister ? *La voix aveugle*, pp. 78-94. Paris, Solilang.

LHEUREUX-DAVISE, C. (2006) Émergences du langage verbal chez des enfants autistes. *Perspectives Psy*, 45 (3), pp. 226-230. Paris, EDP Sciences.

LHEUREUX-DAVIDSE, C. (2003) *L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre. Contribution à une clinique des processus thérapeutiques*. Paris, L'Harmattan.

MAIELLO, S. (2010) A l'aube de la vie psychique : réflexions autour de l'objet sonore et de la dimension spatio-temporelle de la vie prénatale. *Réminiscences*, pp. 103-116. Toulouse, Erès.

MAIELLO, S. (2011) Le corps inhabité de l'enfant autiste. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 1 (2), pp. 109-139. Paris, Presses Universitaires de France.

MAIELLO, S. (2007) Les états autistiques et les langages de l'absence: la découverte de la dimension rythmique de l'expérience dans le processus thérapeutique. *Langage, voix et parole dans l'autisme*. pp. 85-119. Paris, Presses Universitaires de France.

MARC, A. (2013) Utilisation de la voix et des sons dans l'éducation et la thérapie psychomotrice. *Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricité*. Bordeaux, Université Segalen <dumas-00869101>.

MARTIN, M. (1997) La distance professionnelle. *The International journal of applied philosophy*, 11 (2), pp. 39-50. Wiley, Hoboken.

MIGLIORANZA, S. (2006) L'utilisation de l'espace en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 33 (4), pp. 104-112. Toulouse, Erès.

MURATORI, F., MAESTRO, S. & LAZNIK, M-C. (2005) Les interactions sonores dans le contexte de la recherche sur l'autisme à partir de films familiaux. *Au commencement était la voix*, pp. 183-189. Toulouse, Erès.

NASIELSKI, S. (2012) Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, 144 (4), pp. 12-40. Paris, Institut français d'analyse transactionnelle.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2000) *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles des comportements : critères diagnostiques pour la recherche*, p.305.Paris, Masson.

PIVAUT, M. (2016) Le rythme : un aller-retour entre soi et l'autre, les intérêts d'une médiation rythme en groupe au sein d'une unité de jour pour enfants. *Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricité*. Paris, Sorbonne Université <dumas-01359457>.

PERRIN, J. & MAFFRE, T. (2013) *Autisme et psychomotricité*. Bruxelles, De Boeck Université.

POUTS, P. (2016) Je ressens donc je suis : la représentation de soi altérée par la déficience intellectuelle, le choix des médiations sensorielles. *Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Psychomotricité*. Paris, Sorbonne Université <dumas-01359377>.

RESUME

Les troubles envahissants du développement se caractérisent par une relation au sonore particulière ; tant la stimulation auditive est irritante et entraîne une désorganisation massive, tant l'enfant produit lui-même un environnement sonore qui peut apparaître comme très invasif pour autrui.

Ce mémoire retrace mes réflexions autour de la médiation sonore comme soutien de la structuration spatiale dans le cadre de ma rencontre avec un enfant souffrant de troubles envahissants du développement.

MOTS-CLES : psychomotricité, trouble envahissant du développement, enveloppe sonore, spatialité, limites corporelles, regard, relation.

SUMMARY

Autism spectrum disorders are characterized by a particular relationship to sound ; both the auditory stimulation is irritating and leads to massive disorganization, as the child himself produces a sound environment that can appear to be very invasive for others.

This thesis retraces my reflections on sound mediation as a support for spatial structuring in the context of my encounter with a child suffering from pervasive developmental disorders.

KEYWORDS : psychomotricity, autism spectrum disorder, sound envelope, spatiality, body boundaries, look, relationship.