

**“ Patauger avec l’enfant autiste ” Soutenir la  
construction de soi chez l’enfant porteur de Trouble du  
Spectre de l’Autisme : apport du psychomotricien dans  
la médiation pataugeoire**

Anaïs Valena

► **To cite this version:**

Anaïs Valena. “ Patauger avec l’enfant autiste ” Soutenir la construction de soi chez l’enfant porteur de Trouble du Spectre de l’Autisme : apport du psychomotricien dans la médiation pataugeoire. Psychologie. 2020. dumas-02900513

**HAL Id: dumas-02900513**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900513>**

Submitted on 16 Jul 2020

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

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

**UNIVERSITE DE BORDEAUX**  
Collège Sciences de la Santé

**Institut de Formation en Psychomotricité**

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

**« Patauger avec l'enfant autiste »**

**Soutenir la construction de soi chez l'enfant porteur  
de Trouble du Spectre de l'Autisme : apport du  
psychomotricien dans la médiation pataugeoire**

**VALENA Anaïs**  
Née le 20/11/1997 à Agen

**Directeur de Mémoire : PINCHON Stéphane**

Juin 2020



## Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes suivantes, qui ont été présentes durant ces trois années de formation, et qui m'ont aidée dans l'élaboration de ce mémoire :

Tout d'abord à Stéphane Pinchon, mon directeur de mémoire.

À mes maîtres de stages Florence Delcamp, Laura Gouyer et Alix Lamette pour leur bienveillance et leurs conseils tout au long de l'année. Mais aussi, à tous mes autres maîtres de stages, au cours de ces années, pour m'avoir permis d'apprendre à leurs côtés.

À l'ensemble des lieux de stages pour leur accueil et à toutes personnes que j'y ai rencontré.

Bien évidemment, à l'IFP et l'ensemble des intervenants pour leur formation.

À l'ensemble des étudiants psychomot avec qui j'ai partagé ces trois merveilleuses années, et aux amis que j'y ai rencontré.

À ma mère, qui m'a toujours encouragé et pour tout ce qu'elle a fait pour moi.

À mon père, mon premier supporter, qui n'a pas eu l'occasion de voir l'achèvement de ce travail, mais qui je suis sûre en est fier.

## Sommaire

---

Remerciements	3
Sommaire	4
Avant propos	5
Introduction	7
Partie 1 : Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)	10
Partie 2 : La construction de soi chez l'enfant autiste	27
Chapitre 1 : Sentir son corps pour l'habiter	27
Chapitre 2 : Défaut d'investissement du corps chez l'enfant autiste	39
Partie 3 : À la recherche d'une médiation particulière : la pataugeoire thérapeutique dans la prise en charge psychomotrice d'enfants autistes	49
Chapitre 1 : L'eau	50
Chapitre 2 : La médiation pataugeoire	57
Chapitre 3 : Observations et réflexion clinique	66
Conclusion	87
Bibliographie	88
Annexes	95

## Avant propos

---

Je rencontre Marie<sup>1</sup>, 17 ans, sur son groupe de vie. Marie est porteuse du trouble du spectre de l'autisme. C'est une adolescente grande et mince dont les cheveux noirs et épais lui recouvrent une partie du visage.

Marie déambule dans une pièce d'une dizaine de mètre carré. Elle quitte rarement cette pièce, contenant pour elle. Marie est constamment en mouvement. Même lors des rares moments où elle s'installe au sol elle n'est jamais statique.

Le déplacement de Marie ne semble pas organisé, sans objectif à atteindre. Je n'arrive pas à voir si Marie a un trajet défini. Elle ne fait pas de cercle ni de forme particulière dans l'espace. J'ai l'impression qu'il est vital pour elle de marcher, que c'est nécessaire. Comme si elle était poursuivie par quelque chose. Peut-être ses angoisses ? Son mouvement est anarchique. Il n'y a pas d'élaboration, pas de pensée, seulement de l'éprouvé.

Marie marche la tête légèrement inclinée vers le bas et son regard défilant au sol. Elle ne semble jamais fixer son regard, ni observer sa prochaine direction. Son buste est légèrement penché en avant. Elle semble fuir dans un déséquilibre vers l'avant. Ses bras tombent le long de son corps, se balançant à tour de rôle dans la marche de Marie. Ses genoux sont constamment verrouillés. Elle initie le pas avec des jambes raides et hypertoniques. Elle marche sur la pointe des pieds. Son poids du corps est porté par l'avant de son pied. Elle marche, constamment. Sa démarche est atypique et quelque peu robotique. Un « robot mal programmé » où chaque segment serait mal coordonné avec le reste du corps. Plus particulièrement, le haut et le bas de son corps sont discordants, créant des sortes d'ondulations avec le corps de Marie quand elle marche.

Au cours de sa déambulation, Marie saisit à pleine main des objets sur son passage. Elle est préférentiellement attirée par les objets sonores. Elle ne suit pas du regard sa main qui va vers l'objet. Elle ne semble pas non plus observer l'objet qu'elle vient de saisir. Puis elle le porte immédiatement à la bouche. L'objet touche ses lèvres et sa langue. Marie ne joue pas avec ces objets mais plutôt les manipule de manière non fonctionnelle. Elle les agite pour produire du son, elle se crée des stimulations sensorielles au travers de ces objets. Marie finit par les jeter à travers la pièce.

---

<sup>1</sup> Tous les prénoms cités dans ce mémoire sont modifiés pour respecter l'anonymat

Nous sommes trois dans la pièce : Marie, la psychomotricienne et moi même. Cependant je ne vois que Marie. Elle envahit tout l'espace : l'espace physique de la pièce d'abord et mon espace psychique ensuite. Mais paradoxalement, j'ai un sentiment de vide quand je l'observe. Comme s'il n'y avait personne à l'intérieur. Marie ne semble pas habiter son corps. Je ressens un mal être chez elle qui me met moi aussi à mal. Je me sens dépassée par Marie, comme si elle se trouvait bien au-delà de mes points de repères. Je pense qu'il y a une incompréhension réciproque.

*« La folie fait peur tant qu'on n'y comprend rien [...] C'est de ne rien comprendre qui fait peur »*

- Frances Tustin

## Introduction

---

Je rencontre Marie lors de mon stage long de troisième année en Institut Médico-Éducatif (IME). Cet IME est spécialisé dans l'accueil et la prise en charge d'enfants et adolescents porteurs de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). L'établissement accueille uniquement des jeunes dont le diagnostic d'autisme est établi. L'ensemble de l'équipe de l'IME est formé spécifiquement pour accompagner cette population. L'établissement offre une prise en charge globale fondée sur une palette de techniques et d'approches.

C'est donc au cours de ce stage que je fais des rencontres particulières avec des enfants comme Marie. Je me retrouve parfois confrontée à des situations complexes et face à des personnes que je ne comprends pas. Je suis confrontée à mon sentiment d'impuissance, je « patauge » face à leurs problématiques. Cette impuissance, comme je l'ai décrit précédemment avec Marie, est dû au sentiment de vide qu'ils me renvoient. J'ai l'impression que certains de ces jeunes n'habitent pas leur corps. Pour citer Jérôme Boutinaud, je suis face à un « no man's land ». [9]

N'y étant pas arrivée avec Marie, je me demande par quel moyen pouvoir aborder ces jeunes et leur problématique. Pour travailler avec eux en psychomotricité, je sens qu'il est nécessaire de trouver un médiateur qui va être au plus près de leurs préoccupations, notamment leurs préoccupations corporelles. Je me suis alors posée la question de savoir quel médiateur possède ces qualités.

La psychomotricité est elle-même une thérapie à médiation corporelle, elle permet donc d'accompagner ces enfants. À l'IME, la psychomotricienne utilise différentes médiations dans la prise en charge des enfants autistes. Les médiations corporelles me semblent proposer un cadre contenant et sécurisant pour ces enfants qui, comme Marie, ont l'air d'en manquer.

L'atelier pataugeoire qui utilise l'eau me semble répondre à cela. L'eau peut être un bon médiateur pour travailler avec les enfants autistes. Elle peut permettre d'aborder leur défaut d'investissement du corps et venir apaiser leurs angoisses.



Ensuite, la pataugeoire offre un cadre contenant et suffisamment sécurisant pour accompagner la corporéité de ces enfants et leur permettre de faire l'expérience d'un vécu sans danger. Enfin, elle peut être utilisée comme technique de thérapie à médiation corporelle en psychomotricité.

C'est donc au cours de mon stage, que je suis amenée à « patauger » dans le sens où j'assiste, en tant qu'observatrice, à des séances de pataugeoire. Il me semble alors que la pataugeoire répond à l'ensemble de mes remarques précédentes.

Mon questionnement m'amène à repérer deux hypothèses : d'une part la pataugeoire permettrait à l'enfant autiste de faire l'expérience de la réalité de son corps sans danger ; d'autre part, il est aidé par le psychomotricien qui va mettre, pour lui, en sens les vécus et les ressentis.

Toutes mes réflexions ainsi que mes observations cherchent donc à répondre à la question suivante :

**En quoi l'utilisation de la médiation pataugeoire en psychomotricité va-t-elle permettre de soutenir la construction de soi chez l'enfant autiste ?**

Pour répondre à cette problématique, j'aborderai plusieurs notions théoriques. J'étayerai également ma réflexion en abordant différentes observations que j'ai pu faire au cours de mes stages.

Dans un premier temps je développerai la notion d'autisme en abordant son histoire, sa classification et sa prise en charge.

Dans un second temps, je parlerai de la notion de construction de soi notamment en abordant les concepts de représentations corporelles et d'enveloppes. Pour cela je parlerai, dans un premier chapitre, de la manière dont elles se mettent en place chez l'enfant et je mettrai en avant la façon dont elles participent à la construction du sujet. Puis, dans un second chapitre, j'évoquerai le fait que ces notions font défaut chez l'enfant autiste et les conséquences de cela.

Enfin, dans une dernière partie, je m'intéresserai à la question de la pataugeoire. Je développerai notamment la question de l'eau et de ses effets sur le corps ainsi que l'utilisation de la médiation corporelle en psychomotricité. Puis je présenterai le dispositif et la technique pataugeoire. Pour finir, je vous présenterai un exemple clinique de prise en charge en pataugeoire.

# Partie 1 : Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)

---

## I. L'autisme entre hier et aujourd'hui

### 1.1) Histoire et définition

La notion d'autisme telle qu'on la conçoit aujourd'hui est différente de celle d'hier. Son histoire et sa définition se sont construites au travers de travaux et débats qui intègrent des connaissances de nombreux courants théoriques.

Le terme d'autisme est introduit en 1911 par le suisse **Eugen Bleuler**. Il provient du grec *autos* qui signifie soi-même. Il l'utilise pour la première fois pour désigner un retrait relationnel symptomatique dans la schizophrénie de l'adulte. [4] Cette perte de contact avec la réalité entraînant une impossibilité ou une grande difficulté à communiquer avec autrui. [13]

Cependant, c'est le psychiatre autrichien **Léo Kanner** qui va en premier l'utiliser pour désigner un syndrome spécifique de l'enfant. En effet, sa démarche s'inscrit dans un mouvement qui vise à différencier la psychopathologie de l'enfant de celle de l'adulte. Dans un premier temps il nomme ce syndrome « perturbation autistique du contact affectif ». C'est dans une publication de 1943, [49] que Kanner individualise de la schizophrénie et de la déficience ce qu'il nomme « l'autisme infantile précoce » auquel on donnera plus tard son nom. Dans son article Kanner présente le profil clinique de onze enfants dont « le trouble fondamental le plus frappant est l'incapacité à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations dès le début de leur vie ». Pour lui ce syndrome a un caractère inné qui se manifeste par : des troubles voire l'absence du langage, l'*aloneness* qui signifie un isolement et la *sameness* qui renvoie à une tendance à rechercher une immuabilité de l'environnement. [35]

Il est à noter que pour Kanner les enfants autistes ne sont pas des déficients intellectuels, ils possèdent des capacités mnésiques et des perspectives remarquables. Également, Kanner remarque un profil particulier chez les parents. Ainsi il attribue à ce syndrome une origine à la fois organique et psychoaffective.

Au même moment, en 1945, le psychiatre autrichien **Hans Asperger** utilise lui aussi le terme d'autisme pour décrire une entité pathologique chez l'enfant [7]. Il décrit, de manière semblable à Kanner, la « psychopathie autistique ». Il la différencie lui aussi de la schizophrénie et du retard intellectuel. Il décrit alors le tableau suivant : des modes relationnels inappropriés, une restriction des centres d'intérêts, une utilisation du langage inadaptée et une maladresse motrice. Asperger suppose, lui, une origine génétique héréditaire au trouble.

C'est en 1981 que **Lorna Wing**, psychiatre anglaise, fait connaître les travaux d'Asperger et les réactualise. C'est elle qui propose de donner le nom de « syndrome d'Asperger » aux formes d'autismes sans déficience intellectuelle ni retard de langage. Wing proposera une définition de l'autisme basée sur une triade. Soit trois sphères affectées communes aux autistes : la communication, l'interaction et les comportements stéréotypés et comportements restreints.

Dans les années 1950, les théories du courant psychanalytique amènent certains psychiatres à encore assimiler autisme et psychose. Mais surtout à envisager une origine psychogène du trouble lié aux interactions précoces. [35]

Cependant dans les années 1960, une accumulation de données cliniques et de résultats scientifiques amènent à reconsidérer les représentations de l'autisme. L'analyse des trajectoires évolutives conduit à distinguer l'autisme des psychoses et notamment de la schizophrénie.

De plus, les résultats des études épidémiologiques conduisent progressivement à un changement de paradigme et amènent l'autisme à être considéré comme une problématique neuro-développementale à partir des années 1970.

C'est avec la parution de la troisième version du **Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux**<sup>2</sup> (DSM), en 1980, que l'autisme devient un syndrome à part entière, décrit à partir de différents critères. Il est alors classé parmi les « troubles globaux du développement ». Dans le DSM-IV ils deviendront les « Troubles Envahissant du Développement » (TED). Cette notion de TED sera reprise par l'**Organisation Mondiale de la Santé** (OMS) dans sa dixième version de la **Classification Internationale des Maladies** (CIM).

En 2013, avec la publication du DSM-5, le terme TED est remplacé par celui de « Troubles du Spectre Autistique ». Ce terme inclue aussi bien des personnes sans langage avec déficience intellectuelle que des personnes qui parlent et qui présentent des capacités cognitives importantes, leur point commun étant les difficultés de communication, d'interactions sociales et les intérêts restreints. Il rend alors compte d'une conception large des troubles autistiques et marque une approche dimensionnelle.

Malgré la nouvelle nomenclature, il est fréquent de continuer d'entendre en pratique dans les institutions les anciennes terminologies. C'est pourquoi il est important de connaître l'histoire pour comprendre la signification d'un terme. Mais aussi d'avoir un langage commun entre chaque professionnel de santé.

On voit ici que de nombreuses définitions historiques existent. Cependant peu d'entre elles ne tiennent compte du point de vue de l'intérieur pour décrire les comportements. A savoir le point de vue d'une personne autiste.

---

<sup>2</sup> Traduit de l'anglais « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », que l'on désigne par le sigle DSM, est un ouvrage de référence publié par l'Association Américaine de Psychiatrie

Pour **Brigitte Chamak**, sociologue française, lorsque les autistes parlent d'autisme, ils ne parlent pas de la même chose que neuro-typiques, c'est à dire les personnes non autistes, qui en parlent. Ils vont plutôt évoquer les particularités de perception, de traitement de l'information et des émotions. Il a fallu attendre une définition élargie de l'autisme pour donner l'opportunité à des personnes qui se sentaient différentes, mais qui avaient du mal à nommer leurs particularités, de se retrouver dans le tableau d'autisme. [33][14][15][16]

## 1.2) Critères diagnostiques et classifications actuelles

Les critères diagnostiques (**annexe 1**) doivent tenir compte du fait que les caractéristiques de l'autisme varient énormément d'une personne à l'autre, nous renvoyant à la notion de spectre.

Comme le précise la **Haute Autorité de Santé (HAS)** dans ses recommandations de bonnes pratiques publiées en 2018, le DSM et la CIM sont les deux classifications médicales les plus communes. Toutes deux sont des classifications internationales. Depuis 2005, la classification médicale recommandée en France a été la CIM-10, dans l'attente de la CIM-11. Cependant, la classification la mieux actualisée est à ce jour le DSM-5. [31]

Dans le DSM-5 le TSA est intégré dans les troubles neuro-développementaux (TND). Le neurodéveloppement est défini par l'HAS comme « l'ensemble des mécanismes qui vont guider la façon dont le cerveau se développe, orchestrant les fonctions cérébrales (fonction motrice, langagière, cognitive, d'intégration sensorielle, structuration psychique, comportement, etc.) Il est un processus dynamique influencé par des facteurs biologiques, génétiques, socioculturels, affectifs et environnementaux. Il débute très précocement, dès la période anténatale, pour se poursuivre jusqu'à l'âge adulte. [...] il suit des étapes incontournables qui dans le cadre d'un développement ordinaire s'enchaînent de façon fluide. »

Ainsi lorsqu'une perturbation survient dans ces processus de développement cérébral cela « conduit à un trouble neurodéveloppemental correspondant à des difficultés plus ou moins grandes dans une ou plusieurs des fonctions cérébrales. » [31] Les troubles neurodéveloppementaux sont caractérisés par des « déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. »

L'appellation TSA remplace désormais celle de TED. Cette dernière recouvrait dans le DSM-IV plusieurs sous-catégories nosographiques : trouble autistique, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement non spécifié, trouble désintégrant de l'enfance et syndrome de Rett. Aujourd'hui il n'existe donc qu'une seule catégorie diagnostique.

Le diagnostic de TSA est formulé par un médecin. Il repose sur l'observation précoce et pluridisciplinaire des différents critères diagnostiques par des professionnels expérimentés. Les observations sont réalisées dans diverses situations dont certaines sont dites standardisées. Il est à noter que les psychomotriciens participent à ces observations et bilans.

En effet, les Centres Ressources Autisme (CRA), qui établissent le diagnostic, disposent dans leurs équipes de psychomotriciens. L'HAS recommande par ailleurs d'effectuer un « examen des fonctions psychomotrices » dans l'évaluation initiale du fonctionnement de l'enfant dans le cadre du repérage, du diagnostic et de l'évaluation des troubles du spectre de l'autisme.

Le DSM-5 regroupe les symptômes en deux catégories. On passe d'une triade symptomatique décrite par Kanner à une dyade.

La première dimension symptomatique est le « déficit persistant de la communication et des interactions sociales observées dans des contextes variés ». La seconde met en avant le « caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités ».

Le diagnostic de TSA peut être validé si les 3 critères de déficit de la communication sociale et 2 critères sur 4 parmi les comportements répétitifs et restreints sont rempli.

Les critères du DSM-5 permettent également de préciser l'intensité du TSA. Elle est évaluée selon 3 degrés de sévérité qui correspondent au niveau d'aide requis au fonctionnement de la personne.

Il est important de noter que les manifestations des critères diagnostics seront variables en fonction du degrés de sévérité, du niveau de développement et de l'âge du sujet.

### **1.2.1) Trouble de la communication sociale**

Les sujets TSA se retrouvent en difficulté pour entrer en relation, qu'ils soient ou non sollicités. Ces difficultés de communication et d'interactions sociales se manifestent par [4][31][55] :

#### **• Déficiences de la réciprocité sociale ou émotionnelle**

- anomalie de l'approche sociale et des conversations bidirectionnelles normales

- incapacité d'initier des interactions sociales et d'y répondre

- les personnes souffrant d'autisme manquent d'une théorie de l'esprit, c'est-à-dire qu'ils ne possèdent pas, en grande ou moindre mesure, la capacité d'inférer les états mentaux d'autrui (ses pensées, croyances, désirs et intentions) et d'utiliser ces informations pour s'exprimer afin de trouver un sens à leurs comportements et de prédire ce qu'ils feraient ensuite. [52]

- l'empathie peut être altérée, les personnes TSA peuvent avoir des difficultés dans la reconnaissance des émotions chez les autres mais aussi dans l'identification de leurs propres émotions



- les émotions des autistes sont identiques à celles des neurotypiques, c'est leur expression qui est différente [33]

- **Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales**

- intégration défectueuse entre communication verbale et non-verbale

- l'expression faciale chez la personne TSA peut être totalement absente, figée ou dans d'autres cas théâtralisée. De même la compréhension des expressions faciales d'autrui peut être complexe

- le sourire peut être manifesté sans source de plaisir apparente ou sans revêtir une fonction sociale

Nadia est une adolescente autiste que je rencontre en stage. Elle a sur son visage un sourire figé. Il ne me paraît pas « authentique » dans le sens où il n'est pas volontaire adressé à quelqu'un ou quelque chose. Son sourire semble avoir une valeur auto-érotique adressé à elle-même. Il n'a pas valeur de communication.

- anomalie du contact visuel qui peut être totalement absent ou à l'inverse insistant

- la gestuelle de communication et les comportements sociaux sont difficiles à comprendre. Les codes sociaux sont donc difficiles à s'approprier

- la prosodie, c'est à dire les règles de prononciation et d'intonation de la langue, est souvent monocorde

- **Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations**

- mauvais ajustement du comportement au contexte social

- peu d'intérêt pour les pairs et difficulté à créer des relations amicales

- absence de recherche de partage

## 1.2.2) Comportements restreints et répétitifs

Les sujets TSA présentent des comportements et centres d'intérêt restreints et répétitifs, tels que [4][31][55] :

- **Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage**

- présence de stéréotypies motrices simples, maniérismes et tics.

Paul, 10 ans, agite fréquemment ses doigts devant ses yeux et effectue des sautilllements. La rythmicité des stéréotypies tente de contrôler la survenue d'événements imprévisibles qui seraient source d'angoisses.

- alignements de jouets ou objets

Lucas est un jeune garçon âgé de 9 ans. A plusieurs reprises, lorsque je me rends sur son lieu de vie à l'Institut Médico-Educatif, je remarque que Lucas joue au sol avec des lettres colorées en bois. J'observe que Lucas place minutieusement chaque lettres sur une même ligne sans que celles-ci ne forment de mots.

Lucas adopte ce même comportement avec la collection d'animaux en plastique, qu'il semble placer dans un ordre défini.

- écholalies, néologisme et phrases idiosyncrasiques, inadaptées au contexte [Langage idiosyncrasique et métaphorique dans l'autisme infantile précoce - Kanner ]

- **Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés**

- détresse majeure aux changements mineurs

- comportements ritualisés dûs à un besoin d'immuabilité

- mode de pensée rigide, premier degré avec une incompréhension du langage imagé

- **Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but**

- préoccupations insolites
- intérêt excessivement circonscrit ou persévérant

Paul a un intérêt très marqué pour les voitures. Il connaît la marque et le modèle de voiture de toutes les personnes qu'il connaît. Il peut évoquer la voiture de la personne avec laquelle il se trouve à maintes reprises.

- **Hyper ou hypo-réactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement**

- indifférence apparente à la douleur ou à la température dû à un traitement différent de l'information sensorielle
- réactions particulière à des sons, odeurs, goûts ou textures spécifiques
- réaction excessive par le flair ou le toucher

Lorsque Paul s'approche de l'autre il va, la plupart du temps, le sentir. Ces comportements de flairage sont présents avec des personnes familières ou non.

- fascination visuelle pour les objets lumineux ou en mouvement

### **1.2.3) Critères complémentaires à vérifier**

- Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement mais peuvent ne pas se manifester pleinement
- Retentissement cliniquement significatif sur le fonctionnement actuel, social, scolaire, professionnel ou dans d'autres domaines importants

- Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel ou un retard global du développement

#### **1.2.4) Troubles associés**

Dans cette démarche, il doit également être spécifié en plus du diagnostic de TSA l'association ou non avec :

- un trouble intellectuel
- une altération du langage
- une pathologie d'ordre médicale, génétique ou environnementale
- un autre trouble développemental, mental ou comportemental
- une catatonie

### **1.3) Étiologie**

À l'heure actuelle aucune étiologie unique n'a été avérée comme étant la cause de l'autisme. Les scientifiques s'accordent à dire qu'il s'agirait d'une étiologie plurifactorielle. Selon l'**Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)**, [42] « l'autisme et les autres TSA sont liés à des anomalies très précoces – d'origine anténatale – du neurodéveloppement ». Il précise également qu'il est désormais bien établi qu'il s'agit de maladie d'origine multifactorielle, avec cependant une forte composante génétique.

Il existe plusieurs hypothèses au sujet des mécanismes impliqués dans l'autisme.

#### **1.3.1) Facteurs génétiques**

Il existerait des facteurs de risques endogènes avec une vulnérabilité génétique. En effet la « biologie moléculaire a pour sa part identifiée plusieurs centaines de gènes dont l'altération semble conduire à une plus grande susceptibilité à l'autisme » [42]. Ceci pourrait accroître la susceptibilité de développer un TSA.

Les études de fratries indiquent un impact de l'hérédité. Dans l'étude de **Folstein et Rutter [25]**, il est établi que dans le cas de jumeaux monozygotes, c'est à dire venant du même ovocyte et avec le même patrimoine génétique, il y a 70% de risques que le deuxième enfant soit aussi porteur du trouble. Il s'agit alors d'un argument en faveur de la présence d'un facteur génétique dans la survenue du TSA.

D'autres études sur la famille, ont démontré que le risque de développer un TSA est plus élevé que dans la population générale si un enfant déjà diagnostiqué est présent dans la fratrie.

### **1.3.2) Facteurs environnementaux**

Ces facteurs exogènes, c'est à dire extérieur à l'organisme, sont des phénomènes venant interférer avec le développement de l'enfant et qui peuvent participer à l'apparition du trouble.

Il y aurait des facteurs de risques anténataux, pendant la grossesse, comme une neuro-inflammation, l'exposition à un virus ou à des toxiques. « Par ailleurs, certains médicaments antiépileptiques administrés à la mère durant la grossesse, comme la Depakine, sont actuellement sur la sellette. » **[42]**

Il existe des facteurs périnataux comme la naissance prématurée qui constitue un facteur de risque connu et important.

De plus, les hypothèses et certaines croyances, évoquant un lien entre autisme et la vaccination, l'intolérance au gluten et les métaux lourds, n'ont pas été vérifiées. **[45]** De même, les données actuellement disponibles ne démontrent pas que les caractéristiques psychologiques des parents, en particulier les prétendues « mères réfrigérateurs », ne sont des facteurs de risque de TSA. **[42] [3]**

Ainsi, ces facteurs de risques environnementaux viendraient modifier l'expression du génome présentant déjà des prédispositions.

### 1.3.3) Facteurs neurophysiologiques

Les TSA ne sont plus considérés comme étant la conséquence d'une lésion focale dans le cerveau mais plutôt comme étant la résultante d'une réorganisation générale du cerveau dans les stades précoces du développement. L'INSERM nous informe que « l'imagerie médicale, entre autres techniques, a mis en évidence chez ces personnes des défauts de mise en place et d'organisation de certains réseaux cérébraux spécialisés ». Cependant ces réseaux ne sont pas encore identifiés.

### 1.4) Epidémiologie

Selon les chiffres de l'INSERM de mai 2018, il y a 700 000 personnes TSA en France dont 100 000 ont moins de 20 ans. Au 4 avril 2017, l'OMS estime que dans le monde 1 enfant sur 160 présente un TSA. Elle précise qu'il ne s'agit là que d'une moyenne et que la prévalence varie notablement d'une étude à l'autre. [45]

Nous n'avons pas actuellement de données épidémiologiques suffisamment récentes concernant la prévalence du TSA. En France, les derniers chiffres disponibles datent de 2009. Ces derniers sont publiés par l'HAS et concernent l'ensemble des TED, non uniquement les TSA. La prévalence des TED était à cette époque là en augmentation, reflétant l'attention clinique qui leur était portée à ce moment là. [4]

D'après l'OMS, et au vu des études effectuées ces cinquante dernières années, il semble que la prévalence des TSA augmente à l'échelle mondiale. Ceci peut s'expliquer par une « plus grande sensibilisation à l'autisme, par l'élargissement des critères de diagnostic, le perfectionnement des outils diagnostiques et une notification plus rigoureuse. » [45]

Le sex ratio quand à lui apparaît stable et équivaut à environ quatre garçons pour une fille. [3]

Cependant, ces chiffres semblent faussés par de récentes études qui mettent en avant l'existence d'un sous-diagnostic chez les femmes. Les femmes obtiendraient un diagnostic d'autisme plus tardif. En effet, le TSA s'exprimerait différemment chez les hommes que chez les femmes. « Les filles peuvent avoir moins de comportements restreints et répétitifs que n'en ont les garçons, et peuvent avoir des intérêts plus socialement acceptables. Elles sont aussi plus à même de masquer leurs traits autistiques que les garçons en copiant leurs pairs neurotypiques. Par conséquent, l'autisme peut être plus difficile à détecter chez les filles même quand les médecins le recherche. » [38]

\*\*\*\*\*

Et demain ? Les classifications et le diagnostic de l'autisme sont en constante évolution. Ils sont amenés à changer et de nouveaux à apparaître d'ici quelques années. Les troubles du spectre de l'autisme constituent un domaine privilégié de réflexions et de recherches. En fonction des avancées et découvertes scientifiques notre regard sur l'autisme va être amené à changer modifiant peut-être également sa prise en charge.

## **II. Prise en charge et accompagnement**

### **2.1) Mesures médico-sociales**

En France, la loi 96-1076 du 11 décembre 1996 reconnaît l'autisme comme un handicap et ouvre des droits aux personnes avec autisme. [44]

Ainsi des mesures dites de « stratégie nationale pour l'autisme » ont pu être mises en place pour l'accompagnement des personnes TSA. Ces mesures, établies et financées par le gouvernement, sont appelées des « plans autisme ». Depuis 2005, quatre plans se sont succédés.

Les objectifs de ces plans sont principalement d'améliorer et favoriser l'accompagnement des personnes autistes mais aussi de former les professionnels à la prévention et au diagnostic.

Le premier plan a notamment permis la création des Centres Ressource Autisme (CRA) régionaux.

Le dernier plan autisme dans lequel nous nous trouvons actuellement a été présenté au public le 6 avril 2018 et doit se poursuivre jusqu'en 2022. Ce plan est appelé « stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement » et présente 5 engagements principaux [39] :

- renforcer la recherche et les formations
- mettre en place les interventions précoces prescrites par les recommandations de bonnes pratiques
- garantir la scolarisation effective des enfants et des jeunes
- favoriser l'inclusion des adultes
- soutenir les familles

En France, les troubles du spectre de l'autisme constituent donc un véritable enjeu de santé publique et de société.

## **2.2) Prise en charge**

Le trouble du spectre de l'autisme nécessite une prise en charge adaptée à la personne, qui respecte sa singularité. Cette prise en charge est pluridisciplinaire et individualisée. L'objectif est de donner au sujet autiste, les outils pour interagir avec les autres et à acquérir de l'autonomie. C'est un parcours de soin qui évolue et accompagne la personne de son enfance à sa vie adulte. L'autisme persistant toute la vie, sa prise en charge doit évoluer avec le patient.

Dans toute la mesure du possible, la prise en charge est conçue et réalisée avec la personne concernée.

L'HAS publie dans ses recommandations de bonnes pratiques en 2012 une liste d'interventions recommandées, d'interventions globales non consensuelles et d'interventions globales non recommandées pour la prise en charge de l'autisme.



## 2.2.1) Approches globales d'interventions

L'HAS met l'accent sur l'importance des interventions globales, personnalisées et coordonnées dès le plus jeune âge. Une prise en charge précoce permet en effet des progrès supérieurs et évite l'apparition de sur-handicaps. Ses interventions globales sont fondées sur une approche éducative, comportementale et développementale.

Elles visent le développement du fonctionnement de l'enfant et lui permettre l'acquisition de comportements adaptés dans plusieurs domaines : sensoriel et moteur, communication et langage, interactions sociales, émotions et comportements.

Les interventions globales recommandées au regard des preuves de leur efficacité ou de l'expérience professionnelle présentent les critères suivants, elles sont : **[31]**

- précoces, débutent entre l'âge de 18 mois et 4 ans et durent au minimum 2 ans
- personnalisées et définies en fonction de l'évaluation initiale et continue du développement
- fondées sur des objectifs fonctionnels
- vise la généralisation et le transfert des acquis à des situations nouvelles
- mises en œuvre par une équipe formée et régulièrement supervisée par des professionnels qualifiés et expérimentés
- organisées avec un taux d'encadrement d'un adulte pour un enfant
- organisées avec une structuration de l'environnement adaptée aux particularités de l'enfant

Il existe différents programmes globaux d'interventions. Il n'est pas indiqué d'utiliser une approche de manière exclusive mais il est plutôt nécessaire d'en combiner plusieurs.

## 2.2.2) Approches focalisées par domaines fonctionnels

Ces interventions sont « focalisées sur un symptôme, une activité ou un secteur très ciblé et non sur l'ensemble du fonctionnement de la personne. Elles visent un objectif précis d'amélioration d'un seul domaine du fonctionnement de la personne avec TED ou de ses activités et de sa participation. » **[32]**

Elles sont en général plus limitées dans le temps que les approches globales. Elles peuvent également faire partie des éléments constitutifs de programmes globaux différents.

Pour l'HAS, « Un même professionnel peut, au travers des activités proposées, viser des objectifs fonctionnels dans plusieurs domaines de fonctionnement de l'enfant. Il est cependant important de rappeler que les activités visant un domaine spécifique ne se généralisent pas forcément dans les autres domaines, d'où la nécessité pour les professionnels de s'assurer de la généralisation à d'autres contextes des acquisitions réalisées dans un contexte spécifique. » **[31]**

Les domaines fonctionnels pouvant être déficitaires dans l'autisme et nécessitant des interventions focalisées sont les suivants :

- communication et langage
- interactions sociales
- cognitif
- sensoriel et moteur
- émotions
- comportements problèmes, dont les troubles du comportement alimentaire et l'hyperactivité
- sexualité
- somatique
- activités quotidiennes
- apprentissages scolaires et professionnels
- environnement matériel

## 2.3) Traitement médicamenteux

A ce jour, aucun traitement médicamenteux ne guérit l'autisme. Toutefois, certains médicaments sont utilisés pour traiter les pathologies souvent associées aux TSA notamment la douleur, l'épilepsie et les comorbidités somatiques. Les traitements peuvent être non systématiques et temporaires dans la stratégie d'intervention éducative et thérapeutique. Ils peuvent être considérés en seconde intention dans les cas de dépression ou anxiété, les troubles sévères du comportement et les troubles du comportement ou du sommeil. **[31]**

Quelques molécules, en particulier des diurétiques, ont donné des résultats intéressants, mais très préliminaires, sur certains traits comportementaux. La voie menant à d'éventuelles aides médicamenteuses à la prise en charge (si elles existent un jour) reste très longue. **[42]**

Les traitements médicamenteux doivent s'inscrire dans un projet de soin personnalisé et être utilisés en complément d'approches non médicamenteuses, non pas en remplacement.

\*\*\*\*\*

Nous venons d'aborder la question de l'autisme au sens large, dans sa définition et sa prise en charge. Nous allons maintenant plus particulièrement nous intéresser à question de la construction du sujet porteur de trouble du spectre de l'autisme.

## Partie 2 : La construction de soi chez l'enfant autiste

---

Dans cette partie nous allons nous attacher à définir différents concepts participant à la construction de soi. Pour cela, je parlerai dans un premier chapitre de la manière dont ces notions participent à la construction du sujet. Puis dans un second chapitre j'évoquerai la particularité de cette construction chez l'enfant autiste.

### Chapitre 1 : Sentir son corps pour l'habiter

#### I. Du vécu sensoriel à la représentation psychique

Pour **Bernard Golse**, « parler du corps convoque au premier plan toute la question des sensations et des perceptions (ancrage corporel) qui ne pourront devenir représentations qu'une fois prises dans le champ de l'interrelation » [28].

Les différentes expériences que vit le sujet lui permettent de connaître le monde qui l'entoure et de se connaître lui-même.

Lors du stade sensori-moteur, première phase du développement de l'intelligence, entre 0 et 24 mois, toute l'activité cognitive dépend directement des réactions sensori-motrices. À la fin de cette période l'enfant peut normalement : reconnaître son corps et le différencier de celui des autres, comprendre de manière créative la relation de cause à effet, comprendre la notion de permanence de l'objet et avoir une représentation mentale des objets et événements.

#### 1.1) Sensations

La sensation est un « fait de conscience immédiat et élémentaire, provient de la modification d'un appareil sensoriel sous l'influence d'un stimulus interne ou externe. En tant que donnée élémentaire, la sensation ne permet pas la connaissance. C'est une donnée "subjective passive" ». [13]

L'être humain est capable grâce à son organisme biologique, de traiter et d'intégrer les différents stimuli sensoriels provenant de son environnement mais aussi de son propre corps. Il possède plusieurs systèmes sensoriels :

- **extéroceptif** : qui inclue le toucher, la vision, l'audition, l'olfaction et la gustation
- **intéroceptif** : qui correspond à la somesthésie végétative
- **proprioceptif** : qui correspond aux sensations liées au tonus, à la position corporelle, au mouvement et à l'équilibre

La sensation est le premier niveau de conscience. C'est la première étape d'une chaîne d'événements, donnant lieu à un fait de conscience plus ou moins élaborée et pouvant se parfaire en perception et en représentation.

Dans les premiers temps de sa vie, le bébé vit dans un état d'indifférenciation, il est dans un corps à corps avec sa mère<sup>3</sup>. Dû à l'immaturation de ses systèmes sensoriels, le bébé vit ses sensations de manière indépendantes, sans possibilité de les relier entre elles. Le vécu de son corps est donc morcelé.

Les sensations ont un rôle essentiel dans la construction du futur espace corporel. Elles s'unifient dès lors que l'espace psychique se crée. Grâce au dialogue tonico-émotionnel, la mère va permettre au bébé d'organiser, traiter, mettre en lien et intégrer ses différentes sensations. À la suite de cela elles deviendront des perceptions.

En stage, lors de mes observations auprès d'enfants autistes, je me rend compte combien il peut être difficile pour eux de gérer leurs sensations. Ces dernières peuvent venir les envahir. Elles viennent alors perturber leur développement de soi au lieu de participer à sa construction.

---

<sup>3</sup> J'utilise le mot mère par simplification de l'écrit. Il est ici sous-entendu toute personne ayant la fonction maternelle.

## 1.2) Perceptions

Dans le système de la conscience, la phase des perceptions s'intègre progressivement sur la base des expériences sensorielles vécues corporellement par l'enfant.

L'organisme garde en mémoire chacune des expériences vécues. Les sensations s'inscrivent dans l'histoire personnelle du sujet. Lorsqu'une sensation arrive dans ce système qui a déjà un vécu et une mémoire, il donne une couleur particulière à cette sensation. C'est cela que l'on nomme la perception. En effet, pour qu'il y ait perception, et que l'objet soit identifié, il est nécessaire que les sensations élémentaires qui parviennent au cortex soient sélectionnées et analysées puis intégrées dans des formes déjà connues, qui sont le résultat d'expériences sensitivo-sensorielles antérieures. [13]

La perception n'est pas une collection de sensations disparates, elle n'est pas non plus une copie du monde physique, elle est construction, elle est connaissance. [13] Elle correspond à une partie de l'information dont l'individu est conscient. La perception est déjà une interprétation des informations sensorielles. Elle dépend de notre état d'attention, d'écoute et de disponibilité. Elle est également liée aux émotions.

**Olga Bogdashina** propose de définir la perception comme étant un «processus par lequel un organisme recueille, interprète et comprend l'information, venant du monde extérieur, au moyen de ses sens » [8]. Nos perceptions nous sont propres. Nous interprétons les stimuli de manière subjective et nos réponses à ces derniers le sont tout autant. Les perceptions sont donc liées à notre identité et elles enrichissent la conscience de soi.

La perception s'appuie sur la représentation. Elle va être reliée à des représentations mentales et des concepts pour permettre leur propre compréhension.

## **1.3) Représentations**

Le stade des représentations est le troisième niveau de conscience. La représentation peut être une « image, figure, symbole, signe qui représente un phénomène, une idée ». Autrement formulé c'est une « image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, du monde dans lequel vit le sujet ». [43]

La représentation est une étape encore plus élaborée que la perception, elle fait appel à un processus de pensée.

Au cours de son développement l'enfant enrichit ses mécanismes de pensées et parvient à obtenir des capacités de représentations. Les représentations s'établissent grâce à la répétition et la cohérence des perceptions. Cette représentation s'appuie sur une construction progressive, tout long de la vie, tenant compte en même temps des facteurs cognitifs, moteurs, affectifs au sein d'une relation sociale et humaine.[1]

L'enfant, grâce à ses représentations mentales peut se dégager de l'action. Il peut penser en dehors de l'agir et évoquer des objets non actuellement perçus. Elles permettent à l'enfant de se construire psychiquement en s'appuyant sur le vécu corporel. Elles nous conduisent donc à la notion de connaissance de soi. Grâce aux représentations il est par exemple possible d'intérioriser notre schéma corporel.

## **II. Les représentations corporelles**

### **2.1) Concepts de base en psychomotricité**

En psychomotricité, la représentation du corps renvoie à la manière dont le sujet s'attribue ses expériences corporelles. Elle repose sur une activité de représentation globale qui donne sens aux perceptions sensorielles et l'inclut dans une résonance affective. [1] Pour parler des représentations corporelles, il faut balayer des domaines larges tels que la neurophysiologie, la psychologie, la phénoménologie et la psychanalyse.

Pour **Florence Reinalter Ponsin [1]**, la représentation du corps s'élabore sur un triptyque indissociable : le schéma corporel, l'image du corps et le corps comme être au monde.

L'intérêt porté aux représentations corporelles en psychomotricité montre la place centrale qu'occupe le corps dans notre pratique. En psychomotricité, l'image du corps et le schéma corporel sont deux notions étroitement liées. Loin d'être opposables, elle apportent une complémentarité dans la compréhension des représentations corporelles. Le psychomotricien va s'intéresser au deux, justement parce que sa pratique prône la non séparabilité du corps et de la psyché. Pour **Catherine Potel [57]** « le schéma corporel en tant qu'organisateur somatognosique du corps et l'image du corps sont deux entités fondamentales pour la compréhension des registres corporels ». De même, pour **Marc Guiose**, « entre la réalité neurologique du schéma corporel et la réalité psychique de l'image du corps, il y a un va-et-vient nécessaire, car il est impossible de rompre artificiellement l'unicité de l'individu. » **[37]** Ainsi, l'image du corps et le schéma corporel sont deux notions complémentaires qui participent aux représentations que le sujet a de lui même.

En psychomotricité, on considère donc deux processus interactifs qui participent à l'élaboration des représentations corporelles **[22]** :

- « avoir un corps » : qui se base objectivement sur le développement et l'équipement neuro-moteur
- « être un corps » : qui s'élabore à partir de l'expérience subjective consciente ou inconsciente du corps

Les représentations corporelles ne sont pas figées dans le temps. Ce sont des phénomènes plastiques qui se transforment en fonction de notre environnement, des expériences vécues et des modifications de notre corps. Dans certaines pathologies, les représentations corporelles peuvent être altérées. Le psychomotricien va alors venir agir sur cette plasticité et pouvoir accompagner les personnes touchées et les aider à (re)construire leur unité psychocorporelle.



De plus, et insistant sur l'importance du concept de représentation corporelle pour la psychomotricité, le décret du 6 mai 1988 (**annexe 2**) introduit dans le champs de compétence du psychomotricien « la rééducation des troubles du schéma corporel » et le « traitement [...] des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique. » **[44] [56]**

## **2.2) Schéma corporel**

Le schéma corporel possède un support neurologique et s'appuie sur des données physiologiques. Il se construit dans l'expérience motrice grâce aux interactions du sujet avec son environnement.

La notion a été développée par deux neurologues anglais, **Henry Head et Gordon Holmes** pour décrire les mécanismes physiologiques sous-jacents à la prise de conscience des mouvements et des postures. **[54]**

Les conceptions neurologiques du schéma corporel vont s'élargir avec **Henri Wallon**, pour qui cette notion ne coïncide pas uniquement avec le corps anatomique. Selon lui, le schéma corporel « se constitue selon les besoins de l'activité. Ce n'est pas une donnée initiale ni une entité biologique ou psychique. C'est le résultat et la condition de justes rapports entre l'individu et le milieu ». **[54]** Le schéma corporel se construit donc en lien avec l'environnement du sujet et devient l'un des éléments qui participe à l'élaboration de notre personnalité.

D'après **Julian de Ajuriaguerra** (1970) « le schéma corporel s'édifie sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles. Il réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification. » **[1]** Notre schéma corporel se modifie et s'enrichit donc tout au long de notre vie, en fonction de nos expériences vécues.

**Françoise Dolto** définit le schéma corporel comme le médiateur organisé entre le sujet et le monde. Il se structure par l'apprentissage et l'expérience. De plus, pour elle, le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine.

Pour **Jean-Michel Albaret**, le schéma corporel correspond à un ensemble de représentations pour l'action. Il renvoie à un système de localisation permettant à l'individu de savoir où sont ses membres et où est la cible de l'action. Il fournit des informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps. Le schéma corporel permet également de savoir comment utiliser l'ensemble du corps pour atteindre l'objectif fixé. Il intervient donc dans la motricité. Le schéma corporel est constitué à partir de l'intégration des afférences sensorielles et motrices. Pour lui, ce système opère en dehors de toute conscience.

### 2.3) Image du corps

**Paul Schilder** est le premier à avoir théorisé l'image du corps. Pour lui ses fondements sont physiologiques [13]. Elle est la synthèse d'un modèle postural du corps, d'une structure libidinale et d'une image sociale. Elle est « l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». [54]

Pour **Jean-Michel Albaret**, l'image du corps sert à l'identification et à la reconnaissance du corps. Elle regroupe des perceptions et des attitudes à l'égard de son propre corps. Elle est influencée par des facteurs socio-culturels, psychologiques et biologiques. Pour cet auteur, l'image du corps est par définition consciente. [1]

À l'inverse de Jean-Michel Albaret, pour **Françoise Dolto** l'image du corps est « éminemment inconsciente ; elle peut devenir en partie pré-consciente ». Elle est propre à chacun, liée au sujet et à son histoire. [23] Selon elle, l'image du corps est constituée de trois modalités qui ensemble « constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque étape de son évolution ». Ces trois modalités sont les suivantes :

- une **image de base** : elle renvoie à une structure permettant de se sentir exister de façon continue, elle contient la conviction d'une continuité d'existence, comme une « *mêmeté d'être* ». [56]
- une **image fonctionnelle** : c'est une représentation dynamique, alors que l'image de base a une dimension statique. Cette image sthénique vise l'accomplissement du désir du sujet.
- une **image érogène** : reliée aux deux précédentes, elle est le lieu où se focalisent plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre. [56]

L'image du corps est pour **Geneviève Haag**, un ensemble de représentations devenues inconscientes. L'expression se sentir "bien ou mal dans sa peau" utilisée pour désigner nos états psychocorporels est sous-tendu par ses représentations. L'image corporelle est ici liée au sentiment de soi à travers les aventures maturatives. [29]

L'image du corps est donc une représentation mentale que nous nous faisons de notre corps. L'image du corps est fluctuante. Elle évolue au corps de notre existence par nos perceptions, nos émotions et nos souvenirs.

### III. Les enveloppes corporelles

#### 3.1) Définitions

Une enveloppe est couramment définie comme étant « ce qui enveloppe (ou sert à envelopper), qui couvre en entourant ». L'enveloppe peut être non constitutive de l'objet, il s'agit de « matière ou objet souple s'adaptant à la forme de l'objet ». Ou bien elle peut être constitutive de l'objet c'est à dire « ce qui couvre naturellement quelque chose, partie externe, protectrice de quelque chose. » [40]

**Didier Houzel** définit le terme d'enveloppe comme « ce qui entoure complètement un espace et qui, de ce fait, contient tout ce qui se trouve dans cet espace, qui est aussi fermé » [36]. Pour lui, les différentes enveloppes ont en commun « la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur du corps et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné. »

En somme, l'enveloppe est un élément structurant qui permet de délimiter un espace et de le contenir.

### 3.2) La « peau psychique » d'Esther Bick

**Esther Bick** a créé le concept de « peau psychique ». C'est dans son article *L'expérience de la peau dans les relations d'objets précoces* en 1968 qu'elle postule l'importance de cette fonction psychique de la peau. Elle avance que « dans leur forme la plus primitive, les parties de la personnalité sont ressenties comme n'ayant entre elles aucune force liante et doivent par conséquent être maintenues ensemble d'abord de façon passive, grâce à la peau fonctionnant comme frontière. ». [53]

Il est alors nécessaire pour le bébé de faire l'expérience d'un objet contenant extérieur, auquel il peut s'identifier, pour ensuite l'introjecter et se sentir suffisamment contenu dans sa propre peau. Autrement dit, l'objet contenant introjecté par le bébé sera expérimenté comme une première peau. Le bébé intègre la fonction contenante de l'objet comme une peau.

**Jérôme Boutinaud** rapporte que l'enveloppe psychique s'élabore autour de l'intériorisation de l'objet contenant et/ou de ses caractéristiques. L'objet a alors une fonction de « peau psychique ».

Pour **André Calza** et **Maurice Contant** [12] « l'introjection de la fonction contenante est une condition à la construction du sentiment d'identité et à la constitution des "enveloppes psychiques" ».

La peau psychique permettra donc au tout petit de faire la différence entre soi et non soi.

### 3.3) Le Moi-Peau de Didier Anzieu

**Didier Anzieu** publie en 1985 sa théorie du « Moi-peau » dans l'ouvrage du même nom. Le point de départ de sa théorie est que la peau, phénomène physique, assure un rôle de contenance dans le développement psychique du bébé.

Si l'on sépare les deux termes que constituent la notion, on retrouve d'un côté le Moi, c'est à dire l'appareil psychique de l'enfant, et de l'autre la peau, physique, investie dès les premiers contacts tactiles entre le bébé et son environnement. D'ailleurs, selon Didier Anzieu le sens tactile représente l'élément essentiel de l'organisation du Moi et de la pensée.

Didier Anzieu définit le Moi-peau comme « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps ». [6]

L'objectif d'Anzieu est d'établir des parallèles entre les fonctions de la peau physique, soit l'expérience corporelle, et la fonction du Moi : « toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental ». [6]

En faisant ces parallèles avec la peau, Anzieu va reconnaître huit fonctions du Moi-peau [6] [17]:

- **fonction de maintenance** : comme la peau soutenant les éléments intérieurs du corps, le Moi-peau supporte le psychisme. La maintenance étant alors l'intériorisation du *holding* maternel décrit par **Donald Winnicott**. La carence de la maintenance conduit aux angoisses.
- **fonction de contenance** : la peau est une enveloppe de l'ensemble du corps et le Moi-peau quant à lui enveloppe l'appareil psychique. Cet enveloppement psychique est transformé par le Moi-peau maternel qu'on peut associer au *handling*, décrit par **Donald Winnicott**, c'est-à-dire les réponses et soins apportés par la mère.

- **fonction de pare-excitation** : tout comme la couche supérieure de la peau est une couche protectrice chimique et mécanique, la mère sert de protection, de pare-excitation. Elle protège son enfant d'un excès de stimulations en assurant cette fonction. Le bébé expérimente la sensation d'un « corps » protecteur commun au corps maternel et au sien. Petit à petit, le Moi-peau du bébé trouve sur sa propre peau psychique un étayage suffisant. Il devient alors capable de se protéger seul et, par conséquent, de se séparer de sa mère.
- **fonction d'individuation de soi** : les caractéristiques de la peau sont propres à chacun, c'est une « peau personnelle ». Le Moi-peau confère « le sentiment d'être un être unique, d'être chez soi » et donc construit l'identité du sujet.
- **fonction d'inscription des traces sensorielles** : la peau fournit des informations sensorielles qui permettent d'intégrer certaines informations du monde environnant. Le Moi-peau, lui, permet et conserve l'inscription des traces sensorielles. La mère stimule cette fonction lors de l'*object presenting* selon **Donald Winnicott**, lorsqu'elle fait découvrir le monde de la réalité à son tout-petit.
- **fonction d'inter-sensorialité** : cette fonction relie les différentes sensations reçues par la peau, le Moi-peau est une surface psychique constituée par la trame des diverses sensations qu'elle relie en un « sens commun ».
- **fonction de soutien de l'excitation sexuelle** : la peau est organisée comme toile de fond des plaisirs sexuels au travers de l'investissement par la mère de la peau de son nourrisson. Le Moi-peau est la surface soutenant l'excitation sexuelle et sur laquelle se découpent les zones érogènes.
- **fonction de recharge libidinale** : le Moi-peau assure le « maintien de la tension énergétique interne et de sa répartition inégale entre les sous-systèmes psychiques ». [6]

En somme, la peau est le contenant du Moi. Le Moi-peau participe à la mise en place d'enveloppe contenante pour l'enfant. Le Moi-peau est une interface permettant l'intégration des limites entre le dedans et le dehors.

Également, une fois que l'enfant aura intériorisé ce sentiment d'être contenu il va pouvoir différencier le soi du non-soi. L'enfant aura alors conscience d'être un individu unique, différencié de l'autre et unifié.

\*\*\*\*\*

Le corps est le lieu de rencontre de toutes les expériences. Il est important de retenir que l'expérience (sensation) est le point de départ de la prise de conscience (perception) et de l'intégration cognitive qu'elle permet (représentation).**[22]**

L'enfant se construit par ses expériences au travers de l'intégration de son image du corps et de son schéma corporel, c'est à dire ses représentations corporelles. Celles-ci lui permettent de connaître et reconnaître son corps. De même, la construction de l'enveloppe psycho-corporelle participe à l'individuation de l'enfant. Ensemble elles permettent à l'enfant de sentir son corps pour l'habiter et soutenir la construction de soi.

Cependant, toute cette construction peut être altérée dans le cadre de troubles neuro-développementaux comme l'autisme.

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

**Fabien Joly** nous dit que « le corps et les enjeux du corporel et du psychomoteur sont consubstantiels, voire pathognomoniques des états autistiques, envahissant de façon systématique et très spécifique une singulière manière autistique “d’habiter son corps” » [46]. On observe alors chez les enfants autistes une « dysharmonie globale », pour reprendre ses termes, entraînant des discordances dans les différents secteurs de la psychomotricité.

Nous allons dans ce chapitre nous intéresser à l'impact du défaut de l'investissement du corps sur la construction de soi chez les enfants autistes.

### I. Particularité de l'intégration des informations sensorielles

Les enfants porteurs d'autisme ont des particularités sensorielles uniques qui interpellent. Ils présentent des particularités sensorielles significatives qu'il est nécessaire de prendre en compte pour avoir une meilleure compréhension de leur fonctionnement et de leur comportement. Chaque personne autiste présente sa propre affinité avec les expériences sensorielles et perceptives. Il est alors nécessaire de prendre le sujet dans sa globalité mais aussi dans sa singularité.

Dans le trouble du spectre de l'autisme, le cheminement *sensation, perception, représentation* est entravé perturbant ainsi l'intégration sensorielle. On observe alors des anomalies des modes d'intégrations sensorielles importantes. Ces troubles de la modulation sensorielle « correspondent à des difficultés de traitement de l'information sensorielle qui arrive jusqu'au cerveau. » [41]

**Fabien Joly** [47] souligne les enjeux pathognomoniques du sensoriel et de la sensori-motricité chez les enfants autistes. Ces derniers sont notamment dans une recherche exacerbée de flux sensoriels.



L'intégration sensorielle peut se traduire par une hypersensibilité. Dans ce cas, le seuil neurologique pour atteindre le système est bas. Le seuil neurologique «fait référence au niveau de stimulation nécessaire pour obtenir une réponse d'un neurone » [24]. Ici il ne faut que peu de stimulations sensorielles pour atteindre le seuil et déclencher une réponse.

Liam présente une hyper-sensibilité sensorielle auditive. Il est parasité par les bruits de fond. Les cris des autres enfants de l'IME peuvent provoquer chez Liam une hyperactivité et une distractibilité. Ces comportements sont en faveur d'un seuil neurologique bas dans ce domaine. Il a recours à un casque anti-bruit pour limiter les sons.

À l'inverse, l'intégration sensorielle peut se traduire par une hyposensibilité qui correspond à des seuils neurologiques hauts nécessitant un niveau de stimulation important pour déclencher une réponse.

Liam présente une hyposensibilité vestibulaire. Il se balance beaucoup sur lui-même. Il fait osciller sa tête avec force et vitesse pour rechercher des sensations au niveau de l'oreille interne. En station debout il est à la recherche de mouvements. Ces comportements sont en faveur d'un seuil neurologique élevé dans ce domaine. Liam cherche à agir pour lutter contre ce seuil en recherchant des sensations.

Liam illustre les particularités des sens que l'on peut retrouver chez l'enfant autiste. Selon **Fabien Joly** il existe « une constante autistique résidant dans l'alternance énigmatique à la fois d'hypo et d'hyper-sensibilité vis-à-vis des stimulations auditives, visuelles, tactiles, labyrinthiques et gustatives ». [47]

En réponse à ces seuils, les sujets réagissent avec une réponse comportementale, soit en accord avec, soit en les contrant. Le but étant d'atteindre l'homéostasie. Ainsi, ces troubles de l'intégration sensorielle peuvent générer des troubles du comportement, un évitement de certains aspects de l'environnement, un isolement social ou des rigidités comportementales excessives. Cela peut limiter l'accès de l'enfant aux apprentissages sociaux ou scolaires et altérer le développement psychomoteur. [41]

En début de prise en charge psychomotrice, il est important d'évaluer le profil sensoriel de l'enfant concerné afin d'établir les domaines touchés. L'objectif de prise en charge concernant les troubles de la modulation sensorielle est de partir du niveau sensoriel de l'enfant et de l'aider très progressivement à modifier son traitement de l'information. En stage, la psychomotricienne utilise le *Profil Sensoriel* de Dunn pour évaluer l'impact des troubles sensoriels de l'enfant sur sa vie quotidienne. Ce bilan a la forme d'un questionnaire pouvant être rempli par l'ensemble des personnes côtoyant l'enfant quotidiennement (parents et soignants).

Ce défaut d'intégration sensorielle est donc en partie à l'origine des difficultés d'adaptation des enfants autistes. Ces différences de sensibilités aux extrêmes reflètent le défaut majeur d'habituation de ces enfants. Ils ne parviennent pas à s'habituer à une stimulation sensorielle puisqu'elle ne fait pas trace. Pour pallier à ce défaut de représentation et pour lutter contre les angoisses que cela peut générer, ils utilisent la production de comportements stéréotypés de stimulation ou d'évitement.

Toutefois, la stratégie de contrôle de l'environnement extérieur impacte sur le développement de la construction de soi. En effet, selon **André Bullinger** « les flux sensoriels sont un des matériaux privilégiés qui alimente l'activité psychique ». Or, on vient de le voir, chez l'enfant autiste le traitement de l'information sensorielle est dysfonctionnel. Ces enfants seront toujours emprunt à un défaut de modulation sensorielle, ce qui entrave leur développement psychique

De plus, les travaux d'André Bullinger spécifient que l'enfant autiste privilégierait un système archaïque pour le traitement des flux sensoriels. C'est à dire qu'il privilégie la qualité de la stimulation à la quantité, et donc à la capacité de moduler la sensation. [53]

Par ailleurs, la construction d'une image globale et unifiée de son corps et du monde extérieur passe par la mise en commun des différents sens. Il s'agit d'une comodalisation polysensorielle. **André Bullinger** décrit la comodalisation comme la coordination des différents flux sensoriels. Pour **Bernard Golse** « l'articulation des différents flux sensoriels issus de l'objet, est nécessaire pour que le sujet puisse prendre conscience du fait que l'objet concerné lui est bien extérieur. ». [27]

Il décrit l'intérêt de percevoir, par au moins deux canaux sensoriels différents, un objet extérieur à soi pour le reconnaître. La comodalisation occupe une place centrale quant à l'accès à l'inter-subjectivité.

Cependant, [47] « il existe une constante autistique résidant [...] dans la défaillance conjointe des modalités habituelles d'intégration, de rassemblement et de co-modalités sensorielles. » Les enfants autistes n'ont pas la possibilité de faire ce lien. Ils juxtaposent les afférences sensorielles, sans faire de lien entre elles, « le monde ainsi perçu est sans relief, sans perspective, sans volume » [20]. Ils n'ont pas la capacité d'associer les sensations entre elles pour avoir une compréhension globale de l'objet. **Pierre Delion** nous dit [20] que « l'autiste ne concentre jamais ses sens sur un même objet. Soit il oriente tous ses investissements sur une même modalité sensorielle, soit chacun de ses sens investit un objet différent ».

On peut faire le lien avec ce que **Donald Meltzer** nomme « démantèlement ». Ce dernier est un mécanisme de défense chez le sujet autiste qui cloisonne chaque modalité sensorielle pour ne pas être débordé par les sensations venant de l'environnement.

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

Cela rend la prise en compte totale d'un objet ou de leur propre corps impossible. En conséquence, cela entraîne une altération dans le développement de la pensée, de l'action et des représentations qui soutiennent l'activité psychique et l'interaction avec cet objet total.

Les personnes autistes percevraient donc le monde en détails sensoriels. On peut reprocher cela avec un défaut de cohérence centrale. La cohérence centrale est la capacité à analyser spontanément les informations de manière globale. L'ensemble des éléments est perçu simultanément plutôt qu'isolément. Or, nous l'avons dit plus haut, les personnes autistes ont une grande difficulté à établir une vue d'ensemble, tant sur le plan des perceptions que sur le plan de la pensée.

## II. Difficultés à se représenter soi-même

Dans la construction de leur représentation corporelle, les enfants autiste semblent bloqués au niveau des sensations. Comme évoqué précédemment, on constate chez eux une exacerbation de leur sensorialité et des difficultés dans la mentalisation et la représentation. Ils ont tendance à mettre en acte car ils ne peuvent pas passer aux représentations de leurs actions. Il y a une impossibilité de mettre en sens leurs vécus et de les transformer en une expérience psychique intégrable.

**Catherine Potel** nous dit que « chez les autistes le schéma corporel est souvent incomplet par l'incapacité de se représenter la globalité du corps et les attaches qui lient les parties du corps entre elles. » [57] Ces enfants ont donc une représentation de leur corps qui n'est pas unifiée.

**André Bullinger** considère l'agitation de ces enfants comme répondant à « l'impossibilité de se construire une image du corps stable et permanente, les variations toniques tenant lieu de consistance : des impressions sensorielles en l'absence de représentation ». [53] L'image du corps est donc altérée et ne peut participer à l'élaboration du représentation de soi solide. On observe toujours une faille des images du corps chez les sujets autistes. [47].

Pour **Pierre Delion** « les différentes pathologies autistiques sont autant de modalités d'habiter son corps ». [20] Cependant, on retrouve un caractère commun, qui est le fait qu'ils ne distinguent pas l'autre comme étant différencié de leur propre corps.

[53] **Anne-Marie Latour** décrit chez les enfants autistes, les obstacles rencontrés dans l'organisation de l'image du corps « ou plutôt dans ces bouts d'images du corps ». Elle détaille les étapes de cette construction comme suit :

- **n'être qu'un point** : il n'existe pour l'enfant qu'une succession de « points » dans l'espace qu'il appréhende sensoriellement. « Ces différents "points" se juxtaposent sans se relier, un point est perçu après l'autre mais non conjointement » [53]

Ce phénomène rejoint la notion d'unidimensionnalité de **Donald Meltzer**. Dans cette expérience psychique unidimensionnelle les objets sont réduits à leur seule qualité : présence ou absence, stimulant ou non stimulant, attirant ou repoussant. C'est donc un monde binaire. Le monde n'est perçu qu'au moment de la sensation, en dehors de ça il ne semble pas exister. L'enfant peut rester immobile, à prendre l'allure d'un « coma vigile », sans réaction.

- **n'être qu'une surface, adhérer, se coller** : « Etre surface c'est vivre dans un monde dans lequel n'existent que les surfaces sensorielles excitées (visuelles, tactiles, gustatives, auditives, olfactives proprioceptives, vestibulaires), dans lequel les objets (y compris les personnes) n'ont d'autres significations que sensorielles» [53]. Pour pallier l'absence de représentation de la discontinuité, ces enfants se collent aux sensations pour ressentir une certaine continuité. Ils se collent pour « éviter d'éprouver le trou noir de la séparation » et à la place créer un « continuum entre le monde et lui ».

Cela nous renvoie à ce que **Donald Meltzer** nomme la bidimensionnalité. Le sujet perçoit le monde sur une modalité uniquement sensorielle. La sensorialité est la seule qualité qui prévaut. Le rapport au monde se fait ici sous forme de collage, sans distinction entre intérieur et extérieur. On retrouve alors des phénomènes d'adhésivité qu'**Esther Bick** nomme l' « identification adhésive ». Celui-ci limite la capacité de l'enfant autiste à se construire un espace pour penser. Certains enfants vont même se coller physiquement au corps de l'adulte, aux objets ou même aux murs.

- **n'être que pli et tube** : tout d'abord l'enfant autiste s'intéresserait aux creux et aux plis, puis aux bords et aux limites dans une recherche de délimitation. Ensuite il expérimente le tube. Cette forme de « trou-avec-bord » semble organisatrice pour l'enfant autiste. L'enfant fait des transvasements, puis expérimente les différentes fonctions du tuyau comme laisser couler ou retenir. Ce sont ces expérimentations, avec la manipulation des tuyaux et des tubes, qui permettent à l'enfant « une mise en forme de la représentation du corps ». Pour **Pierre Delion** « le moi-tuyau, qui est une des premières images du corps disposant d'un intérieur ». [20]

### III. Défaut de contenance

En psychomotricité et dans la clinique de l'autisme on observe un certain nombre d'éléments pathologiques dont un défaut des contenants et des enveloppes corporelles.

En stage, je me rends compte à quel point les enfants que je rencontre manquent de contenance. Certains semblent, à tout moment, sur le point de s'effondrer physiquement et psychologiquement.

Jusqu'à l'âge de 8 ans Tim passait ses journées dans une poussette qu'il avait énormément de difficultés à quitter. Aujourd'hui Tim a 9 ans et a quitté sa poussette. Cependant il a toujours besoin d'un support contenant dans lequel s'installer notamment pour s'apaiser lorsque l'excitation le déborde. Un pouf est à sa disposition sur son groupe à l'IME. Ce pouf s'adapte à la morphologie de Tim et lui permet d'avoir des appuis sur l'ensemble de son arrière fond. Tim s'y sent contenu.

Pour **Fabien Joly [47]** les enveloppes chez l'enfant autiste sont « inexistantes ou très fragiles, avec une discordance induite dans l'habitation corporelle ». Elles peuvent également être trouées. Mais dans tous les cas elles ne sont jamais unifiées [48]. **Didier Anzieu** illustre cela en parlant d'un « Moi-peau passoire ». [6]

Pour **Genevieve Haag** « on peut dire que dans l'état autistique grave, le sujet n'est pas dans sa peau » [29], elle dit même que lorsque « les enfants sont dans l'état autistique le plus sévère, on peut dire qu'ils sont sans peau » [30]. Ils ne sentent pas leur peau comme enveloppe contenante, rien ne sépare l'intérieur de l'extérieur.

L'enfant peut alors chercher à tester ses limites corporelles, en s'automutilant pour « essayer de sentir malgré tout un point d'attache corporel ».

Noé est un adolescent aux oreilles marquées. En effets ces dernières sont dites "en chou-fleur", la cause à de nombreux othématomes (hématomes du pavillon de l'oreille) dûs aux coups qu'il se donne dessus. Je suis impressionnée par la violence des coups qu'il s'inflige. À plusieurs reprises Noé ira jusqu'à avoir des écoulements de sang dans les conduits auditifs.

Les autostimulations sensorielles sont dites défensives. Elles sont réalisées pour, « tout de même se ressentir [...] en regard des limites et attaches corporelles précaires dans un espace non construit ». [29]

De plus, cette automutilation sensorielle liée aux stéréotypies participe à la recherche d'immuabilité chez les autistes. Elle assure une sensation prévisible rassurante qui permet une continuité et donc une certaine contenance.

Je constate en stage, une diminution des autostimulations et un certain apaisement quand ces enfants sont contenus, par l'utilisation d'une couverture lestée par exemple.

En effet, lorsque l'enveloppe ne contient pas les mondes de l'enfant, ce dernier se retrouve dans des états de désintégration et ne peut vivre un sentiment d'identité. L'enfant est soumis à des angoisses. Pour lutter contre l'imprévisibilité des événements, et palier l'angoisse, on voit apparaître chez les enfants autistes, des stéréotypies.

Également, on note chez ces enfants l'absence d'enveloppe psychique solide. La perturbation de l'introjection de la fonction contenante a entraîné chez eux une construction défailante de cette « première peau ». En conséquence, ils développent « une seconde peau » pathologique qui agit comme substitut. **Frances Tustin** désigne cette même notion sous le terme de « carapace autistique ». « Le phénomène de "seconde peau" qui remplace l'intégration de la première peau, se manifeste par un type de carapace musculaire partielle ou totale » [18]. De fait, on observe des recours à des agrippements toniques sans adaptation à la situation. Ces derniers illustrent la formation de cette « seconde peau ». Là aussi, cette réaction est considérée comme défensive. Son recours est nécessaire pour procurer une sensation de contrôle à défaut de sécurité interne fiable.

Pour l'enfant autiste, chez qui l'enveloppe contenante et régulatrice ne fonctionne pas ou très mal, il existe des phénomènes de clivage dans le domaine des sensations.

Selon **Geneviève Haag** les clivages sont présents de manière non pathologique chez le nourrisson et disparaissent dans son développement. S'ils perdurent ils peuvent être repérables chez le sujet autiste. S'ils sont excessifs, ces phénomènes de clivages entravent les processus d'intégration voire causent une désintégration. Ces mécanismes sont des mécanismes de défense.

Dans son livre [53] Anne-Marie Latour décrit les différents phénomènes de clivage chez l'enfant autiste comme suit :

- **clivage corporel vertical gauche/droite** : le clivage entre les hémicorps peut aller jusqu'à prendre l'allure d'une hémiplegie. On constate une différence de tonus entre les deux hémicorps, tout un côté peut sembler abandonné. Cela a des conséquences sur la démarche qui peut être décrite comme « penchée ». Cela entraîne une impossibilité de coordination bi-manuelle et l'impossibilité de croiser les membres sur l'axe. On retrouve à une étape supérieure de ce clivage des enfants qui vont avoir besoin de tenir deux objets identiques dans chacune de leurs mains.
- **clivage vertical devant/derrière** : l'avant et l'arrière soit le dos et le ventre ne semblent pas former un ensemble. Chez ces enfants, le dos et l'arrière plan restent ignorés et le ventre perçu comme un trou qu'il faut boucher avec des objets. La réduction de ce clivage passe par l'intégration d'un appui-dos solide.
- **clivage haut/bas** : l'intégration du bas du corps déjà longue et complexe dans le développement non pathologique, n'est, chez l'enfant autiste, pas réalisée ou alors de manière très imparfaite. Ceci peut expliquer les angoisses de chute, d'éclatement ou d'effraction, de vidage et d'intrusion par les orifices. Ces enfants ne semblent porter aucun intérêt pour le bas de leur corps.



Cela se traduit lors de la marche avec une marche sur la pointe des pieds compensée par un accrochage en haut, par exemple avec des bras en chandelier. On constate un investissement du tonus différent entre le haut et le bas. On peut aussi remarquer chez certains que, lorsqu'ils ramassent un objet au sol, ils ne plient pas les genoux mais se "cassent" en deux au niveau du bassin.

On constate donc bien ici l'impact de la fragilité de constitution de l'enveloppe et du défaut de contenance sur la construction de soi chez l'enfant autiste.

\*\*\*\*\*

« La *psychomotricité* d'un individu, c'est au fond, la manière d'un sujet d'habiter son corps » [46]. Or, le corps de l'enfant autiste n'est pas investi, ni habité. De ce fait, il est en difficulté pour mentaliser et aboutir à une représentation cohérente, globale et unifiée de lui-même et de l'environnement.

Nous allons donc maintenant voir comment le psychomotricien peut, en proposant des expériences corporelles tolérables et assimilables, favoriser cette mentalisation et donc la construction de soi chez l'enfant autiste.

### **Partie 3 : À la recherche d'une médiation particulière : la pataugeoire thérapeutique dans la prise en charge psychomotrice d'enfants autistes**

---

Nous avons d'abord voulu montrer que les enfants et adolescents autistes présentaient un défaut d'investissement des expériences corporelles ainsi qu'une difficulté à se représenter un corps suffisamment solide et stable. Nous avons mis également en avant le défaut d'une représentation de contenance. Il nous fallait donc trouver un moyen pour aborder ces jeunes au regard de leurs problématiques, en insistant sur l'importance de trouver des médiations adaptées pour favoriser la construction de soi.

L'eau, de part ses caractéristiques, paraît être ainsi un médiateur intéressant à utiliser en psychomotricité ; à la fois attrayant pour l'enfant, non dangereux pour lui, capable de reprendre toujours la même forme (médium malléable), pouvant être contenu, attaqué, projeté ou permettre des enveloppements du corps... Ce médiateur peut permettre à l'enfant autiste de projeter et exprimer ses préoccupations, notamment corporelles.

Au sein de l'IME est utilisée plus spécialement une médiation qui utilise l'eau : la médiation pataugeoire. Pour Anne-Marie Latour, le soin en pataugeoire est communément appelé médiation corporelle ou bien médiation aquatique. [53] Cette médiation thérapeutique, proposant un lieu clos, contenant et sécurisant, va permettre d'aborder la corporéité de l'enfant autiste.

Je pose alors comme hypothèse que :

**La pataugeoire est le lieu où l'enfant autiste va pouvoir s'exprimer et faire l'expérience, de manière non dangereuse, de sa réalité corporelle, à travers la mise en sens par le psychomotricien. Ainsi, l'utilisation de la médiation pataugeoire en psychomotricité va permettre de soutenir la construction de soi chez l'enfant porteur de TSA.**

La médiation thérapeutique en pataugeoire va donc être l'objet des chapitres qui suivent. J'aborderai les différentes notions liées à la pataugeoire puis j'étayerais mon propos à l'aide d'un cas clinique.

# Chapitre 1 : L'eau

Au cours de mes différents stages, j'ai pu travailler avec l'eau dans différentes approches telles que la balnéothérapie, la piscine, la pataugeoire et le bain thérapeutique. Et ce, avec diverses populations allant de l'enfant polyhandicapé à la personne âgée. Les effets de l'eau sur le corps, les émotions et le psychisme des patients que j'ai pu observer m'amène à penser que l'eau est tributaire de ce qu'il se joue en chacun de nous.

## I. Caractéristiques de l'eau et ses effets sur le corps

Selon **Catherine Potel**, « à l'origine, il y a l'eau » [58]. Il y a plus de trois milliards d'années, la première trace de vie cellulaire apparaît dans les océans. Aujourd'hui encore, les premiers instants de notre vie tiennent place dans un milieu aquatique. L'eau joue un rôle indispensable dans notre développement.

L'eau est un « corps liquide incolore, inodore, insipide, dont les molécules sont composées d'un atome d'oxygène et de deux atomes d'hydrogène ». [43]

L'eau est un milieu avec des caractéristiques physiques particulières qui déterminent des conditions spécifiques pour le corps. Parmi ces caractéristiques nous pouvons entre autre citer les suivantes :

- La **résistance hydrodynamique** : est la résistance de l'eau sur les mouvements. Elle exerce une force contraire et donc un ralentissement au déplacement du corps immergé.
- La **pression hydrostatique** : c'est la pression exercée par l'eau sur le corps immergé. Elle varie en fonction de la profondeur. Elle est à l'origine de stimuli extéroceptifs qui permettent une meilleure perception des membres.
- La **transparence** : c'est la propriété d'une substance à transmettre la lumière. Dans l'eau l'individu voit son corps par transparence toutefois cette dernière n'est pas nette. Celle ci va également permettre au sujet d'appréhender la profondeur.

- La **poussée d'Archimède** : est le fait que « Tout corps plongé dans un fluide éprouve une poussée verticale, dirigée de bas en haut, égale au poids du fluide qu'il déplace et appliquée au centre de gravité du fluide déplacé, ou centre de poussée » [43]. Ceci explique le phénomène d'apesanteur que nous ressentons lorsque nous sommes immergés.
- La **température** : est une grandeur physique subjective reliée à la sensation de froid et de chaud. Les effets physiologiques de l'eau sont variables en fonction de la température. Celle-ci va avoir une influence sur l'activité motrice et le relâchement musculaire.

De par ces caractéristiques décrites, l'eau a des effets physiques, physiologiques et psychiques sur le corps.

Tout d'abord, l'eau est un élément qui « prend la forme du corps et matérialise ainsi une enveloppe contenante, essentiellement sensorielle et tonique ». Elle permet donc de travailler sur les frontières dedans/dehors et sur la fonction contenante de la peau. Elle crée une enveloppe qui permet au sujet de mieux percevoir les limites de son corps. Ainsi, elle permet de faire comprendre, notamment à l'enfant autiste, que son corps est impénétrable. En immersion, l'eau amène matière à travailler sur les appuis et la verticalité ainsi que l'équilibration. La poussée d'Archimède dont on a précédemment parlé, va permettre l'allègement du poids du corps. [2]

Paul a un indice de masse corporelle (IMC) élevé par rapport à l'attente pour son âge. Il est en situation d'obésité. Dû à sa condition physique, Paul se retrouve entravé dans sa motricité. J'accompagne Paul à l'atelier piscine une fois par semaine. Je constate que dans l'eau il se retrouve libéré du poids de son corps grâce à cette apesanteur. Il fait de nouvelles expériences motrices, impossibles dans un autre milieu. Dans l'eau Paul s'immerge totalement puis se propulse, ce qui le fait sourire. Il prend plaisir à se trouver dans cet élément. L'eau lui fait vivre un corps plaisir.

Celle-ci peut amener à vivre des sensations inexplorées comme celle d'être portée par l'eau. Elle est donc favorable à un travail sur le portage. De plus, l'eau accompagne le geste. Elle est sensible au moindre mouvement et y réagit par résonance en le prolongeant tel un écho.

Ensuite, l'eau a un effet sur le tonus. À son contact, le corps peut exprimer des états toniques très variés allant d'une part, de la détente régressive, avec un effet de relaxation. Et d'autre part, à des états hypertoniques conséquence soit d'une jubilation joyeuse, soit d'une anxiété.

Effectivement, en plus de ses effets sur le corps, l'eau a des répercussions sur notre psychisme et plus particulièrement sur nos émotions. **Catherine Potel** parle de surface de projection des sentiments humains : « cette fonction de surface de projection de l'eau fait d'elle un bon indicateur des états émotifs, psychiques. » **[58]**.

Chez certaines personnes l'eau peut être considérée comme un danger et déclencher de la peur. Chez d'autres, l'eau est liée à une sensation de plaisir et générer des affects positifs. Enfin, l'eau peut permettre un retour à une étape antérieure du développement psychique, c'est ce que l'on appelle une régression.

## **II. L'eau comme médiation en psychomotricité**

### **2.1) Définitions**

Le mot **médiateur** vient du latin « mediator » et signifie ce qui produit une médiation. **Pour Françoise Giromini**, « le médiateur thérapeutique est le support, le moyen qui est utilisé pour favoriser la relation, l'échange et la communication avec autrui. Il n'est pas utilisé pour la transmission d'un savoir ou d'un savoir-faire au titre d'un apprentissage. » **[26]**

Le mot **médiation** vient du latin « mediare » qui signifie « être au milieu de, s'interposer ». **[43]**. C'est une pratique qui amène à l'utilisation de l'outil médiateur.

La relation revient comme élément central dans l'utilisation de médiateurs et médiations. Le médiateur peut être considéré comme un objet commun à partager et à créer. De même la médiation propose un espace "entre", comme un intermédiaire entre soi et l'autre. Elle vient coder la relation. [57] La médiation va pouvoir à la fois installer une distance physique en introduisant un tiers mais aussi créer du lien. Elle crée une « aire intermédiaire d'expérience » pour reprendre les mots de **Donald Winnicott**.

La médiation peut alors permettre de se différencier de l'autre, de se construire comme sujet. Comme le dit **Bernard Golse**, « la pensée elle même doit passer par la médiation sensori-motrice pour être saisie par le sujet » [26]

Il existe un grand nombre de médiations variées. Chacune est riche de potentialités.

Au cours de son travail et de sa pratique, le psychomotricien peut se saisir de la médiation comme d'un outil. En psychomotricité, le choix du type de médiation découle du projet thérapeutique et des centres intérêts du patient. Dans tous les cas, l'objectif est de proposer un espace d'expériences dans lequel les sensations et les perceptions pourront s'organiser. Ceci afin d'aider à transformer les éprouvés en représentations, « il s'agit donc d'activer les processus de passage du registre perceptif et sensori-moteur au figurable » [10]. La médiation psychomotrice va mettre en avant le jeu du corps pour favoriser la mise en sens de l'acte.

Dans les thérapies à médiations, l'enjeu se décale de la compétence. En effet, « ce n'est pas la technique pure qui intéresse mais bien ce que ces expériences produisent comme effets, qui eux-mêmes produisent du changement puisqu'ils touchent des zones profondes de l'être. » [2]

L'intérêt des médiations thérapeutiques est de proposer une alternative aux espaces de paroles qui ne sont pas toujours adaptés ou acceptés par les patients.

## 2.2) La médiation eau en psychomotricité

L'eau est utilisée depuis longtemps à des fins thérapeutiques. **Pierre Lafforgue** nous dit que « l'eau a toujours été un séduisant médiateur » pour l'Homme. [53] Les activités en milieu aquatique sont des pratiques relativement anciennes et fréquentes dans les institutions. Il est important de noter que travailler en piscine, en pataugeoire, en baignoire à jets, en mer, etc offre une large possibilité de prise en soin mais n'implique ni les mêmes enjeux ni les mêmes adaptations. Cependant, dans chacune d'entre elles le psychomotricien peut trouver sa place.

Le psychomotricien a une approche particulière de l'eau, qu'il considère comme une médiation rééducative et thérapeutique.

On l'a vu précédemment, chacun établit comme une sorte de relation avec le monde aquatique : parfois angoissante, traumatique ou alors source de plaisir, de bien être. **Catherine Potel** nous dit que « chacun vit avec l'eau une histoire personnelle, intime. Et c'est de ce rapport étrange et totalement subjectif entre le corps et l'eau que va naître l'intérêt des soignants pour l'eau en tant qu'élément de médiation thérapeutique. » [58] C'est donc en fonction de cette histoire que le psychomotricien s'adaptera et anticipera au mieux les réactions du patient.

On entretient donc un rapport totalement subjectif entre notre corps et l'eau, que ce soit du côté du psychomotricien ou du côté du patient. Or « dans l'eau, le corps du thérapeute est autant engagé que celui du patient. Et c'est de cet engagement corporel que naît la spécificité d'un travail dans l'eau. » [58] Il est nécessaire qu'une relation de confiance et une alliance thérapeutique soient établies entre le psychomotricien et le patient. Le psychomotricien doit être dans une disponibilité psychique et physique pour son patient tout particulièrement dans ce milieu car l'eau peut vite devenir angoissante.

Pour **Catherine Potel** il se dégage plusieurs axes du travail dans l'eau. Tout d'abord, l'eau est un espace transitionnel, c'est un intermédiaire tactile, un espace visible et palpable qui agit comme tiers séparateur en venant trianguler la relation.

Elle permet de travailler la relation de soi à soi, la relation à l'objet et la relation aux autres et à l'environnement. C'est une aire de jeu permettant des explorations psychomotrices structurantes. Il s'agit d'un lieu de rencontre dans un autre monde plus proche et plus intime. Et enfin, l'eau amène un travail de rééducation permettant un réengagement fonctionnel du corps.

### 2.3) Un médium malléable

**Marion Milner** définit le médium comme une « substance d'interposition à travers laquelle les impressions sont transmises aux sens » [10]. C'est l'« objet transitionnel du processus de représentation ». [58] Selon la théorisation de Marion Milner reprise plus tard par **René Roussillon** l'eau est un médium malléable. Elle présente donc 5 caractéristiques :

- **disponible** : elle est là, présente, on peut la voir, la toucher. Dans le bassin, il suffit d'ouvrir le robinet pour avoir de l'eau.
- **transformable à l'infini** : change de forme suivant son contenant et la température, avec une infinité de manipulations.
- **caractère vivant** : l'eau possède une animation propre.
- **indestructible** : ne s'altère pas même si on la frappe violemment.
- **extrêmement sensible** : elle réagit au moindre geste aussi infime soit-il.

Pour **Catherine Potel**, l'eau en temps qu'objet médium malléable va permettre à l'enfant « de dépasser l'expérience du sensoriel et d'accéder à la fonction de représentation, dans des processus plus secondarisés. » [58] Le psychomotricien peut donc se saisir de ce médium malléable qu'est l'eau pour favoriser la construction des représentations corporelles.

### 2.4) L'eau et l'autisme

« L'eau tient, chez beaucoup d'enfants autistes, une place privilégiée et très particulière, car sans doute liée à des sensations très archaïques, intra-utérines, et probablement apaisantes. » [5] Le contact avec l'eau peut être recherché par l'enfant autiste. Certains peuvent même en arriver à des degrés de fascination importants.



Valentin est un adolescent grand et mince. Lorsque je passe dans le couloir de l'IME, j'observe que Valentin se trouve très souvent dans les toilettes. La porte est ouverte, il se tient devant le lavabo. Le lavabo est bas pour lui. Je l'observe presque plié en deux le regard au niveau du robinet, d'où l'eau s'écoule. Ses mains sont sous l'eau. De temps en temps, il lève les mains au dessus du robinet. Il place alors ses paumes vers le bas, les doigts vers le sol. Chaque doigt est en contact le pouce. Il secoue chaque main en regardant l'eau ruisseler et les gouttes tomber du bout de ses doigts. Valentin peut rester ainsi des heures à manipuler l'eau.

Le recours aux médiations corporelles permet pour Anne Brun [10] d'engager un travail thérapeutique avec des patients, tels que les enfants autistes, qui n'ont généralement pas accès aux processus de symbolisation par le langage. Étant donné l'intérêt porté à l'eau par les enfants autistes, la médiation aquatique apparaît comme très intéressante à utiliser.

Compte tenu de ces observations, il est légitime de se demander comment utiliser cet intérêt pour l'eau et comment s'en saisir à des fins thérapeutiques chez les enfants autistes. D'ailleurs pour Anne-Marie Latour « le choix de la médiation par l'eau apparaît comme une intuition féconde ». [53]

C'est pourquoi nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement à une médiation corporelle qui utilise l'eau : la pataugeoire.

## Chapitre 2 : La médiation pataugeoire

Lors de mon premier jour de stage à l'IME, la psychomotricienne me présente l'espace pataugeoire et m'informe que j'assisterai à une prise en charge. J'avais déjà entendu parlé de cette technique dans ma formation mais n'avais pas encore eu l'occasion de la voir dans ma pratique.

Je vais exposer ici comment la technique de la pataugeoire a vu le jour, comment elle est pratiquée et en quoi cette médiation qui utilise l'eau peut favoriser l'accès aux représentations internes de l'enfant autiste.

### I. Histoire et définition de la pataugeoire

C'est en observant que de jeunes enfants autistes étaient attirés par les flaques, qu'ils « s'y miraient, y pratiquaient de fascinantes stéréotypies sur les bordures et les éclats de lumière » ; que **Pierre Lafforgue**, médecin à l'hôpital de jour *La Pomme Bleue* à Bordeaux, a fait émerger l'idée d'inventer une « flaque thérapeutique ». **Anne-Marie Latour** nous dit que pour Pierre Lafforgue, « il y avait là quelque chose à exploiter afin de les rencontrer et peut-être leur permettre de progresser, en l'occurrence de "penser", mentaliser leurs expériences corporelles ».

[53]

Par le travail de Pierre Lafforgue et l'investissement de son équipe, fut progressivement élaboré cet espace technique appelée "pataugeoire". **Frances Tustin**, qui a participé à l'élaboration de cette médiation, écrit de ce lieu qu'il est « calme, chaud et régressif » comme une « couveuse pour la pensée ».

Historiquement, les premières mises en formes thérapeutiques de la pataugeoire ont été construites à partir des travaux de Didier Anzieu et de son Moi-peau. Puis d'autres concepts sont venus enrichir le cadre théorique de la pataugeoire. **Anne-Marie Latour** cite notamment les travaux de **Frances Tustin**, **Wilfried Bion**, **Donald Metzger** et sa théorie du démantèlement, **Françoise Dolto** sur l'image du corps, **Esther Bick** avec l'observation directe du nourrisson et **Genevieve Haag** sur le Moi corporel.

Toutefois, **Pierre Fafforgue** tient important de rappeler que « face aux angoisses archaïques du vécu corporel des psychotiques et des autistes, je crois nécessaire d'avoir recours à un ensemble d'approches théoriques polysémiques à condition que ces approches théoriques restent à l'état d'hypothèses du possible à penser et ne soient pas utilisées comme des vérités réductrices. » [51] **Anne-Marie Latour** insiste sur ce point en spécifiant que la théorie « fonctionne non comme une sorte de « prêt-à-penser ». Les concepts théoriques doivent être considérés comme des outils pour penser et non comme des vérités réductrices ». Ils doivent être plutôt considérés comme un apport à l'observation. En effet, c'est d'abord l'observation et l'analyse des comportements des enfants qui priment à la pataugeoire, permettant ainsi de mieux les comprendre et de pouvoir y répondre.

La prise en charge en pataugeoire d'enfants à problématiques diverses a permis « d'affiner l'éventail des indications, l'utilisation technique de base et la fréquentation de nombreuses hypothèses, théories et connaissances, tant neurologiques que psychogénétiques, ayant un rendement utile dans cette pratique d'un cadre architectural facilitateur des projections ». [53] La plupart des indications de pataugeoire sont individuelles, même si au départ les enfants y travaillaient en petits groupes.

La particularité de cette technique, comparée à d'autres médiations utilisant l'eau, est que l'enfant n'est pas en immersion.

**Anne-Marie Latour** décrit la pataugeoire comme : « un lieu clos, où l'enfant est reçu par des soignants [...] pour jouer dans la flaque avec l'eau de la manière qui lui est propre, dans des règles précitées, par la manipulation de jet et des objets et par la mobilisation de son corps. » [53]

La pataugeoire est décrite par **Pierre Lafforgue** comme étant un véritable outil de compréhension des enfants autistes. « À la fois ludique et sérieusement construite dans son cadre soignant », la pataugeoire est une médiation qui apparaît comme une réelle pratique complémentaire dans la prise en charge des enfants autistes. De même, pour Pierre Delion c'est un espace thérapeutique sur lequel les enfants autistes viennent jouer leurs modalités d'être-angoissé-au-monde. [19]

La théorisation de la technique thérapeutique de la pataugeoire s'articule, selon **Anne Brun [11]** autour de trois axes principaux :

- « la pataugeoire permet d'abord de réactualiser le rapport des enfants avec le monde liquide des eaux maternelles »
- « le cadre de la pataugeoire favorise la différenciation progressive d'un dedans et d'un dehors, d'un contenant et d'un contenu, et, par là même, le début de la construction d'une identité corporelle »
- elle permet également un travail sur les angoisses archaïques, ce « qui apparaît comme une phase de préparation à des techniques plus classiques »

Nous avons vu précédemment les difficultés de l'enfant autiste à construire des représentations, pouvant créer chez lui des angoisses corporelles. Or, grâce à la manipulation ludique de l'eau et d'objets simples, la pataugeoire vise à favoriser la symbolisation. Il s'agit de permettre à l'enfant autiste d'accéder à des représentations plus organisées, moins angoissantes. **[34]** Ainsi, la pataugeoire est un lieu qui utilise l'eau comme médiateur dans une perspective favorisant l'accès à des représentations internes.

De plus, l'enfant n'est pas seul dans l'espace pataugeoire. Les soignants sont là pour accompagner par des commentaires les expériences de l'enfant. La verbalisation par les soignants est importante en pataugeoire. Elle accompagne le passage de la perception à la représentation. La mise en mots de la situation vécue par l'enfant lui permet d'enrichir ses représentations.

Les soignants peuvent donc intervenir verbalement et corporellement. Cependant, leur but n'est pas d'être directif ni d'imposer des activités à l'enfant. Ils sont là pour permettre la symbolisation.

## **II. Le cadre de la pataugeoire**

Le dispositif pataugeoire dispose d'un cadre technique rigoureux, organisateur et opérant. Ce dernier doit être suffisamment contenant mais aussi disposer d'une certaine souplesse pour pouvoir rencontrer l'enfant et lui permettre d'élaborer aussi loin qu'il le pourra ses problématiques archaïques.

**Anne brun** met l'accent sur le fait que ce cadre thérapeutique est construit autour de différentes oppositions binaires comme par exemple : le dedans et le dehors, le sec et le mouillé, les adultes habillées et les enfants en maillot de bain.

## **2.1) Le cadre architectural**

### **2.1.1) Espace**

Pour décrire le cadre spatial je m'appuierai sur l'espace pataugeoire que je vois en stage, tout en m'appuyant sur les modalités décrites par **Anne-Marie Latour [53]**.

La pataugeoire est une pièce, plutôt petite, fermée. Une petite fenêtre est présente. Elle donne sur un mur, rien de l'extérieur ne peut être distingué depuis l'intérieur. Rien de l'intérieur ne peut être distingué depuis l'extérieur. Ceci permet de préserver l'intimité du lieu. Le sol est entièrement carrelé. Les murs sont carrelés jusqu'aux trois-quarts.

Lorsque l'on rentre dans la pièce, on se trouve dans l'« espace sec ». Nous y retrouvons un banc et une chaise. Sur la gauche se trouve un placard coulissant avec les couches, les serviettes et de petits paniers en plastique pour ranger les affaires personnelles des enfants. Il y a un panier par enfant. On trouve également la commande thermostatique de l'eau. Des portes-manteaux sont accrochés au mur pour y suspendre maillots, serviettes et autres vêtements.

C'est dans cet espace sec qu'ont lieu les temps de déshabillage et de rhabillage.

Dans la continuité de la pièce nous retrouvons un « espace-eau ». Les deux espaces sont différenciés par un carrelage au sol différent. Ils peuvent également être séparés visuellement par un rideau bleu opaque.

Dans cet espace le sol est incliné, légèrement creusé, pour permettre que se forme une flaque quand l'eau est gardée. Sur le mur de gauche se trouve le robinet. Il s'ouvre et se ferme par des mouvements de type « tirer-pousser ». Il est placé bas, de manière à être accessible à l'enfant. Sur celui-ci est fixé en permanence un tuyau d'environ deux mètres. C'est un tuyau d'arrosage vert et souple qui peut être pincé. Au sol se trouve le trou d'évacuation. Sur le mur de droite, en face du robinet, se trouve un grand miroir, recouvrant presque la totalité du carrelage en hauteur, et environ un mètre en largeur.

### **2.1.2) Le matériel**

Dans l'espace-eau on retrouve différents objets à disposition de l'enfant et des soignants. Dans la panier à jouets on peut retrouver entre autre : une baignoire pour bébé dans laquelle l'enfant peut se loger, récipients de différentes tailles et formes, éponges, passoires, des objets flottants ou immersibles, une poire, une famille de personnages, des poupons sexués, un biberon, un tube de crème, un tuyau souple et un rigide, un ballon en plastique gonflable réutilisable etc. Également, il y a dans cet espace deux chaises pour le confort des soignants.

Ces jouets sont permanents et ont été choisis pour permettre des manipulations simples par les enfants. Il s'agit surtout d'objets « permettant à l'enfant et aux soignants d'organiser le flux de l'eau : pas d'objets sophistiqués afin que l'enfant soit lui-même, le plus possible, moteur des transformations de l'eau et des montages qui vont complexifier ses productions ». Afin de correspondre au mieux à la problématique de l'enfant « le choix des objets se veut le plus en rapport possible avec les préoccupations des enfants et se trouve suivre les étapes du développement ». [53]

En pataugeoire le travail est fait sur des choses archaïques et le matériel mis à disposition est là pour exprimer la psychopathologie très intérieure de l'enfant. L'enfant utilise les objets pour montrer ce qu'il est, son identité corporelle. Les jouets doivent donc être « capables d'aider à la représentation ». [53]

## 2.2) « Un cadre dans la tête »

Ce cadre est constitué d' « une enveloppe institutionnelle, des appuis théoriques et un temps pour penser (moments de prise de notes, de régulation seul ou avec un collègue, groupe de recherche). » [53]

C'est un espace temps incluant régularité et fiabilité des horaires. C'est à dire que l'on se doit de respecter le jour et l'heure de la séance. Il y a une invariance du cadre spatio-temporel. Cela inclut également la permanence des personnes et des objets.

Le dispositif se doit d'offrir suffisamment de fiabilité et stabilité dans le temps pour que les enfants puissent faire l'expérience d'un « sentiment continu d'exister suffisant », nécessaire aux processus d'intégration du Moi. Mais aussi afin que les « productions archaïques soient accueillies et transformées et ne les détruisent pas ». Ce cadre assure donc la fonction de *holding* décrite par **Donald Winnicott**.

Ainsi, peu importe le contenu des séances ou le sentiment des soignants, l'enfant doit être assuré de retrouver séance après séance le même dispositif.

## 2.3) Principes de fonctionnement

Afin d'organiser les séances, il est nécessaire d'établir des règles de fonctionnement. Les principes suivants peuvent être énoncés préalablement à l'enfant :

- « On vient pour travailler avec l'eau ;
- Il faut se déshabiller pour aller dans l'eau ;
- Il faut se rhabiller pour sortir de la pataugeoire ;
- On peut mettre un maillot de bain ;
- On ferme la porte ;
- On ne sort que lorsque le travail est terminé ; ces deux derniers points montrent qu'il s'agit d'un lieu clos. » [53]

« Il n'est pas nécessaire bien sûr de formuler ces règles à tous les enfants et elles peuvent rester implicites. Elles sont là pour organiser le travail et n'ont aucune valeur en elles-mêmes : ces limitations ou interdits s'énoncent au fur et à mesure quand une question se pose par rapport au cadre. » [53]

D'autres principes seront énoncés à l'enfant au fur et à mesure, quand cela sera nécessaire :

- On ne met pas d'eau dans l'espace sec : cette règle permet de commencer à organiser l'espace ;
- On n'arrose pas les adultes car ils restent habillés pendant la séance ;
- On peut refuser de venir à la séance ;
- On ne fait pas pipi ou caca dans l'eau ;
- On ne se fait pas mal, on ne fait pas mal à l'autre ;
- On ne détruit pas le matériel ;
- On range et on nettoie avant de partir.

Ces règles ne sont opérantes que si elles restent des éléments du cadre. L'enfant doit les respecter. Cependant elles restent suffisamment flexibles afin de ne pas le bloquer dans la mise au travail de ses préoccupations. Ces principes ont « une valeur thérapeutique parce qu'ils "parlent" de l'organisation du monde, du temps, de l'espace, du corps et cela par leur concrétude même ». [53]

\*\*\*\*\*

Ainsi, pour **Anne-Marie Latour**, la pataugeoire peut apparaître à l'enfant comme un corps bon à explorer, « c'est en quelque sorte le corps de la pataugeoire qui est exploré avant que ce soit le corps propre de l'enfant ». Dans ce cadre, nous allons maintenant voir le rôle que joue le psychomotricien.

### III. L'approche du psychomotricien

De par sa formation, ses connaissances et son regard, je souhaite ici mettre en avant ce que le psychomotricien est à même d'apporter à l'enfant.



Tout d'abord, il est important de rappeler que le psychomotricien travaille par l'intermédiaire de médiations corporelles. En effet, notre décret de compétence (**annexe 2**) spécifie que le psychomotricien contribue « par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique. » Le psychomotricien peut donc utiliser la pataugeoire en tant que médiation.

Le psychomotricien tient compte de la personne dans son ensemble psychocorporel. Il cherche à agir sur les perturbations d'ordres psychiques qui s'expriment dans le corps. En pataugeoire, le psychomotricien prend en compte l'enfant dans sa globalité.

De plus, le cadre de la pataugeoire requiert l'implication du corps du thérapeute dans le lien à l'enfant. Le psychomotricien travaille donc à partir du corps pour favoriser l'individuation et la construction de l'enfant autiste.

Pour **Anne-Marie Latour**, « la pataugeoire est un des dispositifs les plus adaptés pour partir tranquillement à la découverte du corps et pour sa construction ». **[53]** Effectivement en pataugeoire l'enfant explore l'espace au même titre que son corps. Il projette son corps propre dans l'espace mais y exprime aussi ses émotions et angoisses. Or le regard du psychomotricien est spécifique à l'observation du corps et à la compréhension de ce qu'il se joue dans le corps de l'autre.

Ensuite, l'indication de cette médiation s'adresse à des enfants ayant des difficultés dans la mise en pensée entraînant des angoisses dues à des préoccupations non élaborées. Cela peut avoir des conséquences au niveau corporel, psychique, cognitif et relationnel. Par conséquent avoir également des répercussions sur le développement psychomoteur de l'enfant. Le psychomotricien est à même d'observer et d'accompagner l'enfant dans chacun de ces domaines.

L'objectif du psychomotricien est de favoriser l'expression des préoccupations de l'enfant et de lui permettre de comprendre les manifestations de son corps. Pour cela le psychomotricien se sert d'outils tels que la communication verbale et non-verbale, le dialogue tonico-émotionnel et sa posture. La médiation pataugeoire est donc un outil pour le psychomotricien afin d'accompagner le développement psychomoteur de l'enfant.

\*\*\*\*\*

En conclusion, la médiation pataugeoire et le travail du psychomotricien, par leurs approches et leur complémentarité, participent à la structuration et au développement de la pensée chez l'enfant autiste.

## **Chapitre 3 : Observations et réflexion clinique**

Afin de recontextualiser je vais, dans un premier temps, vous présenter l'établissement dans lequel j'effectue mon stage. Puis, dans une seconde partie, je vais vous présenter Elsa, une jeune fille que j'ai pu suivre en médiation pataugeoire cette année.

### **I. Présentation de l'institution**

#### **1.1) Généralités**

L'Institut Médico-Éducatif est un établissement du secteur médico-social à cadre gestionnaire associatif. Il dispose d'un agrément de 15 places (équivalent temps plein). Il accueille des enfants, adolescents et jeunes adultes de 9 à 22 ans présentant des troubles du spectre de l'autisme avec une déficience intellectuelle associée. Pour être admis au sein de l'IME, le diagnostic d'autisme doit être préalablement posé.

L'IME accueille les jeunes les lundis, mardis et jeudis de 9h00 à 17h00, le mercredi de 9h00 à 13h00 et le vendredi de 9h à 16h00.

En fonction des besoins de chaque enfant et adolescent, l'IME propose des prestations éducatives, pédagogiques, thérapeutiques et d'intégration sociale. Également, selon leur âge et leurs besoins, différents types de parcours peuvent leur être proposés.

L'établissement offre quatre lieux de vie. Les jeunes sont répartis indifféremment de leur âge ou de leur trouble sur ces groupes. Les groupes sont composés de 2 à 6 enfants.

L'aménagement de l'espace de vie de chaque groupe a été réfléchi afin de s'adapter aux particularités des jeunes. Cela consiste à épurer au mieux l'environnement pour limiter la sur-stimulation sensorielle. Également, offrir la possibilité aux enfants de se loger dans des coins contenant et rassurants, par la présence de coins canapé avec des tapis et couvertures. Également, le choix du matériel et des jouets accessibles aux enfants est pensé.

L'IME propose également un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD). Le SESSAD TSA met en place des actions d'accompagnement qui permettent le maintien de l'enfant dans son milieu de vie ordinaire. Il propose à chaque enfant de développer son autonomie, ses capacités et habiletés personnelles grâce à des prestations structurées permettant l'apport d'apprentissages éducatifs et des soutiens scolaires.

## **1.2) Organisation d'une journée type de l'enfant à l'IME**

Les journées sont structurées de manière plus ou moins ritualisées. Cela permet aux jeunes de vivre des situations régulières qu'ils peuvent anticiper en créant des points de repères. Elle assure aussi un sentiment de continuité nécessaire pour limiter les angoisses omniprésentes chez ses enfants.

La majorité des enfants arrivent et repartent de l'IME en taxi. Certains sont accompagnés par leurs parents. Les différents soignants s'occupent de l'accueil. Ils sont présent pour ce moment de transition qui peut s'avérer compliqué pour certains. En arrivant, les jeunes déposent leurs affaires dans leurs casiers à l'entrée de l'établissement puis se rendent sur leur groupe.

A leur arrivée sur le groupe, les enfants préparent, aidés des professionnels, leur emploi du temps visuel de la demi-journée ou de la journée. Leur planning est affiché devant leurs espaces de travail respectifs. Celui-ci présente l'ensemble des activités de leur journée : les suivis individuels, les ateliers thérapeutiques, le temps de classe, les activités sur le groupe, les temps libres, les temps de repas (petit-déjeuner, déjeuner et goûter), etc. Les plannings permettent ainsi aux jeunes d'anticiper les activités à venir sur la journée, et limitent la frustration et la survenue de comportements problématiques.

Après l'arrivée de tous les enfants sur le lieu de vie, un temps d'accueil est proposé chaque matin par les éducateurs. En groupe, assis autour de la table, sont distribuées les photos de l'ensemble des personnes, enfants et adultes, venant à l'IME. Puis sont présentées deux boîtes, « IME » ou « pas IME ». Les enfants nomment les personnes et met leur photo dans la boîte correspondante.

À la fin de ce temps ritualisé, chaque enfant va voir son emploi du temps personnalisé.

Au cours de la journée, lorsqu'une activité se termine, ils enlèvent le pictogramme correspondant et le mettent à l'emplacement prévu à cet effet (boite « c'est fini » ou classeur, cela dépend du jeune). Cela permet aux enfants, de mieux repérer le déroulement de la journée, et par conséquent, de structurer leur pensée.

Les départs, moments de transition, peuvent aussi être synonymes d'enjeux et de situations complexes. C'est pourquoi, les professionnels accompagnent individuellement chaque enfant qui en a besoin jusqu'à son taxi.

### **1.3) Fonctionnement pluridisciplinaire**

#### **1.3.1) L'équipe**

L'équipe se compose de professionnels aux compétences et dynamiques diverses et complémentaires.

L'établissement est géré administrativement par une directrice qui a nouvellement changé et une directrice adjointe, psychologue de formation. Une coordinatrice est également présente pour garantir l'organisation de l'équipe et la coordination des projets individualisés.

L'équipe éducative se constitue d'éducateurs spécialisés, de moniteurs éducateurs (ME) et d'aides-médico psychologiques (AMP) qui assurent l'accompagnement au quotidien des jeunes dans leur autonomie sociale et personnelle et assurent les soins. Chacun de ces professionnels est le référent éducatif d'un ou plusieurs jeunes.

L'équipe thérapeutique est composée d'une part par une pédiatre et d'une infirmière qui gèrent le suivi de santé des jeunes. D'autre part d'une psychomotricienne et d'une psychologue, toutes deux à mi-temps, qui assurent les prises en soin thérapeutiques et rééducatives. Le poste d'orthophoniste est actuellement à pourvoir.

Un enseignant spécialisé est également présent au sein de l'établissement pour s'occuper de l'accompagnement pédagogique des jeunes.

L'ensemble de cette équipe participe au recueil des attentes et besoins de la famille et de l'enfant ainsi qu'à l'élaboration et la mise en oeuvre du projet personnalisé.

Lors de l'admission de l'enfant à l'IME, l'équipe réalise une évaluation pluridisciplinaire des domaines fonctionnels suivants : communication, langage réceptif et expressif, interactions sociales, cognitif, sensoriel et moteur, santé, émotions et comportements, autonomie dans les activités quotidiennes, vie affective et intime, apprentissages scolaires.

### **1.3.2) Place de la psychomotricienne**

« La psychomotricité est devenue un partenaire fiable dans l'arsenal des réponses thérapeutiques et préventives » [57]. C'est pourquoi la psychomotricienne et son travail tiennent une place à part entière dans le travail pluridisciplinaire de l'équipe. De plus, la psychomotricité « considère le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire. », elle participe donc à la prise en charge globale au sein de l'IME.

La décision de la prise en charge en psychomotricité se fait en équipe, en fonction des besoins de l'enfant. La psychomotricienne établit les objectifs de cette prise en charge. Ils sont exposés à l'équipe afin de favoriser les échanges et de sorte à proposer un accompagnement cohérent à l'enfant.

La psychomotricienne est une personne ressource au sein de l'équipe. Ses compétences et son regard clinique sont un atout pour la réflexion faite autour de chaque enfant.

La psychomotricienne de l'IME suit les jeunes soit en individuel soit en groupal. Pour cela elle utilise différentes techniques et différents médiateurs, comme par exemple :

- la rééducation psychomotrice
- le bilan psychomoteur
- la mise en jeu corporelle
- la relaxation
- l'approche sensorielle
- la pataugeoire
- l'atelier poney

Certaines de ses prises en charge sont organisées en co-thérapie. C'est à dire que chaque séance associe deux cothérapeutes pour un ou plusieurs enfants. Cela permet à la psychomotricienne de travailler en étroite collaboration avec la majorité des professionnels de l'équipe.

Les jeunes de l'IME ont identifié et intégré la psychomotricienne. Il s'agit d'une personne ressource pour eux aussi. La salle de psychomotricité est un lieu bien investi pour les enfants que j'ai pu y rencontrer.

### **1.3.3) Ma place de stagiaire**

Mon positionnement a évolué tout au long de ce stage. D'abord dans l'observation, j'ai appris à connaître le fonctionnement de l'IME, de l'équipe et des jeunes. Cela a aussi permis de laisser du temps à l'équipe et aux enfants de m'accepter et d'intégrer ma présence. J'ai pu ainsi trouver ma place en tant que psychomotricienne stagiaire.

Auprès des enfants autistes j'ai eu la possibilité de travailler mon observation ainsi que mes qualités d'attention et d'adaptation dans la relation.

L'équipe bienveillante de l'IME m'a intégrée à de nombreux ateliers ainsi qu'aux temps de vie quotidienne.

Cela m'a permis d'intégrer l'atelier pataugeoire. Au sein de cette prise en charge, co-animée par la psychomotricienne et l'éducatrice, j'ai pris un rôle d'observatrice. Dans son ouvrage [53], **Anne-Marie Latour** décrit le rôle de l'observateur à la pataugeoire. Il doit observer et noter tout ce qui s'offre à lui. Son observation est centrée sur l'enfant : ses attitudes, activités, déplacements, mots et sons. Mais prend en compte également les interventions des soignants.

Tenir une place d'observatrice a été riche en apprentissages. J'ai pu saisir l'importance de la question de l'observation du corps dans le métier de psychomotricien. Cela m'a permis d'être plus réceptive aux comportements et de ne pas porter d'interprétation trop hâtive sur ceux-ci. Cette place m'a permis de développer ma capacité de réflexion et m'a amenée des apports non négligeables dans la connaissance de mon futur métier.

Malheureusement, la situation sanitaire actuelle et les mesures de confinement, ont mis un terme brutal à ce stage. Et par conséquent un terme à la prise en charge en pataugeoire. Toutefois, je vais m'atteler à vous présenter Elsa, dont j'ai suivi les séances de pataugeoire au cours de cette année.



## **II. Elsa : une rencontre en pataugeoire**

### **2.1) Anamnèse et parcours**

Elsa est une jeune fille, née le 1er décembre 2008 d'une césarienne programmée dix jours avant terme. Elle est âgée de 10 ans et 10 mois lorsque je la rencontre en octobre 2019. Elle vit avec ses parents, mariés, et sa petite soeur née le 3 mars 2011.

De ses 0 à 12 mois, Elsa a un développement normal. Entre ses 6 et 12 mois, ses nuits se dégradent rapidement, sans pour autant créer l'inquiétude des médecins qui supposent une poussée dentaire. Elsa est prise en charge par une assistante maternelle à la reprise du travail de ses parents. Elle acquiert la marche à 12 mois et 10 jours. Elle n'est pas passée par le quatre pattes. À partir de ses 12 mois, les nuits sont difficiles.

En 2010, Elsa développe quelques mots (papa, maman, chien, chat). Chez la nounou et à la maison elle joue souvent seule. Elsa regarde peu ses parents. Les mots disparaissent. Elle ne répond plus à son prénom. Le nouveau médecin généraliste est le premier à évoquer le trouble du spectre de l'autisme aux parents. Il les dirige vers le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) de Bordeaux qui les renvoient vers un Centre Médico-Psychologique (CMP).

En 2011, Elsa intègre la petite section de maternelle à temps partiel et continue d'aller chez sa nourrice. Est alors constitué, avec l'école, un dossier auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). À 3 ans, Elsa ne parle pas, n'est pas propre et a des troubles du sommeil. En octobre de la même année, Elsa est suivie une demi heure par semaine par une éducatrice au CMP et une autre demi heure par une psychomotricienne en libéral.

En février 2012, un second contact avec le CAMPS est établi. Elsa passe un électroencéphalogramme (EEG) de jour et un bilan génétique. Ces deux bilans ne révèlent rien. Le médecin de famille presse les parents de trouver un professionnel des TSA.

En septembre 2012, Elsa passe en moyenne section de maternelle. Une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) l'accompagne 12h par semaine. Un bilan au CRA de Bordeaux est commencé en octobre. De la mélatonine est prescrite pour traiter les troubles du sommeil.

En janvier 2013, un diagnostic d'autisme est établi par le CRA.

De 2013 à 2015, Elsa est maintenue en grande section de maternelle avec la présence d'une AVS 20h par semaine. Une orientation en IME est souhaitée. Elsa poursuit sa scolarisation en classe de Cours Préparatoire (CP), accompagnée d'une Auxiliaire de Vie Scolaire Individuel (AVSI).

En décembre 2015, un bilan d'évolution est effectué au CRA de Bordeaux. Le médecin recommande une prise en charge globale en structure.

En attendant sa prise en charge en IME, Elsa poursuit des séances d'orthophonie et de psychomotricité en libéral. Ainsi que d'une prise en charge psycho-éducative à domicile avec une psychologue.

Elsa a tout d'abord été accompagnée par le service SESSAD TSA de l'IME début 2017. En septembre 2017, elle intègre l'IME à temps partiel. L'accompagnement d'Elsa se partage entre IME, le SESSAD et l'Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS). Elsa sera scolarisée en ULIS jusqu'en juillet 2019.

À la demande des parents et des médecins, Elsa est en temps plein à l'IME depuis septembre 2019.

## **2.2) Bilans paramédicaux**

### **2.2.1) Bilan psychologique**

Un bilan psychologique a été effectué au CRA dans le cadre d'une évaluation de suivi en octobre 2015. Elsa était alors âgée de 7 ans.

Les conclusions de ce bilan se basent sur les résultats de la passation du Vineland-II. Il s'agit d'une échelle qui évalue le comportement socio-adaptatif, à savoir la pratique d'activités quotidiennes nécessaires pour une adaptation personnelle et sociale suffisante. Les domaines abordés par ce test sont la communication, l'autonomie dans la vie quotidienne et la socialisation. Les renseignements pour ce test ont été recueillis auprès des parents d'Elsa.

Au niveau de la communication réceptive Elsa est capable de s'orienter vers un son. Elle peut réagir à l'appel de son prénom avec une période de latence toutefois elle ne répond pas systématiquement. Cela dépend de l'activité qu'elle fait et de l'intonation de la voix de la personne. Les parents rapportent des progrès du côté du regard avec un contact oculaire encore peu maintenu mais de meilleure qualité. Elsa écoute et peut suivre des consignes verbales simples comprenant une action et un objet.

Concernant la communication expressive elle nomme quelques objets. Elle peut signifier qu'elle ne veut pas poursuivre une activité en disant « fini ». Elle peut pointer pour montrer un objet hors de portée ou indiquer sa préférence lors d'un choix. Elle ne fait pas spontanément de demande verbale mais cela est en apprentissage. Pour l'écrit, Elsa reconnaît son prénom en caractère d'imprimerie. Elle recopie des lettres et des mots simples.

Concernant l'autonomie personnelle, Elsa mange des aliments solides et peut utiliser seule une fourchette. Il lui arrive de manger avec les doigts. La propreté est encore en apprentissage. Elsa ne demande pas à aller aux toilettes. Pour l'habillement elle est capable d'enlever et de mettre son manteau seule mais a plus de difficultés pour les pantalons. Concernant la toilette, Elsa a besoin d'aide. Si on ne l'arrête pas, Elsa continue de se frotter les mains avec le savon et peut chercher à recommencer lorsque le lavage des mains est terminé. Sur le plan de l'autonomie au domicile Elsa a des difficultés dans la compréhension des consignes de sécurité et peut se mettre en danger.

Au niveau des relations interpersonnelles, Elsa a des préférences pour certains adultes. Elle peut faire des câlins à ces personnes et cherche à obtenir le regard pendant celui-ci. Elle peut regarder le visage, sourire, produire des sons, à l'approche d'une personne familière. Elle peut tendre les bras vers une personne familière ou se déplacer pour aller la chercher. Concernant les autres enfants elle montre de l'intérêt pour sa sœur. Elle ne joue pas à des jeux de faire semblant.

Concernant l'adaptation Elsa se comporte différemment selon qu'elle connaisse plus ou moins bien la personne. Elle peut faire des crises face à la frustration. Elle n'ajuste pas son comportement en fonction des normes sociales implicites.

Les résultats de la Vineland-II indiquent des difficultés dans le domaine de la communication tant réceptive qu'expressive avec toutefois des émergences. Il est nécessaire qu'Elsa soit accompagnée à ce niveau en orthophonie et dans tous les contextes de la vie. La psycho-éducation paraît également bénéfique et nécessaire pour travailler les difficultés sociales et en autonomie. Sa scolarité devra également être adaptée et aménagée en fonction de ses acquisitions.

## **2.2.2) Bilan d'ergothérapie**

Un bilan d'ergothérapie a été effectué en libéral en février 2016. Celui-ci est composé d'un entretien orienté avec les parents, d'observations autour des activités sensorielles et la passation du profil sensoriel de Dunn.

Concernant les résultats du profil sensoriel, on note au niveau auditif un seuil de détection de l'information significativement élevé avec un important défaut de filtration. Elsa réagit fortement, positivement ou négativement, face à certains types de bruit. Elle est dans une attitude de recherche de certaines sensations auditives au détriment de la fonctionnalité de l'audition.

Au niveau visuel Elsa présente des performances typiques. Globalement le canal visuel semble fonctionnel avec un filtrage correct de l'information. C'est une voie d'entrée de l'information à privilégier pour elle.

Au niveau de l'équilibre Elsa a un seuil de détection de l'information particulièrement élevé. Elle est en recherche constante de sensations vestibulaires. Elle a besoin d'un niveau d'activité élevé pour atteindre son seuil, ce qui explique son agitation psychomotrice.

Au niveau du traitement de l'information tactile le seuil est élevé avec un grand besoin de toucher ce qui l'entoure. Elle a du mal à bien percevoir la douleur et peut chercher des informations nociceptives. Par exemple, Elsa se mord fréquemment la main.

Au niveau du traitement de l'information multi-sensorielle, c'est à dire face à plusieurs informations simultanées, Elsa ne parvient pas à filtrer les informations non pertinentes pour rester focalisée sur le stimulus pertinent.

Au niveau du traitement de l'information sensorielle orale et olfactive, Elsa présente une hypo-sensibilité. Elle cherche fréquemment à sentir ou porter à la bouche des objets à la recherche de sensations. Ce qui provoque des difficultés comportementales : elle a tendance à beaucoup jouer avec sa salive, le brossage des dents est également très compliqué.

Le traitement de l'information sensorielle chez Elsa est perturbé. Le profil met en évidence des seuils de détection plus élevés que la moyenne. On retrouve une hypo-sensibilité dans quasiment tous les domaines. Elle a besoin de plus de stimulations pour atteindre ses seuils de détection de l'information. Pour moduler ce défaut d'apport sensoriel elle cherche toujours plus de stimulations en augmentant considérablement son niveau d'activité.

### **2.2.3) Bilan orthophonique**

L'orthophoniste de l'IME a effectuée un bilan en décembre 2017. Suite à la prise en charge d'Elsa en orthophonie au sein de l'établissement, un compte rendu d'évolution a été établi en juillet 2018, dont voici les conclusions.

Globalement, la dynamique expressive et interactive est très profitable. On observe une nette augmentation des demandes orales avec le « je veux ». Elsa parvient même, dans certains contextes comme le repas, à produire des phrases à 3 éléments sans le support de son classeur. Les demandes orales de renouvellement via « encore » et d'aide sont maintenant bien généralisées. Elsa parvient également à demander de façon plus adaptée l'arrêt d'une activité dans différents contextes. Elle parvient également à interpeller les adultes sur le groupe.

Elsa se saisit très bien des supports visuels de communication, véritables soutiens à la communication verbale. Elle a fait de nets progrès en terme de demandes et de commentaires.

### **2.2.4) Bilan psychomoteur**

Le dernier bilan psychomoteur d'Elsa a été réalisé fin 2017. Elle été alors âgée de 9 ans.

Elsa a passé le test du MABC qui est une batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant. Ce test permet d'évaluer les aptitudes psychomotrices de l'enfant dans trois catégories : la dextérité manuelle, la maîtrise de balles, l'équilibre statique et dynamique. Des épreuves complémentaires du Brunet Lézine sont également passées.

Au niveau de la motricité globale, il existe une importante agitation motrice. Elsa manifeste un grand besoin de se mouvoir et de se stimuler au niveau vestibulaire. Le quatre pattes est acquis. Elle est capable de sauter à pieds joints. Elle utilise le chevalier servant pour passer du sol à la station debout. Elle ne peut marcher sur des sols mous sans que cela n'entrave ses capacités d'équilibration. Elsa est très tonique au niveau du bas du corps. Les jeux de balles sont possibles, elle réceptionne la balle avec le buste.

Au niveau motricité fine et graphique, la pince est observée et utilisée de façon opérationnelle de la main droite comme de la main gauche. Les coordinations bi-manuelles sont souvent parasitées par une trichotillomanie<sup>4</sup>. Les préhensions d'Elsa sont au service d'une certaine autonomie : elle sait remonter une fermeture éclair, mettre ses chaussures. Le graphisme est réalisé de la main droite, la main gauche vient en soutien pour maintenir la feuille. Il existe une certaine impulsivité dans le geste.

Elsa semble avoir bien évolué dans ses compétences motrices depuis le précédent bilan psychomoteur de 2015. Les items de motricité fine apparaissent de meilleur niveau car sont réalisés en station assise, Elsa semble plus contenue à la table. Il est encore compliqué pour Elsa de rester dans l'espace sans bouger afin de répondre aux consignes de motricité globale. La motricité fine doit être travaillée sur différents supports. Les coordinations bi-manuelles et l'anticipation sont à renforcer au travers du jeu de ballon, avec le soutien du regard.

Au niveau des repères dans l'espace, visuo-perceptif et temporo-spatial, Elsa est capable de nommer des formes simples. Les encastresments simples sont réalisés. Elle est capable de construire des formes simples avec des cubes.

---

<sup>4</sup> La trichotillomanie est un Tic consistant à arracher constamment les cheveux ou les poils d'une région donnée [40]

Elle peut réaliser des puzzles. Il semble important de travailler la dimension visuo-spatiale. Elsa s'appuie bien sur les repères visuels, aussi il convient de développer ses compétences à ce niveau.

Au niveau du schéma corporel, Elsa est capable de reconstituer un puzzle de bonhomme en positionnant bien les parties du corps. Pour le dessin du bonhomme, la représentation est celle d'un bonhomme têtard<sup>5</sup>. Sur son corps elle pourra nommer et montrer : les cheveux, les oreilles, les yeux, la bouche et le nez. Une certaine somatognosie<sup>6</sup> est donc présente. Elle imite bien des gestes simples en face-à-face. Il existe donc déjà une certaine connaissance du schéma corporel mais il apparaît important d'augmenter sa somatognosie qu'elle puisse s'en servir pour imiter plus finement des mouvements. Cette imitation pourra être mise au service de nombreux apprentissages.

### 2.3) Projet Personnalisé

Le projet personnalisé d'Elsa a été réactualisé en novembre 2019. Des objectifs par domaines ont été établis pour l'accompagnement d'Elsa :

- Autonomie personnelle et sociale : être plus autonome pour satisfaire ses besoins fondamentaux et assurer son hygiène personnelle.
- Accompagnement éducatif et intégration : les objectifs sont d'une part, aider Elsa à gérer ses émotions et réguler sa frustration et d'autre part, l'acquisition des règles sociales.
- Accompagnement pédagogique : poursuivre les apprentissages scolaires pour développer et généraliser les acquis d'Elsa comme la reconnaissance des mots en global. Favoriser les apprentissages d'une part en français en travaillant sur le lien lecture-écriture et d'autre part en mathématiques avec la poursuite de l'apprentissage de la comptine numérique au-delà de 10.

---

<sup>5</sup> Le bonhomme têtard est le nom donné au dessin du bonhomme sans corps avec les membres attachés à la tête. Cette représentation est généralement retrouvée chez les enfants vers 3 ans.

<sup>6</sup> La somatognosie est la connaissance que l'on a de son corps [43]

- Promotion de la santé : aider Elsa à accepter les différentes investigations médicales grâce à une proche d'habitude aux soins quotidienne effectuée par l'infirmière.
- Accompagnement thérapeutique : favoriser le développement psychomoteur d'Elsa. Tout d'abord au niveau moteur, viser l'amélioration de ses coordinations et plus particulièrement de ses coordinations bi-manuelles. Ensuite, favoriser l'intégration du schéma corporel et de la conscience corporelle. Ainsi que développer ses repères spatio-temporaux.
- Langage et communication : aider Elsa à adapter ses demandes verbales en associant « je veux » et l'objet. Favoriser l'utilisation de l'outil de communication alternatif.

## **2.4) Bilan de la prise en charge en psychomotricité**

Je présente ici le compte rendu de la prise en charge d'Elsa dans le cadre de la salle de psychomotricité. Celle ci s'est arrêtée en juillet 2019. Ce temps a été remplacé par des séances de pataugeoire.

En début de séance de psychomotricité, un temps de stimulation sensorielle avec l'utilisation du trampoline est proposé à Elsa pour répondre à ses recherches de sensations au niveau vestibulaire. Elsa réclamait ce trampoline sur lequel elle pouvait passer un certain temps à rebondir très fort et très haut, en s'appuyant sur les épaules des adultes. Il fallait l'accompagner ensuite vers la couverture pour qu'elle puisse s'allonger et s'y envelopper, à la fois de la couverture mais également de comptines. Le lien avec elle passait alors par des chants de comptines, par des petits jeux de coucou-caché, et par des massages par pressions profondes.

Progressivement, Elsa a délaissé le trampoline pour aller immédiatement s'envelopper dans la couverture, qu'elle a très bien investie. Et qui répondait à un besoin d'enveloppement. Un réel apaisement d'Elsa est ressenti sur ce temps-là. Cela a d'ailleurs été généralisé sur les différents temps de la journée à l'IME.



Mais également au domicile, où des temps d'enveloppement peuvent lui être proposés lorsqu'Elsa présente une agitation massive. Elsa peut d'elle même prendre une couverture lorsqu'elle en a besoin. Les comptines ont également pu diminuer, Elsa n'ayant plus besoin de s'envelopper et de s'isoler dans ce bain sonore, profitant alors pleinement des enveloppements, des massages. Les regards sont posés et adressés à l'autre, elle peut interpeler sur ces moments-là.

Sa sensibilité tactile c'est également intensifiée. Si au début de la prise en charge Elsa semblait insensible aux stimulations tactiles que l'on pouvait lui proposer, ne réagissant pas toujours, elle est maintenant beaucoup plus sensible et chatouilleuse.

Cette prise en charge a permis à Elsa de ressentir l'apaisement et d'asseoir un sentiment de contenance. Son agitation sur les différents temps de la journée a fortement diminuée. De plus, elle a pu s'approprier pleinement cette séance, et reproduire à la maison des enveloppements dans des couvertures lorsque l'agitation commençait à la gagner, en interpellant sa maman pour être auprès d'elle.

## **2.5) Première rencontre**

Je rencontre lors de mon premier jour de stage à l'IME. C'est une rencontre sur un temps formel. Elsa marche dans le couloir avec une éducatrice. Lorsqu'elles arrivent à notre hauteur, la psychomotricienne me présente.

Elsa est une jeune fille mince aux cheveux châtain et bouclés. Elle porte des lunettes. Elle porte un pull, un legging et des baskets. Devant moi, la tête légèrement penchée sur le côté et une main qui joue avec une mèche de cheveux. Elle se balance légèrement de droite à gauche par des mouvements de rotation du bassin. Elle me regarde, elle me semble curieuse. Je lui dit bonjour. Elle ne me répond pas. Son éducatrice lui demande alors de me dire bonjour, ce qu'elle fait.

J'ai eu l'occasion de voir Elsa plusieurs fois au cours de cette journée. Je remarque qu'elle peut se montrer envahie de stéréotypies. En effet, en plus de sa trichotillomanie, Elsa se mord la main. Elle ferme sa main en poing et mord le dos de la main, au dessus du pouce. A force, la peau du dos de sa main a un aspect abimé, comme si une corne se formait. Sont présentes aussi des stéréotypies verbales. Elle produit régulièrement des cris ou des vocalises qu'elle module et fait tenir dans la durée.

## **2.6) La pataugeoire d'Elsa**

Elsa est accueillie en pataugeoire tous les jeudis après-midis depuis septembre 2019. La séance est co-animée par la psychomotricienne et une éducatrice. Je suis observatrice.

L'indication en pataugeoire pour Elsa fait suite au travail effectué en psychomotricité sur l'intégration d'un sentiment de contenance autour du médiateur eau qu'elle apprécie tout particulièrement.

Lors de la première séance, la psychomotricienne informe Elsa que je serai présente lors des séances de pataugeoire. Elle accepte ma présence.

Lorsqu'elle est en maillot de bain, Elsa se dirige directement vers l'espace-eau. En étant habillée Elsa reste dans l'espace sec. Elle a donc bien intégré la différence entre zone sèche et zone mouillée. Ceci contribue à l'intériorisation d'une limite.

À chaque début de séance, Elsa se place au sein de la flaqué et n'en sort qu'au moment de partir. L'éducatrice ouvre le robinet d'eau et place le bouchon. L'eau coule au cours de la séance jusqu'à ce que la flaqué soit pleine. À ce moment là, l'écoulement de l'eau est stoppé. Toutefois, le robinet est accessible à Elsa qui peut redémarrer l'écoulement si elle le souhaite.

Pendant les séances de pataugeoire j'ai pu observer qu'Elsa joue notamment à remplir et vider les contenants. Au début de l'année, Elsa passait beaucoup de temps à jouer avec la passoire. Dans ces moments là, elle est accroupie dans l'eau, à gauche tout au bout de la flaque. Elle est face au mur et nous tourne le dos. Elsa tient la passoire des deux mains. Elle immerge l'objet dans l'eau et le soulève. L'eau s'écoule par les trous. Sa tête se penche pour regarder la passoire par dessous. Aussitôt elle la replonge dans l'eau. Elle fait ainsi des va-et-vient. Elle tente parfois de combler les trous avec sa main pour garder l'eau à l'intérieur.

J'essaie de comprendre ce qu'il se passe pour Elsa à ce moment là. Lors de ces séances, Elsa se dirige préférentiellement vers ce contenant "à trous" alors que des contenants "pleins" se trouvent juste à côté, à sa disposition. Il me semble qu'Elsa projette ses préoccupations sur cette manipulation de l'eau. Les soignantes vont alors se mettre à imiter Elsa, tout en verbalisant l'expérience.

Au fil des séances, Elsa va commencer à manipuler l'eau également avec un contenant plein. Chaque élément dans une main, elle fait des transvasements de la bassine à la passoire et de la passoire à la bassine. Elle semble très concentrée. Elle passe beaucoup de temps avec les contenants à vider, remplir, dedans, dehors.

J'observe les vécus corporels et sensoriels qu'Elsa met ici en scène. Je note une évolution. Elsa manipule maintenant les contenants pleins et non plus uniquement la passoire. Elsa nous renvoie t-elle une image d'elle moins poreuse ? En pataugeoire l'enfant projette sur l'espace et le matériel son propre corps. La manipulation de ces jeux de transvasements chez Elsa peut nous amener à nous questionner sur le travail de constitution d'une première enveloppe.

Au cours de l'année Elsa va introduire un nouveau jeu de ballon en début de séance. Elle commencera alors chaque pataugeoire avec ce même jeu, comme un rituel. Quand elle arrive dans l'espace mouillé, Elsa se dirige spontanément vers les jeux et se saisit du ballon gonflable. C'est un ballon type ballon de baudruche mais en plus épais et plus résistant. Elsa tend le ballon à la soignante pour qu'elle le gonfle. Une fois gonflé, la soignante redonne le ballon à Elsa. Elle le saisit puis le lâche. Le ballon, en laissant échapper l'air, se met à voler dans l'espace en émettant un son fort. Ce moment crée chez Elsa une forte excitation. Une fois le ballon au sol, elle se précipite le ramasser et le donner aux soignantes pour recommencer.

Elsa explore l'espace de manière explosée par les mouvements anarchiques du ballon. Or en pataugeoire l'enfant explore la salle au même titre que son corps. Elsa projette ici son corps propre dans l'espace et me renvoie donc une image du corps éclatée.

Il peut être très difficile de la détacher de ce jeu. Les soignantes intègrent alors de petites variations. Comme par exemple remplir le ballon avec de l'eau au lieu de l'air. Il est important d'introduire de légères variations dans les expériences chez l'enfant autiste afin de moduler et enrichir ses perceptions.

Elsa se nomme elle même par son prénom. L'utilisation et la signification du « je » est peu efficace. Sachant qu'Elsa affectionne tout particulièrement les jeux de ballon des échanges de balle se sont mis plusieurs fois en place lors des séances de pataugeoire pour travailler le « je » et le « moi ». Au cours de l'année, je remarque qu'Elsa utilise plus souvent le « moi » pendant les pataugeoires, notamment grâce aux échanges de ballon. En effet, quand Elsa veut le ballon elle dit « à moi » tout en tapotant son torse avec la paume de sa main.

Également, en dehors de la pataugeoire, tout un accompagnement est fait autour du travail de la demande chez Elsa et de l'utilisation du « je ». Le cadre de la pataugeoire semble avoir permis une certaine émergence de son individualité. Ce travail est donc à continuer pour permettre à Elsa de construire sa subjectivité et de généraliser l'utilisation du « moi ».

De plus, lorsqu'Elsa se saisit du tuyau, elle a tendance à arroser le plafond et les murs. Comme si elle projetait l'eau à la recherche des limites de l'espace.

D'ordinaire Elsa ne semble pas prêter attention au miroir en pataugeoire. Elle ne le touche pas, ne le regarde pas. Lors d'une séance Elsa a le tuyau entre les mains. Elle se tient à distance du miroir puis dirige le jet d'eau vers lui. Elle exprime alors une jubilation. Elle se met à rire et son corps devient plus tonique. Elle brouille l'image avec l'eau pendant quelques instants, retire le jet, attend que l'eau s'écoule du miroir puis recommence. À ce moment là, la soignante est placée à côté d'Elsa.

Pierre Lafforgue dit que se placer à côté ou derrière l'enfant lors des jeux de miroir permet d'offrir un contrepoint, un appui, aux expérimentations de l'enfant. La soignante lui dit « c'est Elsa dans le miroir ». Toutefois Elsa ne semble pas encore percevoir qu'il s'agit de sa propre image dans le miroir.

À ce sujet Anne Brun nous dit que la « possibilité offerte par les jeux d'eau de brouiller l'image dans le miroir [...] pourrait constituer une première forme d'emprise sur l'image pour un enfant autiste, précisément en difficulté pour investir et s'appropriier les images offertes par la perception visuelle. » **[11]** Elsa semble considérer que ce qu'elle perçoit dans le miroir est « un autre » qui a pour effet de créer chez elle de l'excitation. Anne-Marie Latour nous dit que face à cela, même si l'enfant nous amène à voir qu'il n'a pas une image du corps globale et unifiée, « il devient possible de penser néanmoins que l'enfant se construit "des bouts d'image du corps" ». **[53]**

Également lorsqu'Elsa tient le tuyau j'observe qu'elle le porte fréquemment à la bouche. Dans un premier temps, elle ouvre grand sa bouche et place le jet d'eau devant. L'eau rentre dans sa bouche et s'écoule le long de son menton. Elsa ne garde pas l'eau. Dans un second temps, Elsa va se mettre à refermer les lèvres autour du tuyau. Elle ferme la bouche. Elle garde de l'eau. Ce n'est qu'au bout de quelques instants qu'elle la recrache. Pour Anne Brun **[11]**, le travail autour de la bouche permet à l'enfant de prendre conscience d'une intériorité et d'une extériorité. André Bullinger, parle lui aussi de l'importance de l'intégration de la zone de la bouche comme contribution à la mise en place de la coopération bi-manuelle. Or nous avons vu dans ses bilans qu'Elsa a un défaut de cette coordination. Ainsi cette expérimentation, peut être doublement favorable à Elsa.

À la fin des séances de pataugeoire, Elsa retire elle même le bouchon du bassin. Elle peut rester regarder l'eau s'évacuer. Lorsqu'elle regarde l'eau partir Elsa se met à stéréotyper. Elle tape du pied au sol et tape en même temps dans ses mains. Elle cri. Un recrutement tonique important se met en place, lui permettant de sentir son corps présent, qu'il ne part pas avec l'eau.

Lors de l'une des dernières séances que j'ai pu observer, l'eau commence à couler, le bouchon n'est pas encore mis et Elsa s'installe accroupie dans la flaqué en face du trou d'évacuation. Elle croise ses bras sur ses genoux et y plonge la tête. Je suis placée derrière Elsa, je vois qu'elle se met à uriner. Une fois terminé elle se relève.

On est en droit de se demander s'il s'agit d'un accident ou de l'expression d'une préoccupation. D'autant plus qu'Elsa a des comportements de rétention que l'on peut mettre en lien avec des angoisses de vide par vidange chez les enfants autistes. Il semble que la constipation chronique soit un moyen pour se sentir et se créer du dur et du douloureux dans le corps en lieu et place d'un squelette interne. La rétention des matières permet de créer un « objet dur » dans le corps qui permet ici à Elsa de se « sentir tenue quelque part ». Frances Tustin parle alors des matières fécales comme d'un « objet autistique », comme une forme de sensation dure. [53] Je me dis, par ces observations, que le travail en patageoire permet à Elsa de faire émerger un appuis à l'extérieur.

Enfin lors des temps dans la partie sèche, j'observe qu'Elsa se laisse principalement déshabillée et n'aide que peu l'éducatrice. De même pour se mettre en maillot de bain et pendant le rhabillage. Elle a surtout des difficultés pour le bas du corps.

De plus, lors des premières séances, il est impossible pour Elsa de s'asseoir sur le banc. Malgré les difficultés supplémentaires engendrées et les pertes d'équilibre pour s'habiller, Elsa reste debout. Les rares fois où elle « s'assoit », Elsa se laisse tomber sur le banc. Une fois dessus, Elsa ne tient pas, son corps semble glisser du banc et continuer sa chute. J'ai l'impression que son dos cherche le mur pour lui permettre de sentir un appui solide. Le bas de son corps est laissé à l'abandon à l'éducatrice.

Ces observations me font penser au phénomène de clivage haut/bas décrit par Anne-Marie Latour [53]. À ce moment là Elsa semble ne pas avoir intégré le bas de son corps. Je me questionne alors sur la construction de son image du corps.

J'ai principalement observé ce besoin d'aide lors des premières séances et remarqué une certaine évolution de ces temps au cours de l'année. En effet, au fil des semaines, je sens Elsa plus présente lors de ces temps d'habillage après les jeux d'eau. Elle participe lors de l'habillage du haut du corps. Toutefois, il lui arrive de redevenir absente lorsqu'il s'agit d'enfiler les vêtements du bas du corps. Il faut alors la solliciter pour qu'elle remonte son pantalon. À ce moment là, elle a l'air d'attendre que la soignante fasse à sa place. C'est ce dont parle Geneviève Haag dans la « manœuvre de faire faire », où l'enfant agit comme si la main de l'adulte était le prolongement de son propre corps. Elsa semble mieux investir son corps, même s'il reste une certaine dichotomie entre le haut et le bas du corps.

## **2.7) Conclusion de l'étude de cas**

Au cours de l'année, j'ai pu constater que le dispositif de la pataugeoire a permis à Elsa d'évoluer dans un cadre suffisamment stable et sécurisant.

Chaque semaine, Elsa est assurée de retrouver les mêmes objets dans l'espace pataugeoire. Grâce à cela, elle peut par exemple effectuer ses jeux de transvasements. Chaque objet lui est disponible dès le début de la prise en charge. Cependant on voit qu'elle se dirige d'abord vers un type de contenant puis vers un autre. Les soignantes lui laissent autant de temps que nécessaire pour expérimenter. Cela m'a permis d'observer une évolution dans la matérialisation du vécu corporel chez Elsa vers une image du corps plus unifiée. On voit bien ici l'importance du cadre spatial et matériel.

La pataugeoire a permis à Elsa de nous montrer où elle en est dans sa construction de soi. Elle peut se construire de nouvelles perceptions par la manipulation de l'eau et des objets favorisées par les verbalisations de la psychomotricienne et de l'éducatrice.

La prise en charge en pataugeoire semble bénéfique pour Elsa qui, de plus, semble généraliser ses résultats à l'extérieur de la pataugeoire. Par exemple, lors des jeux d'échanges de ballon sur son groupe de vie où Elsa utilise le « à moi ». Également, en lien avec le cadre contenant que lui offre la pataugeoire, Elsa est plus contenue, moins agitée, sur son quotidien.

## Conclusion

Nous avons vu que l'autisme est une pathologie complexe qui met en avant la question des rapports entre corps et psychisme. L'ensemble des enfants dont j'ai pu parler dans ce mémoire, comme Marie, ne semblent pas habiter leur corps, ni le ressentir, pour la bonne raison qu'ils ne ressentent pas leur corps comme étant solide et permanent. J'ai voulu montrer l'intérêt de l'utilisation de la pataugeoire comme médiation corporelle en psychomotricité.

En stage, j'ai pu participer au dispositif thérapeutique de pataugeoire en tant qu'observatrice. De cette place, j'ai pu observer comment la pataugeoire permet à l'enfant de nous montrer là où il en est mais également de nous renseigner sur son développement psychomoteur et sa construction psychocorporelle. La pataugeoire est une médiation qui permet à l'enfant de se construire une pensée sur le corps. Elle favorise la construction de ses représentations corporelles et donc d'une image du corps plus solide.

J'ai pu également observer et comprendre la place du psychomotricien dans le cadre de la pataugeoire. La pataugeoire est une médiation qui utilise l'eau comme médiateur pour un travail corporel qui s'effectue dans la rencontre. C'est par la relation avec le psychomotricien que l'enfant autiste va pouvoir mettre du sens. L'eau devient alors matière à symbolisation et à représentation par la verbalisation du psychomotricien. La mise en sens du psychomotricien permet à l'enfant autiste de faire l'expérience de son corps sans danger, et ainsi soutenir sa construction de soi.

La psychomotricité est un travail de relation. Elle s'inscrit dans le lien à l'autre et dans la rencontre. C'est d'ailleurs dans cette rencontre que le psychomotricien va pouvoir faire du lien entre les expériences corporelles vécues et leurs représentations. C'est grâce à l'expérience des corps en relation en pataugeoire que l'enfant autiste va pouvoir s'approprier son propre corps et s'individuer du corps de l'autre. On voit alors apparaître dans l'utilisation de cette médiation de nouveaux enjeux qui m'amènent à de nouveaux questionnements. Ainsi, faut-il passer par le « *corps à corps* » pour permettre de faire « *corps et corps* » ?



## Bibliographie

---

- [1] Albaret J-M. Giromini F. et Scialom P. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 1 : Concepts fondamentaux*, De Boeck.
- [2] Albaret J-M. Giromini F. et Scialom P. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 2 : Méthodes et techniques*, De Boeck.
- [3] Albaret J-M. Giromini F. et Scialom P. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 3 : Cliniques et thérapeutiques*, De Boeck.
- [4] Albaret J-M. Giromini F. et Scialom P. (2015), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, Tome 4 : Sémiologie et nosographies psychomotrices*, De Boeck.
- [5] Amy, M. (2018). 1 - *Les quiproquos*. Dans : , M. Amy, *Pour les parents des enfants autistes* (pp. 19-88). Toulouse, France: ERES.
- [6] Anzieu D. (1995), *Le Moi-peau*, Dunod.
- [7] Asperger H. (1944), Die « Autistischen Psychopathen » im Kindesalter, in *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, vol 117, p76-136.
- [8] Bogdashina O. (2012). *Questions sensorielles et perceptives dans l'Autisme et le Syndrome d'Asperger. Des expériences sensorielles différentes. Des mondes perceptifs différents*. Grasse : Autisme France Diffusion Editions.
- [9] Boutinaud, J. (2009). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, In Press.
- [10] Brun A. (2010). Introduction, *Le carnet PSY*, n°141, p.24-27.
- [11] Brun, A. (2014). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris: Dunod.
- [12] Calza A., Contant M. (2007) *Psychomotricité*, 3ème édition, Abrégés.
- [13] Carric J-C., Soufir B. (2014). *Lexique pour le psychomotricien*, ERA.
- [14] Chamak, B. (2017). 4. Au-delà de l'évidence : l'exemple de l'autisme. Dans : Abel Guillen éd., *Essais d'épistémologie pour la psychiatrie de demain* (pp. 51-65). Toulouse, France: ERES.
- [15] Chamak, B. (2016). Autisme et société. Dans : Patrick Sadoun éd., *Le spectre autistique trouble-t-il la raison de ceux qui l'approchent: Recherches, réflexions et témoignages de parents et de professionnels* (pp. 161-176). Toulouse, France: ERES.

- [16] Chamak, B. (2010). Autismes : des représentations multiples, sources de controverses. *Enfances & Psy*, 47(2), 150-158.
- [17] Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité : le Moi-peau. *Revue française de psychosomatique*, no 29(1), 83-100.
- [18] Delion, P. (2008). *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick*, ERES.
- [19] Delion, P. (2001). Le bébé à risque autistique: Une théorie de l'organisation thérapeutique. *Devenir*, vol. 13(1), 87-104.
- [20] Delion, P. (2007). L'intérêt de Tex Avery et de quelques autres dans la psychopathologie de l'image du corps. Dans : Pierre Delion éd., *Corps, psychose et institution* (pp. 9-20). Toulouse, France: ERES.
- [21] Dewitte, B. (2007). À partir de l'expérience d'un CAMSP - Quelques réalités cliniques de l'autisme avant 30 mois. *Perspectives Psy*, vol. 46(3), 274-282.
- [22] D'ignazio A., Martin J. (2018). *100 idées pour développer la psychomotricité des enfants*, Tom Pousse.
- [23] Dolto F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Seuil.
- [24] Dunn, W. (2010). *Profil sensoriel, manuel*. ECPA, les Éd. du Centre de psychologie appliquée.
- [25] Folstein S. et Rutter M. (1977). Infantile Autism : A Genetic Study of 21 Twin Pairs, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, p297-321.
- [26] Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 76(4), 51-60.
- [27] Golse, B. (2011). De l'empathie et de l'intersubjectivité primaires, à l'empathie et à l'intersubjectivité secondaires : le travail de la polysensorialité. *Le Carnet PSY*, 157(8), 35-37.
- [28] Golse B. (1999). *Du corps à la pensée*. Paris : Presse Universitaire de France.
- [29] Haag, G. (2014). Les avancées théoriques dans la clinique psychanalytique de l'autisme: Nature des angoisses et des défenses. Entrecroisements avec les autres champs de recherche. Dans : Marie-Dominique Amy éd., *Autismes et psychanalyses: Évolutions des pratiques, recherches et articulations* (pp. 49-90). Toulouse, France: ERES.

[30] Haag, G. (2007). Les enveloppes corporo-psychiques. Dans : Pierre Delion éd., La pratique du packing: avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie (pp. 31-47). Toulouse, France: ERES

[31] Haute Autorité de Santé (2012). *Recommandations de bonne pratique. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*

[32] Haute Autorité de Santé. (2010), *Autisme et autres troubles envahissants du développement - État des connaissances.*

[33] Harrisson B. et St-Charles L. (2018). *L'autisme expliqué aux non-autistes*, Marabou.

[34] Hochmann, J., Bizouard, P. & Bursztejn, C. (2011). Troubles envahissants du développement : les pratiques de soins en France. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 54(2), 525-574.

[35] Hochmann, J. (2017). De l'autisme de Kanner au spectre autistique. *Perspectives Psy*, vol. 56(1), 11-18.

[36] Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*, (2<sup>ème</sup> édition). Paris : Editions In Press. p.9

[37] <http://www.chups.jussieu.fr>

[38] <https://femmesautistesfrancophones.com/2018/07/26/sexe-ratio-de-lautisme-explique/>

[39] <https://handicap.gouv.fr>

[40] <https://www.cnrtl.fr>

[41] <https://www.bloghoptoys.fr/troubles-de-la-modulation-sensorielle-et-psychomotricite>

[42] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>

[43] <https://www.larousse.fr>

[44] <https://www.legifrance.gouv.fr>

[45] <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

[46] Joly, F. (2014). Enjeux du corporel et du psychomoteur dans l'autisme: Psychanalyse, neurosciences et psychopathologie développementale. Dans : Marie-

Dominique Amy éd., *Autismes et psychanalyses: Évolutions des pratiques, recherches et articulations* (pp. 91-140). Toulouse, France: ERES.

[47] Joly F. (2010) L'autisme à bras le corps : une approche corporelle et psychomotrice de l'autisme, *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation* n°50 pages 47 à 58.

[48] Joly F. (2008). Les signes psychomoteurs précoces de l'autisme, *Contraste*, n°28-29, p. 179 à 198

[49] Kanner L. (1943), Autistic Disturbances of Affective Contact, in *The nervous child*, vol 2, p217-250

[50] Kanner, L. (2007). Langage idiosyncrasique et métaphorique dans l'autisme infantile précoce. Dans : Bernard Touati éd., *Langage, voix et parole dans l'autisme* (pp. 341-349). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

[51] Lafforgue, P. (2007). La pratique corporelle de la théorie dans la psychose. Dans : Pierre Delion éd., *Corps, psychose et institution* (pp. 119-124). Toulouse, France: ERES.

[52] Larbán Vera, J. (2016). L'autisme et la théorie de l'esprit. Dans : , A. Lozano Tornadizo, S. Seguí, *Vivre avec l'autisme, une expérience relationnelle: Guide à l'usage des soignants* (pp. 145-146). Toulouse, France: ERES.

[53] Latour A-M. (2014) *La pataugeoire : contenir et transformer les processus autistiques*, Erès.

[54] Meurin, B. (2018). De l'image du corps de Paul Schilder aux représentations corporelles d'André Bullinger. Dans : ABSM éd., *La construction des représentations corporelles du bébé: En hommage à André Bullinger* (pp. 41-60). Toulouse, France: ERES.

[55] Perrin J., Maffre T. (2019). *Autisme et psychomotricité*, 2ème édition, De Boeck Supérieur SA.

[56] Pireyre E. W. (2011). *Clinique de l'image du corps Du vécu au concept*. Paris : Dunod.

[57] Potel, C. (2015). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*, ERES.

[58] Potel C. (2009). *Le corps et l'eau*, ERES.

# Table des matières

---

<b>Remerciements</b>	<b>3</b>
<b>Sommaire</b>	<b>4</b>
<b>Avant propos</b>	<b>5</b>
<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>Partie 1 : Le Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA)</b>	<b>10</b>
<b>I. L'autisme entre hier et aujourd'hui</b>	<b>10</b>
1.1) Histoire et définition	10
1.2) Critères diagnostiques et classifications actuelles	13
1.2.1) Trouble de la communication sociale	15
1.2.2) Comportements restreints et répétitifs	17
1.2.3) Critères complémentaires à vérifier	18
1.2.4) Troubles associés	19
1.3) Étiologie	19
1.3.1) Facteurs génétiques	19
1.3.2) Facteurs environnementaux	20
1.3.3) Facteurs neurophysiologiques	21
1.4) Épidémiologie	21
<b>II. Prise en charge et accompagnement</b>	<b>22</b>
2.1) Mesures médico-sociales	22
2.2) Prise en charge	23
2.2.1) Approches globales d'interventions	24
2.2.2) Approches focalisées par domaines fonctionnels	25
2.3) Traitement médicamenteux	26
<b>Partie 2 : La construction de soi chez l'enfant autiste</b>	<b>27</b>
<b>Chapitre 1 : Sentir son corps pour l'habiter</b>	<b>27</b>
<b>I. Du vécu sensoriel à la représentation psychique</b>	<b>27</b>
1.1) Sensations	27
1.2) Perceptions	29
1.3) Représentations	30
<b>II. Les représentations corporelles</b>	<b>30</b>
2.1) Concepts de base en psychomotricité	30
2.2) Schéma corporel	32
2.3) Image du corps	33
<b>III. Les enveloppes corporelles</b>	<b>34</b>

3.1) Définitions	34
3.2) La « peau psychique » d'Esther Bick	35
3.3) Le Moi-Peau de Didier Anzieu	36
<b>Chapitre 2 : Défaut d'investissement du corps chez l'enfant autiste</b>	<b>39</b>
<b>I. Particularité de l'intégration des informations sensorielles</b>	<b>39</b>
<b>II. Difficultés à se représenter soi-même</b>	<b>43</b>
<b>III. Défaut de contenance</b>	<b>45</b>
<b>Partie 3 : À la recherche d'une médiation particulière : la pataugeoire thérapeutique dans la prise en charge psychomotrice d'enfants autistes</b>	<b>49</b>
<b>Chapitre 1 : L'eau</b>	<b>50</b>
<b>I. Caractéristiques de l'eau et ses effets sur le corps</b>	<b>50</b>
<b>II. L'eau comme médiation en psychomotricité</b>	<b>52</b>
2.1) Définitions	52
2.2) La médiation eau en psychomotricité	54
2.3) Un médium malléable	55
2.4) L'eau et l'autisme	55
<b>Chapitre 2 : La médiation pataugeoire</b>	<b>57</b>
<b>I. Histoire et définition de la pataugeoire</b>	<b>57</b>
<b>II. Le cadre de la pataugeoire</b>	<b>59</b>
2.1) Le cadre architectural	60
2.1.1) Espace	60
2.1.2) Le matériel	61
2.2) « Un cadre dans la tête »	62
2.3) Principes de fonctionnement	62
<b>III. L'approche du psychomotricien</b>	<b>63</b>
<b>Chapitre 3 : Observations et réflexion clinique</b>	<b>66</b>
<b>I. Présentation de l'institution</b>	<b>66</b>
1.1) Généralités	66
1.2) Organisation d'une journée type de l'enfant à l'IME	67
1.3) Fonctionnement pluridisciplinaire	68
1.3.1) L'équipe	68
1.3.2) Place de la psychomotricienne	69
1.3.3) Ma place de stagiaire	70
<b>II. Elsa : une rencontre en pataugeoire</b>	<b>72</b>

2.1) Anamnèse et parcours	72
2.2) Bilans paramédicaux	73
2.2.1) Bilan psychologique	73
2.2.2) Bilan d'ergothérapie	75
2.2.3) Bilan orthophonique	76
2.2.4) Bilan psychomoteur	76
2.3) Projet Personnalisé	78
2.4) Bilan de la prise en charge en psychomotricité	79
2.5) Première rencontre	80
2.6) La pataugeoire d'Elsa	81
2.7) Conclusion de l'étude de cas	86
<b>Conclusion</b>	<b>87</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>88</b>
<b>Annexes</b>	<b>95</b>

# Annexes

---

**Annexe 1** : HAS, texte des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « Annexe 1. Trouble du Spectre de l'Autisme : critères diagnostics du DSM-5 », février 2018.

Cette annexe reproduit les critères diagnostiques du DSM-5, d'après l'*American Psychiatric Association*. Trouble du spectre de l'autisme. Dans: DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.

Le trouble du spectre de l'autisme est classé parmi les troubles neurodéveloppementaux.

## **Critères diagnostiques 299.00 (F84.0)**

**A.** Déficiences persistantes de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés :

1. Déficiences de la réciprocité sociale ou émotionnelle.
2. Déficiences des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales.
3. Déficiences du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

*Spécifier la sévérité actuelle* : la sévérité repose sur l'importance des déficiences de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs. La sévérité est codée en trois niveaux (niveau 1 : nécessitant de l'aide ; niveau 2 : nécessitant une aide importante ; niveau 3 : nécessitant une aide très importante).

**B.** Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents :

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage.
2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés.
3. Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but.
4. Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.

*Spécifier la sévérité actuelle* : la sévérité repose sur l'importance des déficiences de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs.

**C.** Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais ils ne sont pas nécessairement pleinement manifestes avant que les demandes sociales n'excèdent les capacités limitées de la personne, ou ils peuvent être masqués plus tard dans la vie par des stratégies apprises).

**D.** Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en termes de fonctionnement actuel, social, scolaire (professionnels ou dans d'autres domaines importants).

**E.** Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

*Spécifier si* :

- avec ou sans déficit intellectuel associé ;
- avec ou sans altération du langage associée ;
- associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental ;
- associé à un autre trouble développemental, mental ou comportemental ;
- avec catatonie.



**Annexe 2** : Article 1 du Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice.

« Les personnes remplissant les conditions définies aux articles 2 et 3 ci-après sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants [\*compétence, attributions\*] :

1. Bilan psychomoteur.

2. Education précoce et stimulation psychomotrices.

3. Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :

- retards du développement psychomoteur ;
- troubles de la maturation et de la régulation tonique ;
- troubles du schéma corporel ;
- troubles de la latéralité ;
- troubles de l'organisation spatio-temporelle ;
- dysharmonies psychomotrices ;
- troubles tonico-émotionnels ;
- maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies ;
- débilité motrice ;
- inhibition psychomotrice ;
- instabilité psychomotrice ;
- troubles de la graphomotricité, à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

4. Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique. »