



HAL
open science

Un pré-adolescent malmené et bousculé par ses sens : lorsque la psychomotricité renforce l'intégration sensori-motrice dans le cadre de TSA

Élise Lucas

► **To cite this version:**

Élise Lucas. Un pré-adolescent malmené et bousculé par ses sens : lorsque la psychomotricité renforce l'intégration sensori-motrice dans le cadre de TSA. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02939430

HAL Id: dumas-02939430

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939430>

Submitted on 15 Sep 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.

IFP de la Pitié Salpêtrière
Faculté Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris

**Un pré-adolescent malmené et bousculé par
ses sens :**

Lorsque la psychomotricité renforce l'intégration
sensori-motrice dans le cadre de TSA

Mémoire présenté pour le Diplôme d'Etat de Psychomotricien
Session de Juin 2020

Référente de mémoire :

Claire JUTARD

Elise LUCAS

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des professionnels qui m'ont accueilli en stage et qui ont participé à leur manière à ma formation. Ils m'ont tous permis de découvrir ou de redécouvrir le métier de psychomotricien à travers leur organisation institutionnelle, leur approche singulière, leur travail d'équipe et leur clinique diversifiée.

Je remercie particulièrement Claire Jutard et Pauline Vidal de m'avoir fait confiance, de m'avoir accompagné tout au long de cette année de stage et d'avoir consacré du temps pour me former. Merci à Pauline Vidal d'avoir contribué à la problématisation de mon mémoire. Merci à Claire Jutard de l'avoir encadré et de m'avoir aiguillé lors de sa rédaction. Merci d'avoir continué cet accompagnement malgré la crise sanitaire Covid-19.

Merci à mes amis pour leur soutien sans faille. Merci à Roxanne de toujours croire en moi. Merci en particulier à mes amies de faculté d'avoir traversé ces trois années de formation avec moi. Sans elles, elles n'auraient pas été aussi riches et joyeuses.

Merci à l'ensemble de la promotion pour ces années passées, pour cette bienveillance et pour cet élan de solidarité qui s'est déployé pendant le confinement.

Merci aux professeurs pour leurs enseignements mais également pour leurs messages d'encouragement durant la période de crise.

Merci à ma famille qui me suit dans tous mes projets. Merci à ma mère d'avoir joué mon cobaye lorsque j'en avais besoin. Merci à ma sœur de rester à mes côtés malgré la distance qui nous sépare, pour ses relectures et ses conseils avisés.

Sommaire

Les précautions de lecture.....	10
INTRODUCTION	11
I- Contexte institutionnel et description du patient.....	13
A. La présentation de l'EMP.....	13
B. La présentation du patient	14
C. Son anamnèse	14
D. Son entrée à l'EMP.....	15
a) <i>Le suivi éducatif</i>	15
b) <i>Le suivi psychologique</i>	15
c) <i>Le suivi en psychomotricité</i>	15
E. Le bilan psychomoteur.....	16
a) <i>Aspect comportemental</i>	16
b) <i>Sphère relationnelle</i>	16
c) <i>Motricité globale et fine</i>	16
d) <i>Tonus</i>	17
e) <i>Fonctions exécutives</i>	17
f) <i>Graphisme</i>	17
g) <i>Représentation corporelle</i>	17
h) <i>Langage</i>	18

F.	La sémiologie psychomotrice.....	18
G.	Les objectifs et axes thérapeutiques d'Henry	19
	a) <i>L'objectif thérapeutique</i>	19
	b) <i>Les axes thérapeutiques</i>	19
II-	Qu'est-ce que l'autisme ?.....	20
A.	Les premières explications de l'autisme	20
B.	Les définitions et classifications.....	21
	a) <i>Les troubles envahissants du développement : DSM-IV et CIM-10</i>	21
	b) <i>Les troubles du spectre de l'autisme : DSM-5</i>	22
C.	Les signes cliniques associés à l'autisme	23
	a) <i>Les mouvements répétitifs : les stéréotypies</i>	23
	b) <i>Les troubles du sommeil</i>	24
	c) <i>Les troubles anxieux</i>	24
	d) <i>Les troubles gastro-intestinaux</i>	25
	e) <i>Les troubles de la modulation sensorielle</i>	25
	f) <i>Les troubles de l'alimentation</i>	25
D.	Les comorbidités	29
	a) <i>Les troubles du langage</i>	29
E.	L'épidémiologie.....	30
F.	L'étiologie.....	31
G.	Le diagnostic	32
H.	Les méthodes de prises en soins	33
	a) <i>ABA : Applied Behaviour Analysis</i>	34

b) <i>TEACCH : Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children</i>	34
c) <i>Denver</i>	34
d) <i>TED</i>	34
e) <i>PECS</i>	35
f) <i>Makaton</i>	35
g) <i>LSF</i>	35
III- La sensorialité et les perceptions.....	36
A. La perception.....	36
B. La perception d'un point de vue autistique.....	37
C. Les troubles de l'intégration sensorielle.....	38
D. Les troubles de la modulation du traitement de l'information.....	39
E. Les méthodes d'intégration sensorielle.....	39
IV- Les particularités sensorielles dans l'autisme.....	40
A. Hypersensibilité et hyposensibilité.....	40
B. Les particularités sensorielles d'Henry.....	41
C. La désensibilisation.....	43
D. L'équilibre sensori-tonique de Bullinger.....	43
V- Le développement sensori-moteur et l'impact des particularités sensorielles sur le développement psychomoteur.....	44
A. Le développement sensori-moteur.....	44
a) <i>Espace utérin</i>	45
b) <i>Espace de pesanteur</i>	45
c) <i>Espace oral</i>	46

d) <i>Espace du buste</i>	46
e) <i>Espace du torse</i>	47
f) <i>Espace du corps</i>	48
VI- La prise en soins d'Henry en psychomotricité.....	49
A. Les séances Snoezelen.....	49
a) <i>A la découverte de la médiation Snoezelen</i>	49
b) <i>Le déroulement type d'une séance Snoezelen avec Henry : ses sens mis en éveil</i>	50
c) <i>Une séance interrompue par des maux de ventre</i>	52
B. Les séances d'exploration sensori-motrice	53
a) <i>En quête de sensations vestibulaires</i>	53
b) <i>Un travail d'accordage</i>	55
c) <i>Une séance rythmée</i>	56
C. Son évolution au cours de l'année.....	56
VII- Sur quels fondements la psychomotricité repose-t-elle ? Quels bénéfices pour Henry ?	57
A. La spécificité du psychomotricien	57
B. Le dialogue tonico-émotionnel au cœur de la relation thérapeutique	58
C. L'instauration d'un cadre thérapeutique sécurisant et contenant.....	58
a) <i>Le cadre thérapeutique</i>	58
b) <i>La fonction de contenance corporelle et psychique</i>	59
D. De la sensation à la construction d'une unité corporelle.....	60
a) <i>Niveau tonique</i>	60
b) <i>Niveau sensoriel</i>	61

c) Niveau affectif.....	61
d) Niveau représentatif	62
E. La représentation du corps : construction du schéma corporel et de l'image du corps	63
a) Schéma corporel	63
b) Image du corps.....	63
c) La création des enveloppes en psychomotricité	64
d) Les limites du corps : dedans/dehors	67
e) Investissement et surinvestissement du corps	68
f) Le stade du miroir et l'image spéculaire	68
F. La mise en place du langage : Pourquoi Henry n'investit pas le langage ?	69
VIII- En séance, comment un psychomotricien favorise-t-il l'élaboration de l'unité corporelle ? Quelles médiations ?	70
A. Le toucher thérapeutique	71
a) L'importance d'être touché sur le plan psychique	71
b) Toucher et être touché physiquement	72
B. La médiation Snoezelen : quels bienfaits physiques et psychiques ?.....	73
a) Etymologie et origine du concept Snoezelen.....	73
b) Principes du concept Snoezelen	73
c) Indications et contre-indications	74
d) Aménagement de l'espace	75
e) Matériels.....	75
f) Ses bienfaits.....	75

IX- Quels outils sont mis en place quotidiennement à l'EMP pour structurer le temps et l'espace ? Quels autres outils pourraient aider à améliorer la qualité de vie d'Henry ?	76
A. Les stratégies mises en place par l'EMP pour structurer l'espace et le temps	76
a) <i>L'espace</i>	77
b) <i>Le temps</i>	77
B. Les pistes de réflexion concernant le rythme des apprentissages et les espaces partagés	78
a) <i>Une fréquence des prises en soins adaptée ?</i>	78
b) <i>Favoriser les temps en groupe ou individuels ?</i>	79
X- Comment adapte-t-on le projet de soin à l'environnement familial ?	80
A. Le rôle du psychomotricien auprès des familles ayant un enfant autiste	80
B. Aménagement du temps : emploi du temps et respect du rythme d'Henry.....	81
a) <i>Une semaine rythmée</i>	81
b) <i>Le temps du week-end</i>	82
C. Aménagement de l'espace au domicile en fonction des besoins d'Henry ...	82
a) <i>Structurer l'espace : gagner en prévisibilité et en autonomie</i>	82
b) <i>Epurer l'environnement, c'est diminuer la surcharge sensorielle</i>	83
c) <i>Le jardin et ses bienfaits</i>	84
d) <i>Aménagements : à quel prix ?</i>	84
CONCLUSION.....	85
Bibliographie.....	86
ANNEXES	I

Les précautions de lecture

Avant de procéder à la lecture de cet écrit, je tiens à préciser une notion importante. Lorsque j'aborde la relation qui s'établit entre la mère et son bébé, le terme mère ne doit pas être interprété dans un sens restrictif. En psychanalyse, il désigne toute personne occupant une fonction maternelle auprès du bébé. Elle est une figure de l'attachement et de contenance. Le mot mère n'est donc pas uniquement réservé à la mère en tant que telle, il concerne l'ensemble des personnes qui entourent et prodiguent les soins au bébé.

De plus, afin de préserver l'anonymat et de respecter la vie privée des personnes citées, leurs prénoms ont été remplacés.

INTRODUCTION

En France, l'autisme a longtemps été peu reconnu et ce n'est qu'à partir de 1996 qu'il a été considéré comme étant un handicap (Inserm, 2018). Désormais, l'autisme se situe au cœur des questions politiques, sociales, économiques et sanitaires. D'ailleurs, ce sujet est de plus en plus traité dans les reportages, sur des blogs dédiés au handicap ou encore dans les films, les séries et les romans où il n'est pas rare que le personnage central de l'histoire soit atteint d'autisme. Pourtant, malgré les nombreuses recherches scientifiques portées sur l'autisme, aucune étiologie précise n'a été trouvée. L'incompréhension et le mystère qui planent sur l'autisme m'interrogent énormément, et cela, depuis ma première année d'étude en psychomotricité. C'est la raison pour laquelle je suis partie en voyage de solidarité internationale, en Géorgie. Avec deux autres membres de l'association Psychomotricité En Action (PEA), nous avons voulu en apprendre davantage sur l'autisme. Trois semaines durant, nous nous sommes rendues à la Maison Verte de Tbilissi pour échanger avec les professionnels, principalement les psychologues, sur nos pratiques respectives. De plus, cela nous a permis, pour la première fois, d'entrer en relation avec des enfants, âgés de trois à sept ans en moyenne, qui étaient diagnostiqués autistes ou psychotiques selon le référentiel géorgien. Au cours de ce séjour, la distinction qui pouvait être établie entre autisme infantile et psychose infantile, et les comportements que pouvaient présenter ces enfants, m'ont grandement questionnée. J'étais particulièrement intriguée par l'indifférence qu'ils portaient à notre égard et par le fait qu'ils pouvaient nous utiliser tel un objet lorsqu'ils souhaitaient obtenir un jeu qu'ils étaient incapables d'atteindre sans notre intervention. J'avais l'impression que nous vivions dans des mondes totalement différents. Il y avait le nôtre et celui de chaque enfant. D'où provient cette différence de perception ?

Cette nouvelle interrogation m'a donné l'envie d'effectuer un stage long auprès d'enfants et d'adolescents ayant des troubles envahissants du développement. C'est lors de ce stage, en septembre 2019, que j'ai rencontré Henry. Il est âgé de onze ans et il a été diagnostiqué autiste. Lors de ma première séance de psychomotricité avec lui, il n'a pas semblé se rendre compte de ma présence. Par contre, à la fin de celle-ci, il s'est tourné vers moi, toujours sans me regarder, pour contempler mes ongles. Il s'est exprimé par un cri mais, au début, je n'ai pas saisi ce qu'il manifestait. La psychomotricienne m'a donc expliqué qu'il réclamait des « câlins ». Henry emploie régulièrement ce terme pour témoigner son désir de recevoir des pressions ongulaires sur sa peau. Je lui ai alors fait des pressions et percussions avec mes

ongles, tout en veillant à ne pas le blesser, car ils étaient assez durs et longs. N'étant pas satisfait, il a pris mes doigts pour les enfoncer dans la peau de sa main et sur les bords internes et externes de ses doigts. Il exerçait des pressions plus profondes. Ce n'était pas la recherche sensorielle en soi qui m'a étonnée mais plutôt son intensité. Lors de notre deuxième rencontre, Henry était dans un couloir, en train de crier violemment. Je me suis sentie totalement démunie face à sa désorganisation. Il était très agité et cherchait à se dévêtir. J'avais la sensation, par ses cris, qu'il était en extrême souffrance et qu'il appelait à l'aide. Je culpabilisais de ressentir sa détresse sans savoir comment intervenir pour l'apaiser. Toute la séance qui a suivi s'est construite autour de ses besoins sensoriels. C'était comme s'il était en manque de sa dose de « câlins » et qu'être contenu psychiquement et physiquement par du toucher thérapeutique était un besoin vital. Alors, comment un jeune autiste ayant des particularités sensorielles perçoit son environnement, et comment interagit-il avec celui-ci ? Quels sont les outils et ressources dont dispose un psychomotricien pour comprendre, discriminer et enfin pallier aux déficits sensoriels ? De quelle manière la psychomotricité, en renforçant la conscience corporelle, permet à un enfant autiste de mieux investir son corps et son environnement ? Quels sont les bienfaits des médiations sensori-motrices ? Et finalement, **comment à partir des particularités sensorielles d'un jeune pré-adolescent diagnostiqué TSA, un psychomotricien favorise-t-il ses interactions avec l'environnement ?**

Pour commencer, je vais exposer ma clinique psychomotrice en vous partageant l'histoire, le parcours de soins et le suivi en psychomotricité d'Henry. A la suite de cela, je vais aborder des notions théoriques afin de définir l'autisme. Les premières explications de l'autisme, les classifications, les signes cliniques de l'autisme, les comorbidités, l'épidémiologie, l'étiologie, le diagnostic, les méthodes de prises en soins psychologiques et éducatives ainsi que les outils de communication seront évoqués. Ensuite, tout au long de mon raisonnement, je développerai mes propos en illustrant la théorie par des éléments cliniques. Je ferai référence aux problèmes de perception et d'intégration sensorielle, aux particularités sensorielles liées à l'autisme et à celles d'Henry. Certaines méthodes d'intégration sensorielle seront présentées avant de détailler le développement sensori-moteur ordinaire et pathologique de l'enfant. Nous verrons, par la suite, quelques séances de psychomotricité d'Henry et leur importance dans sa construction psychocorporelle. Enfin, j'orienterai ma réflexion sur les différentes échelles d'action du psychomotricien, sur son rôle auprès du patient, des équipes et des parents.

I- Contexte institutionnel et description du patient

A. La présentation de l'EMP

L'Externat Médico-Pédagogique (EMP) est répertorié comme un établissement médico-social. Il a reçu son agrément d'ouverture en 2001 et il est l'un des multiples établissements gérés par l'association EntrAide Universitaire.

Il prend place dans une grande maison bourgeoise rénovée. Derrière le bâtiment, se trouve une grande cour de récréation.

L'EMP est destiné à accueillir, selon son agrément, quarante enfants et adolescents, âgés de quatre à quatorze ans, présentant des troubles autistiques et autres troubles envahissants du développement sévères. Les enfants sont adressés à l'EMP par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), par le biais d'une notification de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Ces enfants ne peuvent pas débiter une scolarité ordinaire ou la poursuivre sans aide. Lorsqu'ils sont scolarisés, des aménagements du temps scolaire sont mis en place avec la présence d'une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS).

Le personnel se compose d'un directeur, d'une cheffe de service, d'une secrétaire de direction, d'une comptable, d'éducateurs, de moniteurs éducateurs, d'une psychiatre, de psychologues, de psychomotriciennes, d'enseignantes, d'une assistante sociale, d'un professionnel en mimothérapie et d'une équipe s'occupant des services généraux (un chauffeur, des agents d'entretien, des cuisinières, un agent technique...).

L'EMP accueille les enfants tous les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 9 à 16 heures et, les mercredis et un samedi par mois de 9 heures à 12h15. Un circuit de ramassage, par minibus, est organisé par une société de transports. Concernant les repas du midi, ils sont encadrés par le personnel éducatif et par les psychomotriciennes. Il s'agit d'un temps à la fois éducatif et thérapeutique.

Les enfants et adolescents de l'EMP sont répartis sur trois groupes éducatifs hétérogènes (groupe 1, groupe 2 et groupe des grands) et chaque groupe se divise en sous-groupes qui possèdent chacun leurs propres spécificités. Ces groupes sont encadrés par quatre éducateurs et bénéficient d'une enseignante, d'une psychologue ainsi que d'une psychomotricienne référente.

L'EMP tente de répondre aux besoins des jeunes dans l'objectif de favoriser leur développement psychomoteur et leur autonomie afin qu'ils puissent au mieux agir sur leur milieu et interagir avec autrui.

Voilà pourquoi, ils nécessitent un accompagnement individualisé et des approches et interventions éducatives, thérapeutiques, pédagogiques, et sociales. Chaque jeune possède alors un emploi du temps qui découle du Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA). Toutes les activités auxquelles il participe, de manière individuelle ou collective, y sont inscrites. En plus des entretiens, un cahier de transmission d'informations est mis en œuvre entre la famille et les référents de l'enfant afin d'échanger et d'ajuster l'accompagnement en fonction du parcours de l'enfant tout au long du suivi.

B. La présentation du patient

Henry est un jeune garçon, âgé de onze ans, très élancé. Il est blond aux yeux bleus. Il possède des petites taches de rousseur sur son visage.

Issu d'un milieu aisé, il réside dans une commune bourgeoise, située en banlieue parisienne. Il vit chez ses parents avec son frère et sa sœur. Sa mère, Galloise, est consultante tandis que son père, d'origine française, est juriste. Le personnel de l'EMP relate que le père aurait tendance à dénier la pathologie de son fils. Sa grande sœur a treize ans et son frère aîné en a seize. Ce dernier est autiste et ses troubles seraient plus légers que ceux d'Henry. Il est d'ailleurs scolarisé dans une école ordinaire. Il y a quelques mois, Henry a été perturbé par plusieurs événements familiaux comme la dépression de son frère, l'hospitalisation longue de son oncle en unité psychiatrique et par l'intégration d'une de ses grands-mères en maison de retraite.

C. Son anamnèse

Lorsqu'il était en école maternelle, il n'y allait que le matin, avec la présence d'une AVS, neuf heures par semaine. L'École a rapporté qu'Henry nécessitait beaucoup d'attention, que sa concentration était labile et qu'il ne pouvait donc pas travailler sans être accompagné par un adulte. De plus, son enseignante a précisé qu'il avait peu de relation avec autrui et qu'il était très sensible aux bruits environnants. Toutefois, elle a remarqué qu'il avait une bonne motricité globale. L'École s'est alors interrogée sur un trouble du développement, de relation et de communication. Par conséquent, il a été adressé à un centre de dépistage et il a été diagnostiqué autiste.

En 2012, une demande d'orientation médico-sociale a été lancée. Malheureusement, Henry a été refusé par tous les Instituts Médico-Educatifs (IME) et Services d'Education et de Soins Spécialisés (SESSAD).

De 2014 jusqu'en 2017, il a été suivi treize heures par semaine par différentes intervenantes psychologues appartenant au même réseau. Elles appliquaient la méthode *Applied Behavior Analysis* (ABA)¹. Ayant observé peu de bénéfices concluants pour Henry, les psychologues, en accord avec ses parents, ont jugé préférable de l'arrêter après deux ans d'essais. En parallèle, deux fois par semaine, une orthophoniste a d'abord tenté de lui apprendre un mode de communication *via* la méthode *Picture Exchange Communication System* (PECS)². Ne s'en étant pas saisi, l'orthophoniste a ensuite essayé le Makaton³ avec lui. Comme pour le PECS, il s'est très rapidement désintéressé de cette méthode, ce qui a mis fin à cette prise en soins. Simultanément, de 2015 jusqu'en 2017, il a été scolarisé en Classe pour L'Inclusion Scolaire (CLIS).

D. Son entrée à l'EMP

Par orientation médico-sociale, Henry arrive en août 2017 à l'EMP. Il l'intègre à temps plein. Tous les soirs, il rentre au domicile familial. Il a d'ailleurs une intervenante psychologue qui le suit à domicile de 17 à 19 heures. Elle lui propose des activités et des sorties adaptées. Le mercredi, ils vont ensemble à la piscine. Concernant ses week-ends, il part le plus souvent avec une association de loisirs. Autrement, il reste avec sa famille.

a) Le suivi éducatif

Il se déroule tout au long de la journée, lors du temps d'accueil, des activités proposées et du temps du repas du midi et du goûter.

b) Le suivi psychologique

Henry voit une fois par semaine une psychologue en séance individuelle. Elle a une approche cognitivo-comportementale.

c) Le suivi en psychomotricité

Il est suivi trois fois par semaine en psychomotricité. Deux fois en thérapie individuelle, le mardi et le jeudi, sur une durée de trente minutes et une fois en thérapie de groupe vélo tout-terrain (VTT), à l'extérieur de l'EMP.

¹ Cf. *infra*. Partie II.H. a) ABA : *Applied Behaviour Analysis*, p.34.

² Cf. *infra*. Partie II.H. e) PECS, p.35.

³ Cf. *infra*. Partie II.H. f) Makaton, p.35.

E. Le bilan psychomoteur

a) Aspect comportemental

D'après mes observations psychomotrices, j'ai pu constater qu'Henry était très sonore. Il crie la plupart du temps et je relève la présence de stéréotypies visuelles. Lors de la séance d'observation, il me paraît plus agité que d'habitude. Je me demande si son instabilité est liée au fait que ce soit moi qui dirige la séance ou aux activités qui le contraignent d'être plus longtemps assis à une table.

b) Sphère relationnelle

Au niveau relationnel, il peut entrer facilement en contact avec autrui et se montrer souriant. Il participe aux jeux proposés et sait me solliciter quand il veut rejouer avec moi. Il est capable de me regarder dans les yeux en soutenant mon regard, je ne remarque pas d'évitement de contact visuel. Il cherche souvent le regard de l'adulte lorsqu'il exécute une activité. L'attention conjointe⁴ est seulement possible quand il porte un intérêt à l'activité qui se déroule.

c) Motricité globale et fine

Concernant ses capacités motrices, il est plutôt à l'aise dans les activités mettant en jeu la motricité globale. Par contre, lorsqu'il escalade l'espalier, il n'alterne pas ses pieds, c'est-à-dire qu'il monte et descend les barreaux toujours avec son pied gauche, qui est ici, son « *pied explorateur* » pendant que son pied droit est « *porteur* » (Bullinger, 2017b, p.34). Cela ne se produit pas dans les escaliers où ses pieds sont alternativement explorateurs et porteurs. Les barreaux de l'espalier offrent moins de points d'appui que les marches, ce manque d'information sensorielle au niveau plantaire peut expliquer ce défaut d'alternance. Au niveau de la motricité fine, cela s'avère plus difficile. Je constate que ses coordinations oculo-manuelles et que ses coopérations bi-manuelles sont présentes durant l'exécution d'une tâche. Cependant, ses coordinations bi-manuelles ne sont pas encore spontanément mises en place. De plus, il n'adapte pas toujours son geste et persiste avec la manière dont il a procédé la fois précédente. Il coordonne ses deux mains exclusivement lorsque cela lui est indispensable pour réaliser une activité.

⁴ C'est lorsque « deux personnes se regardent mutuellement puis que l'un des protagonistes glisse son regard vers un objet d'intérêt et que le second protagoniste suive ce glissement jusqu'à l'objet pour l'observer à son tour » (Aubineau, Vandromme, & Le Driant, 2015, p.143). Les protagonistes ont conscience de partager cet intérêt commun simultanément. L'attention conjointe fait référence à la communication pré-verbale. Elle est le précurseur du pointage, de l'intentionnalité et du langage (*Ibid*, 2015).

d) Tonus

Ensuite, il est possible d'observer chez Henry un trouble de la régulation tonico-émotionnelle. Effectivement, il a tendance à être hypertonique. Lorsqu'il est en position d'équilibre, ses jambes se tonifient entraînant son buste vers l'avant jusqu'à le déséquilibrer. Il peut tenir seulement quelques secondes. Sur une planche ou en montant les marches d'un escalier, il se met parfois sur la pointe des pieds. Cela peut être mis en lien avec sa recherche de sensations proprioceptives⁵ et/ou vestibulaires qui expliquerait son besoin d'être constamment en mouvement. Lorsqu'il s'allonge sur un tapis ou sur une physioball et qu'il se sent suffisamment en confiance avec la personne qui l'entoure, il peut relâcher ses tensions et abaisser son tonus. Ses émotions ne sont pas toujours contrôlées et comprises ce qui tend à le désorganiser.

e) Fonctions exécutives

Il montre des difficultés à se poser sur une activité à table, celle-ci est souvent vite expédiée. Lorsque je lui propose un puzzle, il le reconstitue mécaniquement, sans aucune réflexion. Il est très rapide. Il se réfère à la forme globale des pièces sans prêter attention aux détails.

f) Graphisme

Ses productions graphiques sont très pauvres par rapport à son âge chronologique. Il est au premier stade, celui des gribouillis. Ses traits n'ont pas de limite. Par ailleurs, sur imitation, il est capable de reproduire un rond fermé malgré sa difformité. Il parvient également à faire des traits verticaux et horizontaux. Par contre, il ne peut dessiner d'autres éléments. Il est à préciser qu'il a une mauvaise tenue du crayon, il est en prise palmaire haute.

g) Représentation corporelle

Malgré ses onze ans, il n'a donc pas encore accès à la représentation du bonhomme par dessin. Sans guidage, il peut montrer ou dire où se trouve sa tête, le nez, les bras, les mains et les pieds. Mais, pour le reste, il est difficile de savoir s'il les connaît ou si cela est dû au hasard. Lorsqu'il ne répond pas, j'ai des difficultés à déceler si cela est parce qu'il ne veut pas, ne comprend pas ou parce qu'il ne sait pas. Henry reste beaucoup dans l'imitation.

⁵ Cf. *infra*. Partie VII-E. c) La création des enveloppes en psychomotricité - Enveloppe tonique : transfert d'un Moi os à un Moi muscle, p.65.

h) Langage

Pour terminer, ses moyens de communication demeurent pauvres. Pour s'exprimer oralement, il n'emploie que quelques mots simples. Il répond parfois par écholalie et répète des interjections qu'il apprécie. Autrement, il a tendance à jargonner. Cela est incompréhensible, mais bien articulé.

F. La sémiologie psychomotrice

Malgré le pluralisme des domaines d'affectations chez les personnes autistes, il est possible de repérer quelques similitudes dans leur sémiologie psychomotrice (Réveillé, Paquet, Le Menn-Tripi, Laranjeira-Heslot & Perrin, In Giromini, Albaret, & Scialom, 2018, pp. 515-545). Depuis son entrée à l'EMP, Henry a fait de nombreux progrès surtout sur le plan relationnel grâce au développement de ses intérêts pour l'autre et de ses capacités d'imitation. Néanmoins, certains troubles persistent.

Henry présente un trouble de la régulation tonico-émotionnelle. Afin de compenser ses difficultés à contenir ses éprouvés corporels, il augmente anormalement son tonus musculaire. Son hypertonie impacte le dialogue tonico-émotionnel, c'est-à-dire la communication infra-verbale. Il montre des difficultés à s'ajuster dans la relation et à transmettre ses émotions. Cela peut s'expliquer par un défaut de compréhension et de gestion de ses émotions, des problèmes de perception et d'interprétation de ses sensations, un manque d'empathie et une incompréhension du comportement d'autrui.

Il présente des troubles caractéristiques d'une dysfonction exécutive telle qu'un déficit d'inhibition. Sans que l'on s'y attende toujours, il peut se montrer impulsif. Un trouble de la modulation sensorielle peut à la fois entraîner une rigidité comportementale et une instabilité motrice. Ensuite, Henry fait preuve d'un manque de flexibilité mentale. Ayant de bonnes capacités mnésiques, il a parfois tendance à se précipiter et à rester fixé sur ce qu'il connaît ou sur la manière dont il a exécuté une tâche la fois précédente. Il s'ajoute à tout cela des difficultés attentionnelles.

Bien que ses coordinations dynamiques globales soient harmonieuses, il n'en est rien pour sa motricité fine. Ses coordinations oculo-manuelles et coopérations bi-manuelles sont belles et bien installées, mais Henry n'a pas encore intégré les coordinations bi-manuelles qui sont très souvent absentes.

Autrement, la latéralité d'Henry n'est pas encore différenciée. Il ne montre pas de préférence manuelle ou pédestre.

Le défaut d'intégration du schéma corporel et plus généralement de la représentation de son corps⁶ peut être aussi en lien avec ses difficultés perceptivo-motrices et de régulation tonique (Réveillé et al., In Giromini, Albaret, & Scialom, 2018, pp. 515-545). Le sentiment d'unité corporelle s'élabore, en premier lieu, par la fluctuation de tonus. La tonicité varie en fonction du niveau de vigilance, des flux sensoriels entrants, d'un changement d'état émotionnel induit par une discontinuité du dialogue tonique et des représentations. Ces modulations toniques permettent à l'individu de réunir les diverses sensations provenant de son organisme et d'en discerner ses limites (Bullinger, 2017a).

G. Les objectifs et axes thérapeutiques d'Henry

a) L'objectif thérapeutique

A l'issue de mes observations psychomotrices, un objectif thérapeutique s'en dégage pour Henry. Il est question de favoriser son intégration sensorielle ainsi que le développement de ses compétences cognitives, motrices et relationnelles. Et cela, pour qu'il puisse, un jour, interagir aisément avec le monde qui l'entoure.

A partir de cet objectif, des axes de prise en soins en découlent.

b) Les axes thérapeutiques

En s'appuyant sur le dialogue tonique, il me paraît pertinent de l'aider à réguler ses réactions tonico-émotionnelles et ses stéréotypies. Cela a pour but de réduire ses tensions corporelles et de développer ses échanges avec le milieu externe.

Par le biais de médiations sensorielles, il me semble indispensable de faciliter le traitement des données sensorielles d'Henry afin qu'il s'adapte mieux aux variations des flux sensoriels.

A travers des expériences sensori-motrices, il est nécessaire d'affiner sa conscience corporelle pour qu'il puisse mieux comprendre ses affects et le milieu dans lequel il vit. Cela pourrait lui procurer une meilleure sécurité interne et faire exister ses coordinations gauche-droite et haut-bas. Sa représentation corporelle et ses interactions avec son environnement pourront ainsi s'améliorer.

Il est également essentiel de développer ses moyens de communication. En se basant sur ses centres d'intérêt, il me paraît primordial encourager Henry à

⁶ Cf. *infra*. Partie VII-E. La représentation corporelle : construction du schéma corporel et de l'image du corps, pp.63-69.

s'exprimer verbalement et à faire des demandes pour accroître ses interactions avec autrui.

Enfin, il me semble aussi important de soutenir et de déployer ses représentations psychiques tout en l'aidant à donner du sens à ses activités.

Afin de mieux comprendre les troubles d'Henry, je vais tenter de définir l'autisme.

II- Qu'est-ce que l'autisme ?

A. Les premières explications de l'autisme

Tout d'abord, le terme autisme vient du mot grec *autos* qui signifie « *soi-même* » (« *Autisme* », s. d.).

Le terme d'autisme est inventé en 1911 par le psychiatre suisse, Bleuler. Il désigne l'une des manifestations secondaires à la schizophrénie chez le jeune adulte, c'est-à-dire la perte du contact avec la réalité extérieure qui rend difficile, voire impossible pour le patient toute communication avec autrui.

Ensuite, c'est en 1943 que le pédopsychiatre Kanner décrit pour la première fois l'autisme dans son étude, *Les perturbations autistiques des contacts affectifs*. L'autisme infantile est pour lui une forme de psychose, distincte de la schizophrénie infantile et adulte. L'autisme de Kanner se caractérise, selon les termes de la classification internationale des maladies de l'OMS CIM-10, F84.0, par « *un développement, anormal ou déficient, qui se manifeste avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines suivants: interactions sociales, communication, comportement (au caractère très restreint et répétitif)* » (OMS, 2001, p.13). Il met en avant deux causes de l'autisme. D'un côté, les origines génétiques ou neuro-développementales du fait de la survenue précoce de ces troubles et de l'autre, la carence affective du milieu familial où il décrit souvent une distance et une froideur affective des parents.

Bettelheim (1969), psychologue américain d'origine autrichienne, reprend la théorie de Kanner dans son ouvrage *La forteresse vide*. Il tente de prouver que l'autisme est causé par une blessure narcissique provenant d'un déni de l'existence de l'enfant par ses parents, et plus particulièrement par sa mère. A la suite de la diffusion de cette idéologie, des enfants ont été arrachés à leur famille dans le but de les soigner par des méthodes éducatives, reconnues aujourd'hui comme étant maltraitantes. Cette théorie a donc été réfutée à la survenue d'hypothèses scientifiques.

En 1944, Asperger, pédopsychiatre autrichien, décrit des troubles du comportement chez plusieurs enfants ayant un développement de l'intelligence et du langage normal. Cependant, ils présentaient une déficience marquée dans leurs interactions sociales et dans leur manière de communiquer. C'est ce qu'il nomma la « *psychopathie autistique* » (Schulz & Sartorius, 2016, p. 101).

Dans les années 1950, plusieurs théories psychogénétiques apparaissent, notamment celle de Bender en 1959. Pour cette neuropsychiatre américaine spécialisée dans les enfants, l'autisme est la conséquence d'un mécanisme de défense psychique qui découle d'une lésion innée du système nerveux central (Bettelheim, 1969).

Dans les années 1970, à l'issue des progrès en neurosciences, il est pensé que l'autisme est un problème neurologique et physiologique. De plus, des études chez les jumeaux confirment que la génétique contribue grandement aux troubles du spectre autistique. Une concordance a été repérée à 92% chez les vrais jumeaux et 10% chez les faux jumeaux pour ce trouble (Institut Pasteur, 2016). Entre 2005 et 2009, ces chiffres ont été réactualisés et ils étaient respectivement de 77 à 95% et de 31% (*Ibid*, 2016).

B. Les définitions et classifications

a) Les troubles envahissants du développement : DSM-IV et CIM-10

Durant cette même période, Wing (1992), chercheuse anglaise, a prouvé à travers une étude clinique et statistique que trois catégories de symptômes, appartenant aux troubles envahissants du développement (TED), constituaient un syndrome. Cela donna naissance à la triade de Wing qui sera reprise dans la CIM-10, en 1993. Cette dimension catégorielle a été longtemps reconnue comme la classification de référence par la Haute Autorité Sanitaire (HAS, 2018). Elle définit l'autisme comme étant un TED (code F84), c'est-à-dire un « *groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif* » (HAS, 2012, p.18).

La CIM-10 distingue huit formes de TED, l'autisme infantile, l'autisme atypique, le syndrome de Rett, autre trouble désintégratif de l'enfance, l'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, le syndrome d'Asperger, autres troubles envahissants du développement et le trouble du développement sans précision supplémentaire.

Le DSM-IV, publié un an après la CIM-10, regroupe en cinq catégories les TED. Il y a l'autisme qui se réfère à l'autisme infantile de la CIM-10, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger, le trouble envahissant du développement non spécifié incluant l'autisme atypique de la CIM-10.

Désormais, l'autisme est de plus en plus regroupé sous l'appellation générique des troubles du spectre de l'autisme. Il demeure un trouble envahissant du comportement dont les causes sont encore très mal définies. Il existe encore plusieurs controverses concernant la classification et le diagnostic de l'autisme qui sont constamment remaniés. En attendant l'application de la CIM-11, je prends le parti de suivre les recommandations de l'HAS de 2018 qui consistent à prendre en compte la classification du DSM-5, étant la forme la plus actualisée. Il est à préciser que les caractéristiques de l'autisme, couvrant un large spectre, varient considérablement d'une personne à l'autre.

b) Les troubles du spectre de l'autisme : DSM-5

La cinquième version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), publié en 2013, renouvelle la classification de l'autisme. Dans cette terminologie, la notion de « *trouble du spectre de l'autisme* » (TSA) est employée. Le TSA regroupe plusieurs diagnostics qui sont les troubles autistiques, le syndrome d'Asperger, les troubles désintégratifs de l'enfance et les troubles envahissants du développement non spécifiés (TED-NOS).

Le TSA est un trouble neuro-développemental (TND), les symptômes doivent donc être présents dès les étapes précoces du développement.

Les critères diagnostics actualisés par le DSM-5 sont définis dans une dyade symptomatique. Elle comprend les déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des situations variées ainsi que le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. Ces symptômes doivent occasionner un retentissement cliniquement significatif et ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel. Cette définition est ainsi dimensionnelle et permet de distinguer trois degrés de sévérité déterminant le niveau de soutien requis, allant du moins au plus important. Il est à noter que, pour la première fois, l'hyper- et l'hyposensibilité⁷ aux stimuli sensoriels sont considérées comme des critères diagnostics.

⁷ Cf. *infra*. Partie IV-A. hypersensibilité et hyposensibilité, p.40.

C. Les signes cliniques associés à l'autisme

a) Les mouvements répétitifs : les stéréotypies

Le terme stéréotypie est composé de deux mots grecs. Nous avons d'une part, *stereos*, qui signifie solide et d'autre part, *typos*, signifiant empreinte. Tous les deux font référence aux aspects rigides et inflexibles des mouvements, répétés à l'identique. Ils suivent toujours le même modèle (D'Ignazio, In Perrin, Maffre, & Le Menn-Tripi, 2019, pp.321-341).

Les conduites stéréotypées ne sont pas anodines et ont un sens pour les enfants autistes. Un enfant ayant des TSA manifeste des comportements répétitifs pour répondre à un besoin. Il peut être question d'une recherche de sensations pour s'autostimuler, s'autocentrer et se rassurer (Bourreau, 2008). Dans une approche développementale, les stéréotypies sont envisagées comme des points d'appui dans la régulation sensori-tonique de l'enfant autiste. Elles seraient une « *prothèse de rassemblement* » (Bullinger, 2017a, p.173). Ces comportements répétitifs protégeraient l'individu en cas d'hypersensibilité ou répondraient à un manque important de stimulations dans le cadre d'une hyposensibilité sensorielle (Bullinger, 2017a).

Les stéréotypies permettraient une décharge motrice qui aurait la faculté d'apaiser et de réguler les émotions. Bourreau, doctorant à l'université François-Rabelais de Tours, parle d'ailleurs de « *stéréotypies sensorimotrices* » (2008, p.7). Il fait le lien entre les stéréotypies et les réponses sensorielles et motrices qu'elles procurent. Dans l'échelle EC2R, ces stéréotypies sont répertoriées dans une liste non exhaustive. Bourreau y évoque notamment les stéréotypies sensorielles, motrices et vocales, les rituels, les conduites obsessionnelles, auto- ou hétéro-agressives et la manipulation d'objets perpétuelle (Bourreau, 2008). Les stéréotypies entravent le développement psychomoteur de l'enfant puisqu'elles créent un déséquilibre entre le pôle sensori-moteur, cognitif et environnemental. Ce dernier correspond à la sphère relationnelle et aux affects. Lorsque l'enfant est centré sur ses stéréotypies, il ne peut entrer en relation avec autrui et être dans les apprentissages.

Il est possible de rencontrer, chez Henry, des domaines comportementaux similaires à ceux que Bourreau (2008) décrit dans sa thèse. Henry présente des stéréotypies motrices qui peuvent être à la fois sensorielles. Il peut agiter nerveusement ses doigts devant ses yeux tout en criant fort. Pour cela, il se place toujours devant un mur ou devant un meuble mais, jamais face au vide. Par exemple, à notre étage, au moment de descendre, il se met toujours près de la porte des escaliers, devant le déclencheur manuel d'incendie.

Puis, il joue de temps en temps avec le robinet quand il va dans une salle d'eau. Il l'ouvre et le ferme plusieurs fois de suite. Autrement, il lui arrive de se montrer autocentré et agressif envers lui-même. Il enfonce ses yeux avec ses doigts, paupières fermées. Pendant le repas, il prend parfois sa fourchette pour piquer l'ensemble de sa main. Par ailleurs, il répète des sons, des vocalises ou des phrases avec la même intonation que son interlocuteur. Ces écholalies peuvent être considérées comme des stéréotypies vocales. Enfin, il se meut constamment et prend régulièrement des postures atypiques telles que celles où il se crispe en position d'équilibre. Bourreau (2008) nomme cela le maniérisme moteur.

b) Les troubles du sommeil

Selon des recherches menées, les troubles du sommeil concerneraient environ 80% des jeunes autistes (Gagnon et Tesfaye, 2019). Ces derniers sont fréquemment sujets à des difficultés d'endormissement, aux insomnies et éveils qui amputent drastiquement leur durée de sommeil. Les perturbations du sommeil sont d'origines multifactorielles. Elles sont en lien avec les facteurs sociaux, biologiques et psychologiques, ce qui complexifie la mise en place d'un traitement. Même si la mélatonine favorise le sommeil, ses effets ne sont pas encore totalement identifiés (*Ibid*, 2019).

Henry a des problèmes de sommeil, il dort régulièrement en décalé. Il a eu une période où il se réveillait toutes les nuits, entre trois et cinq heures du matin. La plupart du temps, il vient à l'EMP en étant très fatigué.

c) Les troubles anxieux

L'anxiété est très souvent associée au spectre de l'autisme (*Ibid*, 2019). Il est alors probable qu'elle soit l'un des facteurs responsables des troubles du sommeil dont ils sont victimes. Des enfants et des adolescents autistes anxieux auraient des résistances à se coucher, ils mettraient plus de temps à s'endormir et seraient davantage éveillés durant la nuit.

Les parents d'Henry ont confié aux éducateurs de l'EMP que le sommeil d'Henry a été particulièrement perturbé au moment où ils étaient préoccupés par les problèmes familiaux qui sont décrits dans l'anamnèse, ce qui a pu inquiéter Henry et majorer ses troubles du sommeil.

d) Les troubles gastro-intestinaux

Les problèmes gastro-intestinaux affecteraient au moins 97% des personnes autistes (*Ibid*, 2019). Bien que les gênes occasionnées soit singulières, certaines sont plus communément citées telles que la constipation, la diarrhée et les douleurs abdominales. D'ailleurs, les troubles digestifs pourraient également avoir un effet négatif sur le sommeil. L'origine de ces perturbations gastro-intestinales chez les personnes autistes est encore objet d'étude.

Il est arrivé plusieurs fois, durant mon temps de présence à l'EMP, qu'Henry soit atteint de maux de ventre faisant suite à une constipation. En cas de douleurs, son irritabilité est amplifiée.

e) Les troubles de la modulation sensorielle

Les troubles du traitement sensoriel⁸ sont couramment retrouvés chez les sujets autistes (*Ibid*, 2019). Ils impactent négativement plusieurs sphères de leur vie.

f) Les troubles de l'alimentation

Il semblerait que 25% de la population générale présente des troubles alimentaires (Nadon, Ehrmann Feldman, & Gisel, 2008). Par ailleurs, 80 % des enfants avec un TED auraient des problèmes d'alimentation (Nadon et al., 2008). La plupart de leurs difficultés reposeraient sur la sélectivité des aliments, contrairement aux enfants neurotypiques. Néanmoins, ils peuvent, eux aussi, manifester une absence d'appétit, un rejet envers la nouveauté, une dysphagie et des troubles comportementaux lors des repas.

Les problèmes alimentaires, pour tous les enfants quels qu'ils soient, peuvent être d'origine multifactorielle. Les résultats scientifiques mettent en évidence des relations entre l'alimentation et de multiples facteurs, tels que l'âge, les conditions médicales, les incapacités physiques, les allergies alimentaires, les problèmes digestifs, les problèmes de comportement, les attitudes parentales, l'hérédité, la texture des aliments, la présentation des aliments ou encore l'environnement (*Ibid*, 2008).

⁸ Cf. *infra*. Partie II-D. Les troubles de l'intégration sensorielle, pp.38-39.

L'activité alimentaire suggère un traitement des afférences sensorielles et des capacités motrices (*Ibid*, 2008). Des troubles de l'alimentation peuvent être induits par des troubles de coordination au niveau de la zone orale. Ils toucheraient de nombreux enfants autistes. Afin de comprendre ces difficultés, prenons l'exemple du nouveau-né. Son alimentation est conditionnée par une bonne organisation entre la succion et la déglutition. En plus de présenter un enjeu vital, l'alimentation occasionne du plaisir et le sentiment de satiété. L'appétence, les flux sensoriels olfactifs, la mise en forme posturale, la capture, l'exploration, la succion, la déglutition, et la satiété mènent vers l'aspect hédonique du repas. La succession de ces étapes forme la chaîne narrative du repas⁹. Chaque élément est indispensable pour assurer cette continuité qui est rassurante pour l'enfant (Bullinger, 2017a). Cette chaîne narrative repose sur le système tactile archaïque et sur le système tactile récent. Etayé par les points d'appui offerts par le portage, le système tactile archaïque assure le maintien et l'orientation du buste et de la tête par un recrutement tonique. Quant au système tactile récent, il permet, sur une base tonique, d'ajuster la position de la tête, des lèvres, de la langue et des gencives du bébé, suivant les propriétés spatiales et métriques de l'objet oral. Elles concernent donc sa forme, sa taille mais aussi sa température, sa texture et son goût. Les mouvements exploratoires de l'objet dépendent de ce système.

En réponse à une sensation de faim et à l'odeur du lait, la bouche du bébé s'ouvre. Il propulse son buste vers l'avant par un recrutement tonique. Grâce au portage et à sa tonicité, le bébé oriente sa tête vers l'apport nutritif pour assurer la fonction de capture. La bouche ouverte attrape le mamelon ou la tétine du biberon. Suite aux sensations agréables et désagréables perçues par la sphère orale du bébé et traitées par le système tactile archaïque, le tonus est recruté (Bullinger, 2017a). L'exploration, sous-tendue par le système récent, donne la capacité au nourrisson de traiter les informations sensorielles et d'ajuster ses lèvres, ses gencives, son palais et sa langue pour aller à la rencontre du lait (Pfister et al., 2008). Le réflexe de succion intervient en aspirant le liquide alimentaire afin d'accéder à la déglutition. Normalement, en grandissant le réflexe de succion tend à disparaître pour laisser progressivement place à la mastication commençant vers six mois.

⁹ Cf. *infra*. Annexe A, p. I

Le portage ou plus tard, la station assise sur une chaise offrent un appui dos. Cette contenance est aussi obtenue par les odeurs du repas qui permettent à l'enfant de l'anticiper. Les afférences sensorielles stimulent les récepteurs tactiles et confèrent de cette manière une sensation d'exister. Pour finir, le sentiment de satiété renforce cette contenance par la sensation agréable d'avoir un estomac rempli.

Le repas comporte également une dimension sociale (Falk, Vincze, & Csatári, 2017). Avant de pouvoir s'autonomiser, l'enfant est dépendant de l'adulte puisque sans son intervention il ne peut se nourrir. L'adulte joue un rôle important dans le portage, dans le nourrissage, dans l'attachement, dans le plaisir et le partage émotionnel. Par ses gestes et par ses mises en mots, l'adulte explique à l'enfant la situation, ce qu'il lui fait et ce qu'il lui arrive. En plus de sa fonction nourricière, le repas développe les échanges relationnels. Il prend une valeur affective, rassurante et hédonique.

Dans l'autisme, on peut retrouver un déséquilibre entre le système tactile archaïque et le système tactile récent. L'organisation du réflexe de succion et du réflexe de déglutition se trouve ainsi impactée. Lorsque les enfants autistes sont très irritables sur le plan sensoriel, ils déploient des défenses tactiles (Nadon, et al., 2008). Autrement dit, ils se protègent de façon extrême contre un stimulus tactile qu'ils considèrent comme agressif. Dans ce cas, le système tactile archaïque prévaut sur le système tactile récent. Un recrutement tonique s'opère et le bébé rejette le bol alimentaire. Afin de repousser la source nutritive, le nourrisson détourne sa tête et effectue un mouvement d'hyperextension de la nuque. La sphère orale ne sera plus orientée vers la source nutritive. Les coordinations entre capture et exploration sont compromises, la succion et la déglutition ne peuvent être assurées. Des réflexes nauséux, une sélectivité importante des aliments et un refus de la nouveauté peuvent s'observer. Autre situation, si l'enfant manque d'appétit ou recherche à combler et à occuper sa bouche par un objet oral, le système tactile archaïque domine sur le système tactile récent. La capture se renforce par une augmentation de la tonicité de la sphère orale. Des conduites d'agrippements apparaissent ce qui inhibe l'action de succion et de déglutition (Pfister et al., 2008). Enfin, lorsqu'un enfant est en recherche de sensations, le système tactile récent prédomine sur le système tactile archaïque. Sa prise de nourriture est adaptée mais il va garder en bouche le bol alimentaire seulement pour l'explorer sensoriellement. Il n'a aucune intention de l'avaler (*Ibid*, 2008). A cause des stéréotypies buccales, la succion et la déglutition ne peuvent être procédées.

Si ces particularités sensorielles perdurent massivement, le réflexe de succion de ces enfants persiste en grandissant parce qu'il n'a pas pu s'installer correctement pendant les premiers mois de vie. Ils continuent à ne s'alimenter qu'avec des aliments liquides et lisses puisqu'ils ne mastiquent et ne déglutissent pas. De plus, ils n'auront ni l'effet de contenance prodigué par la chaîne narrative du repas, ni accès au plaisir partagé. Les liens d'attachement et la relation entre enfant-adulte peuvent être fortement affectés.

Des stimulations péri-orales et orales permettent de préparer la sphère orale à l'activité alimentaire et visent à réduire les troubles de l'alimentation (Bullinger, 2017a). Il faut aussi veiller à ce que l'environnement ne soit pas surstimulant pendant le repas, à adapter la posture de l'enfant à table ainsi que ses outils pour manger. Les troubles alimentaires, s'ils durent, peuvent entraîner un retard de langage oral.

Il faut dire qu'Henry a de l'appétit. Souvent, autour de 11h30, il crie fortement pour manifester sa faim. Lorsqu'il termine son assiette, il demande souvent à être resservi. Les éducateurs ne servent habituellement aux enfants que la moitié de leur portion pour les inviter à solliciter l'adulte pour avoir la suite. Une fois qu'Henry a eu la totalité de sa portion, il ne demande plus de nourriture. C'est la raison pour laquelle, je pense qu'il sait s'autoréguler et qu'il ressent la satiété. Je ne crois pas qu'il recherche à ressentir son organisme en le remplissant d'aliments.

Les éducateurs m'ont dit qu'il mange varié, aussi bien de la viande que des légumes. Cependant, il possède quelques particularités sensorielles qui influencent sa façon de manger. Il peut, par exemple, trier les ingrédients d'une salade composée pour les manger en ordre de préférences. Je ne sais pas si cela est pour mieux distinguer visuellement les éléments de son assiette ou pour classer par saveurs ou par textures. Il adore les sauces des plats, il commence toujours par boire la sauce avant de manger le reste et c'est ce qu'il redemande en premier. Quand il n'aime pas un fruit, il ne le mange pas mais peut le lécher pour en extraire le goût. Je n'ai pas relevé de conduites d'agrippement ou de stéréotypies buccales.

Généralement, il utilise les couverts pour mettre ses aliments en bouche et les couper, même s'il a plutôt tendance à les déchiqueter. Par contre, s'il se trouve en difficulté et qu'il n'est pas sollicité, il va spontanément utiliser ses doigts pour manger. Ses coordinations bi-manuelles restent fragiles. Pendant le repas, il peut enfoncer sa fourchette sur ses mains pour se procurer de profondes sensations.

D. Les comorbidités

Enfin, il est possible que plusieurs diagnostics soient posés pour une même personne autiste. C'est que l'on appelle les comorbidités de l'autisme. Un trouble de l'hyperactivité avec ou sans déficit de l'attention (TDA/H), un retard mental, un trouble du langage, une épilepsie, les troubles dits « dys », par exemple, peuvent se conjuguer avec un trouble du spectre de l'autisme (HAS, 2012).

a) Les troubles du langage

Les troubles du langage sont très fréquents dans l'autisme. Dans la revue *Sur le spectre*, Gagnon (2019) précise que le langage oral ne s'acquiert pas aisément et qu'il implique un long processus d'apprentissage. « *La bouche est un carrefour où se croisent la respiration, l'alimentation, la voix, la parole et l'articulation* » (Barral, Ben Youssef, Lheureux-Davidse, & Varro, 2010, p. 540). Il est alors nécessaire que les expériences sensori-motrices de la zone orale soient au préalable inscrites et qu'elles puissent être de nouveau recrutées par la suite. C'est souvent ce qui s'avère complexe pour les enfants autistes non-verbaux. Leur sphère ORL doit être ressentie comme un lieu d'interaction pour assurer le développement du langage relationnel. (Barral et al., 2010, p. 513). Ce n'est qu'aux alentours des quatre ans, généralement, qu'un enfant maîtrise sa langue maternelle. Il semblerait que l'environnement et les relations sociales joueraient un rôle essentiel dans cette acquisition (Gagnon, 2019).

Des études ont démontré que dès leur naissance, les enfants typiques étaient exposés à plusieurs sortes de langage verbal et que celui entendu lors d'une relation sociale aurait une plus grande influence sur le développement que celui provenant d'un support multimédia (*Ibid*, 2019). Voilà pourquoi, il est communément pensé que le retard de langage d'un enfant autiste découle de ses difficultés d'interaction et de communication. Toutefois, en prenant l'exemple de la langue Arabe, l'article prouve qu'en réalité les autistes emprunteraient seulement une autre voie d'apprentissage. Pour rappel, l'Arabe comprend deux formes. La forme dialectale est celle qui est utilisée pour parler et qui est transmise aux enfants. Quant à la forme formelle, bien qu'elle soit plutôt dédiée à la rédaction ou aux discours officiels, elle est aussi employée dans le discours de certains personnages de dessins animés. Après avoir comparé les discours des enfants typiques et neurotypiques, âgés entre cinq et dix ans, les experts ont constaté que les enfants autistes utilisaient majoritairement l'Arabe formel alors que les enfants typiques ne parlaient qu'avec la forme dialectale parlée par leur entourage. L'intérêt pour le langage oral ne se situe donc pas au même niveau (*Ibid*, 2019).

« Il est important de distinguer chez l'enfant autiste qui s'est démutisé la possibilité de parler, d'émettre des mots et des phrases, de la capacité à se saisir de l'utilisation sociale conventionnelle du langage » (2019, p. 522). Parler est un fait mais mettre du sens sur ses propos et appliquer le langage de façon adéquate tout en respectant les codes sociaux en est un autre. Maitriser cette combinaison est très compliqué pour les enfants autistes.

Henry comprend très bien ce que l'on dit et comprend aussi le Makaton même s'il ne signe pas et qu'il n'est pas verbal. Il emploie quelques mots comme « câlin » quand il a besoin de stimulations tactiles et proprioceptives, « encore », ou des mots extraits de comptines. Il ne parle quasiment que par écholalie, avec des portions de phrases entendues soit à l'instant, soit à d'autres moments et/ou à d'autres endroits. La majorité du temps, il s'exprime verbalement quand il y a un intérêt pour lui ou par répétition sans mettre toujours du sens sur ce qu'il dit. Par exemple, quand la psychomotricienne lui signifie que la séance touche à sa fin, il reprend la formulation « la séance de psychomotricité est finie ». Nous sentons qu'il comprend que l'activité est terminée et qu'il a associé ses mots à cela mais il ne se représente pas pour autant leurs sens et ne peut les généraliser dans une autre situation. Il lui arrive de dire des mots hors contexte comme « bonjour » ou parce qu'il apprécie leurs intonations. La sonorité d'une phrase ou d'un mot peut lui susciter de l'étonnement et de l'excitation. « *C'est cette sensation ou cette émotion qui est recherchée quand c'est cette phrase ou ce mot qui sont choisis et repris en différé. Cette phrase répétée en différé participe à une étape vers le sentiment d'être individué* » (Barral et al., 2010, p538). Henry est capable d'identifier ces intonations et les associer aux personnes correspondantes. C'est d'ailleurs souvent en les reproduisant qu'il rentre en relation avec celles-ci.

E. L'épidémiologie

D'après la HAS (2010), le sex-ratio des TSA est de 4,2 garçons pour une fille.

Quant à la prévalence sur la population générale des TSA, elle avoisine 1% (HAS, 2010). Elle est en constante augmentation depuis plusieurs années. Cet accroissement est impressionnant et n'est pas retrouvé dans d'autres pathologies neuro-développementales. Le nombre croissant d'autistes est jusqu'ici expliqué par une meilleure détection, un élargissement des critères, ou bien par une véritable augmentation du nombre d'autistes (Murray & Mottron, 2019).

F. L'étiologie

L'origine des troubles autistiques est multifactorielle. Le TSA, étant considéré comme un trouble neuro-développemental, des origines génétiques, neurologiques et environnementales ont été recherchées.

Une vaste étude, menée par l'Institut Pasteur (2016), a permis d'identifier une cause génétique pour 10 à 20% des autistes. Et, grâce à la participation de près de mille patients autistes, il a également été découvert que plus de quatre-vingts gènes seraient impliqués dans l'autisme. La mutation de certains gènes expliquerait alors certains comportements autistiques. En 2007, les chercheurs du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) prouvent que les gènes SHANK 1, 2 et 3, qui interviennent dans la formation des synapses, sont fréquemment retrouvés dans le génome des autistes. Ce sont des gènes monogéniques, ils ne sont donc pas transmis par les parents. Le gène SHANK 3 est l'un des gènes majeurs responsables de l'autisme puisqu'il représente 2 à 3 % des autistes avec déficience intellectuelle. En plus de conférer une déficience intellectuelle, les gènes SHANK peuvent conduire à des malformations mineures, une hypotonie¹⁰, un retard ou à une absence de langage. Une mutation du gène SHANK 2 provoque de surcroît un retrait social. Ce repli autistique disparaît après une administration de lithium mais un surdosage fait émerger un TDA/H. D'autres gènes sont mis en cause tels que les neurogelines (NLGN), CHD8, CHD4, par exemple. Les scientifiques parviennent difficilement à isoler les gènes spécifiques à l'autisme parce qu'ils sont également mis en évidence dans d'autres pathologies associées à l'autisme. Il est pourtant essentiel d'identifier et de comprendre le rôle exact de ces gènes et des protéines qu'ils codent, afin d'accéder à de nouvelles pistes thérapeutiques.

Des imageries par résonance magnétique (IRM) ont révélé une différence de taille du corps calleux et du cervelet entre les personnes TSA et neurotypiques (Perrin & Maffre, 2013). Le cervelet joue un rôle dans la coordination motrice mais aussi dans l'intégration multi-sensorielle. On s'interroge encore sur l'influence du corps calleux et du cervelet dans l'autisme.

En résumé, les recherches de ces dernières années localisent de nombreuses anomalies neuronales dans certaines aires cérébrales corticales et sous corticales. L'agencement des neurones y compris miroirs, leur nombre, leur anatomie ou leurs interconnexions semblent être particulièrement touchés dans les lobes frontaux et dans le système amygdalo-hippocampique (Perrin & Maffre, 2013). Ceci aurait des répercussions sur l'ensemble de la structure du cerveau.

¹⁰ C'est la diminution anormale du tonus musculaire (« Hypotonie », s.d.). Une faible résistance du muscle en réponse à son étirement est constatée.

À l'échelle moléculaire, différents travaux ont montré des défaillances dans la sécrétion de neurotransmetteurs chez certains enfants autistes (*Ibid*, 2013). Il a été constaté que la production d'adrénaline est souvent perturbée, ce qui impacterait la transmission de l'influx nerveux et l'expression des émotions. Des carences sérotoninergiques sont aussi observées. La majorité de la sérotonine est fabriquée par les neurones intestinaux ce qui tenterait d'expliquer les troubles digestifs et les troubles de sommeil mais elle génère aussi de l'anxiété.

Même si la mélatonine est principalement utilisée pour réduire les troubles de sommeil des personnes autistes, elle aurait également la faculté d'améliorer d'autres soucis de santé fréquemment liés à l'autisme, tels que l'anxiété, la douleur et les troubles de la modulation sensorielle. (Gagnon & Tesfaye, 2019). De récentes études ont fait émerger l'idée que le microbiote intestinal des autistes serait déséquilibré et qu'il causerait une dysrégulation entre l'intestin et le cerveau, pouvant justifier certains comportements autistiques. La mélatonine aurait des effets bénéfiques sur les désordres gastro-intestinaux (*Ibid*, 2019). Bien que les résultats scientifiques portés sur les bienfaits potentiels de la mélatonine sur les animaux et les humains soient encourageants, il est nécessaire d'approfondir les études entreprises avec la collaboration de personnes autistes afin de mieux discerner les effets de la mélatonine (*Ibid*, 2019). En tout cas, cette neurohormone semble être un bon objet d'investigation afin d'améliorer le traitement sensoriel des personnes ayant des TSA, et plus particulièrement lorsqu'elles disposent d'une hypersensibilité sensorielle.

Des chercheurs se questionnent sur les conséquences des carences affectives massives, des affections durant la grossesse, de la prise de médicaments durant la grossesse tels que les antidépresseurs et neuroleptiques, de la pollution, des pesticides ou encore des fortes expositions aux écrans qui favoriseraient les troubles autistiques. Actuellement, il n'y aurait pas encore de preuve scientifique concernant l'impact des causes environnementales.

G. Le diagnostic

Il est préférable de poser, le plus précocement possible, le diagnostic afin de prévenir les troubles et de réduire leurs impacts sur le développement. Il est confirmé à partir de trois ans, malgré qu'un TSA puisse être décelé dès dix-huit mois (HAS, 2018).

Le diagnostic applique une démarche nosologique qui utilise plusieurs outils d'évaluation (*Ibid*, 2018).

Il existe l'ADI-R (autism diagnostic interview revised). Lors d'un entretien guidé par un psychologue, l'un des parents relate tous les changements de comportement de son enfant, en partant de la petite enfance jusqu'à son âge actuel. Le parent note, de 0 à 2, en fonction de l'intensité des troubles comportementaux repérée chez son enfant (Perrin & Maffre, 2013).

Ensuite, l'échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme (ADOS-2), qui est une observation filmée, est composée de cinq modules (*Ibid*, 2013). Elle permet d'objectiver le niveau de communication, de l'interaction sociale et du jeu ou de l'utilisation imaginative d'un matériel.

L'échelle Childhood Autism Rating Scale (CARS), développée en 1980, comporte diverses questions centrées sur la qualité relationnelle, les capacités d'imitation, les réponses émotionnelles, l'utilisation du corps et des objets, le niveau d'anxiété, la communication et sur le niveau intellectuel (*Ibid*, 2013).

Le profil psycho-éducatif de la troisième édition (PEP-3) est un bilan qui évalue les différents niveaux et les pics de développement entre deux et sept ans dans les sphères cognitives, le langage, la motricité fine et globale et dans l'imitation. Il prend aussi en compte l'aspect comportemental (Jacquet, Jutard, Le Menn-Tripi & Perrin, In Giromini, Albaret & Scialom, 2015, pp.19-41). Il peut être utilisé dans une fonction diagnostique ou comme un bilan de début de prise en charge ou de réévaluation des compétences.

Le diagnostic de l'autisme est pluridisciplinaire. En plus des tests psychologiques, il s'appuie également sur le Profil sensoriel de Dunn (2010), l'échelle de Vineland II (Sparrow, Cicchetti & Balla, 2015), des bilans orthophoniques, des bilans psychomoteurs notamment les bilans sensori-moteurs.

H. Les méthodes de prises en soins

Il n'existe pas de traitement à proprement parlé permettant de guérir de l'autisme mais, certaines méthodes ont la faculté d'atténuer le handicap. La HAS (2012) en recommande plusieurs bien qu'elles aient été à maintes reprises controversées. En effet, les approches psychanalytiques et cognitivo-comportementales ne cessent de se confronter. Si elles ont chacune leur légitimité dans le cadre de l'autisme, ce sont les thérapies cognitivo-comportementales qui sont les plus plébiscitées depuis quelques années, en France (HAS, 2012). Il n'y aurait pas de mauvais ou de bons traitements pour l'autisme, il est seulement conseillé de choisir celui qui sera le plus adapté aux besoins, à la personnalité et aux spécificités de l'enfant autiste.

a) ABA : Applied Behaviour Analysis

Il s'agit d'une méthode qui utilise le conditionnement opérant de Skinner (Jacquet, Jutard, Le Menn-Tripi & Perrin, In Giromini, Albaret & Scialom, 2015, pp.19-41). Bien que son manque d'adaptation à la subjectivité de l'enfant soit remis en question, elle démontre un vrai intérêt dans la réduction des troubles comportementaux.

b) TEACCH : Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children

Cette méthode est issue d'une approche cognitivo-comportementale qui s'ajuste au fonctionnement cognitif particulier des enfants autistes (Rogé, In Tardif, 2010, pp.23-58). Elle implique une collaboration entre les parents, les professionnels de santé et les enseignants. En structurant l'environnement, valorisant les habilités fonctionnelles et la gestion des comportements-problèmes, elle permet à certains autistes d'avoir une meilleure grille de lecture sur leur environnement. Elle offre alors, aux psychomotriciens, la possibilité d'avoir une approche globale et des objectifs limpides et adaptés (Perrin & Maffre, 2013).

c) Denver

Ce modèle théorique, qui concerne les jeunes enfants autistes, s'inspire du développement interpersonnel de Stern (Rogé, In Tardif, 2010, pp.23-58). Les principaux axes de travail sont le développement des capacités d'imitation, des interactions sociales et du partage émotionnel tout en favorisant une meilleure compréhension de son environnement social et permettre l'apprentissage d'un langage symbolique. Ce programme s'appuie sur la participation des parents qui doivent être présents lors de l'intervention. Ils ont un rôle clé puisqu'ils permettent de soutenir et de généraliser les nouvelles acquisitions de leur enfant dans les différents milieux de vie.

d) TED

Cette thérapie d'échange et de développement a pour visée de faciliter l'interaction sociale, les échanges relationnels et les capacités attentionnelles des enfants à travers le jeu (Fallourd, de Hemptinne, & Madieu, 2017). Les professionnels veillent à respecter leur niveau de développement afin de les aider au mieux à s'approprier les codes sociaux et les modes de communication qu'ils ne maîtrisent pas encore.

Généralement, les séances sont filmées afin que les professionnels puissent plus facilement suivre l'évolution des enfants.

Il existe plusieurs outils pour favoriser la communication d'un enfant diagnostiqué autiste. Je vais évoquer le PECS, le Makaton et la Langue des Signes Française (LSF) qui sont les plus usités en France. Là encore, l'important est de choisir l'outil qui fera le plus sens au jeune autiste et à son entourage.

e) PECS

Originaire des Etats-Unis, cet outil est destiné aux enfants ayant des troubles envahissants du développement. Il s'agit d'un système de communication alternatif ou augmentatif (Aussilloux, Baghdadli, & Brun, 2004). Il peut soit offrir un moyen de communication aux enfants non-verbaux, soit développer chez les enfants leur envie d'échanger verbalement avec autrui (Fallourd, de Hemptinne, & Madieu, 2017). Le PECS peut s'employer quotidiennement, aussi bien en milieu scolaire, qu'à la maison. L'enfant possède un classeur à images personnalisées. Il peut ainsi sélectionner et désigner l'image correspondante à son désir pour obtenir ce qu'il souhaite (Fallourd et al., 2017). Ensuite, l'enfant, suivant l'avancée de son apprentissage, pourra communiquer de plus en plus spontanément avec son entourage et construire des phrases plus élaborées (*Ibid*, 2017).

f) Makaton

Le Makaton est une technique de communication augmentée ayant donc comme objectif de développer la communication et le langage (Aussilloux, Baghdadli, & Brun, 2004). L'enfant peut s'exprimer par des mots, des gestes appartenant à la LSF, des images, des symboles, par exemple. Le mode de communication est choisi en fonction du niveau et des besoins de l'enfant. Après l'instauration d'une communication de base, il est possible d'amener l'enfant vers un langage plus complexe.

g) LSF

La LSF est initialement indiquée pour les personnes malentendantes ou sourdes mais elle peut l'être également pour certains enfants avec autisme. Néanmoins, ils doivent, pour cela, avoir acquis des compétences d'imitation, une bonne planification motrice, un bon déliement digital et la faculté de soutenir le regard (Aussilloux,

Baghdadli, & Brun, 2004). La LSF, outil de communication alternatif, permet la construction de phrases dotées d'une syntaxe spécifique. Dans l'autisme, les gestes signés sont principalement reproduits par échopraxie ou par intérêt personnel (*Ibid*, 2004). Il est relativement rare que les autistes soient dans une réciprocité d'échange et dans un partage d'intérêt commun.

Au sein de l'EMP, Henry a reçu la visite de Gabriel Bernot, autiste Asperger et membre de l'association *Spectre autistique*. Après cette entrevue, Gabriel Bernot a conseillé à plusieurs enfants, dont Henry, de suivre le programme LSF. Henry tolère difficilement les voix et il a de bonnes capacités d'imitation. Cette langue pourrait donc lui permettre de développer ses interactions avec autrui bien qu'il n'ait pas encore accès à la symbolisation.

Pourquoi Henry tolère-t-il difficilement les voix ? Comment perçoit-il son environnement ?

III- La sensorialité et les perceptions

L'Homme est constamment sollicité par de multiples informations sensorielles issues du monde extérieur mais aussi de son propre corps. Il doit donc continuellement les analyser afin de s'adapter au mieux à son environnement.

La sensorialité, régie par le système nerveux central, est à la base du développement sensori-moteur, du développement perceptivo-moteur et également des apprentissages, du comportement et des activités de la vie quotidienne¹¹.

A. La perception

D'après Bogdashina (2012), Doctoresse en sciences, la perception est un processus inné et acquis, c'est-à-dire qu'il dépend à la fois du patrimoine génétique et des apprentissages. Les propriétés de l'organisme permettent à celui-ci, grâce aux cinq sens, de recevoir, d'interpréter et de comprendre l'information provenant du milieu extérieur. Le processus de perception est ainsi constitué de plusieurs étapes. En effet, il débute par la présence d'un stimulus qui entraîne une sensation. Cette dernière permet l'interprétation ou la perception de l'information. A la suite de cela, l'information traitée prend sens et est mémorisée sous forme d'images mentales.

¹¹ Cf. *infra*. Annexe B, p. II

Les perceptions sensorielles sont donc en étroite relation avec les fonctions cérébrales (Bogdashina, 2012).

La perception serait donc propre à chacun. Cette différence de perception serait-elle exacerbée dans l'autisme ?

B. La perception d'un point de vue autistique

La perception des personnes atteintes d'autisme est généralement fragmentée. Quand leur milieu est surchargé en stimuli, elles peinent à extraire les informations sensorielles essentielles parmi celles qui sont considérées, d'ordinaire, comme futiles. Il est vrai que leur perception morcelée les empêche d'identifier les objets, les personnes et leur environnement comme des éléments appartenant à une situation globale. Leur attention s'attarde uniquement sur certains détails ou morceaux de cette situation (Bogdashina, 2012). Cela signifie que si une personne autiste s'est focalisée sur un détail physique ou environnemental et que celui-ci disparaît ou se trouve modifié, elle perd ses repères et ne reconnaît plus la personne ou le lieu qu'elle avait identifié auparavant. Toutefois, si cette même personne trouve un intérêt spécifique pour une image, un lieu, un objet ou une personne, elle serait capable de mobiliser son attention et de les regarder dans leur globalité (Cimon-Paquet, 2016).

Leur perception est aussi souvent déformée. Celle de la vision, du son, de la profondeur, de la hauteur, de la forme peut être erronée. La vision de leur corps, de celui des autres ainsi que de l'espace qui les entoure se trouve modifiée (Bogdashina, 2012).

Leur perception peut être également différée, c'est-à-dire que les sujets autistes peuvent avoir besoin d'un temps supplémentaire, par rapport aux neurotypiques, pour percevoir, interpréter l'information avant de pouvoir donner une réponse motrice plus ou moins adaptée au stimulus (*Ibid*, 2012).

Quand on demande à Henry d'effectuer une action, elle se réalise parfois en différé. N'observant aucune réaction de sa part, il m'est arrivé de lui répéter plusieurs fois la consigne, pensant qu'il ne percevait ou qu'il ne prêtait pas attention à ce que je lui disais. Un jour, à la fin d'un repas, je lui ai demandé de débarrasser ses couverts. Cette fois, j'ai attendu quelques instants et il a rangé ses couverts sans que je réitère ma demande.

Il est à noter que la surcharge sensorielle n'est pas issue d'un problème de perception mais plutôt d'une difficulté à traiter en même temps tous les stimuli (*Ibid*, 2012). Si l'on prend l'exemple de l'audition, l'intégration synchronisée de plusieurs sources sonores peut engendrer une cacophonie ou une dissonance qui s'avère très désagréable, voire insupportable.

C. Les troubles de l'intégration sensorielle

Le traitement de l'information sensorielle permet de discriminer les expériences sensorielles entre elles, c'est-à-dire de faire la différence entre le toucher, le mouvement, la conscience corporelle, la vue, le son, le goût, l'odorat et le sens de l'équilibre (Kapes, 2001). De plus, selon Ayres, ergothérapeute et psychologue américaine, l'intégration sensorielle est « *un processus neurologique qui organise les sensations provenant du corps et de l'environnement et qui permet d'utiliser le corps de façon efficace au sein de cet environnement. Les aspects spatio-temporels de ces données venant des différentes modalités sensorielles sont interprétés, associés et unifiés* » (1972, p.11).

Les troubles de l'intégration sensorielle se définissent donc par un défaut de traitement visuel, auditif, tactile, olfactif, gustatif et proprioceptif. Ce dysfonctionnement empêche l'assimilation simultanée des sens et entrave la perception du monde, la programmation et l'exécution du geste, l'équilibre, l'attention, la vigilance et la parole. L'adaptation du sujet à son environnement dépend donc de la manière dont son cerveau traite les données sensorielles qu'il reçoit (Perrin & Maffre, 2013). L'incapacité à traiter simultanément les données sensorielles correspond à un trouble de l'intégration multisensorielle (IMS). L'IMS permet aux personnes neurotypiques de mieux percevoir le monde. Plus elles additionnent les flux sensoriels, mieux elles sont éclairées sur la situation et peuvent réagir en conséquence. Dans une étude menée (Ostrolenk, 2019), il est constaté que les autistes parviennent difficilement à associer les divers stimuli. Les informations, étant intégrées de façon isolée, ne facilitent pas la perception de l'environnement. Au contraire, cela peut parasiter sa compréhension et amener des conduites désorganisées.

En 1979, Ayres est l'une des premières à établir un lien entre le défaut de traitement sensoriel et les troubles comportementaux. En effet, 10% de la population présenterait un dysfonctionnement de l'intégration sensorielle (DIS). Parmi ces 10%, 70% développeraient par la suite un trouble des apprentissages.

S'ils ne sont pas accompagnés, les enfants autistes pallient leur déficit d'intégration sensorielle par des conduites dites atypiques. Ils peuvent s'auto-mutiler, avoir des comportements stéréotypés, des accès de colère et se replier socialement.

D. Les troubles de la modulation du traitement de l'information

En plus d'un défaut d'intégration sensorielle, des troubles de la modulation sensorielle (TMS) sont la plupart du temps retrouvés dans les TSA. Selon Ornitz (1989), pédopsychiatre biologiste et professeur de psychiatrie et de sciences du comportement biologique, les perturbations de la modulation sensorielle sont impliquées dans toutes les modalités sensorielles. Elles se caractérisent par une sous-réactivité et par une sur-réactivité aux stimuli sensoriels. Une classification comprenant trois types de profils différents a été établie. On retrouve des personnes autistes avec une hyper-réactivité sensorielle et/ou avec une hyporéactivité sensorielle et/ou en recherche de sensations (Miller, Schoen, Coll, Brett-Green, & Reale, 2005).

Ensuite Dunn (2010), psychologue du développement, parle de modulation sensorielle pour décrire le traitement de l'intégration sensorielle. Elle fait une corrélation entre les niveaux de seuils neurologiques et la réponse comportementale du sujet par rapport à sa perception des stimuli. Un seuil neurologique « *fait référence au niveau de stimulation nécessaire pour obtenir une réponse d'un neurone* » (Dunn, 2010, p.7). Les seuils neurologiques peuvent être bas ou élevés. Dans le Profil sensoriel (2010), elle détermine quatre profils différents qui sont l'hyperréactivité sensorielle, l'hyporéactivité sensorielle, ceux en recherche de sensations et ceux en évitement de sensations.

E. Les méthodes d'intégration sensorielle

Il est intéressant de souligner que l'intégration sensorielle est à la fois un modèle théorique et thérapeutique (Bogdashina, 2012). Plusieurs méthodes tentent de diminuer ou de compenser ce défaut d'intégration sensorielle en fonction des seuils de sensibilité.

Par exemple, le docteur Tomatis part du principe que notre niveau de langage et notre prosodie dépendent de notre perception auditive (*Ibid*, 2012). Le programme Tomatis consiste à rééduquer l'oreille interne grâce à un appareil auditif qui filtre la fluctuation des fréquences sonores afin d'améliorer la perception auditive et donc le langage.

La machine à pression de Grandin (2000), femme autiste et professeure de zootechnie et de sciences animales, permet d'amenuiser ses hypersensibilités liées au contact léger en exerçant des pressions cutanées profondes. Ce dispositif donne la possibilité à son utilisateur de réguler la puissance de la pression à sa guise, en fonction de son seuil de tolérance et d'apaisement.

Ces techniques favorisent le processus de désensibilisation de l'individu en l'exposant progressivement aux stimulations sensorielles pouvant lui être insupportables et angoissantes.

IV- Les particularités sensorielles dans l'autisme

A. Hypersensibilité et hyposensibilité

Il est possible de parler d'hypersensibilité pour l'hyper-réactivité et d'hyposensibilité pour l'hyporéactivité. Pour Delacato (1974), psychologue, l'hypersensibilité est caractérisée par une trop grande ouverture d'un canal sensoriel laissant entrer un flux de stimulations sensorielles très conséquent. Le système nerveux, se retrouvant saturé, ne peut ainsi tout analyser. L'hyposensibilité correspond à l'effet inverse. L'ouverture du canal sensoriel n'étant pas assez importante, l'encéphale reçoit les informations sensorielles de manière insuffisante, jusqu'à en manquer. Cela pourrait expliquer le fait qu'en cas d'hypersensibilité, les personnes autistes évitent certaines sensations et qu'en cas d'hyposensibilité, elles en recherchent.

Il est d'ailleurs possible de répertorier sept hyper- et hyposensibilités. Celles-ci peuvent être visuelles, auditives, tactiles, olfactives, gustatives, proprioceptives et vestibulaires. L'hyposensibilité et l'hypersensibilité ne sont pas indépendantes, et peuvent coexister au sein d'une même sensibilité. Si nous prenons l'exemple de Grandin (2000), elle est hypersensible auditivement pourtant, elle ne semble pas entendre son prénom quand on l'appelle. C'est ce qu'elle nomme les « *réactions auditives paradoxales* » (Grandin, 2000, p16). Enfin, il est possible d'observer également des fluctuations de sensibilités sensorielles entre l'hyper-ou l'hyposensibilité et le normal.

B. Les particularités sensorielles d'Henry

Les hypersensibilités créent de fortes intolérances sensorielles chez les personnes autistes. Par exemple, elles peuvent se déshabiller lorsque le contact d'un vêtement sur leur peau leur fait mal. Les hypersensibilités donnent lieu à des comportements qualifiés de déviants (Grandin, 2000). C'est ce que j'ai pu observer chez Henry à plusieurs reprises.

Je tiens à préciser qu'un Profil sensoriel de Dunn (2010) a été entamé pour Henry mais qu'en raison de la crise sanitaire, l'analyse des résultats et leurs interprétations n'ont pas pu être achevées avant la fermeture temporaire de l'EMP. Je vais donc m'appuyer sur mes hypothèses qui ont découlé de mes observations.

Au niveau tactile, Henry paraît hyposensible. Il ne semble pas percevoir la douleur lorsqu'il enfonce mes ongles ou sa fourchette dans la peau, ni les températures fraîches. Il recherche toujours les surfaces dures et froides. Il n'est pas hypersensible au contact léger. Il n'exprime aucune gêne lorsque l'on effleure sa peau et n'est pas réticent aux chatouilles.

Sur les aspects olfactif et gustatif, je n'ai rien remarqué de particulier lors du temps de repas ou des séances de psychomotricité mais cela ne signifie pas pour autant que ses seuils de sensibilités soient normaux.

Sur le plan auditif, Henry me semble à la fois hyper- et hyposensible. D'un côté, il possède une sensibilité exacerbée envers certains bruits ou fréquences ce qui entraîne une hyper-réactivité et de l'autre, il ne semble pas réagir suffisamment aux sons des voix humaines qui l'entourent, ce qui correspondrait à une hyporéactivité (Perrin & Maffre, 2013). Lorsque que les bruits lui sont intolérables, il cherche à se protéger en mettant un casque sur ses oreilles, il s'agite et devient bruyant. Une personne neurotypique, quant à elle, considérerait ces bruits comme étant insignifiants. Grandin (2019) explique que c'est comme avoir un amplificateur sur soi avec le son réglé au maximum. C'est peut-être l'effet qui est produit chez Henry et que c'est la raison pour laquelle il préfère que l'on chuchote pour s'adresser à lui. Lors de ses séances, avec la psychomotricienne qui le suit, nous nous apercevons que les murmures captent son attention et l'apaisent. Paradoxalement, il apprécie certaines intonations qu'il prend plaisir à répéter et qu'importent leurs fréquences. D'un point de vue psychanalytique, il est possible de parler d'un clivage entre les sonorités dures et celles qui sont douces, autrement dit, d'un clivage entre le bruit des syllabes perçu avec dureté et le son mélodieux de la voix (Tustin, 1986).

Au niveau visuel, il est possible qu'il soit hyposensible. En plus de présenter des stéréotypies visuelles, il reste parfois fasciné par certains objets stimulants la vue. Il ne les quitte pas des yeux. Il me paraît davantage attiré par le mouvement induit par l'objet plutôt que par les sources lumineuses. Il aime particulièrement regarder et toucher les balles anti-stress à pustules. Elles produisent alternativement des bulles d'air en fonction de la pression exercée sur ces balles. Ce type d'expériences visuelles lui sont plaisantes et lui procurent calme et sérénité. De plus, il lui arrive souvent de me fixer du regard ou mes lèvres qui bougent quand je parle. D'après l'interprétation de l'item « *Regarde intensément les objets ou les personnes* » du Profil Sensoriel et Perceptif de Bogdashina (2012, pp.254-268), cela correspondrait à une hyposensibilité visuelle.

Concernant sa proprioception, il est difficile de savoir la manière dont il éprouve son propre corps mais certaines de ses attitudes peuvent nous en donner une idée. Habituellement, il est sur un versant hypertonique. La contraction et l'étirement de ses muscles, articulations et tendons lui procurent des sensations internes, qui peuvent lui être indispensables pour se sentir maintenu et exister (Bullinger, 2017a). Il marche ponctuellement sur la pointe des pieds ce qui entraîne une contraction des muscles du mollet. Ceci peut aussi témoigner d'un besoin de ressentir ses membres inférieurs (D'Ignazio, 2019). Il cherche constamment à toucher son corps en profondeur. D'après ces observations, il semblerait hyposensible au niveau proprioceptif.

Il paraît aussi présenter une hyposensibilité vestibulaire. Cela peut s'expliquer par sa recherche permanente du mouvement. Henry montre des difficultés pour se poser et se relâcher. Il aime sauter, surtout en descendant les marches des escaliers. Il participe volontiers à la danse de *Dansons la capucine* pour se déplacer en cercle et sauter à la fin du chant. Il apprécie grandement les balades extérieures et les parcours moteurs où les niveaux varient. Il grimpe souvent en salle de psychomotricité sur les planches à bascule, le trampoline, les espaliers, le banc, par exemple. Il sollicite aussi son éducateur référent pour qu'il le porte et le fasse tourner. Ses parents rapportent aussi qu'en saison hivernale, il est plus compliqué pour Henry de se dépenser à l'extérieur à cause de la météo. Il en résulte qu'il saute sur le canapé de la maison, probablement, pour compenser cette privation de stimulation vestibulaire.

C. La désensibilisation

A partir des hypersensibilités repérées, il est possible ensuite de procéder à une désensibilisation des stimuli qui font anormalement augmenter le niveau de vigilance des enfants autistes. Grâce à la répétition d'une même expérience sensori-motrice, c'est-à-dire par la présence de régularités issues d'invariants, un phénomène d'habituation apparaît et cela modifie leur comportement (Bullinger, 2017a). Cette désensibilisation a pour finalité d'accéder à une plus grande tolérance à l'égard des stimuli internes et externes qui sont reconnus par les neurotypiques comme étant anodins. Par exemple, pour un enfant extrêmement sensible aux bruits, c'est pouvoir entendre une porte claquer sans se désorganiser corporellement et psychiquement. C'est ce que Bullinger, enseignant chercheur en psychologie et en sciences de l'éducation, appelle « *l'équilibre sensori-tonique* » (2017a, p.177).

D. L'équilibre sensori-tonique de Bullinger

L'équilibre sensori-tonique repose sur deux boucles¹², la boucle archaïque et la boucle cognitive (Bullinger, 2017a). La boucle archaïque fait appel aux compétences innées, c'est-à-dire, qu'en réponse à des stimulations sensori-motrices, un recrutement tonique est généré. Les tensions sont transformées et évacuées par une mise en sens de la situation par le milieu physique ou humain. Si l'état tensionnel n'est pas régulé, les fonctionnements sont entachés. Quant à la boucle cognitive, elle se rapporte aux apprentissages, aux facultés acquises. A la suite des régularités formées, grâce à une élaboration psychique, des invariants peuvent en être extraits. Ceux-ci influencent les fonctionnements, les capacités de l'individu à agir sur son environnement.

L'équilibre sensori-tonique¹³ fait appel à quatre mécanismes, les niveaux de vigilance (alerte, orientation, distance et consommation ou exploration), les flux sensoriels, le dialogue tonique ou interactions avec le milieu humain et les représentations mentales (Bullinger, 2017a).

Cet équilibre sensori-tonique dépend de la niche écologique qui englobe le milieu physique, le milieu humain et la biologie (*Ibid*). Lorsque leurs interactions sont harmonieuses, l'équilibre sensori-tonique donne accès aux conduites instrumentales.

¹² Cf. *infra*. Annexe C. p. III

¹³ Cf. *infra*. Annexe D. p. IV

Ces dernières consistent à coordonner les segments corporels du sujet afin qu'il puisse organiser ses praxies. Autrement dit, le sujet peut agir sur son monde en s'appuyant sur son équilibre sensori-tonique et sur ses capacités motrices. Mais, il faut pour cela que les systèmes archaïques et récents soient équilibrés pour qu'il puisse tolérer de nouvelles stimulations sensori-motrices. De plus, il est en général préférable de limiter les sur- et sous-stimulations mais les dystimulations sont absolument à éviter. Les « *propriétés du milieu sont dystimulantes* » lorsqu'elles « *ne correspondent pas aux propriétés normales de cohérence et de stabilité du milieu, l'individu n'a pas les moyens d'extraire les invariants nécessaires au réglage des conduites* » (Bullinger, 2017a, p.38). Quand l'enfant reçoit des réponses incohérentes par le milieu physique ou humain, il perd ses repères et se désorganise sur le plan corporel et ne parvient pas à s'adapter à son environnement. Pour les enfants autistes, on remarque qu'ils mettent plus de temps à se réorganiser par la suite, ce qui est d'autant plus néfaste pour eux.

V- Le développement sensori-moteur et l'impact des particularités sensorielles sur le développement psychomoteur

A. Le développement sensori-moteur

C'est en 1936, que Piaget, psychologue et épistémologue suisse, utilise pour la première fois le terme sensori-moteur. Il caractérise la période de développement de la naissance à deux ans (Bullinger, 2017a). Il est à préciser que dès la période de gestation, le fœtus acquiert des compétences sensorielles. Ses sens sont rapidement fonctionnels, bien que leurs structures ne deviennent matures qu'après la naissance puisqu'elles suivent la maturation progressive du système nerveux central (Perrin & Maffre, 2013). Entre zéro et deux ans, l'activité psychique est ensuite renforcée par les expériences à la fois sensorielles et motrices. Celles-ci deviennent des « *objets de connaissance* » (Bullinger, 2017a, p.70), la pensée s'élaborant à partir de l'action (Piaget, 1967).

Le développement sensori-moteur de l'enfant, d'après la théorie de Bullinger (2017a), est un processus et non une succession d'étapes. Ce processus est corrélé aux échanges qu'entretient l'organisme avec son environnement d'un point de vue physique, biologique et social. La niche écologique, formées par ses trois composantes, amène une stabilisation de l'image du corps.

L'axe de développement¹⁴ de l'enfant suit l'investissement de six espaces s'intriquant entre eux. Bullinger (2017b) fait référence à l'espace utérin, l'espace de la pesanteur, l'espace oral, l'espace du buste, l'espace du torse et de l'espace du corps. L'enfant traverse donc ces espaces qui sont « *le fruit de coordinations* ». (Bullinger, 2017b, p.21). Chacun de ces espaces est caractérisé par une coordination corporelle s'accompagnant d'une activité psychique singulière. Je vais à présent les définir.

a) Espace utérin

Contenu dans le ventre de sa mère, le fœtus sollicite principalement le système vestibulaire et tactile (*Ibid*, 2017b). Il peut accompagner les mouvements corporels de sa mère grâce à son appui dos et au dialogue tonique qu'il entretient avec la paroi utérine. Lorsque le fœtus manifeste des mouvements d'hyperextension, l'enveloppe utérine le repositionne en enroulement.

Plusieurs sens se mettent en place durant cette période. Dès le deuxième mois de gestation, le fœtus développe le sens tactile. Entre le troisième et le quatrième mois le goût et l'odorat s'installent. A partir du cinquième, l'ouïe se développe et enfin, la vision dès le septième mois de grossesse.

b) Espace de pesanteur

Dans le ventre de sa mère, le bébé ne perçoit pas les effets de la pesanteur. A la naissance, il perd l'enveloppe qui le protégeait. Il doit s'adapter à ce changement soudain en trouvant des points d'appui et le moyen de se regrouper. Cela est notamment possible grâce au portage. Dans cet espace s'exerce, de façon prédominante, une coordination entre les sensations vestibulaires et proprioceptives qui amène l'enfant à la verticalité (*Ibid*, 2017b). Pendant cette phase, les premiers ajustements tonico-posturaux ont lieu, ce qui lui permettra par la suite d'accéder aux niveaux d'évolution motrice (NEM). L'enfant explore ses premiers redressements jusqu'à l'acquisition des postures assise et debout, puis, de la marche.

En cas d'une mauvaise intégration du système vestibulo-proprioceptif, une instabilité posturale corrélée à un défaut de régulation tonique se crée. Ceci peut procurer des sensations de chute et empêcher les fonctions instrumentales d'émerger (*Ibid*, 2017b).

¹⁴ Cf. *infra*. Annexe E, p. V

c) Espace oral

La zone orale est le premier espace où se déroulent des conduites instrumentales (*Ibid*, 2017b). Déjà *in utéro*, la succion et la déglutition du fœtus sont mises en place. J'ai évoqué précédemment que l'espace oral était impliqué dans l'activité alimentaire¹⁵ mais pas seulement. Grâce à la coordination entre capture et exploration, la sphère orale garantit également le passage d'un objet de l'espace gauche à l'espace droit et inversement. La bouche du nourrisson est instrumentée. Elle lui sert de point relai entre ces deux espaces (*Ibid*, 2017b), en attendant que les coordinations bi-manuelles puissent s'installer.

En cas de troubles praxiques, induits par un déséquilibre entre le système tactile archaïque et le système tactile récent, des stéréotypies buccales, des agrippements, des irritabilités ainsi qu'un souci d'hypersalivation peuvent être repérés (*Ibid*, 2017b).

d) Espace du buste

C'est lors de cette étape que l'enfant cherche l'obtention d'une équilibration tonique entre extension et flexion du buste dans le but de se redresser (*Ibid*, 2017b). La coordination avant-arrière s'installe. Suivant sa maturation céphalo-caudale¹⁶, il met en œuvre plusieurs stratégies. Au début, le maintien de la posture n'est que momentané. Lorsque le bébé parvient à positionner son buste dans l'axe médian, il se met en apnée pour tonifier son buste. Cependant, son buste s'effondre dès que l'expiration se déclenche. Ce « *tonus pneumatique* » disparaît aux alentours de quatre mois (Bullinger, 2017b, p.29). Ensuite, une meilleure tonicité s'opère entre l'avant et l'arrière du tronc. Il s'agit du haubanage qui s'affranchit de la respiration pneumatique (*Ibid*, 2017a). Enfin, lorsque la coordination d'enroulement et d'extension est maîtrisée, un arrière-fond s'intègre (*Ibid*, 2017b). Cet arrière-fond se forme à partir d'un appui dos, d'un contrôle du bassin et par des appuis sur le plan antérieur. Il ne détient pas exclusivement des composantes physiques d'appui, il se construit aussi sur des appuis psychiques. Dans un dialogue tonico-émotionnel, le milieu humain soutient psychiquement le bébé lors de ses redressements (*Ibid*, 2006). Le bébé maintient la posture, dans les premiers instants, grâce à l'appui du système visuel. Cet accrochage visuel tend à diminuer par l'intériorisation complète de l'arrière-fond (*Ibid*, 2006).

¹⁵ Cf. *supra*. Partie II-C.f) Les troubles de l'alimentation, pp.25-28.

¹⁶ « *Le contrôle musculaire s'achemine des pieds à la tête. L'enfant contrôle en premier ses bras, puis ses mains, puis ses doigts* » (Contejean & Doyen, 2012, p. 83).

Par contre, si un enfant est instable, qu'il présente un déséquilibre entre flexion et extension du buste, la verticalité sera altérée (*Ibid*, 2017b). Elle sera initiée par une hyperextension et une rigidification du buste dans l'objectif de contrecarrer les effets de la pesanteur. Quelques attitudes caractéristiques résultent de ces troubles telles que le positionnement des bras en chandelier, les comportements d'agrippement oral, visuel, manuel ou quand l'enfant s'accroche à l'adulte, la marche sur la pointe des pieds et le manque de coordination entre l'œil, la main et la zone orale. Cet équilibre précaire conduit à un sentiment d'insécurité interne et va limiter les interactions avec son milieu (*Ibid*, 2017b). Un clivage avant-arrière est observé.

e) Espace du torse

L'érection et les rotations du torse reposent en premier lieu sur l'équilibration des parties antérieures et postérieures du buste (*Ibid*, 2017b). L'espace gauche et l'espace droit se coordonnent autour de l'axe corporel qui se crée, la zone orale étant le point relais entre les deux hémicorps. La dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne du bébé facilite les mouvements de torsions du buste qui différencient le rôle des deux mains au cours de l'exploration (*Ibid*, 2006). La bouche permet le passage de l'objet d'un héli-espace à l'autre. Elle conduit à l'unification de ces deux espaces que Bullinger (2017a) nomme l'espace de préhension. Les espaces gauche, droit et de préhension donnent accès aux coordinations oculo-manuelles, aux prémices des coopérations bi-manuelles et à la poursuite visuelle (*Ibid*, 2017b).

L'enfant peut passer, à ce moment, de « *l'espace du geste* » à « *l'effet spatial du geste* » (Bullinger, 2017a, p.32-33). Autrement dit, par la répétition de certains mouvements ou schèmes moteurs de la part du bébé, des habitudes se mettent en place. Il peut alors programmer des praxies et interagir intentionnellement sur son monde. A la suite de cela, l'enfant est capable de se représenter l'espace (*Ibid*, 2017b). Le terme d'espace correspond, ici, aux coordinations mises en jeu par l'organisme et à la conscience de l'enfant d'agir sur les objets et son environnement.

Pour pallier aux difficultés de redressement, une hypertonie de tronc apparaît chez le bébé. La dissociation des ceintures ne peut plus s'opérer et un surinvestissement de la zone orale est généré (*Ibid*, 2006). Celui-ci se traduit par un agrippement oral qui perturbe le passage d'un objet d'un héli-espace à l'autre. De plus, une protrusion¹⁷ linguale et une hypersalivation buccale peuvent apparaître. Sans ces mouvements de torsion et sans le point relai oral, l'espace de préhension ne peut s'unifier.

¹⁷ Ce processus pathologique pousse un organe, ici la langue, vers l'avant (« Protrusion », s.d.).

Un clivage gauche-droite se forme (*Ibid*, 2006). Un hémicorps reste plus tonique que l'autre, la tonicité ne s'homogénéisant pas. Les fonctions instrumentales et les capacités de représentations se retrouvent alors significativement impactées. La répartition des rôles des mains se confond et les coordinations manuelles sont ainsi dysharmonieuses (*Ibid*, 2006).

f) Espace du corps

Pour ce dernier espace corporel, ce sont les coordinations entre le haut et le bas du corps qui sont engagées. Les redressements ainsi que les torsions de buste amènent à une prise de conscience du bas du corps et à son investissement (Bullinger, 2017a). Grâce à une meilleure mobilisation du bassin en rétroversion, les membres inférieurs soutiennent mieux le poids du corps et explorent plus le milieu. L'enfant s'ouvre vers l'extérieur et accroît ses capacités d'autolocotion. Celles-ci sont favorisées par une différenciation complexe de la régulation tonique entre la ceinture pelvienne et les membres inférieurs (Bullinger, 2017b). L'enfant va, généralement, avant de pouvoir se déplacer debout, passer par l'étape du quatre pattes. « *Cette liaison entre le haut et le bas du corps achève une première élaboration représentative de l'organisme. Le corps est compris comme articulé et mobile dans un espace, celui des déplacements* » (Bullinger, 2017b, p.35). L'espace de préhension suit les déplacements et devient plus mobile (*Ibid*, 2017a). Ceci renforce le concept de « *permanence de l'objet* » (Piaget, 1977, p.365). L'environnement étant unifié, l'enfant peut prendre connaissance de tous les objets présents autour de lui. Plus tard, il pourra les savoir exister malgré leur absence. Quand l'enfant ne percevra plus un objet, il saura qu'il continue d'exister et se le représentera pour pallier cette absence.

Un clivage entre les membres supérieurs et inférieurs ainsi qu'un manque de souplesse du bassin limitent les déplacements à quatre pattes ou debout (*Ibid*, 2006). Si le bassin ne peut s'enrouler, les membres inférieurs se mobilisent difficilement. L'enfant peine ainsi à porter son corps à cause de la faible tonicité de ses jambes. Ne parvenant pas à moduler son tonus, il passe d'un pôle tonique à l'autre (*Ibid*, 2006). Ses déplacements sont dysharmonieux, ses membres étant soit raides ou soit hypotoniques. Dans cette situation, la régulation tonique fonctionne en tout ou rien. La représentation de l'organisme s'en trouve limitée. De plus, il peut apparaître un retard de l'acquisition de la propreté (*Ibid*, 2006).

VI- La prise en soins d'Henry en psychomotricité

Afin d'illustrer mes propos et décrire le développement sensori-moteur pathologique d'Henry, je vais présenter quelques-unes de ses séances en psychomotricité, en respectant leur ordre chronologique. Elles vont se distinguer en deux catégories. D'un côté, les séances à médiation Snoezelen¹⁸ et de l'autre, les séances de psychomotricité portées sur l'exploration motrice. La médiation Snoezelen permet de répondre particulièrement à ses besoins tactiles, proprioceptifs et d'apaisement. Quant aux parcours psychomoteurs, ils lui donnent la liberté de se mouvoir et de compenser son manque de sensations vestibulaires.

Description de la salle Snoezelen : Il s'agit d'une grande salle carrée, à murs blancs. Une fenêtre donne sur la rue. Elle est recouverte par un rideau opaque pour en cacher la luminosité. Le sol est recouvert d'un lino gris et le plafond est quant à lui suspendu et constitué de dalles démontables. Hors séance à médiations sensorielles, la salle est vide. Elle est aménagée par les psychomotriciennes pour la séance qui s'ensuit. Elles ont à disposition des projecteurs de couleurs et de formes, des fibres optiques de couleurs alternantes, une chaîne hi-fi pour y diffuser des musiques douces, des objets sensoriels tactiles (brosses, tissus, textures) et proprioceptifs (tube en mousse, vibreurs, couverture lestée, sac de danse). La salle comprend également un grand tapis, des modules en mousse, une grande poire et un tabouret. L'installation d'un hamac est en attente.

Description de la salle de psychomotricité : Elle se situe au dernier étage de l'établissement, au bout du couloir. Elle est de forme rectangulaire. Sur la droite se trouvent des étagères contenant de nombreux jeux, au fond, le bureau de la psychomotricienne et à gauche, il y a deux fenêtres vue sur cour et deux radiateurs. Sur le dernier pan de mur est installé l'espalier, le miroir et le tapis en mousse.

A. Les séances Snoezelen

a) *A la découverte de la médiation Snoezelen*

Fin novembre, j'assiste à ma première séance Snoezelen avec Henry. Durant celle-ci, il sourit et parle énormément. Il jargonne sans s'arrêter. C'est la première fois qu'il me semble si joyeux. Il commence par jouer avec le tourniquet à grelots et à le tourner aussi vite qu'il le peut. Ces stimulations génèrent chez lui une petite excitation et le fait rire. Après quelques tours, il le repose et se saisit de la brosse

¹⁸ Cf. *infra*. Partie VII-B. La médiation Snoezelen : quels bienfaits physiques et psychiques ?, pp.73-75.

blanche en plastique, à poils durs. Malgré l'aspect râpeux de la brosse, il se la passe sur les lèvres et les mains, les parties sensibles du corps. Cette action l'apaise et il cesse de jargonner instantanément. Il s'allonge ensuite sur le ventre, sur les tapis. Je lui recouvre son dos d'une couverture lestée.

Après qu'il se soit davantage relâché, la psychomotricienne déplace la couverture et nous commençons alors à lui faire des percussions dans le dos. Peu de temps après, il nous réclame des « câlins » sur les mains et sur les avant-bras. Toutes les deux, nous répondons à sa demande en nous occupant d'un bras et d'une main chacune. Il nous regarde à tour de rôle. Après quelques minutes de toucher thérapeutique, il s'extrait de nos mains pour attraper le masseur nomade vibrant. Il tente à trois reprises de le faire vibrer sur ses yeux, en vain. Bien qu'il ait appuyé sur le bouton de marche, il ne vibre toujours pas. Il comprend alors qu'il ne s'allumera pas comme les fois précédentes et il le délaisse rapidement. Cette séance terminée, on le raccompagne sur son groupe.

b) Le déroulement type d'une séance Snoezelen avec Henry : ses sens mis en éveil

Au début de la deuxième séance, nous descendons chercher Henry sur son groupe. Il est en temps calme, allongé sur les tapis, dans le noir, et suce son pouce. Habituellement, quand il suce son pouce, cela signifie qu'il est très fatigué. Après qu'Henry nous ait repérées, il nous suit facilement. Il connaît bien le chemin. Une fois arrivés devant la salle Snoezelen, nous cessons de marcher. En lui pointant la salle du doigt, il comprend où l'on se rend y étant déjà venu.

Toujours en chuchotant et en signant, nous expliquons à Henry les consignes. En dehors de la salle, la psychomotricienne lui présente un bac sensoriel. L'objet de son choix orientera la séance sur l'exploration d'un sens en particulier. Dans un premier temps, il prend spontanément une balle molle avec laquelle il joue. Il la presse de façon à faire des bulles d'air. Surprise par ce choix, je remue les objets sensoriels afin qu'il puisse tous les voir et qu'il confirme son choix. Immédiatement après avoir vu la brosse, il la pioche et range la balle dans la caisse. Après avoir enlevé ses chaussures, il rentre dans la salle en gardant en main la brosse, la blanche en plastique.

Dans la salle, tous les stimuli sont présents. Il erre dans la pièce et observe les éléments qui y sont disposés. Il s'arrête sur le tourniquet à cloches qu'il fait tourner de plus en plus vite. Il s'intéresse ensuite au chariot Snoezelen et plus particulièrement à la colonne à bulles qui change de couleur régulièrement.

Il colle son oreille contre la colonne tout en se regardant dans le miroir. Il écoute le son des bulles. Lorsque la psychomotricienne coupe la musique, il décolle son oreille de la colonne à bulles. Il marche dans la salle et écrase sous ses pieds les fibres optiques qui tombent du chariot en cascade. La psychomotricienne lui montre du doigt ses chaussettes pour qu'il les enlève et reçoive plus d'informations sensorielles. Il comprend ce qu'elle lui demande et lui tend ses pieds pour qu'elle les lui ôte. Il sait pourtant les enlever mais étant debout, cela lui a plus difficile de les retirer. De lui-même, il ne pense pas à s'asseoir. Il repasse, cette fois, pieds nus sur les fibres optiques tout en regardant ses pieds. Il délie ses orteils et décompose ses pas. Il explore les différentes sensations. Il se regarde de nouveau dans le miroir. Il joue avec son reflet et grimace. Il tire la langue et ouvre sa bouche.

Ensuite, il s'installe sur les tapis et s'allonge sur le ventre dans le tube en mousse. Il se passe la brosse sur ses mains pendant que je lui souffle sur les pieds. Il me représente à chaque fois ses pieds dès que j'arrête de souffler, j'interprète cela comme une demande alors je réitère la proposition. Je lui fais également des pressions aux pieds pour qu'ils en ressentent l'ossature et les contours, d'autant plus qu'il ne peut pas les voir dans cette position. Nous lui mettons ensuite la couverture lestée au niveau des épaules et du dos. La psychomotricienne lui passe la bosse sur les mains. Henry se redresse tout en restant dans le module tube.

Afin de réduire l'affluence de stimuli, j'éteins désormais le projecteur d'étoiles vertes. Henry me regarde procéder et regarde le mur, puis, la psychomotricienne d'un air interrogateur. Durant cinq minutes environ, nous le laissons explorer seul la salle et les objets qu'elle contient. Nous nous mettons en retrait. De lui-même, il se passe la brosse sur les mains. Il dit ensuite "pieds" en nous regardant, et ne voyant aucune réaction de notre part, il essaie de passer la brosse sur ses pieds bien qu'il soit enserré par le tube. Il sort du module et part s'asseoir sur le tabouret pour se passer la brosse sur ses mains, ses pieds et sur son visage. A cet instant, un véhicule circule dans la rue en klaxonnant, ce qui entraîne une réaction immédiate chez Henry. Il se lève brusquement du tabouret, crie, arrache le rideau opaque et cherche dans la rue, à travers la fenêtre, la voiture. Une fois l'événement terminé, la psychomotricienne raccroche le rideau. Henry retourne spontanément s'installer sur le tabouret et reprend son exploration avec la brosse.

Après cinq minutes d'exploration, il regarde en notre direction et cherche notre attention. Il vient d'ailleurs se poser près de nous. Paupières fermées, il applique la brosse sur ses yeux et l'enfonce dans un œil. De peur qu'il ne se blesse, la psychomotricienne lui passe plutôt la brosse sur le front et sur les tempes.

Il semble apprécier les touchers francs puisque nous remarquons à ce moment-là qu'il commence à se relâcher.

Il me réclame des "câlins". Il me tend ses mains. Je lui fais donc des pressions et percussions avec mes ongles sur ses mains. Il s'assoit sur les tapis, ce que nous faisons également. Après m'être assise derrière Henry, il pose son dos contre mon buste. Je ressens alors tout son poids se déposer sur moi, il se détend davantage. Il me prend les mains et me guide là où il souhaite avoir du toucher thérapeutique. Il m'en réclame sur le sommet du crâne, sur les mains, et les avant-bras. Il demande à la psychomotricienne, par proto-guidance physique, de lui faire également du toucher thérapeutique mais cette fois au niveau des pieds. Il remonte ensuite le bas de son pantalon et réclame que l'on intervienne toutes les deux au niveau des jambes. Il fait des va-et-vient sur les différentes parties du corps. En même temps que je lui fais des percussions sur la tête et sur les mains, il se contemple dans le miroir. Il a les yeux et la bouche grands ouverts. Pour terminer, nous lui faisons comprendre, par des signes et des chuchotements, que sa séance est finie. Il se lève brutalement sans manifester aucune frustration. Il sort en restant calme, sans dire un mot. Lorsque l'on arrive devant la porte de son groupe, il reprend ses cris. Pourquoi cette agitation soudaine ?

c) Une séance interrompue par des maux de ventre

Mi-janvier, après une séance matinale d'exploration en groupe avec Henry, la psychomotricienne et moi retournons le chercher pour sa séance individuelle. Sur le groupe, il est assis, dénudé dans le canoë à compression en train de sucer son pouce. Ayant joué dans les flaques et mouillé son pantalon en récréation, il a préféré l'enlever. Une éducatrice lui a trouvé un jogging pour que l'on puisse monter en salle Snoezelen. Un peu grand pour lui, il ne cesse de le remonter et d'en profiter pour jouer avec l'étiquette se trouvant à l'intérieur du pantalon de sport. Il manipule fréquemment ses étiquettes de vêtements telles des « doudous ».

Nous montons le canoë à compression avec nous et parmi tous les objets, il choisit de nouveau la brosse dans la caisse sensorielle. Après s'être dirigé vers la colonne à bulles et avoir joué avec son reflet dans le miroir, il va s'installer dans le canoë à compression, seuls sa tête et ses pieds dépassent. Il manie tout seul la brosse sur ses mains puis me la donne. En me guidant, je lui brosse, par un toucher franc, les mains, avant de réaliser des pressions. Il me répète « les bras, les bras ». Je lui remonte les manches et je continue à lisser sa peau avec la brosse et à effectuer des pressions. Je mets la brosse de côté pour continuer avec mes ongles.

Il me guide toujours vers ses bras ou ses mains. Il me regarde attentivement et fait plusieurs feed-back visuels, autrement dit rétroaction visuelle, entre la partie de son corps touchée et mon visage. Je fais aussi des lissages avec mes ongles en partant du coude jusqu'aux doigts. Je me mets ensuite en retrait pour observer ce qu'il se passe lorsque je n'interviens plus.

Il reprend la brosse pour de nouveau se stimuler la peau et sa fonction proprioceptive. Il l'abandonne rapidement et se met à gémir en fronçant les sourcils. La psychomotricienne verbalise sa gêne, ou sa douleur. Elle lui demande s'il a mal au ventre. A ce moment-là, il arrête de gémir puis, reprend peu de temps après ses gémissements. Il sort du canoë. La psychomotricienne lui propose de se rendre aux toilettes, le sachant souvent constipé. Il quitte la salle en trombe et part aux toilettes. On le retrouve en train de jouer avec le robinet. La psychomotricienne lui rappelle donc la raison de sa venue et lui dit d'essayer d'aller à la selle, il répond « nan, nan, nan » en chantonnant. La fin de séance étant imminente, nous décidons de raccompagner Henry. Il s'agite et crie. Les éducateurs lui proposent une nouvelle fois de se rendre aux toilettes mais il refuse en disant « nan, nan, nan ».

B. Les séances d'exploration sensori-motrice

a) En quête de sensations vestibulaires

Nous sommes à la mi-février et je constate qu'Henry est très agité en ce début de séance. Il passe d'une activité à l'autre sans prendre le temps de l'explorer.

Nous nous posons au sol et entamons le jeu du toucher, ce qui le recentre un instant. Il s'agit de toucher différentes textures et de retrouver les paires correspondantes, et cela sans utiliser la vue. Il a tendance à vouloir regarder, ce qui l'agace légèrement. Bien qu'il ait tendance à vouloir me prendre les pièces des mains, il arrive à jouer le jeu en tournant sa tête du côté opposé. Il réussit à trouver quasiment toutes les paires sauf deux, leur texture étaient moins contrastées que les autres. Le jeu fini, Henry crie et erre dans la salle.

Je lui propose un parcours psychomoteur en lui mettant à disposition plusieurs éléments. Spontanément, il monte sur la planche à roulettes mais n'est pas stable.

Son polygone de sustentation¹⁹ est très resserré et l'hypertonie de ses membres inférieurs le déséquilibre. Sur la planche à bascule, le même problème est observé, sa rigidité l'empêche d'ajuster sa posture. Il escalade l'espalier avec aisance, puis s'assoit sur la chaise à roulettes. Je la tourne pour lui fournir des sensations vestibulaires. Il s'énerve au quatrième tour, il crie et agite ses bras. J'arrête alors les tournolements, le pensant peut-être saturé sur le plan vestibulaire.

Il se lève et s'enfuit de la salle en courant pour aller dans la salle d'orthophonie qui est inoccupée et qui touche la nôtre. Il s'installe directement au piano. Il commence par jouer des notes graves puis, aiguës et teste ensuite les contrastes en tapant, à tour de rôle, sur les touches graves et aiguës.

Nous retournons dans notre salle et nous nous hissons sur des échasses. Il dispose d'une bonne organisation motrice, il avance facilement. Toutefois, il se lasse rapidement de cette activité et enlève les échasses. Je lui propose de retirer ses chaussettes pour marcher sur les dalles sensorielles. Il essaie d'abord de les enlever debout mais n'y arrivant pas, il suit mon conseil et s'assoit sur la chaise. Quand il les retire, je note l'absence de coordination bi-manuelle. Pieds nus, il se déplace sur les plaques sensorielles en marquant un arrêt plus conséquent sur celles ayant des picots.

Il quitte de nouveau la salle pour se rendre dans l'autre salle de psychomotricité qui est occupée. Il saute sur le trampoline et de plus en plus haut. Les psychomotriciennes et moi le laissons quelques minutes profiter du trampoline avant de le ramener dans sa salle de psychomotricité.

Après être revenu, il se pose dans le fauteuil. Il suce son pouce et recherche l'étiquette de son t-shirt qu'il manipule entre ses doigts. Il me présente ses pieds, je lui passe donc différentes balles sensorielles sur le dessus et le dessous de ses pieds, ce qui l'apaise. Il me regarde, puis regarde ses pieds. Il appuie par moment sur les balles avec ses mains pour se procurer davantage de sensations. Au moment de redescendre sur le groupe, Henry, même s'il ne montre aucun signe de frustration, ne semble pas prêt à quitter son fauteuil. Après quelques tentatives d'explications, il remet ses chaussettes et se lève, prêt à partir. Il reste calme et suce son pouce de nouveau. Son éducateur référent m'apprend, par la suite, que cette semaine il est déjà allé dans la salle d'orthophonie pour jouer au piano et qu'il avait tendance à voyager d'une pièce à l'autre.

¹⁹ C'est une « *surface virtuelle comprise entre les points d'appui des deux pieds, pendant la station debout, à l'intérieur de laquelle doit se projeter le centre de gravité du corps pour qu'il n'y ait pas déséquilibre et chute* » (« *Sustentation* », s.d.).

b) Un travail d'accordage

Nous sommes début mars, nous allons chercher Henry sur son groupe. Je lui propose, à voix basse, de nous suivre en psychomotricité. Dans le couloir, marchant devant nous, il ralentit de plus en plus sa cadence à l'approche de la salle Snoezelen. A hauteur de la salle, du coin de l'œil, il observe si l'on s'arrête ou si l'on continue notre chemin en direction de la salle de psychomotricité. En voyant que l'on ne s'y arrête pas, il reprend sa marche sur son rythme initial.

Je le trouve nettement plus calme que la semaine précédente. Pour commencer, il monte brièvement sur le trampoline et va ensuite sur la planche d'équilibre. Je me trouve en difficulté et je ne sais plus si ses demandes sont des envies ou des besoins. Sans certitude, je lui propose de suivre un parcours qu'il recommence plusieurs fois.

Lorsqu'il est sur la bascule, je le guide verbalement et physiquement pour qu'il replace ses pieds de façon à ce qu'il soit plus stable sur ses appuis. Je me mets face à lui et je lui prends ses mains. Il me regarde fixement. Je lui chante, en chuchotant, la comptine *Bateau sur l'eau* tout en le faisant basculer d'un côté et de l'autre. Son regard se déplace ensuite sur mes lèvres et il bouge les siennes simultanément sans émettre de son. Je termine par « mais Henry n'est pas tombé dans... » en suspendant ma phrase. Henry la finit tout sourire. Il semble très content et se remet à chanter la comptine. Nous reprenons le chant ensemble en continuant les mouvements de bascule. Il complète de plus en plus mes phrases.

Puis, il descend et se place devant moi en se courbant et en découvrant son dos pour que je lui fasse du toucher thérapeutique. Je lui dis et lui montre qu'il peut s'installer sur les tapis à côté de moi pour cela mais il ne vient pas. Il va plutôt chercher une voiture dans un bac de jeu et me l'amène. Il me regarde et m'adresse un « vroum » en souriant. Je lui emprunte la voiture et je commence à la faire rouler à vive allure autour de lui, en variant les intonations de « vroum » ce qui l'amuse beaucoup. Il me dit « encore », je recommence mais, cette fois, je la fais rouler sur ses pieds et sur son corps en montant jusqu'au cou. Cela le chatouille, il se regroupe en haussant ses épaules au niveau de ses oreilles. Il rit aux éclats. Et, il répète, à chaque fois « encore ». Il accepte ensuite de s'asseoir à côté de moi. Avec une balle à picot, je stimule les récepteurs cutanés de ses pieds. Il remonte ensuite son pantalon jusqu'aux genoux. Je fais alors des va-et-vient avec la balle sur ses jambes. Il en profite parfois pour glisser ses mains sous la trajectoire de la balle afin de se procurer des sensations à ce niveau. A la fin de séance, nous descendons sur le groupe dans le calme.

c) Une séance rythmée

A la mi-mars, nous allons sur le groupe d'Henry pour l'emmener en séance de psychomotricité. Il est très calme et silencieux. Il baille et suce son pouce. A l'étage, comme la fois précédente, il marque une pause à hauteur de la salle Snoezelen. Je lui demande s'il veut y rentrer et tire sur mon trousseau de clés en m'attirant dans sa direction, comme s'il m'emmenait dans la salle de psychomotricité.

Une fois arrivé, il retire ses chaussures debout. Je lui construis un parcours avec des plaques sensorielles, une planche d'équilibre, le trampoline, le banc, les espaliers et les échasses. Il commence par le trampoline mais il ne s'arrête plus de sauter. Il devient agité et pousse des cris. Je lui suggère de descendre du trampoline pour lui proposer d'autres stimulations.

Henry et moi essayons les échasses. Il monte dessus sans prendre les ficelles. Je tiens alors ses ficelles pendant que lui avance. Nous arrivons à faire un aller-retour en s'accordant sur un rythme. Nous réitérons l'expérience, mais cette fois, il tient tout seul les ficelles. Il réussit à faire un aller sans que j'intervienne. Il monte ensuite sur la planche à bascule, je chante *Bateau sur l'eau*. Immédiatement, il reconnaît la comptine et chante avec moi incroyablement fort les paroles en souriant. Il prend ensuite une voiture dans la caisse de jeux et me dit "vroum", je répète plusieurs fois cette interjection en variant la sonorité. Avec la voiture en main, j'imagine un circuit et je la fais rouler le long de son corps. Il me présente son dos et je la fais rouler dessus. Je lui propose de s'asseoir sur le banc pour lui faire du toucher thérapeutique avec mes ongles et une balle à picots.

Après quelques minutes, il se lève d'un coup et court se rendre dans la salle de psychomotricité voisine. Il monte tout de suite sur la planche d'équilibre. Une fois descendu, nous prenons la planche d'équilibre pour l'installer dans notre salle mais il ne monte pas dessus. Je lui propose de faire une dernière fois le parcours et de monter ensuite sur cette planche à bascule. Il maintient mieux son équilibre que la semaine dernière. La séance finie, nous le raccompagnons sur le groupe.

C. Son évolution au cours de l'année

De mi-septembre à mi-mars, l'évolution d'Henry n'a pas été linéaire puisque son comportement a fluctué tout au long de ma période de stage. Il est possible de mettre cela en lien avec son état de fatigue, ses troubles intestinaux, son anxiété qui a été en partie majorée par les soucis familiaux auxquels il a été confronté et par le comportement également instable des jeunes autistes présents sur son groupe.

Son agitation est aussi générée par son manque d'adaptation aux changements. Il m'est donc difficile de parler de progrès au sein même d'une continuité. En plus, ma période d'observation a été écourtée par la crise sanitaire et sur une durée de six mois entrecoupée par les vacances scolaires, il m'est compliqué de mesurer les progrès d'Henry. Sans oublier, que dans le domaine de l'autisme, la maturation et les apprentissages intègrent un long processus. Néanmoins, je constate que ses capacités d'imitation continuent de se développer et qu'il s'ouvre et rentre davantage en relation avec autrui en y prenant du plaisir. Il s'ajuste de mieux en mieux dans la relation et son langage est plus adapté au contexte. De plus, lorsque toutes les conditions favorables sont réunies, il parvient mieux à relâcher ses tensions. Malheureusement, les moments de détente se font encore rares. Autrement, il trouve plus facilement des stratégies pour répondre à ses besoins sensoriels en utilisant des objets plus adaptés, comme la brosse, en autorégulant la pression exercée. Enfin, j'ai l'impression qu'il prête davantage de sens à ses activités et qu'il fait de plus en plus de liens. Ses représentations psychiques semblent se nourrir au fur et à mesure.

VII- Sur quels fondements la psychomotricité repose-t-elle ? Quels bénéfices pour Henry ?

A. La spécificité du psychomotricien

Pour rappel, le psychomotricien, par son approche spécifique, apporte une nouvelle lecture du corps et offre ainsi une vision complémentaire aux autres disciplines paramédicales. En effet, son écoute, sa bienveillance, son non-jugement, son engagement psychocorporel, sa posture, son attitude ainsi que l'ensemble de ses connaissances sur le développement global de l'individu lui permettent d'aborder un patient sous une perspective différente et toute aussi intéressante. « *La psychomotricité intervient comme l'approche du vécu du corps et de la façon dont le sujet l'utilise pour entrer en relation avec l'autre. Elle a ainsi à faire et affaire avec le schéma corporel, l'utilisation investie du corps, l'émotion, le tonus, la perception vécue du temps et de l'espace, l'harmonie de la maturation et la relation à l'autre* » (Ballouard, 2006, p.7). La prise en compte globale du sujet est primordiale en psychomotricité. Il existe une interrelation entre les sphères sensori-motrices, psycho-affectives et biologiques. Comprendre la manière dont son patient se vit, se perçoit et interagit avec l'environnement et se le représente peut mettre en évidence l'origine de ses troubles. Cela met à la fois en valeur les compétences et les

difficultés du sujet, et c'est à partir de ces observations que le psychomotricien élabore un projet thérapeutique.

B. Le dialogue tonico-émotionnel au cœur de la relation thérapeutique

Pour revenir à Henry, il exploite peu le langage verbal pour entrer en relation avec l'adulte, voilà pourquoi, le langage corporel est central dans son accompagnement. La communication infra-verbale est une des nombreuses caractéristiques du psychomotricien. Elle repose sur le dialogue tonique. Cette idée est développée par Ajuriaguerra, neuropsychiatre, psychanalyste, chercheur, théoricien et enseignant. Elle fait suite aux travaux entrepris par Wallon, psychologue français, à propos des relations tonico-émotionnelles. « *Cette notion correspond au processus d'assimilation, et surtout d'accommodation, entre le corps de la mère et le corps de l'enfant : l'enfant tenu par la mère est palpitant très précocement dans un échange permanent avec les postures maternelles ; par sa mobilité, il cherche son confort dans les bras qui le maintiennent* » (Ajuriaguerra, 2010, p.314). La relation n'est pas figée. Elle s'ajuste en permanence en fonction des mimiques, regards, attitudes, postures, gestes et de l'intonation de la voix. C'est donc à l'issue d'une « *contagion des émotions* » que se produit l'« *accommodation réciproque* » (Wallon, 2002, p.124) (Ajuriaguerra, 2010, p.314).

Cet accordage corporel est omniprésent dans la prise en soins d'Henry. On le retrouve dans les chuchotements, dans les signes pour communiquer, dans la façon de calquer nos voix pour chanter ensemble, dans l'intensité du toucher, dans les activités motrices comme avec les échasses, lorsqu'il ajuste sa cadence de marche en fonction de la nôtre mais aussi dans les jeux de regards, les sourires, les changements d'attitudes et dans les moments de détente ou de tension.

C. L'instauration d'un cadre thérapeutique sécurisant et contenant

a) Le cadre thérapeutique

L'instauration du cadre thérapeutique est primordiale en psychomotricité. En effet, elle concerne l'espace et son aménagement, le matériel utilisé, la gestion du temps, l'encadrement par une ou plusieurs personnes et la manière dont le psychomotricien est engagé dans la relation (Potel, 2019). La question du cadre, bien qu'elle soit réfléchie en amont, est également sujette à des remaniements. Ce qui se joue en séance peut évoluer tout le long de la durée de la prise en soins, tout comme les besoins du patient. Voilà pourquoi, il est important de réadapter sa pratique lorsque

cela en est nécessaire. De plus, donner des repères spatio-temporels fixes en délimitant l'espace et le temps permet d'orienter et de rassurer ses patients. C'est à partir d'un cadre sécurisant et contenant que peut débuter une relation thérapeutique de confiance (*Ibid*, 2019).

Dans l'autisme, il n'est pas rare que les notions du temps et d'espace ne soient pas intégrées. Elles peuvent être totalement absentes ou perçues de façon fragmentée ce qui peut s'avérer anxiogène (Maiello, 2011). La méthode TEACCH propose des stratégies pour aider les enfants autistes à se repérer dans le temps et dans l'espace.

Pour Henry, il s'agit d'éviter les surcharges sensorielles et les dystimulations afin que l'atmosphère soit propice à la détente et qu'il puisse se saisir des propositions amenées en psychomotricité ou qu'il puisse lui-même explorer son environnement.

b) La fonction de contenance corporelle et psychique

Comme nous l'avons vu précédemment, dans l'autisme, la régulation tonico-émotionnelle est d'ordinaire fragile. Les enfants ayant des TSA ont du mal à s'organiser quand ils se trouvent submergés par les émotions. Toujours dans un dialogue tonico-émotionnel, le psychomotricien, par son corps et/ou par ses capacités d'interprétation et de verbalisation vient contenir les affects (Potel, 2019).

Lorsque la psychomotricienne est venue mettre des mots sur la gêne subite d'Henry, et grâce à son interprétation de la situation, il a cessé un instant ses gémissements. La verbalisation sur ses possibles maux de ventre a pris à ce moment-là sens pour lui et l'a apaisé. Cette capacité de contenance s'étaye sur ce que Bion (2003), psychiatre et psychanalyste britannique, nomme la capacité de rêverie maternelle. Elle correspond à la disponibilité de la mère à accueillir les émotions brutes, dits éléments bêta, qui lui sont projetés par son enfant et de les interpréter et de les transformer en éléments détoxiqués, dits alpha. Ensuite, les éléments élaborés sont réintrojetés par l'enfant. Il donne un sens à ces derniers, ce qui alimente son activité psychique. Ce concept se rapproche de celui de Winnicott (1975), pédiatre et psychanalyste britannique, à propos de la préoccupation maternelle primaire. Elle se réfère aux capacités de la mère à comprendre et à s'adapter aux besoins de son bébé. Winnicott (1975) développe d'ailleurs deux notions, le *holding* et le *handling*. Le *holding* désigne « *la manière d'être porté* » (1975, p.204). Autrement dit, à travers le portage, la mère offre à son enfant, en le maintenant, un sentiment de sécurité physique et psychique. Le *handling*, quant à lui, fait référence à « *la manière dont il est traité, manipulé* » dans les soins du maternage (1975, p. 204).

Le psychomotricien, par le biais d'un portage psychique et physique, s'engage dans un échange d'affects qui amène le sentiment de contenance.

L'acquisition de la contenance est essentielle à la maîtrise de l'espace de la pesanteur et offre une sécurité interne participante à l'élaboration d'une enveloppe corporelle. Cette dernière est une étape indispensable pour la subjectivation. Pourtant, chez Henry, on remarque un fort besoin de stimulations vestibulaires, tactiles et proprioceptives. Il ne maîtrise pas ces signaux sensoriels ce qui impacte l'acquisition de l'espace de la pesanteur et par conséquent, l'obtention d'une contenance (Bullinger, 2017a).

D. De la sensation à la construction d'une unité corporelle

La conscience corporelle est régie par une boucle sensori-motrice. En effet, la construction psychocorporelle repose sur les sensations, les émotions, la perception et les représentations. Robert-Ouvray (2002), Doctoresse en psychologie clinique, psychomotricienne et psychothérapeute, propose quatre niveaux d'organisation psychomotrice, le niveau tonique, le niveau sensoriel, le niveau affectif et le niveau représentatif. C'est à partir de cet étayage psychomoteur que le langage s'élabore. L'étayage est « *un système organisateur de la psyché à plusieurs niveaux d'organisation. Il explique l'universalité des structures psychiques primaires issues des structures motrices primaires : projection, introjection, clivage* » (Robert-Ouvray, 2002, p222).

a) Niveau tonique

A la naissance, le bébé est confronté à deux états toniques primaires qui s'opposent. Il possède une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique dues à un manque de maturation du système nerveux. Le développement suit la loi céphalo-caudale et proximo-distale²⁰. C'est ensuite que le tonus s'homogénéise et qu'il est amené à s'ajuster à chaque situation (*Ibid*, 2002). Sa régulation est également en étroite relation avec les affects et la fonction proprioceptive. Cette dualité tonique est à la base des fonctions instrumentales (Bullinger, 2017a). L'hypertonie d'Henry constituerait une seconde peau pathologique, dite musculaire (Bick, 1984). Cette dernière, qui sert à suppléer la première peau percée (*Ibid*, 1984), peut également contribuer à la création d'une barrière de protection contre les éventuelles irrégularités venant le désorganiser (Bullinger, 2017a).

²⁰ Le contrôle musculaire « *s'achemine du centre du corps à la périphérie* » (Contejean & Doyen, 2012, p. 83).

b) Niveau sensoriel

Le niveau sensoriel fait référence à la dichotomie qui s'exerce entre les sensations agréables associées à l'hypotonie et les sensations désagréables associées à l'hypertonie (Robert-Ouvray, 2002). Les sensations agréables peuvent être molles, chaudes, douces, moelleuses, lumineuses et mélodieuses, alors que les sensations désagréables rassemblent celles qui sont dures, froides, râpeuses, sombres, acides, amères, par exemple. Le clivage de ces deux familles permet à l'enfant d'intégrer ces diverses sensations physiquement et psychiquement et de pouvoir ensuite introduire un intermédiaire, une nuance (*Ibid*, 2002). Si l'on prend l'exemple de la température, il y aura d'un côté le froid, de l'autre le chaud avec la possibilité que la température puisse être tiède. Henry, en restant sur un versant hypertonique et en recherchant les surfaces dures et froides, perd cette faculté à explorer les contrastes sensoriels ce qui limite ses expériences et ses représentations. L'intermédiaire n'existe pas. Mais, je remarque que par le biais du chant et d'un instrument de musique, tel que le piano, Henry commence à rechercher cette binarité sensorielle qui pourra peut-être le conduire, un jour, vers cet entre-deux.

c) Niveau affectif

Ensuite, vient le passage de la sensation aux affects qui s'étaye sur une relation duelle. Effectivement, en éprouvant des sensations désagréables ou agréables, l'enfant ressent respectivement du déplaisir ou du plaisir (Robert-Ouvray, 2002). Ce niveau correspond au dialogue tonico-émotionnel décrit précédemment (Ajuriaguerra, 2010). « *Les variations toniques et sensorielles prennent une valeur affective et communicationnelle* » (Robert-Ouvray, 2002, p.82). Les émotions débordantes de l'enfant vont être canalisées par les mots chargés de sens et rassurants de la mère ou, dans le cadre d'une prise en soins, par le psychomotricien.

Henry est facilement submergé par ses émotions qui sont peu communicables. Son équilibre sensori-tonique est fragile. Sa surface d'équilibre²¹ (Bullinger, 2017a), étant restreinte, le rend instable. Cela a pu être observé lorsqu'il a été surpris par le bruit inattendu du klaxon qui l'a complètement désorganisé. Il a eu une réaction d'alerte et s'est orienté vers le stimulus mais son angoisse semble révéler un problème d'évaluation dans les distances. Le signal était hors de portée, il ne craignait donc rien. C'est le milieu physique, ici, qui est mis en cause. Cependant, cette désorganisation peut aussi se manifester à partir de sensations internes telles que des maux de ventre qui lui sont encore incompréhensibles.

²¹ Cf. *infra*. Annexe D, p. IV

Grâce à la verbalisation de la psychomotricienne, ces maux ont tout de même semblé prendre sens. Cette désorganisation pourrait témoigner un défaut d'unité corporelle induit par le manque d'intégration de l'axe corporel. C'est ce que Haag, pédopsychiatre et psychanalyste, nomme le clivage vertical, il correspond à « *la non intégration de l'axe du corps [...] responsable en particulier d'une hypertonie permanente de compensation* » (2006, pp.40-42). Ce manque d'intégration de l'axe corporel pourrait en partie expliquer pourquoi Henry éprouve des difficultés à maîtriser les coordinations bi-manuelles. Quant au clivage horizontal, par un défaut d'investissement du bassin, il pourrait expliquer la raison pour laquelle il ne s'assoit pas à même le sol. Cette action implique une forte mobilisation du tonus et une dissociation de la ceinture scapulaire et pelvienne.

Pour revenir à l'équilibre sensori-tonique, il est comparable à un support permettant de rassembler les sensations internes et externes et c'est en s'appuyant sur cette base que l'enfant interagit avec son environnement. Cette plate-forme participe à la formation des habitudes et des représentations (Bullinger, 2017a).

d) Niveau représentatif

L'analyse et l'appropriation des expériences toniques, sensorielles et affectives alimentent les représentations. Dès le début de la vie, le bébé a des pré-représentations qui le confondent avec l'objet (*Ibid*, 2002). A cette période, il est question de dépendance absolue, le nourrisson est entièrement dépendant de sa mère qui elle, se dévoue pleinement aux besoins de ce dernier (Winnicott, 1970). Ensuite, ses représentations s'affinent et la dépendance relative s'installe. Le bébé est alors conscient de l'action de sa mère (*Ibid*, 1970). Il se différencie lui de l'objet et procède à un clivage entre le « *bon* » et le « *mauvais* » objet (Klein, 2013, p275). L'enfant présente de meilleures capacités de compréhension qui lui octroient une meilleure gestion de la frustration (Winnicott, 1970). Il peut attendre le retour de sa mère parce qu'il sait pertinemment qu'elle reviendra assouvir ses besoins lorsqu'elle sera disponible. Ce processus est uniquement envisageable si les habitudes sont établies. Elles permettent de nourrir le *self* (*Ibid*, 1970). Autrement dit, la constance de la mère fait naître le sentiment continu d'exister (*Ibid* 1970). Enfin, l'indépendance s'instaure. L'enfant peut s'aventurer dans une expérience individuelle en s'identifiant cette fois à la société, il se socialise (*Ibid*, 1970).

A partir de cette description, j'ai l'impression qu'Henry, sur le plan représentatif, se situe au début de la dépendance relative. La plupart du temps, je pense qu'il se distingue de l'objet mais qu'il ne contrôle pas encore les instants de frustration puisqu'il ne les comprendrait pas suffisamment. Son manque de repères corporels l'empêche de s'y référer pour mettre du sens sur ce qu'il ressent ou perçoit. « *Toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental* » (Anzieu, 1995, p.119).

E. La représentation du corps : construction du schéma corporel et de l'image du corps

Même si Henry est capable de désigner ses bras, ses mains, ses pieds et sa tête, cela ne signifie pas pour autant qu'il ait une bonne représentation de son corps. La représentation corporelle se construit autour de deux notions, celles du schéma corporel et de l'image du corps. Suivant les théories, elles se distinguent ou se confondent. Cette discrimination divise l'opinion, c'est pourquoi, je vais exposer ces notions avant de les illustrer.

a) Schéma corporel

C'est en 1911, qu'Head, neurologue anglais, évoque le schéma corporel, un modèle postural du corps. Selon Ajuriaguerra, « *édifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise, dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification* » (1970, p.239). Nasio, psychiatre et psychanalyste français originaire d'Argentine, rajoute qu'il s'agit d'« *une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps et qui lui sert de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace* » (2013, p.175).

b) Image du corps

En 1935, Schilder, psychiatre et psychanalyste autrichien, est le premier à employer la terminologie d'image du corps. Elle serait la manière « *dont notre propre corps nous apparaît à nous-même* » (Schilder, 1968, p.35). Toutefois, ce concept demeure ambigu jusqu'à ce que Dolto, pédiatre et psychanalyste française, distingue clairement les deux notions. Pour cette dernière, le schéma corporel caractérise l'humain et correspond à une forme commune à tous (Dolto, 1984). Quant à l'image du corps, elle « *est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles,*

interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles. Elle peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant » (Dolto, 1984, p.22). L'image du corps serait donc purement subjective et en relation directe avec nos émotions.

A présent, la tendance est de considérer le schéma corporel et l'image du corps comme deux entités interdépendantes, intriquées entre elles. Elles se fondent sur la fonction contenant des enveloppes physiques et psychiques.

c) La création des enveloppes en psychomotricité

D'après Anzieu (1995), psychanalyste et professeur de psychologie français, le Moi²² de l'individu se construit principalement grâce à la formation de l'enveloppe cutanée mais d'autres enveloppes psychiques entrent en ligne de compte. Elles peuvent donc être tactiles, toniques, sonores, gustatives, visuelles, olfactives, thermiques ou encore de douleur (Anzieu, 1995).

Le « Moi-peau » est la métaphore d'une enveloppe physique et psychique. Ce concept repose donc à la fois sur les fonctions de la peau et de sa symbolisation. La peau permet d'envelopper l'organisme et de réunir toutes les parties du corps entre elles. Elle fait office de limite entre le soi et le non-soi (*Ibid*, 1995).

Enveloppe tactile.

L'enveloppe tactile s'étaye donc sur les sensations perçues et filtrées par la peau. Elle offre ce premier sentiment de contenance (*Ibid*). Pour Henry, le toucher est au centre de sa prise en soins en psychomotricité. Il est vrai qu'il me sollicite à chaque séance pour que je lui fasse du toucher thérapeutique. C'est d'ailleurs par ce besoin tactile qu'il rentre la plupart du temps en relation avec moi. Il m'identifie à mes ongles qui peuvent lui procurer les sensations qu'il recherche. En séance, pendant que j'effectue des pressions, percussions ou des lissages avec mes ongles, il me guide vers plusieurs parties de son corps en faisant rapidement des va-et-vient. Parfois, il demande l'intervention supplémentaire de ma référente de stage qui s'y attelle également. J'ai l'impression qu'il cherche à recueillir le plus d'informations cutanées en simultanée afin de se ressentir unifié. Et, plus il reçoit de stimulations sur sa peau, notamment sur les parties carencées comme les pieds, mieux il se déplace dans l'espace et décompose ses pas.

²² Pour Freud, le Moi est « une métaphore (le Moi a la configuration d'un sac englobant) et une métonymie (le Moi est la surface de l'appareil psychique et la projection de la surface du corps sur la surface du psychisme) » (Anzieu, 1995, p.255).

Enveloppe tonique : transfert d'un Moi os à un Moi muscle.

Les sensations internes établissent la « *face interne* » de l'enveloppe corporelle (Bullinger, 2017b, p.96). Quant à la « *face externe* », elle s'organise à partir du sens prêté aux stimulations sensorielles qui s'y inscrivent (Ibid, p.96). Ces sensations sont en étroite relation avec la régulation tonique qui forme l'enveloppe tonique. Lorsque la modulation du tonus n'est plus permise, la représentation psychique de l'organisme s'appauvrit (Bullinger, 2017a).

Henry est hypertonique, c'est donc la prédominance de la face interne qui forme cette « *carapace musculaire* », que l'on nomme « *moi muscle* » (Bullinger, 2017b, p.98). En privilégiant cette carapace tonique, Henry se prive ainsi d'apports sensoriels, indispensables dans l'intégration de ses limites corporelles. Afin de pallier ce manque d'enveloppe, Henry recherche activement à renforcer sa fonction proprioceptive et son squelette interne. Bullinger rappelle que la proprioception est une coordination entre les signaux « *issus des flux sensoriels et de la sensibilité profonde* » (2017a, p.82). En séance, Henry se tourne constamment vers les objets contenant comme le module tube, le canoë de compression, la couverture lestée, la brosse et les objets vibrants qui stimulent ses récepteurs cutanés profonds. Il tapote avec un objet dur aussi souvent ses dents et réclame des percussions osseuses ce qui lui permet de ressentir sa charpente osseuse que l'on pourrait qualifier de « *moi os* » (Bullinger, 2017b, p.54). Le squelette est « *la structure porteuse qui définit l'espace du corps et permet d'assumer des directions à l'extérieur, et qui confère une solidité* » (Lesage, 2012, p.130). Dans l'autisme, la sécurité interne prendrait racine sur le système musculaire au lieu de reposer sur le système osseux.

Ces trois dimensions moi os, moi muscle et moi peau fondent ainsi les soubassements de la représentation corporelle (Bullinger, 2017b).

Enveloppe sonore.

L'enveloppe sonore s'élabore à partir des sons perçus alternativement par l'environnement et par le bébé. Ce bain sonore est dirigé vers le dedans et vers le dehors (Anzieu, 1995). Quand Henry et moi chantions la comptine *Bateau sur l'eau*, Henry pouvait explorer cette alternance et les variations de fréquences. Il jouait avec la mélodie des sons. Lorsqu'Henry crie et vocalise, la psychomotricienne ou moi lui renvoyons, tel un miroir, ses bruitages sous la forme de mots chuchotés, de signes, d'un ajustement corporel ou en répétant ses interjections. Selon Anzieu (1995), le vécu sonore prend nécessairement appui sur la vue et sur le toucher.

L'engagement de ces sens ainsi que de la motricité permettrait de dissocier les bruits provenant de l'intérieur et de l'extérieur du corps. Il faut savoir qu'Henry crie quasiment en permanence. Il crie quand il est en colère ou quand il est heureux ou encore fatigué, douloureux et frustré. Je ne parviens toujours pas à discerner le rôle de cette action. Elle lui permet peut-être de créer une bulle sonore dans laquelle il peut se protéger des bruits anxigènes. Elle peut avoir pour but de se sentir exister, comme si le fait de s'entendre crier le renseignait sur son existence. Il peut probablement crier pour faire vibrer son appareil phonatoire dans l'objectif de ressentir son axe corporel. Enfin, ces cris pourraient lui être son unique moyen de s'exprimer et de communiquer ce qu'il ressent.

Enveloppe visuelle.

Le plaisir visuel n'est pas généré directement par l'organe sensoriel (Lavallée, 1995). La perception, à l'inverse des autres sens, se fait par distanciation, dans le prolongement du corps. On parle de « *moi visuel* » (*Ibid*, p.427). L'enveloppe visuelle est construite sur un « *double retour pulsionnel* » (*Ibid*, p.431), délimitant le dedans du dehors. Comme les autres enveloppes, elle comprend une fonction à la fois pare-excitatrice, en gérant les pulsions, et de surface d'inscription, en étant un lieu d'échanges permettant la figuration (Anzieu, 1995). Sur le même principe que celui des capacités de rêverie maternelle de Bion (2003), l'enfant projette sur un écran, autrement dit sa mère, ses éprouvés. Sa mère les reçoit et les intériorise. Tel un miroir, elle lui renvoie ces éprouvés transformés qu'il réintrojecte et qu'il se représente ensuite. Cet ajustement maternel correspond à cette période de fusion, de dépendance absolue (Winnicott, 1970), entre la mère et son bébé. Le bébé par la présence régulière de sa mère peut l'introjecter, c'est « *l'hallucinoire positif* » (Lavallée, 2003, p.70). Puis, au fur et à mesure, la mère retrouve son indépendance et se négative pour laisser une place à l'absence. Il s'agit de « *l'hallucinoire négatif* » (*Ibid*, p.70). Par cette alternance présence-absence, le bébé, qui a introjecté sa mère peut se la représenter lorsqu'elle n'est pas présente. Le bébé peut désormais s'auto-réguler en utilisant l'hallucination négative. Dans l'autisme, on retrouve un manque d'investissement de l'autre, ce qui pourrait empêcher ce double retour pulsionnel de se réaliser. Pour Henry, je me demande si son manque de contenance ne serait pas en lien avec ce défaut de représentation de l'absence qu'il chercherait à substituer à travers les stéréotypies visuelles ou d'autres stimulations visuelles. Elles auraient une valeur rassurante qui pourrait contenir ses éventuelles angoisses de morcellement.

d) Les limites du corps : dedans/dehors

« Le concept d'enveloppe corpero-psychique renvoie à des notions comme contenant/contenu ou intérieur/extérieur » (Meurin, In Gadesaude, Lobbé, Meurin, Vennat, & Pireyre, 2019, p.195). Chez le tout-petit, la perception d'un dedans et d'un dehors s'ébauche grâce à la distinction du soi et du non-soi qui est favorisée par le portage et les régularités apportées par le milieu humain. D'après les agissements d'Henry et son manque de contenance, il est probable qu'il confonde ses limites corporelles avec le milieu. C'est peut-être la raison pour laquelle il prend parfois ma main pour me montrer où il souhaite avoir du toucher thérapeutique et qu'il la superpose sur la sienne quand je fais des percussions sur son corps. C'est en quelque sorte comme si ma main était dans le prolongement de la sienne. Dès le début de l'activité psychique de l'enfant, la main sert de relai entre lui et l'extérieur. On retrouve cela dans les processus de fusion, séparation et d'individuation retracés par Malher (1977) qui est psychanalyste, pédiatre et psychiatre. Henry n'utilise pas vraiment sa main pour aller vers l'autre mais plutôt pour se procurer des sensations.

Ensuite, j'ai souvent l'impression que les transitions pour Henry sont difficiles lorsque l'on passe de la salle de psychomotricité vers l'extérieur. C'est fréquemment à la fin de séances qu'Henry reprend son agitation et ses cris. C'est comme si les bienfaits générés s'évaporaient à l'instant où la séance est terminée. Il se peut qu'il perde ce sentiment de sécurité, instauré par le cadre thérapeutique et la salle, quand il franchit la porte. Cela peut être dû au changement de repères et aux nouvelles informations sensorielles qui lui parviennent. C'est d'ailleurs ordinairement sur les temps de trajets, d'avant et d'après la séance, qu'Henry suce son pouce et qu'il manipule son étiquette de vêtement. Cela peut faire référence « *aux objets transitionnels* » ou « *phénomènes transitionnels* » décrit par Winnicott (1975, p.28). En psychanalyse, le pouce symbolise le sein maternel et plus globalement la présence contenante de la mère (*Ibid*, 1975). Le pouce, comme l'étiquette, peuvent alors l'aider à se rassembler et à se rassurer pendant ce passage. Ils sont un intermédiaire qui peut lui faciliter ce passage entre le monde interne et externe, en attendant de retrouver une constance.

Lors de mes deux dernières séances de psychomotricité avec Henry, il fuyait la salle de psychomotricité pour aller d'une pièce à l'autre. Ce va-et-vient entre l'intérieur et l'extérieur de la salle pourrait être le signe d'une recherche de ses propres limites corporelles. Il est possible qu'Henry ait projeté son corps dans l'espace et que ce soit le signe que ses limites corporelles soient en train de se construire.

e) Investissement et surinvestissement du corps

Henry surinvestit certaines parties de son corps. Ils stimulent principalement ses mains et ses pieds mais aussi ses avant-bras, ses jambes, ses yeux, ses dents et le sommet de sa tête. Mais, dernièrement il sollicite de plus en plus son dos. Très rarement sa bouche, ses cuisses ou son buste. Cela vient questionner la manière dont il se ressent et dont il se perçoit.

Il est probable qu'Henry ait une vision morcelée de son corps. L'ensemble de la peau contient des récepteurs sensibles au toucher, toutefois certaines zones corporelles en possèdent davantage, notamment la main (Gentaz, 2009). Usuellement, la main est connue pour ses habilités motrices, ses compétences de déplacement d'objets ou de transformation du milieu. Néanmoins, elle détient aussi une fonction perceptive (*Ibid*, 2009) ou d'exploration (Bullinger, 2017b). Henry, en surinvestissant sa main comme objet de stimulations, réduit ses explorations et son ouverture vers le monde extérieur ce qui met à mal ses coordinations fines. Tant que son corps ne lui semblera pas unifié, sa quête sensorielle s'orientera vers lui-même en attendant d'acquiescer cette sécurité interne (Gesaude, 2019).

De plus, la manière dont il investit son dos paraît représentative de la façon dont il se ressent et se voit. En demandant des stimulations au niveau de son dos ou un appui en se posant sur moi, il recherche probablement ce sentiment d'arrière-fond (Bullinger, 2017a) ou d'arrière-plan qui renvoie à la contenance et à la tridimensionnalité (Haag, 1988, pp.1-8). Le dos est le lieu où se réunissent ses deux hémicorps, il participe donc à ce sentiment d'unité corporelle. Le fait qu'Henry ne conscientise pas sa partie dorsale peut amplifier son hypertonie qui est possiblement résultante de ses angoisses de chute (Bullinger, 2017a). Par ailleurs, je crois que sa perception corporelle s'affine au fil des séances et que le miroir n'est pas un support à négliger.

f) Le stade du miroir et l'image spéculaire

En séance, Henry se regarde dans le miroir et joue avec son reflet. Il grimace, bouge ses yeux, sa bouche, et ses mains en se contemplant. Il peut se rendre alors compte que lui seul est acteur de cette image et qu'elle est la sienne. Il me regarde aussi à travers le miroir quand mon reflet y apparaît et se retourne vers moi. Il effectue aussi des feedback visuels quand je lui fais du toucher thérapeutique près du miroir. Il regarde alternativement mes gestes puis l'image de mes gestes à travers le miroir. J'ai l'impression qu'il me compare quand il me voit face à lui avec mon image qui se reflète dans le miroir afin de s'assurer que je suis la même personne.

D'après Dolto (1984), le stade du miroir est l'étape qui permet à l'enfant d'intégrer son corps propre et de se sentir sujet. La construction de l'image spéculaire du corps est une étape cruciale dans le processus d'individuation. Cette image spéculaire correspond au moment où l'enfant se reconnaît et s'identifie à sa propre image qui est reflétée dans le miroir tout en la différenciant à celle de l'autre. L'enfant construit son identité.

Reddy, Williams, Costantini et Lan (2010) ont étudié le temps consacré par les enfants autistes à jouer avec le reflet du miroir par rapport aux enfants neurotypiques et aux enfants atteints d'une déficience intellectuelle. Il a été observé que les autistes n'accordaient pas plus de temps à admirer leur visage dans le miroir que les neurotypiques. Ce sont les enfants atteints du syndrome de Down qui passaient le plus de temps à se contempler le visage. Par ailleurs, il a également été remarqué que les enfants autistes, avaient tendance à prêter davantage d'intérêt aux objets. Ils n'auraient pas la dimension sociale du miroir. Autrement dit, ils ne chercheraient pas à interagir avec l'autre, ni à partager leurs découvertes. Comparé aux autres enfants, ils s'intéresseraient surtout à faire passer des objets devant le miroir. Les autistes qui se reconnaîtraient dans le miroir expérimenteraient le miroir en l'inclinant pour changer l'angle de vue de la pièce qui est reflétée, manipuleraient des objets devant le miroir ou joueraient avec leur reflet en variant leurs actions. Quant aux enfants autistes qui ne se reconnaîtraient pas, ils passeraient leur temps à regarder la personne qui est à ses côtés.

Je pense qu'Henry se situe dans un entre-deux. Il observe à la fois son reflet et celui d'autrui. Il semble d'ailleurs se questionner sur la différenciation et la réalité des corps. Par ce jeu de reflets, Henry est certainement en train de construire petit à petit ses limites corporelles.

F. La mise en place du langage : Pourquoi Henry n'investit pas le langage ?

Henry a les prémices du langage mais il ne parle pas. Il produit des sons avec sa bouche, jargonne, répète des mots, des phrases courtes et des expressions qu'il a entendus, mais il n'investit pas pour autant le langage. Est-ce un défaut de conscientisation de la cavité buccale et de l'appareil phonatoire ? Est-ce plutôt en lien avec un manque d'envie de communiquer avec autrui ? Est-ce que l'absence de langage résulte du fait qu'il ne comprend pas le sens des mots et ce qu'ils représentent ? Tant de questions auxquelles il m'est encore difficile de répondre.

Dolto disait que « *les mots pour prendre sens doivent d'abord prendre corps, être du moins métabolisés dans une image du corps relationnelle* » (1984, p.45).

Le langage semble alors s'étayer sur l'intégration du schéma corporel et sur l'image du corps. Ces deux notions s'inscrivent dans une relation où les mots prennent sens. La pauvreté de représentation corporelle d'Henry serait liée à ses difficultés relationnelles, ce qui l'empêcherait d'accéder à un sentiment d'être permanent. C'est à travers le regard de l'autre et le miroir que s'élabore l'image de soi. Pour employer le « Je », il faut se savoir exister (Lacan, 1966). L'absence de langage d'Henry pourrait, en partie, se justifier par une perception de soi fragile et par la considération parcellaire de l'autre.

Sinon, nous avons vu que les troubles de langage pouvaient être associés à un dysfonctionnement neuronal²³. Les neurosciences amènent l'idée que les enfants autistes qui présenteraient une accumulation de substance blanche dans plusieurs aires cérébrales auraient des troubles de l'acquisition du langage (Rousselle, 2009). De plus, la présence d'un déséquilibre dans l'aire d'intégration polysensorielle chez l'enfant autiste entrave ses capacités à comprendre les mimiques, les gestes de l'autre dans le dialogue infra-verbal et à reconnaître physiquement l'autre (Luria, 1978). Cette aire traite aussi les informations provenant de la région temporelle qui permettent de reconnaître des sons issus de sa langue maternelle et de retrouver ses mots. Il est envisageable qu'Henry ait des malformations dans l'agencement de ses aires cérébrales. Elles pourraient être à l'origine du caractère stéréotypé du langage qui est dépourvu d'émotion.

VIII- En séance, comment un psychomotricien favorise-t-il l'élaboration de l'unité corporelle ? Quelles médiations ?

Une « *médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* » (Potel, 2019, p.401). En outre, la médiation est un support de relation. Elle donne l'occasion au psychomotricien de partager avec son patient une activité tout en ayant recours à l'expressivité corporelle, aux découvertes sensorielles et aux symbolisations. La médiation peut être extraite d'un jeu, d'un sport, d'un loisir ou faire référence à une pratique ou un concept. Elle a l'avantage d'être modulable et de s'ajuster aux capacités du sujet grâce à la créativité du psychomotricien. Elle est ainsi le substrat permettant de tendre vers l'objectif thérapeutique ou de l'atteindre.

Pour Henry, le choix de médiations s'est tourné vers des médiations sensori-motrices. Les parcours moteurs, le groupe VTT, les jeux sensoriels, le toucher thérapeutique et l'approche Snoezelen sont des propositions qui se complètent et

²³ Cf. *supra*. Partie II-D- a) Les troubles du langage, pp. 29-30.

aboutissent au même objectif thérapeutique. Ces médiations participent à l'intégration sensorielle d'Henry et cela est essentiel dans la construction de sa conscience de soi. J'ai choisi de décrire les deux médiations principales auxquelles j'ai participé avec Henry.

A. Le toucher thérapeutique

Le toucher thérapeutique se définit par un contact cutané direct ou indirect entre le praticien, en l'occurrence le psychomotricien, et le patient. Le toucher direct se réalise par un contact en peau à peau alors que le toucher indirect s'effectue à l'aide d'un objet médiateur comme une balle sensorielle, un tissu ou un objet vibrant, par exemple. Le toucher peut comprendre des propriétés relaxantes et stimulantes (Le Breton, 2006). Suivant les besoins du patient, le type de toucher et son intensité varient. Selon Le Breton, professeur à l'Université de Strasbourg et chercheur en laboratoire, l'efficacité du toucher thérapeutique « *repose sur la concentration, la sécurité intérieure et surtout la qualité de présence du thérapeute* » (2006, p.239). Il exige donc une implication corporelle et psychique de la part du thérapeute à l'égard de son patient.

a) L'importance d'être touché sur le plan psychique

Le sens du toucher du fœtus se met en place vers la huitième semaine de gestation. Le fœtus est continuellement contenu par l'enveloppe utérine avec laquelle il maintient un contact peau à peau. A la naissance, le bébé perd le contact tactile avec la paroi utérine mais également avec le liquide amniotique. Il doit faire face à cette rupture tactile en plus de celles imposées par le milieu externe (Bullinger, 2017a). Grâce aux caresses, au toucher et aux portages de la mère, les liens d'attachement entre le bébé et sa mère s'établissent. La construction d'une sécurité interne est favorisée. Plus tard, grâce à ces liens d'attachement, l'enfant pourra suivre les processus d'individuation et de séparation (Cyrulnik, 2000). Il ne faut donc pas négliger le rôle de la peau sur le développement psychique de l'enfant. Elle est une enveloppe à la fois physique et psychique.

Dans le cas de l'autisme, le toucher permet de construire cette unité psychocorporelle en stimulant et/ou en relâchant l'ensemble du corps. Le toucher, selon l'intention et son intensité, ne procure pas les mêmes sensations. Un contact léger, un effleurement ou un lissage, va plutôt stimuler les récepteurs superficiels de la peau. Le toucher par pression va stimuler la couche musculaire et la fonction proprioceptive. Les percussions et les tapotements vont eux faire vibrer le système osseux. L'éveil sensoriel de ces trois couches corporelles participe à renforcer la

contenance et ce sentiment continu d'existence. Il conduit à un effet apaisant. Il est vrai que les sensations perdurent quelques secondes après la perte de contact peau à peau ce qui favorise ce sentiment d'unité.

Henry demande des sensations relativement intenses et dures à même la peau. Je pense qu'il a besoin de ressentir fortement son espace interne ainsi que cette enveloppe cutanée qui l'entoure. Il sollicite l'adulte principalement pour avoir des pressions ou des percussions osseuses mais il peut aussi de temps en temps demander des lissages avec les ongles. L'acquisition de cette sécurité interne est fondamentale et est indispensable dans le développement de ses capacités instrumentales et de son intérêt pour autrui.

b) Toucher et être touché physiquement

Toucher activement ou être touché passivement ne procure pas la même sensation et n'a donc pas le même impact au niveau neurophysiologique et psychique. Selon le type de toucher, ce ne sont pas les mêmes aires cérébrales qui s'activent. Il est commun de différencier la perception cutanée et la perception haptique (Gentaz, 2009). La perception cutanée dérive d'une stimulation générée par un contact sur une partie de la peau pendant que la main de l'individu est inactive. Tandis que la perception haptique est issue des stimulations induites par les mouvements d'exploration du sujet sur sa propre peau par l'utilisation d'objets sensoriels. Elle possède donc une dimension spatiale. Les mouvements d'exploration de la main seraient primordiaux pour nourrir les perceptions, notamment celles qui informent sur la matière et la consistance (*Ibid*, 2009).

De nombreuses aires corticales ²⁴s'activent lors du toucher (*Ibid*, 2009). Les aires somesthésiques, l'aire motrice primaire, les aires pariétales postérieures et pré-motrices, le cortex préfrontal et le système limbique interviennent tous plus ou moins dans la perception cutanée et haptique. Ces régions cérébrales s'intègrent dans un processus complexe qui permet à l'individu d'identifier et de localiser son corps mais aussi les objets de son environnement (*Ibid*, 2009).

Ce qui est intéressant avec le toucher thérapeutique, c'est qu'il peut être appliqué à la fois par le thérapeute et par le patient. Il est important pour un enfant autiste qu'il puisse alternativement se trouver dans des situations passives et actives. Être acteur lui donne l'occasion de se sentir sujet et de se différencier de l'autre. En étant autonome, il met davantage en place ses coordinations.

²⁴ Cf. *infra*. Annexe F, p. VI

En plus, il peut lui-même doser l'intensité des stimulations sensorielles et potentiellement développer ses perceptions multi-modales. D'après des études, il a été observé que les autistes traitent préférentiellement les informations sur une seule modalité sensorielle afin d'éviter la surcharge sensorielle. Le traitement est donc uni-modal (Bogdashina, 2012).

En laissant Henry explorer les objets sensoriels sur sa peau, il utilise plusieurs sens. Cela peut l'aider à se désensibiliser et à mieux supporter la perception multi-sensorielle. La médiation Snoezelen tend d'ailleurs à accroître le traitement des informations sensorielles sur le plan multi-modal.

B. La médiation Snoezelen : quels bienfaits physiques et psychiques ?

a) *Etymologie et origine du concept Snoezelen*

Tout d'abord, c'est aux Etats-Unis, qu'émerge les prémices du concept Snoezelen. En 1966, deux Américains, Cleland et Clark ont eu l'idée novatrice d'ouvrir une « *caféteria sensorielle* » (Verheul, 2007, p.14). Cet espace était destiné aux personnes porteuses d'une déficience intellectuelle sévère à profonde afin qu'elles puissent découvrir de nouvelles sensations (*Ibid*, 2007). C'est ensuite, au milieu des années 1970, que cette approche fut nommée Snoezelen par deux collègues néerlandais, Hulsegge et Verheul. Le mot Snoezelen est un néologisme issu de *snuffelen* et de *doezelen*. Ces termes néerlandais signifient réciproquement, renifler ou explorer et somnoler, se détendre (Carlotti, 2013). A cette époque, Hulsegge était psychomotricienne et ergothérapeute et Verheul, musicothérapeute. L'objectif était de proposer un moment de loisir et de mieux-être pour leurs patients lourdement handicapés dont leurs capacités motrices et cognitives étaient limitées. « *Snoezelen est une activité dans un espace où l'ambiance est créée par l'éclairage tamisé et la musique douce. Avec insistance, on sollicite les sens. [...] Le vécu personnel est en fait la seule chose qui compte* » (Hulsegge & Verheul, 1989, p.15). Cette médiation séduit rapidement et se développe dans le monde entier. Elle fut adoptée dans de multiples institutions où elle s'inscrit dans un cadre thérapeutique et éducatif.

b) *Principes du concept Snoezelen*

La médiation Snoezelen devient alors un moyen d'améliorer la qualité de vie des patients grâce à ses propriétés relaxantes et éveillantes. Elle sollicite les sens individuellement ou simultanément (Carlotti, 2013).

Elle repose actuellement sur trois axes fondamentaux. Premièrement, elle doit offrir des intérêts qui se veulent éducatifs, thérapeutiques ou ludiques. Deuxièmement, elle doit mettre à disposition des stimulations sensorielles accessibles aux patients. Troisièmement, l'accompagnement des personnes implique le bon sens et la mise en place de propositions intelligentes qui s'inscrivent dans « *une relation sensible et durable* » (Carlotti, 2013, p.224).

A partir de ces trois points, le psychomotricien se rend disponible, à l'écoute, tout en respectant le rythme de son patient. Il adapte l'aménagement de l'espace et oriente ainsi la séance sur les besoins sensoriels des personnes suivies. Il ne s'agit pas d'être dans un savoir-faire mais plutôt dans un savoir-être (Blondel, 2003). La qualité relationnelle, l'implication et l'engagement corporel du psychomotricien sont au cœur de cette approche (Clément & Le Bris, 2007). Un climat de confiance ainsi qu'un sentiment de sécurité doit régner pour faciliter les interactions. Le patient est aussi invité à être acteur de la séance, ce qui lui donne la possibilité de s'éprouver en tant que sujet et d'aller à la rencontre de ses désirs (Carlotti, 2013). Ici, ce n'est donc pas la performance du patient qui est recherchée mais le mieux-être corporel et psychique. C'est d'ailleurs comme cela, qu'émergent certaines compétences jusque-là enfouies.

c) Indications et contre-indications

Chaque suivi est individualisé et en lien avec les spécificités du patient, c'est pourquoi, cette médiation sensorielle ne connaît pas de contre-indication à proprement parlé. Toutefois, elle peut être déconseillée pour certains patients psychotiques, épileptiques ou déments. En effet, par ses stimulations diverses, le concept Snoezelen peut, entre autres, générer des hallucinations ou des crises épileptiques (Abczynska-Delage, 2004).

Dans le cas d'Henry, les indications portent sur l'atténuation de son instabilité psychomotrice, de ses stéréotypies, de ses cris et de ses conduites auto-agressives, en déplaçant son attention sur de nouvelles sensations corporelles qui lui sont agréables. L'approche Snoezelen peut aussi favoriser sa concentration, sa régulation tonique, sa communication infra-verbale par une lecture plus approfondie des émotions, des mimiques ou des gestes de l'accompagnateur. De plus, elle peut donner accès à l'attention conjointe. Par le biais de cette médiation, il est possible d'enrichir la représentation corporelle d'Henry, en l'accompagnant physiquement et psychiquement pour qu'il puisse ressentir son organisme comme une unité à part entière.

d) Aménagement de l'espace

Bien qu'il n'y ait pas de salle Snoezelen type, il est généralement conseillé qu'elle soit exclusivement dédiée à cette pratique (Clément & Le Bris, 2007). Les murs sont préférentiellement blancs ou de couleur neutre. La pièce, plongée dans l'obscurité, génère une ambiance calme et reposante (Carlotti, 2013).

e) Matériels

Il existe de nombreux objets sollicitant les sens tactiles, visuels, auditifs, olfactifs, kinesthésiques, vestibulaires et vibratoires afin de susciter du plaisir et de la détente. (Carlotti, 2013). Ils sont choisis par l'établissement en fonction de leur pertinence, de la population accueillie, des besoins de leurs patients, de leurs budgets, de la grandeur de la pièce (Abczynska-Delage, 2004). Des projecteurs lumineux, des fibres optiques, des colonnes à bulles, des musiques douces, des huiles essentielles, des encens, des vibreurs, des matelas à eau, un hamac, des couvertures lestées, des balles sensorielles, des bacs sensoriels, des aliments de saveurs différentes, par exemple, peuvent figurer dans une salle Snoezelen.

f) Ses bienfaits

Le concept Snoezelen produit plusieurs effets bénéfiques sur le sujet accompagné. Ce cadre unique permet d'offrir une prise en soins individuelle et personnalisée. Dans cet espace contenant, le patient partage émotionnellement ses découvertes. Les enfants autistes, en recevant et en intériorisant des sensations agréables, peuvent manifester moins de troubles envahissants et révéler un intérêt pour l'environnement.

Concernant Henry, je remarque, qu'en temps Snoezelen, il est plus calme, ses cris cessent ou se font rares. Il se relâche et s'autorégule plus facilement. Il cherche aussi davantage à rentrer en contact avec l'adulte.

IX- Quels outils sont mis en place quotidiennement à l'EMP pour structurer le temps et l'espace ? Quels autres outils pourraient aider à améliorer la qualité de vie d'Henry ?

L'appréhension de l'espace implique l'intégration corporelle et psychique de ses limites. Elle repose donc sur la perception de son propre corps. Le milieu interne et le milieu externe pouvant se confondre dans une indifférenciation entre le dedans et le dehors, il est important de fournir à Henry et aux autres jeunes de l'EMP un espace contenant où ils puissent s'y enraciner et s'y référer. En plus, d'instaurer des repères spatiaux, il est capital de mettre en place des repères temporels pour aider les jeunes à se situer dans le temps, à s'orienter, et à anticiper les événements. « *Tout changement et toute expérience vécue s'inscrivent à la fois dans l'espace et dans le temps* » (Houzel, 2006, p.62). Chaque action et chacun de nos mouvements se déroulent dans un espace et une durée donnés.

A. Les stratégies mises en place par l'EMP pour structurer l'espace et le temps

Tout d'abord, chaque matin, les jeunes sont accompagnés à l'EMP par le même chauffeur et pareillement le soir. Ils restent avec les mêmes camarades de groupe jusqu'à ce que leur âge implique de changer de niveau. Ils ont chacun un éducateur, une professeure, une psychologue et une psychomotricienne référents. Cela offre aux jeunes un encadrement rassurant et une sécurité affective.

En plus de cela, tout au long de la journée, des repères temporo-spatiaux sont mis en place afin de faciliter le quotidien des jeunes. L'organisation de l'EMP s'inspire du programme TEACCH. Ce modèle propose des méthodes éducatives structurant l'espace et le temps (Rogé, In Tardif, 2010). Elles tentent de répondre aux besoins spécifiques de chaque enfant et adolescent avec TSA grâce à des aménagements. Les supports visuels, l'identification claire des espaces suivant les activités qui s'y déroulent, le respect des emplois du temps des jeunes et la durée de chaque atelier instaurent des habitudes. Les routines donnent la possibilité aux jeunes d'anticiper les événements et de mieux tolérer les transitions. Elles améliorent aussi leurs capacités de compréhension et déploient leur autonomie.

a) L'espace

Le personnel de l'EMP a défini tous les espaces selon leurs fonctions. Chaque enfant est rattaché à un groupe et chaque groupe a une salle qui lui est dédiée. Son aménagement change rarement ou progressivement dans le but de ne pas perturber les repères des jeunes. Ensuite, chaque atelier et chaque prise en soins correspondent à une salle et à un encadrant fixe. Les jeunes peuvent être amenés à sortir de l'EMP pour certaines activités telles que pour le VTT, le groupe équilibre, le basket, la zoothérapie, l'équithérapie, la piscine ou les balades. Pour les premières fois, afin qu'ils repèrent plus rapidement ces lieux, ils sont photographiés pendant qu'ils participent à l'activité. Cette photographie leur est ensuite montrée avant les sessions suivantes pour les préparer psychologiquement et pour qu'ils puissent anticiper celle à venir. Sur le temps du midi, chaque groupe possède son espace et sa propre table. Les jeunes s'installent à une place qui leur est attribuée et mangent entourés par leurs éducateurs et leur psychomotricienne.

b) Le temps

Leur journée est rythmée par un emploi du temps personnalisé. Tous les matins, à la même heure, les enfants arrivent en minibus. Ils se rendent avec leurs éducateurs référents sur leur groupe où se déroule le temps d'accueil. Il suit toujours le même schéma. Les jeunes, aidés par les éducateurs, comptent les personnes présentes, les identifient. Les éducateurs prennent le temps d'expliquer où sont éventuellement les absents et pourquoi ils ne sont pas là. Les présents et les absents sont symbolisés par des photographies. Elles sont placées sur des dessins, soit dans la maison pour les absents ou soit dans l'EMP pour les présents. Tous ensemble, ils chantent la comptine du matin en suivant une chorégraphie. Ils actualisent la date et la saison si nécessaire. Pour chaque jeune, les éducateurs font l'inventaire de leur emploi du temps. Ils pointent et énumèrent chaque image de leur séquentiel et de nouveau avant chaque activité pour les resituer dans le temps. Le time-timer et le sablier sont couramment utilisés. L'heure du repas est déterminée selon les groupes. Après manger, ils vont un temps donné en récréation. Puis, ils reprennent tous leurs activités. Ils terminent leur journée par une pause goûter avant de quitter l'EMP à 16 heures.

B. Les pistes de réflexion concernant le rythme des apprentissages et les espaces partagés

a) Une fréquence des prises en soins adaptée ?

Henry intègre lentement les apprentissages et les généralise difficilement. Malgré ses trois séances de psychomotricité par semaine, Henry manifeste des troubles du comportement, une agitation excessive et crie énormément.

Par exemple, après un temps calme en Snoezelen, il a tendance à s'agiter de nouveau comme si l'apaisement qui lui a été conféré ne faisait plus effet dès lors que sa séance est terminée. Je crains qu'il ne se construise une « *enveloppe de secours* » qui n'aurait qu'un effet instantané (Anzieu, 1995, p.137). Peut-être qu'en augmentant la fréquence de ses prises en soins en psychomotricité, il ne ressentirait pas l'éventuelle nécessité de révéifier ce sentiment d'être. Afin qu'il puisse mieux traiter les données sensorielles et interagir avec son milieu, cela pourrait lui être avantageux de bénéficier d'une séance de psychomotricité journalière. Cela lui donnerait du temps pour revivre certaines expériences sensori-motrices ou d'en expérimenter de nouvelles. Il pourrait mieux intégrer ses limites corporelles et ainsi mieux investir l'espace et les personnes qui l'entourent. Sur le plan pratique, j'ai conscience que de nombreuses contraintes subsistent puisque Henry n'est pas le seul à nécessiter de séances en psychomotricité et tous pourraient en requérir davantage. Cela impliquerait d'augmenter le temps de travail des psychomotriciennes ou d'en embaucher en supplément, ou encore de favoriser certaines prises en soins par rapport aux autres. Dans un souci d'équité, cette dernière solution n'est pas envisageable.

Par contre, il est possible de monter une collaboration avec les éducateurs pour augmenter et consolider les expérimentations sensori-motrices des jeunes. Une psychomotricienne pourrait dédier, une fois ou périodiquement, un créneau horaire pour travailler avec les éducateurs d'un groupe. Partager un temps commun permettrait d'échanger avec les éducateurs à propos des jeunes dont ils s'occupent. Observer et réfléchir ensemble sur les besoins sensori-moteurs des jeunes ainsi que sur les attentes des éducateurs feraient émerger de nouvelles solutions pour les éventuels soucis rencontrés. En sensibilisant les éducateurs à une approche psychomotrice, ils pourraient porter un autre regard sur la situation problème et se saisir d'idées avec lesquelles ils seraient à l'aise de proposer. De cette façon, les éducateurs pourraient maximiser les expériences sensori-motrices des jeunes pour, idéalement, prolonger les effets obtenus en séances, généraliser les apprentissages et aboutir à un mieux-être individuel voire groupal.

b) Favoriser les temps en groupe ou individuels ?

Je note également que le contexte institutionnel impose la vie en groupe. Pour une question de moyen humain et d'espace mais aussi dans une envie de socialiser les jeunes, ils sont la plupart du temps en collectivité. Ils se retrouvent en relation duelle uniquement pendant leurs prises en soins individuelles avec la psychologue ou la psychomotricienne.

A l'EMP, Henry est dans un sous-groupe avec quatre autres enfants, que j'appellerai Maddy, Annabelle, Louis, et Coline. Je constate que la cohabitation est souvent tumultueuse entre eux. Leurs interactions sont limitées. Généralement, ils s'ignorent ou se querellent à propos d'un intérêt commun. Même si les échanges directs entre les jeunes sont quasi inexistantes, le groupe favorise et développe leurs capacités d'imitation. Plusieurs fois, j'ai vu, par exemple, Coline imiter Henry en récréation. Elle reproduisait ses gestes tout en le regardant faire. Par moment, cela intriguait Henry qui regardait en sa direction. L'imitation demeure encore pauvre au sein des groupes mais peut se développer.

Ayant chacun une problématique différente, ils ont du mal à se tolérer et manquent de patience. Par exemple, Henry tolère difficilement les bruits environnants. Il sort souvent dans une cour s'isoler ou porte un casque anti-bruit. Il crie beaucoup ce qui perturbe ses camarades, surtout Louis qui porte des appareils auditifs pour pallier sa surdité. Les cris font naître des bruits désagréables dans ses appareils. Quand cela devient trop insupportable, il retire la partie externe de l'implant cochléaire. Bien que ce comportement soit adapté, cela l'empêche d'entendre les autres sons et quand on lui parle. Quant à Annabelle, elle a tendance à déchirer tout sur son passage et à pleurer dès qu'elle est frustrée ce qui amène des tensions ou de l'inquiétude pour certains. Coline cherche régulièrement l'attention d'Henry ce qui le dérange par moments. De plus, je constate que quand un des jeunes ne se sent pas bien, qu'il est agité ou qu'il ne réagit pas comme d'habitude, les autres le ressentent et l'expriment en changeant de comportement. La tension individuelle semble ainsi se propager et devenir groupale. Le dialogue tonico-émotionnel, dans cette situation, peut leur être défavorable et complexifie la gestion du groupe.

Le groupe est-il dystimulant ? Ne serait-il donc pas préférable d'augmenter les temps individuels pour qu'ils puissent obtenir plus de sérénité ? Mais est-ce réellement envisageable ? J'ai remarqué que le personnel était souvent confronté à la réalité du terrain. Il ne peut pas toujours mettre en application ses idées concernant l'amélioration de la qualité de vie des jeunes et cela créer de la frustration au sein de l'équipe. Par un manque de personnel et d'apport financier, il se montre compliqué de diviser plus les groupes et d'encadrer individuellement les enfants.

Pourtant, cela pourrait leur être bénéfique. En contrôlant les entrées sensorielles, leur concentration pourrait être optimisée et ils pourraient être plus en relation avec autrui. Sinon, avec les éducateurs, des espaces supplémentaires pourraient être potentiellement créés dans leur salle pour que chaque jeune puisse se ressourcer lorsque cela leur semble nécessaire.

X- Comment adapte-t-on le projet de soin à l'environnement familial ?

Henry a une semaine très chargée et rythmée. Il est à l'EMP de 9 à 16 heures. Ensuite, il voit une psychologue à son domicile sur une durée de deux heures avant d'achever sa journée en famille. Le mercredi après-midi et le week-end, il fait la plupart du temps des activités avec la psychologue et avec un club de loisirs adapté. Henry change en permanence de lieu et de personnes référentes. Je me questionne alors sur l'impact de ces variations sur le comportement d'Henry. Est-ce qu'il comprend ces changements ? Est-ce qu'il est pertinent pour lui de multiplier les activités sans qu'il puisse se poser ? Mais est-ce que ses parents ont quotidiennement le temps de s'occuper d'Henry et de son frère autiste en même temps ? Ils se sentent peut-être démunis face à la situation. Dans quel contexte le psychomotricien peut-il instaurer des liens avec la famille et quels conseils peut-il lui transmettre ?

A. Le rôle du psychomotricien auprès des familles ayant un enfant autiste

En plus de son travail en institution avec les enfants, le psychomotricien peut également avoir un rôle préventif et éducatif auprès de leurs parents (Potel, 2019). Plus la prévention et l'éducation psychomotrices sont mises en œuvre tôt, plus il est simple pour les parents de comprendre le développement pathologique de leur enfant. Ils peuvent ainsi s'adapter plus aisément et trouver des stratégies pour compenser ses difficultés.

Cela est d'autant plus vrai dans l'autisme puisque les troubles, une fois installés, tentent de persister et se résorbent lentement. Pour Henry, le travail préventif ne peut plus s'entreprendre mais le travail éducatif est pensable. Il est essentiel de suivre son rythme, de lui apporter une continuité et de ne pas le surstimuler. La surstimulation peut entraîner l'effet inverse de celui qui est recherché. Au lieu de favoriser les apprentissages et améliorer le comportement, la surcharge d'informations peut conduire à une régression.

Avant que tout aménagement ne soit possible, la réflexion doit se faire en accord et en collaboration avec les parents. L'alliance thérapeutique est centrale. Les besoins, les attentes, la volonté des parents sont des facteurs à prendre absolument en compte. Les aménagements ont pour but de les soulager et ne doivent pas être contraignants pour la famille. Le psychomotricien doit se montrer à l'écoute des parents, prendre connaissance de ce qui a déjà été mis en place et trouver un moyen de concilier les aménagements avec la vie de famille.

B. Aménagement du temps : emploi du temps et respect du rythme d'Henry

a) Une semaine rythmée

L'emploi du temps d'Henry me paraît très rempli et lui laisse peu de temps pour se reposer. Je crains que toutes ces activités successives le fatiguent et majorent ses troubles du comportement. Voilà pourquoi, il pourrait être judicieux d'alléger sa semaine.

Il est possible que les parents d'Henry soient indisponibles quand il rentre de l'EMP. Il peut donc être accompagné par une personne extérieure. Toutefois, il est préférable que les activités qui lui sont proposées soient ludiques et qu'elles puissent le détendre en fin de journée. Elles peuvent être structurées par un time-timer pour aider Henry à s'orienter dans le temps. Des pauses peuvent être programmées pour qu'Henry puisse relâcher l'attention et se ressourcer.

Pour renforcer les repères, le temps du repas peut être mis à une heure fixe. De plus, si Henry a des soucis de digestion, il peut être souhaitable qu'il ne mange pas trop tard afin que sa nuit ne soit pas imputée par d'éventuelles douleurs abdominales.

Henry a des problèmes de sommeil, il pourrait être intéressant de voir avec la famille comment se déroule le coucher. A partir des affinités d'Henry, une routine peut être pensée autour d'un temps calme et apaisant. Par exemple, il peut lui être proposé un bain, du toucher thérapeutique en étant allongé sur son lit ou d'être bordé suffisamment par sa couverture pour qu'il se sente enveloppé et protégé.

b) Le temps du week-end

Concernant les séjours adaptés en week-end, ils impliquent à chaque fois une réadaptation de la part d'Henry. Changer de rythmes, d'habitudes, de camarades, d'encadrants et de lieux peuvent être une source d'angoisses. A travers cette organisation, il devient difficile de faire du lien entre la semaine et le week-end ce qui n'est pas recommandé. Cependant, il se peut que les familles n'en aient pas toujours le choix et cette décision est tout à fait respectable. Peut-être que dans cette situation, les parents d'Henry peuvent se mettre en lien avec les encadrants de l'association afin d'échanger avec eux sur la façon dont chacun procède pour structurer le temps et l'espace et afin d'assigner à Henry une personne référente.

C. Aménagement de l'espace au domicile en fonction des besoins d'Henry

a) Structurer l'espace : gagner en prévisibilité et en autonomie

La structuration de l'espace de la maison peut commencer par une répartition des pièces en fonction de leur utilisation (Belluco, Haegele, Harnist, Kathrein, & Massias-Zeder, 2017). Pour chaque activité, il y a une pièce qui est désignée. Par exemple, la chambre d'Henry est le lieu où il dort, la cuisine où le repas est préparé, la salle à manger où il prend son repas et le bureau est l'endroit où il travaille avec la psychologue. Le fait d'associer un espace à une affectation tend à atténuer les angoisses, les frustrations et les troubles du comportement (Belluco et al., 2017). Dès que la personne autiste se rend dans la pièce concernée, elle peut prévoir l'activité qui va s'y dérouler. Si jamais le nombre de pièces est insuffisant pour séparer les espaces, des stratégies peuvent être mises en place (*Ibid*, 2017). Si à la maison, l'enfant autiste n'a pas de bureau pour travailler et qu'il ne peut le faire que dans la salle à manger où il dine chaque soir, il est possible de distinguer ces deux moments en recouvrant la table d'une couleur de nappe différente.

Pour soutenir l'autonomisation d'Henry, des pictogrammes ou images peuvent être disposés à certains endroits clés de la maison pour le renseigner sur la nature des pièces ou sur leur disponibilité ou alors sur les meubles où sont rangées ses affaires. Mais, pour cela, il faut qu'il s'en saisisse et qu'il comprenne leurs sens (*Ibid*, 2017). Si l'on souhaite développer les interactions d'Henry, il ne faut pas tout lui mettre accessible. De cette manière, Il est contraint de faire des demandes à l'adulte pour obtenir ce qu'il désire.

b) Epurer l'environnement, c'est diminuer la surcharge sensorielle

Afin de respecter les particularités et les besoins sensoriels d'Henry, l'environnement doit être adapté. Dans l'ensemble, il faut éviter la surcharge sensorielle pour améliorer la qualité de vie des enfants autistes (*Ibid*, 2017). Il ne s'agit pas d'appauvrir leur environnement en stimulations mais plutôt de diminuer les agressions sensorielles au profit de stimulations bienfaitantes. Par conséquent, il est opportun que ces enfants puissent posséder un espace, une chambre individuelle, où ils peuvent se couper des stimuli lorsque cela leur devient insupportable. Ceci est d'autant plus vrai pour Henry et son grand frère qui vivent ensemble avec chacun leurs particularités. De plus, posséder son propre endroit apporte protection et encourage l'individuation.

La quantité et la disposition des meubles peuvent être également réfléchies (*Ibid*, 2017). En installant des meubles trop hauts ou en surnombre, cela peut cacher la vision globale de la pièce. De même, une pièce trop ouverte empêche une potentielle anticipation. Il peut être donc plus rassurant d'avoir des meubles bas ou à mi-hauteur pour dégager les pièces. S'il y a une présence, les enfants autistes sont prévenus et cela leur simplifie le repérage des sources sensorielles.

Etant hypersensible au niveau de l'audition, il peut être intéressant pour Henry d'isoler suffisamment les murs de la maison pour limiter les bruits extérieurs qui peuvent le parasiter. Pour éclairer la maison, il vaut mieux éviter les néons (*Ibid*, 2017). Leur intensité est variable et ils bourdonnent. D'ailleurs, pour un sommeil plus tranquille, il peut être avantageux que sa chambre ait vue sur cour ou sur un jardin pour réduire les nuisances sonores. Pour le matin, l'alarme du radio-réveil peut être remplacée par un réveil vibreur placé sous l'oreiller. Autrement, en journée, un casque peut lui être mis à disposition en cas de nécessité.

Selon la couleur des murs, l'excitation peut être amplifiée (*Ibid*, 2017). Les couleurs neutres, claires et douces sont à avantager ainsi que la pose d'une unique couleur par pièce. Quant aux revêtements du sol, il est souhaitable que les choix de couleurs et de matières soient homogènes pour chaque salle.

Pour répondre à son besoin de bouger et à ses recherches de sensations vestibulaires, un espace peut y être dédié. Il peut se doter d'un trampoline, d'une planche à bascule, des modules à escalader, d'une toupie, par exemple. D'ailleurs, des installations peuvent aussi se réaliser à l'extérieur comme une balançoire ou un toboggan.

c) Le jardin et ses bienfaits

L'environnement naturel est le milieu le plus propice à l'éveil des sens (*Ibid*, 2017). Il n'est donc pas à négliger. La nature procure de riches sensations grâce aux odeurs parfumées des fleurs, aux chants d'oiseaux, à l'air qui effleure la peau, aux variations de températures, aux changements de textures du sol, par exemple. Elle amène de nouvelles expériences sensorielles. Les familles avec un enfant autiste pourvues ou dépourvues de jardin, peuvent également se rendre dans les jardins publics ou sur des chemins boisés. Les balades en forêt sont réalisables mais, pour sous-tendre l'indépendance, il est recommandé de privilégier les lieux délimités et contenant (*Ibid*, 2017).

d) Aménagements : à quel prix ?

Pour finir, les familles doivent composer avec leurs moyens et leurs possibilités. Pour minimiser les dépenses, il est conseillé d'investir dans des matériels durables (*Ibid*, 2017). La qualité est donc à prévaloir sur la quantité. Les objets, les accessoires, les meubles, les jeux peuvent être explorés différemment par les enfants autistes et, parfois, de façon non usuelle. Ils peuvent être rapidement cassés ou abimés. En plus d'être économique et écologique, conserver le matériel participe aussi à la stabilité de l'environnement.

CONCLUSION

Pour conclure, selon le traitement de nos informations sensorielles, notre perception du monde diffère. Généralement, cette différence reste légère. Pourtant, cet écart semble se creuser entre une personne neurotypique et une personne autiste. Les fluctuations de sensibilités sensorielles des sujets ayant des TSA peuvent entraîner un défaut de la régulation tonique, une mauvaise gestion des émotions, des stéréotypies, des conduites auto-agressives, des troubles du comportement, une mauvaise intégration de l'axe corporel, des retards dans les apprentissages et des difficultés de communication. Leur perception de l'environnement, leur vécu corporel, leurs représentations corporelles, leurs fonctions instrumentales et leurs interactions avec autrui sont ainsi fortement affectés.

Afin de déceler les difficultés sensori-motrices d'un enfant ou d'un adolescent autiste, le psychomotricien peut compter sur ses qualités d'observation, sur ses connaissances sur le développement global de l'enfant et sur la passation de bilans psychomoteurs. Après avoir discriminé les troubles, il peut répondre aux besoins de son patient en s'appuyant sur plusieurs médiations. J'ai évoqué le toucher thérapeutique, le concept Snoezelen et les médiations sensori-motrices mais la liste est non exhaustive. Les médiations sont choisies et adaptées par le psychomotricien selon ses affinités et les particularités de son patient. Pour Henry, l'important, c'est qu'elles puissent faciliter son intégration sensorielle en désensibilisant les récepteurs sensoriels irritables et en sollicitant ceux manquant de stimulation. Par ailleurs, la pratique du psychomotricien ne se limite pas aux séances qu'il mène. Il peut aussi mettre à profit ses compétences en échangeant avec les autres professionnels afin de proposer des aménagements, offrant une meilleure qualité de vie aux jeunes. En collaborant, il est possible de leur fournir plus de contenance en structurant ensemble leurs espaces, le temps mais aussi en déployant individuellement leurs activités sensori-motrices. De plus, un psychomotricien peut élargir son champ d'action en recueillant les attentes et les difficultés rencontrées de la famille du jeune et en l'accompagnant. Il est vrai qu'elle peut être en demande de conseils concernant les adaptations réalisables au domicile familial ou lors des sorties, par exemple. La réflexion s'effectue avec la famille afin d'aboutir à des solutions adéquates et viables. Mais, comment le psychomotricien assure-t-il une continuité de soins lorsque la collaboration entre professionnels ou avec les familles est impossible ? Comment garantir une prise en soins de qualité en cas d'une rupture de suivi non intentionnelle, telle une crise sanitaire imposant le confinement ? Quels sont les potentiels aménagements à envisager ?

Bibliographie

- Abczynska-Delage, M. (2004). *Utilisation du concept Snoezelen dans la prise en charge des enfants autistes : étude d'un cas clinique*. Tours, France : Université François Rabelais de Tours.
- Ajuriaguerra, J. de, (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris, France : Masson.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau*. Paris, France : Dunod.
- Aubineau, L., Vandromme, L., & Le Driant, B. (2015). L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations. *L'Année psychologique*, vol. 115(1), 141-174. doi:10.4074/S0003503314000074.
- Aussilloux, C., Baghdadli, A., & Brun, V. (2004). *Autisme et communication*. Paris, France : Masson.
- Autisme. (s. d.). In CNRTL. Consulté à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/etymologie/autisme>
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles, California : Western Psychological Services.
- Ayres, A.J. (1979). *Sensory Integration and the Child*. Los Angeles, California : Western Psychological Services.
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2^e éd.). Malakoff, France : Dunod.
- Barral, A., Ben Youssef, R., Lheureux-Davidse, C., & Varro, C. (2010). Émergences du langage dans le suivi d'enfants autistes en psychothérapie. *La psychiatrie de l'enfant*, 53(2), 509-545. <https://doi.org/10.3917/psy.532.0509>
- Bellusso, P., Haegele, M., Harnist, K., Kathrein, C., & Massias-Zeder, A. (2017). *Autisme et sensorialité : Guide pédagogique et technique pour l'aménagement de l'espace*. Consulté à l'adresse http://cra-alsace.fr/wp-content/uploads/2018/03/AFFICHE_Autisme_et_sensorialite.pdf

- Bettelheim, B. (1969). *La forteresse vide : L'autisme infantile et la naissance du Soi*. Paris, France: Editions Gallimard.
- Bick, E. (1984). *L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces*. Paris, France : Payot.
- Bion, W. R. (2003). *Aux sources de l'expérience*. (F. Robert, Trad.). Paris, France : PUF.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia Præcox ou Groupe des schizophrénies*. Allemagne : Leipzig und Wien.
- Blondel, F. (2003). *Un mode spécifique d'accompagnement des personnes polyhandicapées enfants et adultes en institution : La pratique Snoezelen* (Recherche-Action initiée par le CRMH). Consulté à l'adresse <http://www.crmh.fr/crmh/custom/module/cms/content/file/Edition/rap812.pdf>
- Bogdashina, O. (2012). *Questions sensorielles et perceptives dans l'autisme et le syndrome d'Asperger*. Grasse, France : Autisme France Diffusion AFD.
- Bourreau, Y. (2008). *Les comportements répétés et restreints dans l'autisme : construction et validation d'une échelle d'évaluation*. (Thèse). Consulté à l'adresse http://www.applis.univ-tours.fr/theses/2008/yannig.bourreau_3039.pdf
- Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, 25(2), 125-139. doi:10.3917/cont.025.0125.
- Bullinger, A. (2017a). *Le développement psychomoteur de l'enfant et ses avatars: Tome 1 - un parcours de recherche*. Toulouse, France : Erès.
- Bullinger, A. (2017b). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Tome 2 - L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Toulouse, France : Erès.

- Carlotti, M. (2013). Usages, fonction et limites du Snoezelen comme médiation à visée éducative et thérapeutique. *Les Cahiers de l'Actif: Usages, fonctions et limites des médiations à visée éducative, thérapeutique et d'apprentissage*, (440-441/442-443), 223-240. Consulté à l'adresse https://itsra.bibli.fr/index.php?lvl=notice_display&id=91386
- Cimon-Paquet, C. (2016). Percevoir les arbres et la forêt. *Sur le spectre*, (1), 3. Consulté à l'adresse http://groupe-recherche-autismemontreal.ca/SurLeSpectre/Sur_le_spectre_no_1_2016-04.pdf
- Clément, H., & Le Bris, M. (2007). Snoezelen, un espace propice aux découvertes sensorielles pour la personne handicapée. *Ergothérapies: L'ergothérapeute face au polyhandicap*, (28), 7-11. Consulté à l'adresse <http://anfev2.omnitech.fr/boutique/revues-ergotherapie/ventes-au-numero/l-ergotherapie-face-au-polyhandicap-decembre-2007-n-28-detail>
- Contejean, Y., & Doyen, C. (2012). *Regards périphériques sur l'autisme: Evaluer pour mieux accompagner*. Paris, France : Centre hospitalier Sainte-Anne : Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.conte.2012.01>.
- Cyrulnik, B. (2000). *Les Nourritures affectives*. Paris, France : Odile Jacob.
- Delacato, C. H. (1974). *The ultimate stranger: The Autistic Child*. Novato, California : Arena Press.
- D'Ignazio, A. (2019). Chapitre 13 - Les stéréotypies, points de repères et exemple de dispositif en psychomotricité. In Perrin, J., Maffre, T., & Le Menn-Tripi, C. *Autisme et psychomotricité* (2^e éd., pp. 321-341). Berchem, Belgique : De Boeck.
- D'Ignazio, A. (2019, juillet 15). La marche sur la pointe des pieds. Consulté le 21 avril 2020, à l'adresse <http://www.psychomotricien-liberal.com/blog/>
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Editions du Seuil.

- Dunn, W. (2010). *Profil sensoriel*. Montreuil, France : ECPA, les Éd. du Centre de psychologie appliquée.
- Falk, J., Vincze, M., & Csatári, I. (2017). Le repas. In Raymonde Caffari, *Du soin et du relationnel entre professionnel et enfant: Recueil d'articles de l'Institut Pikler* - 1 (1^{re} éd., pp. 141-188). Toulouse, France: Erès. doi:10.3917/eres.caffa.2017.01.0141.
- Fallourd, N., de Hemptinne, D., & Madieu, E. (2017). *Aider son enfant autiste*. Berchem, Belgique : De Boeck.
- Gadesaude, S. (2019). Chapitre 24 – Synthèse. In Gadesaude, S., Lobbé, J., Meurin, B., Vennat, T., & Pireyre, E. W. *Autisme, corps et psychomotricité* (pp. 151-154). Malakoff, France : Dunod.
- Gagnon, D. (2019). L'acquisition du langage: un processus distinct. *Sur le spectre*, (8), pp. 13-14. Consulté à l'adresse http://groupechercheautismemontreal.ca/SurLeSpectre/Sur%20le%20spectre_page%20par%20page_vol8_FR.pdf
- Gagnon, K., & Tesfaye, R. (2019). Les effets potentiels de la mélatonine : sur les symptômes et comorbidités associés à l'autisme. *Sur le spectre*, (8), pp. 6-7. Consulté à l'adresse http://groupechercheautismemontreal.ca/SurLeSpectre/Sur%20le%20spectre_page%20par%20page_vol8_FR.pdf
- Gentaz, E. (2009). *La main, le cerveau et le toucher*. Malakoff, France : Dunod.
- Grandin, T. (2000). *Ma vie d'autiste*. Paris, France : Odile Jacob.
- Grandin, T. (2019, mai 24). Temple Grandin: Inside ASD. Consulté le 21 avril 2020, à l'adresse <https://www.autism.org/temple-grandin-inside-asd/>
- Haag, G. (1988). Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psychomotrices dans la première année de la vie. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 1(36), 1-8. Consulté à l'adresse <http://www.asm13.org/IMG/pdf/dos-regard-peau-3.pdf>

Haag, G. (2006). Clivages dans les premières organisations du moi : sensorialités, organisation perceptive et image du corps. *Le Carnet PSY*, 112(8), pp. 40-42. doi:10.3917/lcp.112.0040

Haute Autorité de Santé (HAS). (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_argumentaire.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (argumentaire)*. Récupéré sur https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/argumentaire_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). (2018). *Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent (recommandation de bonne pratique)*. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_-_argumentaire.pdf

Head, H., & Holmes, G. (1911). Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, 34(2-3), pp.102-254. <https://doi.org/10.1093/brain/34.2-3.102>.

Houzel, D. (2006). L'enfant autiste et ses espaces. *Enfances & Psy*, 33(4), pp. 57-68. doi:10.3917/ep.033.0057.

Hulsegge, J., & Verheul, A. (1989). *Snoezelen, un autre monde*. Namur, Belgique : Erasme.

Hypotonie. (s.d.). In *CNRTL*. Consulté à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/hypotonie>

Inserm. (2018, mai 18). Autisme. Consulté le 24 avril 2020, à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>

- Institut Pasteur. (2016). Comprendre l'autisme. *La lettre de l'Institut Pasteur*, 95, pp. 1-6.
- Jacquet, S., Jutard, C., Le Menn-Tripi, C., & Perrin, J. (2015). Chapitre 2- Thérapies psychomotrices et troubles du spectre autistique. In Giromini, F., Albaret, J-M., Scialom, P. *Manuel d'enseignement de psychomotricité, tome 3 : Clinique et thérapeutique* (pp.19-41). Paris, France : De Boeck-Solal.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child : Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child* 2, 217-250.
- Kapes, B. (2001). Sensory integration disorder. *Gale Encyclopedia of Alternative Medicine*. Gale Group. Récupéré sur <https://www.encyclopedia.com/medicine/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/sensory-integration-disorder-0>
- Klein, M. (2013). Chapitre IX - Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S., & Rivière, J. *Développements de la psychanalyse* (pp. 274-300). Paris cedex 14, France : PUF. doi:10.3917/puf.kein.2013.01.0274.
- Lacan, J. (1966). Le stade du miroir comme formateur de la fonction de Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique. *Ecrits*, pp. 93-100. Paris, France : Seuil.
- Lavallée, G. (1995). Des « lanternes magiques » à « l'enveloppe visuelle » du Moi. *Revue française de psychanalyse*, 59(2), pp. 427-438. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-1995-2-page-427.htm>
- Lavallée, G. (2003). L'enveloppe visuelle du moi et l'hallucinatoire. *Cahiers de psychologie clinique*, 20(1), pp. 57-87. doi:10.3917/cpc.020.0057.
- Le Breton, D. (2006). Chapitre 5. Le toucher de l'autre. In *La saveur du monde: Une anthropologie des sens* (pp. 219-243). Paris, France : Editions Métailié.
- Lesage, B. (2012). *Jalons pour une pratique psychocorporelle*. Toulouse, France : Erès. doi:10.3917/eres.lesag.2012.01.

- Luria, A. R. (1978). *Les fonctions corticales supérieures de l'homme*. Paris, France : PUF.
- Mahler, M. (1977). *Psychose infantile : Symbiose humaine et individuation*. Paris, France : Payot.
- Maiello, S. (2011). Le corps inhabité de l'enfant autiste. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 1(2), pp. 109-139. doi:10.3917/jpe.002.0109.
- Meurin, B. (2019). Chapitre 33 – Sacha et ses enveloppes. In Gadesaude, S., Lobbé, J., Meurin, B., Vennat, T., & Pireyre, E. W. *Autisme, corps et psychomotricité* (pp. 195-198). Malakoff, France : Dunod.
- Miller, L., Schoen, S., Coll, J., Brett-Green, B., & Reale, M. (2005). *Final report: Quantitative psychophysiological evaluation of Sensory Processing in children with autistic spectrum disorders*. Los Angeles, California : CA: Cure Autism Now.
- Nadon, G., Ehrmann Feldman, D., & Gisel, E. (2008). Revue des méthodes utilisées pour évaluer l'alimentation des enfants présentant un trouble envahissant du développement. *Archives de Pédiatrie*, 15(8), pp. 1332-1348. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2008.04.022>
- Nasio, J. D. (2013). *Mon corps et ses images*. Paris, France : Editions Payot & Rivages.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001). *Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent: classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, France : Masson.
- Ornitz, E. M. (1989). Autism at the interface between sensory and information processing. In G. Dawson, *Autism : Nature, diagnosis, and treatment* (Ed., pp. 174–207). New York, New York : Guilford Press.

- Ostrolenk, A. (2019). Intégrer le son et l'image ! . *Sur le spectre*, (8), p.9. Consulté à l'adresse
http://grouperechercheautismemontreal.ca/SurLeSpectre/Sur%20le%20spectre_page%20par%20page_vol8_FR.pdf
- Perrin, J., & Maffre, T. (2013). *Autisme et psychomotricité* (1^{re} éd.). Berchem, Belgique : De Boeck.
- Pfister, R. E., Launoy, V., Vassant, C., Martinet, M., Picard, C., Bianchi, J. E., ... Bullinger, A. (2008). Transition de l'alimentation passive à l'alimentation active chez le bébé prématuré. *Enfance*, 60(4), pp. 317-335.
<https://doi.org/10.3917/enf.604.0317>
- Piaget, J. (1977). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (9^e éd.). Paris, France : Delachaux et Niestlé.
- Potel, C. (2019). *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse, France : Erès.
- Protrusion. (s.d.). In *CNRTL*. Consulté à l'adresse
<https://www.cnrtl.fr/definition/protrusion>
- Reddy, V., Williams, E., Costantini, C., & Lan, B. (2010). Engaging with the self: Mirror behaviour in autism, Down syndrome and typical development. *Autism*, 14(5), pp. 531-546.
<https://doi.org/10.1177/1362361310370397>
- Réveillé, C., Paquet, A., Le Menn-Tripi, C., Laranjeira-Heslot, C., & Perrin, J. (2018). Chapitre 9 - Sémiologie psychomotrice du Trouble du spectre de l'autisme (TSA). In Giromini, F., Albaret, J-M., Scialom, P. *Manuel d'enseignement en psychomotricité, tome 4 : Sémiologie et nosographies psychomotrices* (pp.515-545). Paris, France : DeBoeck-Solal.
- Robert-Ouvray, S. B. (2002). *Intégration motrice et développement psychique* (2^e éd.). Paris, France : Desclée De Brouwer.

- Rogé, B. (2010). Chapitre 1 - Les interventions précoces pour les enfants avec autisme. In Tardif, C. *Autisme et pratiques d'intervention* (pp.23-58). Berchem, Belgique : De Boeck.
- Rousselle, M. (2009). Autisme. Diversité des recherches en neurobiologie. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 130(3), pp.47-56. doi:10.3917/cjung.130.0047.
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Paris, France : Gallimard.
- Schulz, P., & Sartorius, N. (2016). *Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10*. Berchem, Belgique : De Boeck.
- Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V., & Balla, D.A. (2015). *Vineland II - Échelles de comportement adaptatif de Vineland* (2^e éd.). Montreuil, France : ECPA, les Éd. du Centre de psychologie appliquée.
- Sustentation. (s. d.). In CNRTL. Consulté à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/sustentation>
- Tustin, F. (1986). *Les états autistiques chez l'enfant*, Paris, France : Seuil.
- Verheul, A. (2007). *Snoezelen materials homemade*. Ede, The Netherlands : Ad Verheul.
- Wing, L. (1992). *The Triad of Impairments of Social Interaction : An Aid to Diagnosis*. London, United Kingdom : NAS.
- Winnicott, D. W. (1970). *Processus de maturation chez l'enfant : Développement affectif et environnement*. (J. Kalmanovitch, Trad.). Paris, France : Payot.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Paris, France: Gallimard.
- Winnicott, D.W. (1975). La préoccupation maternelle primaire. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, France : Petite Bibliothèque Payot.

ANNEXES

Annexe A : La chaine narrative du repas (Pfister, Launoy, Vassant, Martinet, Picard, Bianchi, ... Bullinger, 2008, p.320)

Appétence, recrutement tonique

Composante olfactive

Mise en forme posturale

Capture

Exploration

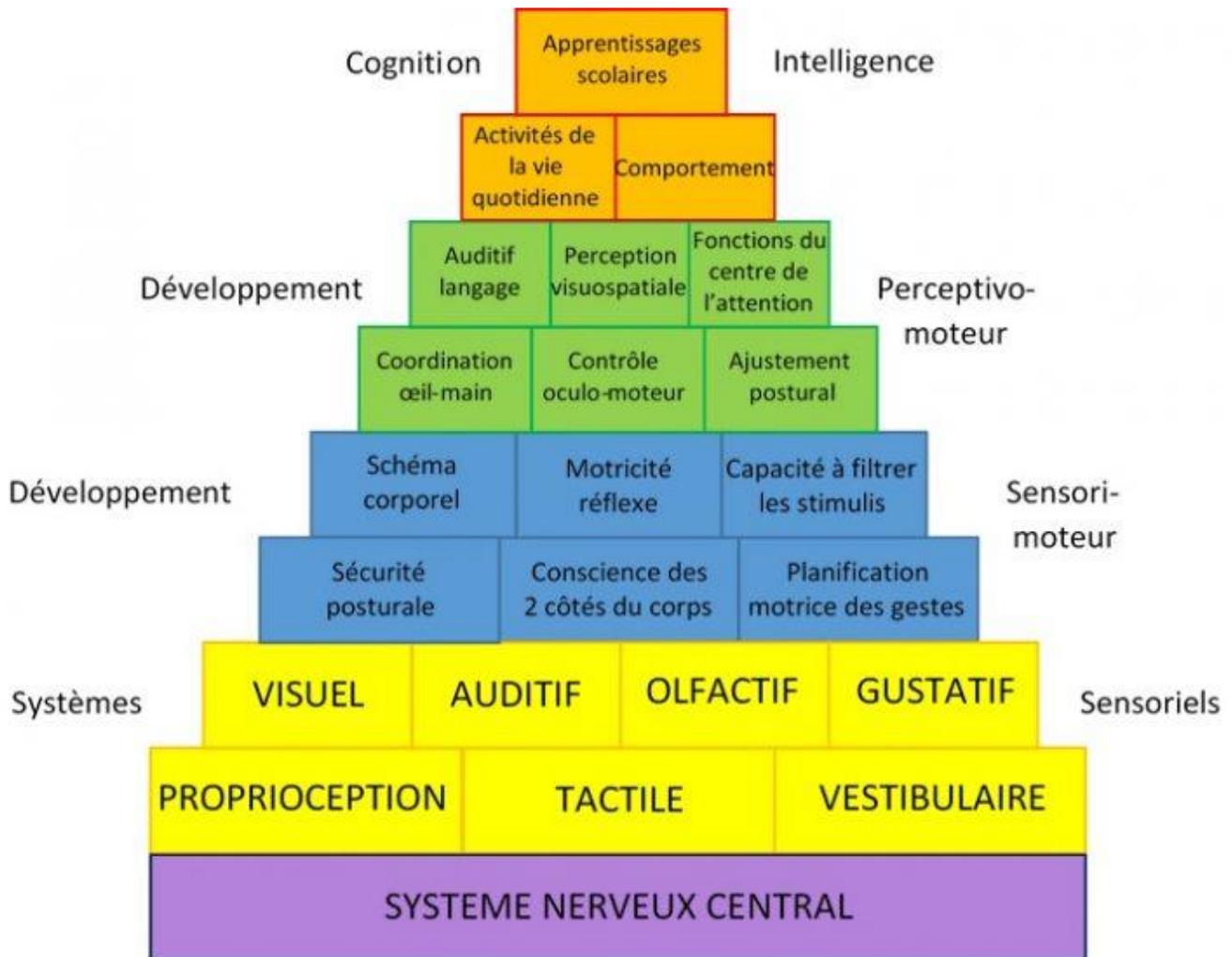
Succion

Déglutition

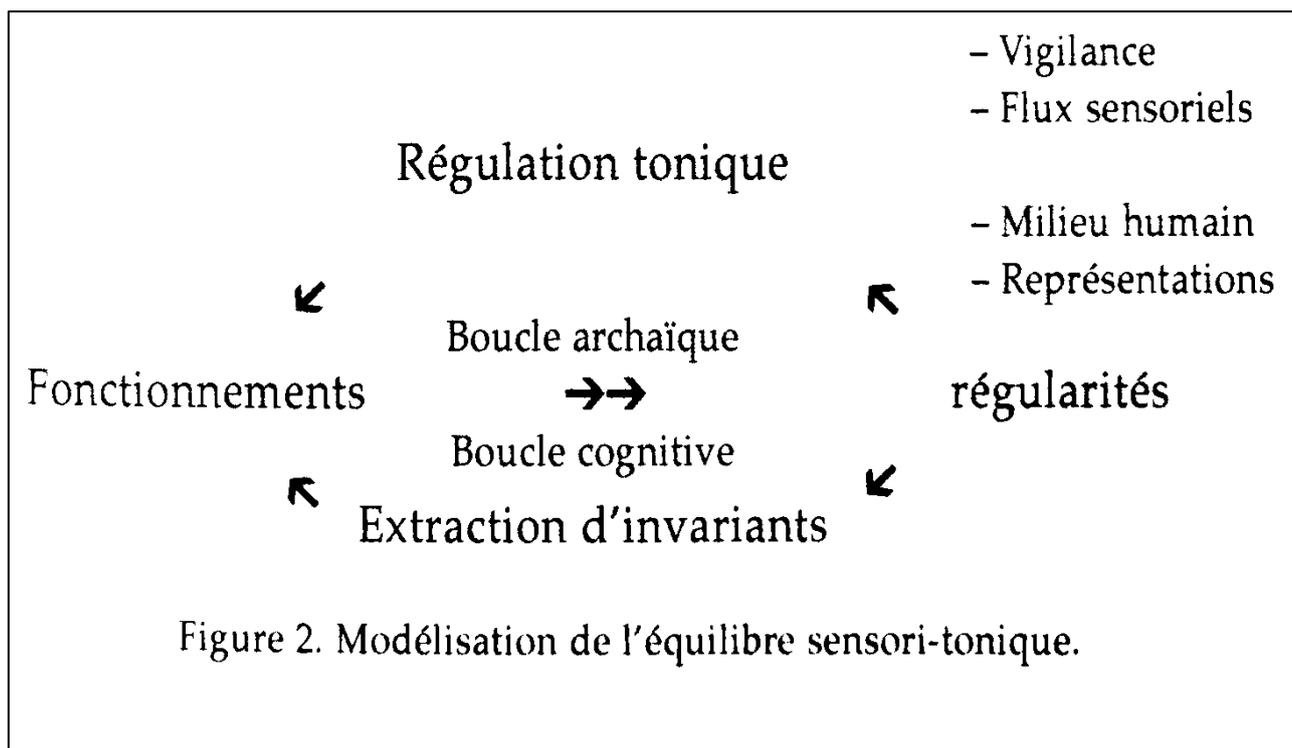
Satiété

Aspect hédonique et de détente

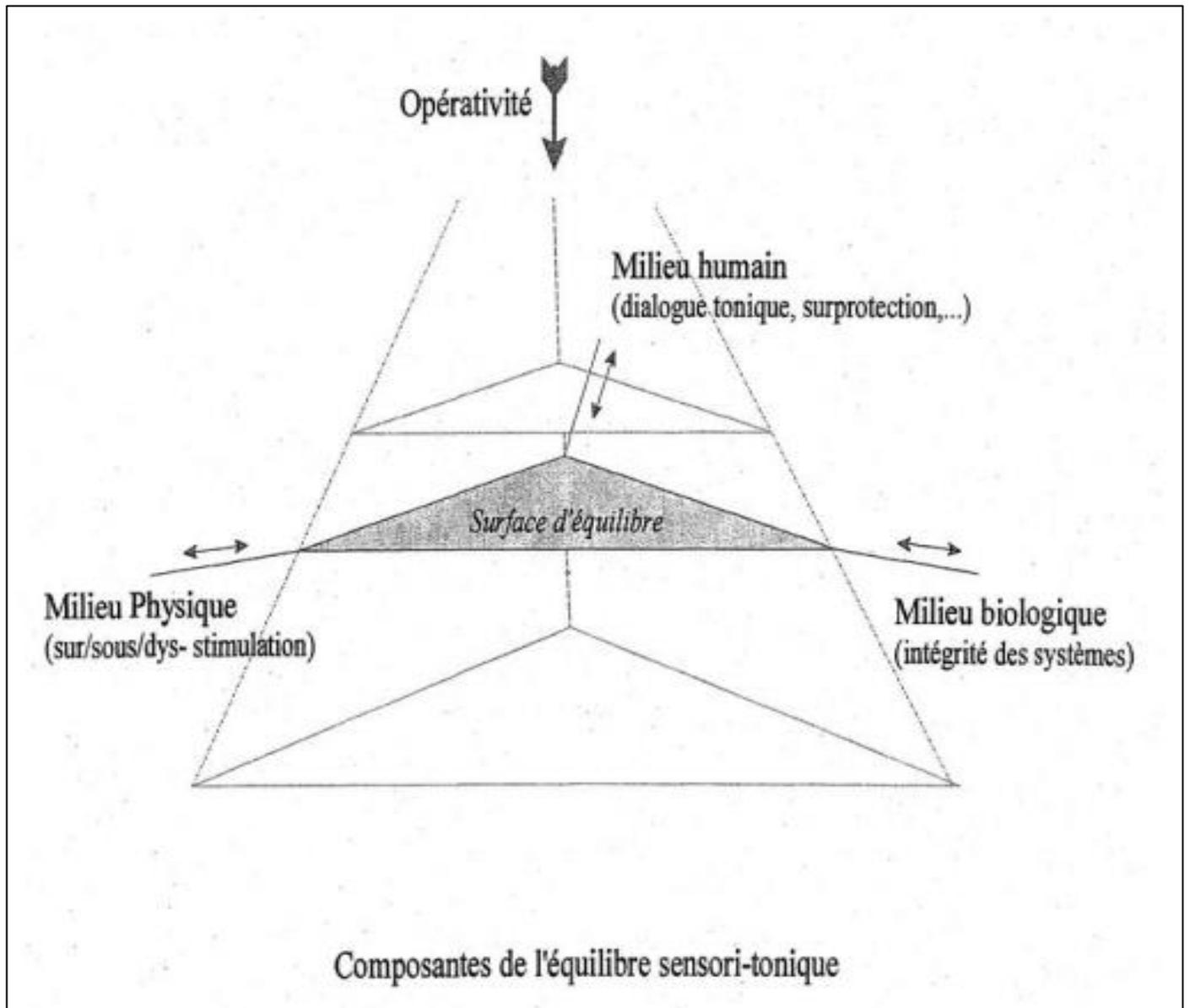
Annexe B : La pyramide des apprentissages de Williams et Schellenberger



Williams, M. S., & Schellenberger, S. (1996). *Pyramid of learning* [Photo] Tirée du livre *How Does Your Engine Run ?*. Albuquerque, NM: TherapyWorks, In. Reproduite à partir de « Les difficultés d'intégration neurosensorielle » par Kuhn Tref, A., Parisot, J., Vien, M. & Cassier, C. (s.d). Consultée à l'adresse <https://akergotherapie.fr/les-difficultes-dintegration-sensorielle/>



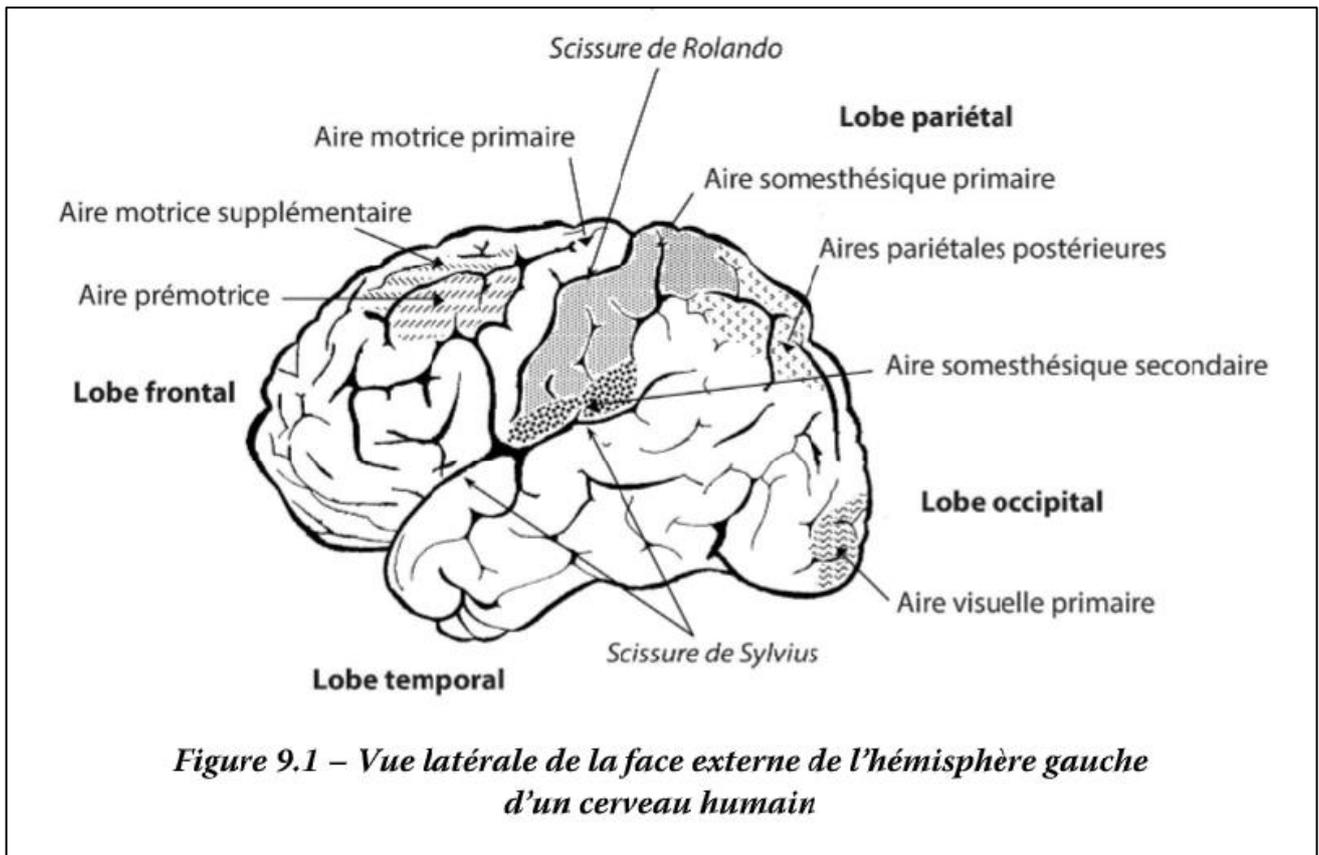
Annexe D : Les composantes de l'équilibre sensori-tonique (Bullinger, 2017a, p.179)



Annexe E : L'axe de développement (Bullinger, 2017b, p.36)

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

Annexe F : Vue latérale de la face externe de l'hémisphère gauche d'un cerveau humain (Gentaz, 2009, p.140)



Résumé

A l'Externat Médico-Pédagogique, je fais la rencontre de Henry. Ce pré-adolescent, diagnostiqué autiste, est sujet à de nombreux troubles impactant significativement son développement psychomoteur. Ses difficultés de traitement de l'information sensorielle semblent en être une cause principale. Lors de cette année de stage, Henry est amené à explorer diverses médiations, ayant pour avantage de se conformer à ses besoins. A travers cet écrit, j'explique l'intérêt du toucher thérapeutique, de l'approche Snoezelen et des parcours psychomoteurs dans l'intégration sensori-motrice d'une personne ayant des troubles du spectre de l'autisme. Au fil de ma réflexion, je comprends que cette intégration joue un rôle central dans la construction d'une unité psychocorporelle. Finalement, au cours de mon raisonnement, je découvre que le psychomotricien détient une large palette de possibilités d'action.

Mots-clés : Troubles du Spectre de l'Autisme, troubles de l'intégration sensorielle, toucher thérapeutique, Snoezelen, sentiment d'unité corporelle.

Summary

At the Medico-Pedagogical Day School, I met Henry. This teenager, diagnosed autistic, is subject to many disorders significantly impacting his psychomotor development. His difficulties in processing sensory information seem to be a main cause. During this year of internship, Henry is led to explore various mediations, with the advantage of conforming to his needs. Through this essay, I explain the interest of therapeutic touch, the Snoezelen approach and psychomotor courses in the sensory-motor integration of a person with autism spectrum disorders. In the course of my reflection, I understand that this integration plays a central role in the construction of a psycho-corporal unity. Finally, in the course of my investigation, I discover that the psychomotor therapist has a wide range of possibilities for action.

Keys words: Autism Spectrum Disorder, Sensory Processing Disorders, therapeutic touch, Snoezelen, feeling of bodily unity.