



**HAL**  
open science

# L'art de communiquer : l'apport de la psychomotricité dans la communication chez les enfants porteurs de Troubles du Spectre de l'Autisme

Émilie Joubert

► **To cite this version:**

Émilie Joubert. L'art de communiquer : l'apport de la psychomotricité dans la communication chez les enfants porteurs de Troubles du Spectre de l'Autisme. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02945563

**HAL Id: dumas-02945563**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02945563>**

Submitted on 22 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 de Médecine Sorbonne Université  
91, Bd de l'Hôpital  
75013 Paris



L'art de communiquer :  
L'apport de la psychomotricité dans la  
communication chez les enfants porteurs de  
Troubles du Spectre de l'Autisme

Mémoire présenté pour le Diplôme d'Etat de  
Psychomotricien

Session de juin 2020

Référente de mémoire :  
Mariline Pereira-Esteves

Etudiante :  
Emilie Joubert



« Le monde revient toujours à la norme. Le problème est de savoir à la norme de qui. »

Stanislaw Jerzy Lec

## REMERCIEMENTS

Un merci tout particulier à Mariline qui m'a amenée à penser toujours plus loin, merci de m'avoir guidée tout au long de ce mémoire, merci pour ton soutien et ta disponibilité jusqu'au bout.

Merci à Marion et à toute l'équipe de l'IMP, merci pour votre accueil, vos conseils et merci de m'avoir donné la possibilité de participer aux formations.

Merci à tous les enfants de l'IMP, merci pour votre simplicité, vos sourires et votre dynamisme.

Merci à tous mes maîtres de stage qui m'ont accueillie et fait découvrir leur pratique avec passion.

Merci à tous mes professeurs, merci de m'avoir fait découvrir, expérimenter et apprécier la psychomotricité.

Merci à Psychomotricité et Ouverture au Monde du Maternage pour ces deux années d'engagement et ce projet inoubliable.

Merci à toute la promotion, et en particulier au groupe 4 pour votre réflexion, votre bienveillance et votre singularité.

Merci à tous mes amis psychomots pour ces trois belles années d'études.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	8
<b>I- RENCONTRES AU SEIN DE L'INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE</b> .....	9
A. L'Institut Médico Pédagogique et son équipe .....	9
B. Manon.....	12
B.1. Présentation de Manon .....	12
B.2. Bilan psychomoteur.....	13
B.3. Prise en charge en groupe parcours moteur .....	15
B.4. L'attitude de Manon dans le groupe.....	18
B.5. La communication chez Manon .....	20
C. Martin .....	24
C.1. Présentation de Martin .....	24
C.2. Bilan psychomoteur .....	25
C.3. Prise en charge en groupe conscience corporelle.....	26
C.4. L'attitude de Martin dans le groupe.....	28
<b>II- LE TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE</b> .....	31
A. Approche historique de l'autisme .....	31
B. Définition, classification et critères diagnostiques de l'autisme.....	32
C. Epidémiologie de l'autisme.....	34
D. Etiologie de l'autisme.....	34
D.1. Approche génétique.....	35
D.2. Approche neurologique .....	35
D.3. Approche environnementale .....	37
E. Troubles associés à l'autisme.....	37
F. Le développement psychomoteur de la personne avec autisme.....	39
F.1. Le développement moteur chez les personnes présentant un TSA.....	39
F.2. Le développement sensoriel chez les personnes présentant un TSA.....	41
F.3. Les fonctions exécutives chez les personnes présentant un TSA.....	43
<b>III- LA COMMUNICATION ET LES HABLETES SOCIALES</b> .....	44
A. La communication.....	44
A.1. Les interactions précoces .....	45

A.2. La communication non verbale .....	46
A.2.1. L'aspect extérieur .....	47
A.2.2. Le comportement spatial.....	47
A.2.3. Le comportement cinétique .....	48
A.2.4. Le visage .....	48
A.2.5. Les signes vocaux.....	49
A.3. Le développement du langage.....	50
A.4. La communication chez les enfants porteurs de TSA .....	52
A.4.1. Les interactions précoces chez les enfants présentant un TSA.....	52
A.4.2. Le langage et la communication non verbale chez l'enfant porteur de TSA.....	53
B. Les habiletés sociales.....	54
B.1. Présentation des différentes habiletés sociales .....	54
B.2. Les habiletés sociales chez les personnes porteuses de TSA .....	57
<b>IV- DISCUSSION .....</b>	<b>59</b>
A. La psychomotricité.....	59
B. La psychomotricité, une aide à la communication.....	60
B.1. Une entrée en interaction sécurisante pour favoriser la communication.....	61
B.2. La flexibilité mentale, une nécessité pour s'ajuster à la communication .....	62
B.3. La communication non verbale et le dialogue tonique .....	64
B.4. Les émotions.....	66
B.5. La sensorialité.....	68
B.6. L'expressivité du corps.....	71
C. Le rôle de la psychomotricité dans les habiletés sociales .....	72
C.1. L'apprentissage des codes sociaux en séance de psychomotricité .....	73
C.2. Diversifier ses intérêts pour une meilleure intégration .....	74
C.3. Travailler en coopération .....	75
C.4. Le travail auprès des familles.....	76
C.5. Le mime et l'imitation comme apprentissages des habiletés sociales .....	77
C.6. Gérer un comportement qui semble inadapté à la société .....	80
D. Intégrer les normes sociales et non pas s'uniformiser .....	82
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>85</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>86</b>





## INTRODUCTION

Nous communiquons sans cesse. Si nous ne parlons pas, notre corps parle pour nous, « *on ne peut [donc] pas ne pas communiquer* » (Watzlawick & al., 1967, p.7). Bien que la communication fasse partie de notre quotidien, c'est une tâche plus complexe qu'il n'y paraît. Nombre de malentendus sont dus à une transformation du message entre la pensée que voulait exprimer l'émetteur et l'interprétation que le récepteur s'en fait.

Ainsi, pour parvenir à comprendre et se faire comprendre, il faut avoir accès à de nombreuses compétences verbales, mais surtout corporelles. Un déficit au niveau de ces habiletés peut entraîner une incompréhension à double sens : la personne ne va pas comprendre le monde qui l'entoure et inversement.

Lors de mon stage, j'ai remarqué que les enfants atteints de Trouble du Spectre Autistique (TSA) avaient une manière de communiquer différente des autres et qu'ils restaient souvent isolés. En parallèle, je constatais des particularités à la fois sensorielles, motrices et cognitives. Ainsi, je me suis demandé : en quoi ces spécificités influencent-elles la communication ? De même, l'isolement constaté est-il en lien avec les particularités de communication ? L'enfant ne cherche-t-il pas à entrer en interaction par manque d'envie ou par manque de compréhension et de moyens mis à sa disposition ? Je remarquais aussi un déficit au niveau des habiletés sociales, celles-ci sont pourtant essentielles pour communiquer de manière adaptée et ainsi s'intégrer davantage à la société.

Ainsi, comment remédier à tout cela ? Le langage du corps est très puissant, la psychomotricité pourrait alors avoir un rôle à jouer dans la communication. Ainsi, lors de nos séances de psychomotricité nous accordons une importance toute particulière à la relation, à la communication et aux interactions sociales. De façon parfois détournée, nous donnons des clés aux enfants pour qu'ils puissent davantage comprendre, s'exprimer et s'ajuster à la relation. Nous pouvons donc nous demander : **comment la psychomotricité peut-elle aider un enfant porteur de TSA à communiquer de manière plus adaptée ?**

Pour répondre à cette problématique, nous allons partir de l'expérience clinique avec la découverte de deux enfants porteurs de TSA. Nous nous pencherons notamment sur leurs attitudes face à un groupe et leurs manières de communiquer. Nous nous intéresserons ensuite à l'autisme, puis à la communication et aux habiletés sociales, indispensables à intégrer pour communiquer de manière adaptée. Pour finir, nous verrons concrètement ce que la psychomotricité peut apporter pour faciliter la communication des enfants ayant un TSA.

## I- RENCONTRES AU SEIN DE L'INSTITUT MEDICO-PEDAGOGIQUE

### A. L'Institut Médico Pédagogique et son équipe

Les Instituts Médico-Pédagogiques (IMPs) sont des centres de soins et d'éducation spéciaux qui accueillent des enfants et adolescents porteurs de handicap. Ces jeunes présentent souvent un retard de développement intellectuel, avec ou sans troubles associés, ou peuvent présenter un déficit de la communication. L'objectif des IMPs est de permettre un développement et une évolution de l'enfant en tenant compte de ses capacités et en respectant son propre rythme. Pour cela, une équipe pluridisciplinaire est mise en place. Celle-ci va travailler conjointement pour mettre en œuvre, en partenariat avec la famille de l'enfant, un projet individualisé de prise en charge, qui prendra en compte l'enfant dans sa globalité. L'IMP a pour mission d'assurer un suivi adapté à chacun, de donner une éducation élémentaire et de développer les potentialités de chaque enfant, qu'elles soient motrices ou intellectuelles. Pour cela, plusieurs projets sont mis en place. L'équipe éducative met en place un projet éducatif et pédagogique axé autour de l'autonomie, la socialisation et l'apprentissage. Un projet scolaire se mène en partenariat avec l'Education Nationale, pour une scolarisation à temps partiel, dans les Unités Localisées d'Intégration Scolaire (ULIS) dans les écoles ou les collèges. Enfin, un projet thérapeutique est assuré par l'équipe médicale, paramédicale et psychologique autour de trois dimensions : le travail d'équipe, le travail clinique auprès de l'enfant et le travail avec les familles.

L'IMP dans lequel j'effectue mon stage a été créé en 1967. C'était à l'époque une association privée, créée à l'initiative de parents d'enfants porteurs de handicaps. A la base, ses objectifs furent limités à la garde d'enfants pendant la journée, ne pouvant faire plus, faute de moyens. Suite à un afflux de demandes, la municipalité augmentera les moyens, ce qui permettra d'établir des objectifs pédagogiques, éducatifs et thérapeutiques, favorisant l'organisation d'une structure plus complète. Un protocole créant une « école annexée », permettant la mise en disposition des enseignants spécialisés dans le champ de la grande difficulté scolaire et du handicap est ensuite signé en 1979, avec l'éducation nationale. L'évolution de la population n'a que trop peu été prise en compte au sein de cet IMP jusqu'à récemment, justifiant alors un taux d'encadrement quasi inchangé depuis trente ans et mettant en lumière de grandes difficultés à prendre en charge les jeunes porteurs de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

L'IMP a un agrément depuis juillet 2019 pour accueillir trente-six enfants de zéro à vingt ans. Toutefois, les jeunes présents ont entre six et quinze ans. Tous les enfants accueillis ont en commun un retard global important qui les situe dans le champ du handicap mental. La nature de leurs troubles est assez hétérogène. Nous retrouvons des maladies

chromosomiques ou génétiques comme le syndrome de Down<sup>1</sup>, le syndrome de l'X fragile<sup>2</sup> et de Prader Willi<sup>3</sup>, mais aussi des atteintes neurologiques comme l'épilepsie<sup>4</sup>. Certains enfants présentent des troubles de la personnalité et du comportement, ils peuvent avoir des séquelles de carences affectives, sociales ou de maltraitance. Certains sont porteurs de troubles envahissants du développement, de psychoses ou encore de TSA.

Face à une demande importante de prise en charge d'enfants avec TSA, une unité spécialisée pour les jeunes avec TSA a commencé à voir le jour en mars 2019 et s'est réellement mise en place au sein de cet IMP en septembre 2019. Cette ouverture a alors permis d'augmenter le taux d'encadrement.

L'IMP se compose donc aujourd'hui d'une unité pour jeunes déficients intellectuels composée de vingt-six jeunes divisés en trois groupes, et d'une unité de dix jeunes avec TSA qui sont répartis en deux groupes. Cette répartition varie chaque année selon l'âge et les besoins des enfants.

Les missions fixées par l'IMP prétendent répondre aux orientations de la loi 2005-102 du 11 février 2005 « *Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » ainsi qu'à l'application de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elles se définissent par deux priorités qui sont préparer, promouvoir, soutenir l'intégration et l'inscription sociale de l'enfant et favoriser l'émergence d'un projet individuel. L'admission des enfants se fait à la demande des familles. Elle intervient après la décision d'orientation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) vers un établissement médico-social. Aux alentours de treize/quatorze ans, les enfants sont orientés vers un autre établissement correspondant à leurs compétences, leurs difficultés et leur âge. Ils peuvent alors bien souvent intégrer un Etablissement Médico-Professionnel (EMpro), un autre établissement médico-social ou plus tard, un hôpital de jour.

L'établissement possède à ce jour une équipe pluridisciplinaire composée de plusieurs pôles. Le pôle éducatif est composé de sept éducateurs spécialisés, un éducateur sportif à mi-temps et une Aide Médico-Psychologique (AMP). Le pôle scolaire comprend quatre enseignants de l'éducation nationale, spécialisés dans le champ de l'adaptation scolaire et du handicap. Dans le pôle thérapeutique, on retrouve un médecin pédopsychiatre à mi-temps, une infirmière à trois-quarts temps, une psychologue à temps complet et une psychologue à

---

<sup>1</sup> Anomalie génétique, plus communément appelée Trisomie 21, à l'origine d'un syndrome impliquant un retard de développement psychomoteur et une déficience intellectuelle.

<sup>2</sup> Anomalie génétique rare, associée à une déficience intellectuelle.

<sup>3</sup> Maladie génétique rare qui induit une déficience intellectuelle légère à moyenne ainsi qu'un retard du développement psychomoteur.

<sup>4</sup> Maladie neurologique qui se caractérise par une augmentation soudaine de l'activité électrique dans le cerveau, entraînant une perturbation temporaire de la communication entre les neurones.

mi-temps, ainsi que deux psychomotriciennes dont une à mi-temps. Le pôle administratif est composé d'une secrétaire comptable et d'une assistante sociale à mi-temps. Enfin, trois agents de service composent le pôle entretien et restauration.

L'équipe accompagne chaque enfant grâce à un projet personnalisé. Chaque année, l'enfant et ses parents (ou représentants légaux) sont invités à participer au travail de l'élaboration du projet personnalisé de l'enfant. Ce projet est élaboré à partir d'un bilan réalisé par les différents professionnels de l'établissement. Il fait état des compétences, des capacités et des besoins de l'enfant. Il s'articule autour des trois axes de travail développés à l'IMP à savoir les axes pédagogique, éducatif et thérapeutique. L'IMP assure aussi un travail de soutien et d'accompagnement des familles. Chacun des professionnels ayant en charge l'enfant rencontre les responsables de l'enfant autant de fois que nécessaire. Des entretiens ont lieu, qui peuvent être à la demande des familles ou sur proposition de la part des professionnels. Des entretiens réguliers sont également proposés par une psychologue et le médecin pédopsychiatre.

Le travail éducatif et thérapeutique proposé aux enfants a pour objectif d'amener les enfants à apprendre à vivre ensemble et communiquer entre eux, à valoriser leur image de soi, à développer leur attention et leur concentration ainsi qu'à gérer leurs émotions. Le but est aussi d'accompagner les enfants vers une autonomie personnelle et dans les tâches de la vie quotidienne.

Pour mener à bien tous ces objectifs, de nombreux temps éducatifs et thérapeutiques sont mis en place. Des activités physiques et sportives, des jeux divers, des activités manuelles et artistiques ainsi que des temps d'écoute, de dialogue et des sorties à l'extérieur sont proposés aux enfants. Des groupes thérapeutiques sont également proposés aux jeunes en fonction de leurs besoins. Les prises en charges thérapeutiques sont prescrites dans le cadre du projet personnalisé de l'enfant par le médecin pédopsychiatre en concertation avec l'équipe thérapeutique. L'IMP propose notamment un groupe moteur dirigé par les psychomotriciennes et des éducateurs spécialisés, un groupe de conscience corporelle proposée par les psychomotriciennes, un groupe émotion, un groupe habiletés sociales, un groupe théâtre, etc. Des prises en charge individuelles sont aussi proposées par les psychomotriciennes, les psychologues et les éducateurs de l'unité TSA.

Les enfants accueillis à l'IMP, quel que soit leur niveau, poursuivent leur scolarité auprès des enseignants spécialisés. Les jeunes regroupés dans l'unité TSA, bénéficient d'une classe TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*). Cette approche d'éducation structurée permet de développer l'autonomie des enfants à tous les niveaux et de fournir des stratégies pour les soutenir dans leurs milieux familiaux et scolaires, ainsi que dans leur environnement social. Le TEACCH,

dont les apprentissages reposent sur une structure simplifiée et répétitive de la tâche à accomplir, a été élaboré en 1971 par E. Schopler en Caroline du Nord (Bastier, 2019). La méthode ABA (*Applied Behavior Analysis* ou encore *Analyse Appliquée du comportement*) est aussi mise en avant dans l'IMP. L'ABA comporte un programme de techniques de modification du comportement et de développement de compétences. Cette méthode permet aux enfants accueillis d'apprendre dans un cadre particulièrement structuré, dans lequel les conditions sont optimales pour développer les mêmes compétences que les autres enfants acquièrent naturellement (Bastier, 2019). Ces approches sont novices à l'IMP et sont encore en cours d'élaboration et d'évaluation.

Dans le cadre de mon stage, j'ai participé à plusieurs groupes thérapeutiques dans lesquels j'ai rencontré de nombreux enfants. J'ai alors été amenée à me questionner à propos de ces jeunes, la problématique de mon mémoire a été conçue à partir de ces rencontres. Afin d'appuyer ma réflexion, je vais donc présenter mes rencontres avec Manon et Martin et décrire leurs parcours et les caractéristiques que j'ai pu repérer chez eux.

## B. Manon

### B.1. Présentation de Manon

Manon est née à terme en mai 2008, suite à une grossesse normale. Elle présente des origines syriennes par sa mère et libanaise de la part de son père. Sa mère est au foyer, sa grand-mère est également présente au domicile, elles s'occupent toutes deux beaucoup de Manon. La grande sœur de Manon, âgée de quatorze ans, est bien portante.

Manon présente un développement normal jusqu'à l'âge de deux ans. Bébé, elle pleure peu, babille et gazouille. A deux ans, elle commence à parler en français, en arabe, et même en espagnol. La marche a été acquise à un âge normal et la propreté à trois ans, juste avant l'entrée à l'école. Gardée par la maman jusqu'à son entrée en maternelle, les premiers signes inquiétants remontent à cette rentrée. Vers ses trois ans et demi, Manon régresse en effet sur le plan cognitif et comportemental. Elle parle moins, ne joue plus avec sa sœur, et arrête de pointer. Des stéréotypies gestuelles surviennent, ainsi que des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes et une hyperphagie<sup>5</sup>.

En 2012, Manon passe plusieurs bilans Oto-Rhino-Laryngologiques (ORL), somatiques et génétiques dans lesquels aucune anomalie n'est détectée. Un bilan complet est

---

<sup>5</sup> Trouble des comportements alimentaires consistant en une ingestion excessive de nourriture.

ensuite réalisé en hôpital de jour, celui-ci montre un diagnostic en faveur d'un TSA associé à un retard de développement hétérogène.

Manon sera suivie dans plusieurs institutions lors de son parcours. A trois ans et demi, elle est suivie en Centre Médico Psychologique (CMP) dans lequel elle est prise en charge en psychomotricité, en psychothérapie, en groupe thérapeutique et par le médecin. A six ans, elle est suivie sept demi-journées par semaine dans un établissement public de santé où elle est prise en charge en psychomotricité, en orthophonie, en groupes thérapeutiques et reçoit des interventions psycho-éducatives avec deux psychologues en libérale où elle se familiarise avec le PECS<sup>6</sup> (*Picture Exchange Communication System*) et le TEACCH<sup>7</sup>. La famille constate alors de réels progrès depuis la mise en place de cette intervention individuelle de type éducation structurée. A huit ans et demi, Manon est suivie par une association qui lui propose des prises en charge éducatives et comportementales de remédiation cognitive à domicile. C'est enfin en septembre 2018, à l'âge de dix ans, que Manon est orientée à l'IMP.

Lorsque je la rencontre en septembre 2019, Manon a alors onze ans, elle entame sa deuxième année dans l'établissement.

## B.2. Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur de Manon a été effectué en novembre 2018, Manon a alors dix ans et quatre mois. Elle vient au bilan sans opposition, est à l'écoute et elle accepte de réaliser quelques jeux dirigés sur imitation du professionnel tant qu'elle les alterne avec des temps libres.

Manon a des capacités en motricité globale. Elle s'adapte bien corporellement à son environnement et présente une certaine aisance corporelle qui reste à développer et consolider. Elle présente un appui prédominant sur la pointe des pieds lors de la marche et de la course, Manon se déplace vite et appréhende bien son environnement. Son équilibre dynamique est bien maîtrisé. Les sauts à deux pieds sont acquis, mais elle ne possède pas d'équilibre sur un pied. Manon se pose au sol soit en position assise avec un appui derrière le dos, soit sur le côté. Ces positions la détendent et elle met alors son pouce à la bouche. L'activité motrice libre est une source de plaisir pour Manon mais l'activité motrice dirigée ne peut jamais durer longtemps. Manon a alors besoin de temps où elle peut décharger son énergie et où elle peut exercer sa motricité dynamique sans contrainte. Ainsi, les temps de récréations sont très importants pour elle, afin qu'elle soit disponible par la suite.

---

<sup>6</sup> Cf. *infra*, I.B.5. La communication chez Manon, p.23

<sup>7</sup> Cf. *supra*, I.A. L'institut Médico-Pédagogique et son équipe, p.11

Manon explore peu son environnement en dehors de ce qu'elle connaît, si elle n'est pas incitée à le faire. De plus, il semble y avoir peu de liens entre ses sensations, ses perceptions et les représentations corporelles qu'elle s'en fait. Cela entraîne un schéma corporel<sup>8</sup> peu intégré.

Au niveau de la motricité fine, pendant le bilan, les coordinations bimanuelles sont quasi inexistantes. Manon réalise l'ensemble des manipulations d'une seule main, qui est généralement celle présente dans son champ de préhension. Ses habiletés oculo-manuelles sont peu efficaces. La posture assise à table de Manon est de bonne qualité. Sur le plan graphique, Manon peut tenir un crayon de sa main gauche, au bout du stylo mais sa tonicité n'est pas efficace. Elle gribouille de façon très dynamique mais ne semble pas y trouver d'intérêt. Elle sait reproduire un trait, esquisser un rond et commence à utiliser des ciseaux.

D'un point de vue sensoriel, les sphères gustatives et olfactives sont des systèmes sensoriels performants chez Manon qui apprécie les odeurs, le parfum et la musique. Un profil sensoriel<sup>®</sup> de Dunn a été proposé à la famille courant février 2019. Celui-ci révèle plutôt une hyposensibilité d'un point de vue tactile et vestibulaire. Manon est en effet souvent en recherche de stimulation au niveau du tact profond et manifeste un besoin inhabituel de toucher certains objets ou matières. Manon est aussi généralement en quête de mouvement, elle réalise très fréquemment des enroulements dos-ventre par exemple. Elle semble être en recherche de stimulations qui développe sa proprioception<sup>9</sup>. Au niveau auditif et visuel, Manon présenterait plutôt une hypersensibilité car elle cherche généralement à éviter ces stimuli. Elle préfère ainsi les environnements calmes et sombres. Manon a alors parfois besoin de s'isoler et/ou passe du temps à observer ce qu'il se passe dans son environnement. Manon semble aussi présenter des difficultés au niveau du traitement de l'information multi-sensorielle. Elle a en effet des difficultés à fixer son attention et se détourne parfois de ce qu'elle fait pour observer ce qu'il se passe autour d'elle.

Manon ne s'intéresse pas aux jeux symboliques, elle ne semble pas trouver d'intérêt à jouer avec des objets.

D'un point de vue spatial, Manon a conscience de la délimitation de l'espace autour d'elle et se repère dans l'établissement.

Manon est peu autonome mais parvient à réaliser quelques actions de la vie quotidienne. Elle peut notamment enfiler seule son pyjama ou sa culotte et est propre de jour comme de nuit. Sur le plan de l'autonomie domestique, Manon n'a pas forcément conscience du danger.

---

<sup>8</sup> Image tridimensionnelle que chacun a de soi-même (Schilder, 1968, p.35).

<sup>9</sup> Perception, le plus souvent inconsciente, que l'on a de la position de son corps dans l'espace.

Nous approfondirons ensuite dans la quatrième partie la façon dont Manon est dans la relation et comment elle communique.

### B.3. Prise en charge en groupe parcours moteur

Tous les mercredis matin, Manon participe au groupe parcours moteur. Quatre autres enfants, dont deux ayant un TSA et non-verbaux et deux porteurs de déficience intellectuelle avec prémices de langage, participent avec Manon à ce groupe qui dure trente minutes. Les deux psychomotriciennes de l'établissement ainsi qu'une AMP animent ce groupe. Il a lieu dans la salle de sport, qui nous offre une grande diversité de matériel.

La séance est divisée en plusieurs temps. Tout d'abord nous prenons le temps de l'accueil, où les enfants arrivent dans la salle, ils s'assoient sur les bancs, enlèvent leurs chaussures, et les rangent. Ce court temps nous permet d'évaluer la température du groupe, nous observons dans quel état émotionnel arrivent les enfants. C'est aussi un temps où l'éducateur ou l'AMP qui s'occupe des enfants le matin avant la séance peut nous transmettre les informations concernant les enfants. Il peut nous informer si un évènement particulier a eu lieu ou si certains sont fatigués.

Ensuite, il y a un temps d'éveil corporel durant lequel nous nous asseyons tous en cercle sur les tapis, et nous faisons des percussions corporelles et automassages sur toutes les parties de notre corps. Ce temps est très ritualisé, nous commençons toujours par les pieds pour finir par le dos. A chaque fois que nous changeons de partie du corps, nous nommons cette partie. Chaque professionnel accompagne un ou deux enfants, certains enfants ont besoin d'un étayage important, d'autres sont un petit peu plus autonome mais généralement tous ont besoin d'être rappelés à la tâche et nécessitent un accompagnant pour les motiver et les étayer. Ce temps nous permet de réveiller toutes les parties de notre corps et de travailler l'intégration du schéma corporel et des somatognosies<sup>10</sup>. Se focaliser sur l'accompagnement d'un ou deux enfants nous permet de pouvoir entrer en relation plus facilement avec eux et de travailler sur cette mise en relation. Cela permet aux jeunes d'avoir un adulte référent sur lequel ils peuvent s'appuyer. A la fin de cet échauffement, nous enlevons les tapis et les enfants commencent à faire le parcours. Chacun passe à tour de rôle, accompagné par un professionnel. L'adulte accompagne alors l'enfant dans les différentes étapes du parcours qui consistent généralement en épreuve d'équilibre, de viser/attraper, de sauts ou encore de ramper.

---

<sup>10</sup> Connaissance qu'un individu a de son corps et des relations entre ses différentes parties.



Au cours de l'année, le groupe parcours moteur a bien évolué. En effet au début de l'année, nous faisons une seule séance avec un groupe composé de six/sept enfants qui durait une heure. Puis quelques mois plus tard, nous avons décidé de scinder le groupe en deux, ce qui a permis l'intégration d'un autre jeune dans le groupe. Cela nous permet de prendre davantage de temps pour chaque enfant et de pouvoir les accompagner de façon plus individuelle. Le groupe est aussi maintenant beaucoup moins bruyant qu'auparavant, cela provoque alors moins d'agitation et les enfants sont plus concentrés et réceptifs. Le parcours proposé aux enfants évolue aussi tout au long de l'année. En effet, une fois le parcours bien intégré par tous les enfants, c'est-à-dire environ à chaque période de vacances scolaires, le parcours change en fonction des besoins des enfants.

Ce groupe a pour objectifs principaux de consolider l'équilibre des enfants, d'améliorer leur connaissance du corps et leur conscience corporelle. Mais au-delà de ces objectifs, nous travaillons beaucoup d'autres items lors de ces séances. Il y a en effet un grand travail relationnel qui se joue. Les enfants sont constamment en relation, avec les autres enfants mais aussi avec les adultes. Ils doivent donc trouver des moyens d'entrer en relation, de communiquer avec les autres, même si pour certains, le langage n'est pas acquis. Tout au long de la séance, nous leur apprenons certaines règles qui permettent de fixer le cadre du groupe. Un cadre spatio-temporel est en effet nécessaire pour que le groupe fonctionne et pour que les enfants aient des repères et des limites. Le cadre consiste notamment en une limitation de temps. Un timer<sup>11</sup> est réglé dès le début de la séance pour que les enfants voient de manière concrète le temps qu'il leur reste. L'espace est aussi délimité avec une interdiction de sortir de la salle sauf si besoin, l'enfant sera alors accompagné d'un adulte. Les différents temps sont aussi marqués dans l'espace, nous faisons en effet le temps d'échauffement toujours au même endroit, assis en cercle sur des tapis. Le temps d'attente est circonscrit grâce aux bancs et aux chaises, le temps de pause est délimité en fin de parcours par un tapis, toujours le même, et enfin le parcours en lui-même est délimité grâce au matériel et souvent un plot vert marque le début du parcours et un plot rouge marque la fin. Le cadre ainsi fixé permet alors aux enfants d'apprendre certaines règles comme respecter des limites spatiales ou encore de pouvoir mieux gérer le temps d'attente avant son tour de passage.

Au-delà de ces règles qui fixent le cadre et qui sont inhérentes à tout groupe, nous apprenons aux enfants certaines règles de savoir vivre. En effet, bien souvent tous les enfants qui participent au groupe n'ont pas acquis toutes les règles tacites des relations sociales. Nous essayons alors de les aider à décoder les mystères de la vie en société et nous leur apprenons comment se comporter face aux autres, comment communiquer avec eux de manière adaptée et comment les comprendre.

---

<sup>11</sup> Minuterie permettant à l'enfant de «matérialiser» le temps grâce à un système de représentation visuelle.

Concrètement, nous leur apprenons notamment comment se comporter corporellement face aux différentes personnes. Par exemple nous devons parfois leur rappeler qu'on n'a pas le droit de mettre sa main dans son pantalon pendant le groupe et dans la vie en générale quand nous sommes avec d'autres personnes. Nous leur apprenons à écouter l'autre et le respecter. Si un enfant ne veut pas qu'on lui fasse de chatouille on ne le fait pas, s'il ne veut pas être touché on ne le touche pas. Grâce aux séances, nous leur apprenons à écouter leur corps et celui des autres. Chacun est maître de son propre corps et fait ce qu'il en veut. Par exemple, Sohan, un enfant de neuf ans qui participe au groupe, demande sans cesse verbalement à une psychomotricienne de s'attacher les cheveux tout en les lui prenant et en lui faisant une queue de cheval. C'est en lui expliquant qu'elle fait ce qu'elle veut avec ses cheveux et que ce n'est pas à lui de décider ou d'imposer, qu'il comprendra que chacun choisit ce qui lui plaît ou non. Il faut alors lui expliquer qu'il y a des moments propices à ça, et d'autres non, qu'il peut faire l'activité sans crainte vis-à-vis de ça, il comprendra alors qu'il ne peut pas choisir pour l'autre, mais peut-être lui en faire la demande.

De même, il arrive régulièrement que des enfants touchent leurs camarades ou des adultes. Quand le receveur de ce toucher n'est pas d'accord, il faut faire comprendre à l'enfant que ce n'est pas adapté, qu'il faut respecter le corps de l'autre et ses craintes face à ce toucher. Pourtant, parfois le toucher leur permet de découvrir l'autre. Une personne qui a accès au langage utilisera sa parole pour entrer en interaction avec l'autre mais lorsque l'on n'a pas accès au langage, il faut trouver d'autres moyens d'interagir. Les enfants porteurs de TSA que nous prenons en charge ont souvent ces gestes de découverte. Certains s'approchent des personnes pour les sentir, comme peut parfois le faire Manon. Cela leur permet de découvrir les personnes, pour pouvoir ensuite entrer en relation et communiquer. Il faut donc parvenir à laisser les enfants s'exprimer, explorer leur mode de communication tout en leur apprenant certaines normes sociales. Ensuite, au-delà du comportement corporel, il est parfois nécessaire d'apprendre aux enfants ce qui se dit et ce qui ne se dit pas, c'est le cas par exemple, pour le jeune Kevin, qui dit souvent « fesses » en pointant les fesses d'un adulte. Nous leur apprenons notamment la politesse, mais il est souvent compliqué pour eux de se rendre compte des limites de ce qui peut être dit.

Pour les aider à mieux communiquer, nous les aidons aussi à reconnaître les émotions qu'expriment les autres. Par exemple nous exagérons les mimiques en leur montrant que si j'ai les yeux froncés cela veut dire que je suis fâché, si au contraire je souris c'est que je suis content. Nous essayons aussi de développer leur empathie en utilisant le « je », par exemple si un enfant tape quelqu'un, celui-ci pourra répondre par « j'ai mal » plutôt que dire « il ne faut pas taper ». Cela est plus significatif pour l'enfant.

Nous apprenons ainsi aux enfants certaines règles qui, pour nous, sont innées et qui leur permettent de mieux comprendre les autres et ainsi de mieux communiquer.

#### B.4. L'attitude de Manon dans le groupe

Manon se trouve maintenant dans un groupe de cinq enfants. Elle est avec un autre enfant porteur d'un TSA âgé de neuf ans, un jeune ayant un TSA sévère âgé de quinze ans, un enfant de sept ans atteint du syndrome de Down et enfin un enfant de neuf ans qui présente une déficience intellectuelle sans étiologie comportant des particularités motrices et relationnelles. Le groupe parcours moteur est proposé à Manon pour consolider sa motricité dynamique générale, distinguer les différentes parties du corps pour ensuite les associer au corps dans sa globalité, apporter de nouvelles stimulations sensorimotrices et ainsi mieux appréhender son environnement, et travailler les coordinations bimanuelles et oculo-manuelles.

Par rapport au groupe, Manon reste toujours à l'écart, elle est souvent plongée dans ses pensées, dans sa bulle, autocentrée sur elle-même. Cependant, lorsqu'elle commence à bien connaître une personne Manon peut donner sa confiance et une relation peut alors s'engager. Mais Manon a toujours du mal à entrer en relation avec ses camarades et ne semble pas comprendre leurs émotions.

Grâce aux séances très ritualisées, Manon se repère maintenant bien dans les séances, elle sait où se passent les différents temps de la séance. Elle exécute les consignes demandées mais a souvent besoin d'un accompagnement important. Elle ne prend pas beaucoup d'initiatives et attend qu'on lui dise ce qu'il faut faire. En effet, Manon est plutôt passive, il faut donc lui dire d'enlever ses chaussures, de les ranger, de venir s'asseoir sur les tapis etc.

Elle vient alors s'asseoir sur le tapis, toujours assise en tailleur. Son excès de corpulence ne lui permet pas d'avoir une station assise bien maintenue. Pendant l'échauffement, Manon attend qu'on lui dise quelle partie du corps il faut toucher pour le faire. L'indication verbale n'est généralement pas suffisante, il faut alors montrer sur soi la partie du corps voulue puis montrer sur elle pour qu'elle comprenne quelle est la partie du corps concernée. Manon a beaucoup progressé sur l'échauffement au cours de l'année. Au début de l'année, il fallait en effet faire le geste avec elle, en guidance gestuelle quasi constante, elle était très peu active et quand nous arrêtions de l'accompagner corporellement, elle arrêta le geste de suite. Puis au fur et à mesure de l'année, elle est devenue de plus en plus active. Elle a petit à petit bien intégré le déroulé de l'échauffement et elle peut être plus active en imitation, même si un étayage important est, aujourd'hui encore, nécessaire. Lorsqu'elle fait

ses automassages, Manon a un toucher très léger, elle effleure rapidement les différentes parties de son corps en repassant plusieurs fois dessus. Elle ne passe généralement pas sur toute la partie du corps voulue mais seulement sur une partie. Il faut alors l'accompagner ou faire avec elle pour que le toucher soit plus englobant afin qu'elle sente davantage son corps unifié.

Manon a une notion très faible de ses somatognosies. Elle commence petit à petit à connaître le nom des parties du corps mais ses connaissances sont encore très précaires. Elle arrive par exemple parfois à montrer son ventre, ses pieds ou encore ses bras. Le temps d'échauffement se termine toujours par le massage du dos, où les enfants s'assoient en colonne et chaque enfant fait le massage à l'enfant assis devant lui. Lors de ce temps, Manon doit souvent se déplacer. Elle se déplace alors souvent sur les fesses, en poussant sur ses bras, elle attend pour cela que nous lui disions de se déplacer à tel endroit. Il est ensuite généralement nécessaire de l'aider à effectuer un ajustement quant à sa position. Elle ne se place en effet généralement pas exactement face au dos de l'enfant et a du mal à se positionner correctement. Pour qu'elle comprenne bien où il faut qu'elle aille, il faut que nous lui donnions des indications très précises en pointant du doigt par exemple. Une fois bien positionnée, elle touche le dos de l'enfant devant elle. Généralement, son toucher est plutôt très léger, elle effleure le dos avec ses mains grandes ouvertes en effectuant des rotations. Puis elle perd généralement assez vite patience et s'arrête, il faut alors la stimuler pour qu'elle continue. Au niveau de l'éveil corporel du dos qui lui est fait, Manon semble préférer le toucher plus profond.

Une fois ce temps-là terminé, il faut dire à Manon d'aller s'asseoir sur le banc, consigne qu'elle exécute sans difficulté. Manon attend ensuite calmement son tour la plupart du temps. En attendant sur le banc, elle met souvent son pouce à la bouche et semble plongée dans son monde, elle a souvent le regard dans le vide. Elle se fait presque oublier car elle ne parle plus et ne bouge plus, elle regarde parfois les autres qui font le parcours. Quand c'est à son tour de faire le parcours, nous la prévenons un petit peu avant, puis Manon s'active quand on lui donne le top départ. Un adulte l'accompagne alors sur toute la durée du parcours. Pendant le parcours, Manon a souvent besoin de pauses. Elle s'arrête alors quelques secondes, qui peuvent parfois s'éterniser si elle replonge dans ses pensées, puis reprend le parcours à la demande du professionnel.

Manon s'est améliorée au cours de l'année sur le parcours, mais cela reste difficile pour elle. Elle effectue toutes les consignes, mais a besoin de beaucoup d'aide dans la plupart des épreuves. Concernant les épreuves d'équilibre, elle a généralement besoin qu'on la tienne pour ne pas qu'elle tombe et a besoin d'un soutien à la fois physique et psychique car elle n'est souvent pas très rassurée. Elle prend alors généralement appui sur une épaule ou donne

la main. Les épreuves se rattachant aux praxies plus fines comme les lancers, la mettent aussi en difficulté. Manon ne comprend parfois pas toutes les consignes, elle va alors beaucoup utiliser l'imitation. C'est en voyant que je me mets à quatre pattes qu'elle va comprendre qu'elle doit avancer sur le tapis à quatre pattes.

A la fin du parcours, les enfants ont le droit à un renforçateur. Nous donnons alors à Manon un fil dans lequel se trouvent des perles. Manon doit enlever les perles puis elle peut jouer librement avec son fil. Manon éprouve des difficultés au niveau de sa motricité fine pour enlever les perles du fil. Il faut alors faire avec elle. Puis une fois les perles retirées, Manon tourne le fil dans l'air ou l'enroule autour de ses doigts. Pendant ce temps, Manon reste seule et ne profite pas de l'espace de pause mis à disposition pour elle.

### B.5. La communication chez Manon

D'un point de vue relationnel, Manon avait beaucoup de troubles du comportement à son arrivée dans l'établissement. Effectivement, elle pouvait crier d'un coup, et s'énervait souvent en sautant partout et en tapant les gens autour d'elle. Cela semblait souvent être lié à une mauvaise gestion de sa frustration ou une demande d'attention trop importante. Effectivement, elle était dans un groupe de vie avec des jeunes déficients intellectuels, qui avaient un niveau relationnel et des compétences plus avancés que Manon. Les relations avec les éducateurs et les enseignants étaient devenues problématiques et Manon, ne pouvant pas suivre le reste du groupe, était bien souvent laissée de côté.

Depuis, l'établissement s'est davantage adapté aux jeunes TSA grâce à une augmentation du nombre d'encadrants et à des adaptations tant au niveau de l'espace, qu'au niveau des moyens de communication et du planning journalier. Manon va donc mieux et accepte toutes les prises en charge proposées, elle apprécie de plus en plus le travail en duo. Elle est capable d'interagir et de jouer mais a du mal à prendre en compte la place de l'autre dans l'activité. Manon est dans la relation avec les professionnels, elle est capable de tester le cadre et a besoin de ce cadre sinon elle déborde. Manon a identifié l'adulte comme personne ressource pouvant répondre à ses besoins. Elle n'hésite pas à aller le chercher si besoin et le suit quand l'environnement est inconnu. Parfois, Manon peut aussi fuir l'adulte qui va la chercher quand elle ne veut pas. Généralement, elle exécute ce que demande le professionnel, elle est ainsi capable d'être dans un travail dirigé de très courte durée et d'attendre son tour sur demande.

Manon a très peu d'interactions avec les autres enfants. Les stéréotypies visuomotrices que présente Manon entravent la relation avec l'autre. Elle passe en effet beaucoup de temps à manipuler ses cheveux ou un fil qui pend autour de ses doigts, devant son visage. Ce fil est considéré comme un renforçateur depuis son arrivée à l'IMP. Il arrive parfois que Manon pleure

et s'énerve quand on lui demande de poser le fil, et dès qu'elle a l'autorisation de le reprendre, elle reste fixée dessus et il n'est plus possible d'entrer en interaction avec elle ou de lui faire une demande. Elle peut néanmoins accepter que d'autres jeunes s'intéressent à elle. Elle peut avoir des gestes de découverte en touchant le visage et les mains de ses camarades. Manon accepte même de plus en plus le contact physique et peut montrer quelques signes d'affection avec les adultes qu'elle connaît bien.

Au niveau de la compréhension, Manon réagit à son prénom et semble comprendre dans le contexte quelques mots usuels comme « donne », « non » et « viens ». Elle est par ailleurs sensible aux compliments et aux félicitations mais ne semble pas comprendre les réactions et les émotions des autres jeunes. Manon peut exécuter les consignes demandées à condition de déployer les moyens de communication nécessaires. Il faut donc trouver d'autres moyens que des indications verbales pour qu'elle comprenne bien ce qui lui est demandé. L'imitation ou les images sont alors souvent utilisées. Des photos sont par exemple mises à disposition à chaque étape du parcours lors du groupe parcours moteur.

Au niveau de l'expression, Manon est non verbale à l'exception de quelques rares écholalies différées comme « non » ou « oui », ou encore « allez » en réponse à des questions ou sollicitations. Elle répond rarement à un sourire mais le contact oculaire est possible. Elle peut aussi, sur demande, faire au revoir de la main.

Malgré son manque de langage, Manon arrive à s'exprimer et communiquer. Elle trouve des moyens autres que le langage pour partager ce qu'elle pense. Elle compense donc son manque de langage par la communication non verbale. Manon exprime souvent son désaccord ou sa frustration par des pleurs ou en repoussant. Il arrive aussi fréquemment qu'elle s'énerve lorsqu'elle ne veut pas faire une activité ou lorsqu'elle se lasse de faire quelque chose. Manon exprime parfois son énervement par des petits balancements d'avant en arrière. Elle sait aussi prendre des distances quand elle en a besoin. Manon exprime l'acquiescement par un son qui se rapproche du « oui » souvent rattaché à un sourire. Elle a d'ailleurs un son significatif pour le « oui » et un autre son pour le « non » souvent lié à un retrait du regard. Manon parvient donc à s'exprimer et à se faire entendre dans ses demandes par des adultes qui la connaissent un minimum. Elle parvient notamment à formuler des demandes quand elle a besoin d'aide. Ces dernières sont autocentrées sur son plaisir propre et souvent impulsives. Lors des repas, elle demande de l'eau ou demande à se resservir en montrant de la main. Ses principales manières de communiquer passent donc par le pointage, les sons et la gestualité.

Manon s'exprime beaucoup par le corps. Ses mimiques nous indiquent beaucoup de ses ressentis, elle sourit beaucoup lorsqu'elle est joyeuse. Son tonus est aussi un très bon indicateur de son état. Il arrive parfois qu'en séance de groupe elle soit très hypotonique, qu'elle s'affaisse sans cesse, il faut alors la stimuler pour qu'elle reste en position assise. Cet

état d'hypotonie montre alors parfois chez Manon une grande fatigue, un bien-être ou encore une volonté à éviter l'exercice. Cette hypotonie s'accompagne parfois du pouce dans la bouche. Quand elle s'énerve, Manon peut crier fort, elle peut se rouler par terre et chercher à taper les personnes autour d'elle. Dans ces moments-là, le tonus de Manon est très élevé, elle nous montre alors sa colère notamment par son hypertonie.

Pour mieux cerner les moyens de communication de Manon, nous pouvons analyser les moyens qu'elle prend pour s'exprimer et communiquer lors d'une séance en groupe parcours moteur. Ce jour-là, l'AMP nous informe que Manon est très fatiguée. Nous le remarquons par nous-même très vite sans que Manon ait besoin de le verbaliser. Son état tonique, ses mimiques, sa gestualité ou encore sa posture sont très révélateurs de cet état de fatigue. Nous commençons l'échauffement, Manon participe un petit peu à l'échauffement au début puis se lasse, elle devient de moins en moins active. Je continue alors pour elle à lui faire son réveil corporel. Puis d'un coup Manon commence à s'énerver, elle crie, cherche à taper, s'allonge sur le sol et se tourne dans tous les sens. La calmer est une affaire compliquée, il faut réussir à contenir son énervement tout en rassurant les autres enfants et en continuant la séance avec eux, alors qu'ils sont perturbés par les cris et l'agitation et ne sont plus du tout concentrés. Finalement, les psychomotriciennes arrivent à la calmer et Manon peut s'allonger pour se reposer sur un tapis. Plus tard, Manon est assez en forme pour faire le parcours une fois. Elle nous indique encore une fois par son corps que ça va mieux. Son tonus a diminué, elle sourit et ses gestes sont moins brusques. Tout au long de la séance, l'état émotionnel de Manon a beaucoup changé et elle a réussi à nous l'exprimer. Ses manières de nous communiquer son état sont bien différentes de celles que peut présenter un enfant non autiste qui aurait peut-être pu réprimer sa colère, et l'exprimer par des mots.

Grâce au langage corporel, Manon a su, petit à petit, entrer en interaction avec moi et une relation a pu se créer, entre nous. Ainsi, entre le début de l'année où Manon refusait tout contact avec moi et maintenant, une grande évolution a eu lieu. Les premières semaines de mon stage, Manon était fuyante et n'acceptait pas que je m'occupe d'elle. Pour montrer son refus, Manon criait, avait un regard fuyant, me tournait le dos ou encore repoussait ma main. Elle était très peu coopérante et n'écoutait pas les consignes que je lui donnais. Elle était très passive et il fallait que je lui prenne les mains pour qu'elle exécute son éveil corporel. Puis petit à petit, une relation s'est établie. Au bout de plusieurs semaines, Manon acceptait ma présence, était plus à l'écoute et tournée vers moi. Elle pouvait encore facilement s'énerver et repousser ma main. Puis avec le temps, Manon a eu confiance en moi, elle développe maintenant des gestes et des attitudes complices avec moi. Elle me sourit, me prend la main, et écoute ce que je lui dis.

Un autre moyen de communiquer avec Manon est l'imitation. Lors du parcours moteur, nous l'utilisons beaucoup. Ainsi, nous accompagnons souvent la consigne verbale par une

démonstration corporelle pour que Manon puisse imiter. L'imitation de gestes et de bruits est émergente chez elle et a aussi été beaucoup travaillée à la maison avec la maman. Manon commence à réagir positivement à des jeux de coucou avec sa sœur, demande à les prolonger mais n'en a pas l'initiative. Manon arrive aussi très bien à me demander quand elle a besoin d'aide. Pour cela, elle tend son bras vers moi en bougeant sa main comme pour me dire « approche toi ». Parfois lorsqu'elle se trouve en difficulté, elle râle un peu en émettant des bruits avec sa bouche. Lorsqu'elle est contente, Manon rigole et sourit beaucoup.

Des systèmes de communication par le biais de la photo ou encore grâce à des pictogrammes ou des images aident Manon à comprendre et s'exprimer. Manon utilise le PECS ce qui lui permet d'être plus autonome dans ses demandes. Ce système de communication par échange d'images a été développé aux Etats-Unis en 1985 par le docteur A. Bondy et l'orthophoniste L. Frost. L'objectif principal du PECS est d'enseigner la communication fonctionnelle, le but étant qu'à terme, Manon développe la parole. Le PECS comprend plusieurs phases. Lors de la première phase, le jeune apprend à échanger une image contre un objet ou une activité qu'il veut vraiment. Il apprendra ensuite notamment à construire des phrases simples sur une bande phrase détachable en utilisant une image « Je veux » suivie de l'image de l'objet désiré. Les jeunes apprennent lors des dernières étapes à élargir leurs phrases en ajoutant des adjectifs, des verbes, des prépositions, etc. Mais Manon n'en n'est pas encore là. Pour l'instant, Manon peut, lorsqu'elle est motivée, aller chercher son classeur et faire une demande en complétant la bande phrase « Je veux... » à l'aide du pictogramme qui convient et tendre la bande phrase à l'adulte mais seuls quelques pictogrammes à forte charge motivationnelle sont actuellement fonctionnels : nourriture et fil à scoubidou. La plupart des autres pictogrammes pourtant présents dans le classeur ne sont pas utilisés spontanément et pas compris. Les bonnes capacités d'observation et de discrimination visuelle que possède Manon l'aident à utiliser le PECS à bon escient.

Ainsi, malgré ses difficultés langagières, Manon peut entrer en communication. Celle-ci n'est cependant généralement pas adaptée à la société dans laquelle nous vivons aujourd'hui et Manon reste souvent incomprise. Cette incompréhension est bien sûr notamment dû à son manque de langage mais cela ne suffit pas. Nous allons ainsi voir, au travers de ma rencontre avec Martin qu'avoir accès au langage n'est pas suffisant pour communiquer mais qu'il faut aussi savoir comment parler et se comporter pour réussir à se faire comprendre.



## C. Martin

### C.1. Présentation de Martin

Martin est né le 28 janvier 2005, il a aujourd'hui quinze ans. D'un point de vue familial, Martin vit avec ses deux parents et son petit frère de dix ans et demi. Martin a une relation très conflictuelle avec son petit frère, selon la mère il ne l'a jamais vraiment accepté. La mère de Martin souffre d'épilepsie, elle a fait deux crises d'épilepsie pendant la grossesse de Martin. De ce fait, il est né d'un accouchement provoqué quinze jours avant le terme. Il a été hospitalisé une semaine à la naissance pour hypotonie et reflux gastro-œsophagien. A neuf mois et à trois ans, il se fait opérer d'un hypospadias<sup>12</sup> puis se fait de nouveau opérer en 2008 du canal lacrymal<sup>13</sup> bilatéral.

Nourrisson, Martin est décrit comme inerte, ne faisant jamais de sourire et étant souvent figé. Martin était souvent dans les bras de sa mère, sinon il pleurait. Il présente un retard de développement psychomoteur avec l'apparition du premier sourire à huit mois, la tenue assise apparaît à quatorze mois et la marche est vraiment acquise seulement à trois ans. Martin présentait des difficultés de séparation et une intolérance à la frustration. L'assistante maternelle de Martin informe les parents de comportement d'automutilation chez Martin : il se mordait et se tapait la tête sur le sol. Des périodes d'agitation motrice et d'excitation, avec une suspicion d'absences sont aussi remarquées chez Martin. Il est alors suivi en Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) depuis ses onze mois pour des difficultés dans sa communication, son langage et ses interactions. Là, il est pris en charge en psychomotricité, suit des séances avec un psychologue, bénéficie de séances éducatives individuelles, il a des consultations avec le pédiatre tous les deux mois et a quelques consultations en orthophonie. Ces prises en charge intensives permettent une évolution positive de Martin.

Un bilan génétique est effectué dans un service de neuropédiatrie mais rien n'est trouvé. Le retard global de Martin est alors attribué à la prise de Dépakine<sup>14</sup> de la mère pendant la grossesse et une évaluation de Trouble Envahissant du Développement (TED) est lancée.

Un diagnostic d'autisme atypique a été posé en 2009, Martin avait alors quatre ans. Il présente un profil de TSA avec de bonnes capacités cognitives. Il entre à l'IMP à quatre ans et demi, en septembre 2009 après une scolarisation en petite section de maternelle qui n'a pas pu être poursuivie du fait de ces troubles du comportement. En parallèle de l'IMP, une

---

<sup>12</sup> Malformation du fœtus masculin qui se manifeste par l'ouverture de l'urètre dans la face inférieure du pénis au lieu de son extrémité.

<sup>13</sup> Les canaux lacrymaux permettent l'écoulement des larmes par le nez.

<sup>14</sup> Médicament utilisé dans le traitement de l'épilepsie.

prise en charge intensive à domicile par une psychologue formée à l'ABA<sup>15</sup> et au programme TEACCH<sup>16</sup> a été mise place pour lui de 2009 à 2012 mais celle-ci s'est interrompue après trois ans. Actuellement, une intervention psycho-éducative est maintenue à domicile. Une ancienne bibliothécaire fait des séances individuelles avec Martin qui sont centrées sur la lecture plaisir et une étudiante en psychologie l'aide pour le travail scolaire. Martin est aussi suivi au CMP et il suit une psychothérapie une fois par mois. Il va également au centre de loisirs une semaine à chaque période de vacances.

## C.2. Bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur complet et côté n'a pas été réalisé avec Martin mais plusieurs informations concernant ses capacités et ses difficultés motrices et comportementales sont importantes.

Au niveau de sa motricité, Martin marche souvent sur la pointe des pieds en sautillant légèrement. Il est autonome sur le plan de l'habillage et du déshabillage. On observe aussi chez Martin des stéréotypies et des décharges motrices. Sur le plan de la motricité fine et des praxies, Martin présente quelques difficultés, ses gestes étant peu précis.

D'un point de vue de ses apprentissages, Martin est peu motivé par les apprentissages scolaires décontextualisés. Mais il semble avoir un intérêt marqué et une appétence pour plusieurs thématiques comme les animaux, la musique, la découverte de la nature et la cuisine. Ces intérêts sont utilisés pour favoriser l'apprentissage et le motiver. Martin sait lire et semble aussi, dans une certaine mesure, pouvoir accéder à la lecture plaisir, il est notamment très intéressé par les albums et les documentaires.

Concernant le domaine spatio-temporel, Martin se repère bien dans la semaine et investit fortement les activités autour du calendrier. Il ne maîtrise pas encore le repérage dans l'année mais associe néanmoins les mois à des fêtes et des événements particuliers. Martin a encore besoin que le déroulement des activités soit explicité pour être rassuré. Il se repère plutôt bien dans l'espace, sait se repérer dans l'IMP et connaît sa droite et sa gauche.

Au niveau comportemental, Martin apprécie et investit bien les activités éducatives en petit groupe. Il est très volontaire et peut être frustré quand il n'y arrive pas. Martin peut encore avoir quelques troubles du comportement mais cela s'est bien amélioré. Il s'accroche aux relations établies avec les adultes et à l'IMP, les absences des professionnels ou des enfants

---

<sup>15</sup> Cf. *supra*, I.A. L'institut Médico-Pédagogique et son équipe, p.12

<sup>16</sup> Cf. *supra*, I.A. L'institut Médico-Pédagogique et son équipe, p.11

peuvent être sources de grandes inquiétudes, en lien avec des angoisses de mort. Martin demeure sensible aux changements qui doivent être anticipés et préparés avec lui.

### C.3. Prise en charge en groupe conscience corporelle

Tous les mercredis matin, Martin participe au groupe de conscience corporelle. Ce groupe a lieu dans la salle de sport et dure une heure. La première période entre septembre et la Toussaint, a été menée par les psychomotriciennes, j'ai ensuite pu prendre le relais pour mener à bien le groupe. Sept enfants participent aux séances, ils ont entre douze et quinze ans et présentent une déficience intellectuelle, deux enfants sont porteurs de TSA, dont Martin.

Les séances sont divisées en plusieurs temps. Nous commençons toujours de la même manière, afin que ce soit ritualisé et donc que les enfants trouvent leurs repères. Nous accueillons dans un premier temps les enfants qui retirent leurs chaussures, les rangent et vont s'asseoir sur les tapis disposés en cercle sur le sol.

Une fois tout le monde installé, nous proposons à chacun de partager aux autres leurs émotions du moment. Pour cela, un bonhomme auquel nous pouvons changer le visage, avec diverses émotions, est mis à disposition pour aider la verbalisation. Ce temps permet à chaque jeune de s'exprimer à tour de rôle et d'apprendre à patienter en attendant son tour. Mettre des mots sur les émotions, permet d'explicitier des ressentis et de les comprendre. Les jeunes ont parfois du mal à analyser les émotions qu'ils ressentent. Il est alors souvent nécessaire d'élaborer avec eux leurs perceptions, leurs sensations et de les relier avec un évènement qui a pu se passer dans la journée. Parfois, les émotions qu'ils expriment ne correspondent pas réellement à ce que nous percevons de l'extérieur. Certains ont du mal à justifier les émotions exprimées. Le fait que chacun exprime ses émotions permet que chacun comprenne comment se sent l'autre, cela permet de développer l'empathie. Ce temps permet aussi de mesurer la température du groupe, de voir si les enfants sont plutôt fatigués ou surexcités. Il permet de savoir si un évènement particulier a eu lieu dans la matinée ou dans la semaine. C'est en effet un temps où chacun peut exprimer ce qui l'a affecté car les jeunes n'ont pas toujours l'occasion de l'exprimer. Parfois, certains jeunes remontent des évènements qui se sont passés entre les jeunes ou à la maison ou encore dans le taxi pour venir à l'IMP. C'est donc un moment où ils peuvent exprimer quelque chose qui les travaille et ainsi nous pouvons par la suite en discuter avec eux ou leur proposer d'en parler avec leur éducateur. Des évènements qui ont lieu dans l'IMP ne sont aussi pas toujours compris par les enfants. Le temps d'échange permet alors de savoir ce que chacun a compris et d'expliquer plus précisément l'évènement en question.

Ensuite, vient le temps de la mise en corps. Un jeune, différent chaque semaine, vient initier ce temps d'échauffement. Il dit chaque partie du corps que l'on réveille au fur et à

mesure. Chacun vient alors faire des percussions corporelles sur toutes les parties de son corps. Le trajet des automassages est identique chaque semaine en commençant par les pieds et finissant par le dos où les jeunes se mettent assis en colonne et massent le dos de la personne assise devant elle. Cet échauffement est semblable à celui effectué avec le groupe des plus petits mais il est plus poussé car nous citons toutes les articulations, non connues par les plus jeunes. Cela permet aux jeunes d'intégrer leur schéma corporel et d'apprendre le vocabulaire des parties du corps.

Une fois l'échauffement terminé, nous passons à un temps d'expressivité du corps. Tout au long de l'année, plusieurs thèmes sont abordés. Nous avons commencé les deux premiers mois à travailler sur la fonction tonique et sa régulation. Nous avons par exemple fait expérimenter aux enfants la marche avec des poids, ils ont dû s'adapter corporellement pour arriver à pousser des modules, cela leur a permis de ressentir les sensations liées au tonus. Dans une deuxième partie de l'année, nous avons travaillé sur le rythme et l'équilibre. Les enfants ont alors appris à différencier un rythme lent d'un rythme rapide, à s'ajuster corporellement à ces rythmes et à produire eux-mêmes des rythmes lents ou rapides. Ils ont aussi développé leur équilibre en faisant un parcours et diverses activités autour de l'équilibre. Ensuite, nous nous sommes penchés sur le schéma corporel. Les enfants ont alors continué à apprendre le nom des différentes parties de leur corps, à ressentir chaque membre de leur corps et à avoir une meilleure conscience de leur schéma corporel.

Ce groupe est très hétérogène, chaque enfant étant à un niveau très différent. Cela permet aux jeunes de s'entraider. Il existe d'ailleurs une vraie cohésion dans ce groupe. Les jeunes s'encouragent beaucoup entre eux et se motivent.

Le groupe de conscience corporelle permet d'apporter aux jeunes certains moyens pour faciliter leur communication. Tout d'abord, les jeunes sont en permanence en relation les uns avec les autres et avec les professionnels, ils doivent donc trouver des moyens de se faire comprendre dans leurs demandes et s'entraînent à comprendre les attitudes, les postures et les paroles des autres membres du groupe. Lorsqu'ils ont besoin d'aide, nous ne venons pas les aider spontanément pour les inciter à exprimer leurs demandes. Le temps sur le partage des émotions est un temps qui permet à tous de s'exprimer. Chacun à tour de rôle est mis en valeur, le fait que tout le monde s'écoute et prenne le temps de comprendre ce que dit l'autre permet de mettre chacun en confiance dans ce qu'il dit. Ainsi, chaque jeune trouve des moyens de s'exprimer et s'il se sent compris cela va renforcer son comportement et donc il va s'efforcer à communiquer de plus en plus. Cela va améliorer, à terme, les capacités de communication de chaque enfant. Lors de ce temps, chacun trouve ses propres moyens de communication. A peu près tous les jeunes ont accès au langage même si celui-ci peut être encore assez précaire. Un des jeunes, Thomas, n'a que très peu accès au langage, il présente une

déficiences intellectuelles sévères liées au syndrome de Down. C'est donc en souriant ou grâce à ses mimiques qu'il s'exprime. Il peut aussi produire des sons qui se rapprochent de mots et pointer la carte correspondant à son émotion. Tous utilisent beaucoup la communication non verbale pour compenser leur manque d'aisance à l'oral.

Le travail sur les émotions permet aussi d'améliorer la communication car il oblige à parler de soi, de ses ressentis et donc de communiquer. Apprivoiser ses émotions et découvrir celles des autres permet de mieux comprendre son fonctionnement et celui d'autrui. Cela permet aux jeunes d'avoir plus de prise sur leurs propres conflits internes et l'autre apparaît comme un miroir qui peut ressentir les mêmes émotions que soi-même mais aussi des émotions différentes. Mieux comprendre l'autre permettra ensuite aux jeunes d'arriver à mieux communiquer avec autrui. Par exemple, certains jeunes ont plus de difficultés pour mettre des mots sur les émotions et savoir laquelle il ressent. Les professionnels essaient donc d'accentuer ces émotions au niveau de la posture et de la mimique. C'est en voyant cela que le jeune va réussir à confirmer que c'est bien cette émotion là qu'il ressent ou au contraire, il va comprendre que c'est une autre émotion qui correspond à ses ressentis.

Pour communiquer, il faut aussi avoir intégré certaines normes sociales. Nous essayons alors d'apprendre aux jeunes les habiletés sociales. Par exemple, Anaïs, une jeune du groupe atteinte du syndrome de Down, est très têtue. Il a alors fallu plusieurs fois lui tenir tête, afin qu'elle enlève sa capuche ou qu'elle mette un leggings en dessous de sa jupe en lui expliquant pourquoi, quel était l'intérêt à la fois pour elle et quelles étaient les conséquences sur les autres jeunes. Anaïs aime particulièrement donner des consignes aux autres jeunes, il est alors nécessaire de la recadrer et cela permet à chacun de mieux trouver sa place dans le groupe. Cela fait partie de l'intégration des normes sociales et aidera, plus tard, chacun à trouver sa place dans la société. Un autre jeune, Xavier, a toujours besoin de beaucoup d'étayage pour « faire », en effet il est dans une constante attente de l'adulte. Quelle que soit la demande, Xavier attend que l'adulte vienne faire avec lui, même dans les domaines où il est compétent. Il faut donc arriver à prendre de la distance tout en lui donnant confiance en ses capacités et lui montrer qu'il est capable d'y arriver tout seul. Nous essayons alors de mettre au travail chez Xavier, comme chez le tout petit, la figure d'attachement et la permanence de l'objet, de la personne et de l'espace. Cela permettra alors à Xavier de devenir plus indépendant.

#### C.4. L'attitude de Martin dans le groupe

Martin s'est bien intégré dans le groupe, même s'il reste souvent à distance des autres. Il est assez autonome dans tous les rituels qui se répètent chaque semaine. Il n'a pas besoin

que nous lui disions d'enlever ses chaussures ou encore de venir s'asseoir sur le tapis. Quand une consigne lui est donnée, il l'exécute sans difficulté, voire précipitamment.

Lors du partage des émotions, Martin exprimait souvent des émotions négatives durant toute la première moitié de l'année. Il disait généralement qu'il avait peur ou qu'il était triste. Ce moment lui permettait de s'exprimer à propos de ses peurs car il faisait souvent des cauchemars. Il ressassait donc ses cauchemars de la nuit passée ou des événements qui s'étaient déroulés plusieurs jours avant. Il fallait alors le replacer dans le présent en lui faisant comprendre que dans la salle de psychomotricité il n'y avait pas de raison d'avoir peur. Au fur et à mesure de l'année, Martin exprimait alors davantage d'émotions positives.

Lors des automassages, Martin ne se propose généralement pas pour mener l'échauffement. Quand il est désigné pour mener cet éveil du corps, il a besoin d'être accompagné car il ne connaît pas encore le nom de toutes les parties du corps. Il effectue l'échauffement sans trop de difficultés mais il faut souvent le recentrer sur le moment présent pour qu'il ne parte pas dans ses pensées ou ne regarde ailleurs. Martin est en effet assez distractible et peut facilement rentrer dans son monde.

Lors du temps d'expressivité du corps, Martin s'investit bien dans les propositions. Il est motivé et partant. Il présente cependant quelques difficultés motrices dues à une rigidité corporelle et a besoin d'aide lors des épreuves d'équilibre. Son schéma corporel est assez bien intégré. Il arrive à placer les différentes parties du corps correctement les unes par rapport aux autres mais les détails sont plus compliqués. Au niveau de son expressivité du corps, les gestes de Martin ne sont pas toujours très fluides et ils restent souvent dans une bulle proxémique restreinte.

Au niveau de sa relation avec les autres jeunes, Martin ne cherche pas forcément le contact mais lorsqu'il doit s'exprimer, il n'éprouve pas de difficulté. Cependant, il fuit un autre jeune du groupe, Thomas, qui l'effraie. Thomas l'avait effectivement tapé quelques mois auparavant, depuis Martin en avait très peur et ne voulait plus l'approcher. Lorsque Thomas se trouvait sur le chemin de Martin, ce dernier l'évitait ou attendait qu'il parte. Cela provoquait chez Martin de grosses angoisses, qui étaient devenues très fréquentes et obsessionnelles. Un long travail avec la psychologue de l'établissement a été engagé, et depuis octobre Martin allait un peu mieux. Nous l'encourageons donc à poursuivre ses efforts et nous nous attachions à lui prouver qu'il ne courrait pas de risque. Au fur et à mesure, Martin pouvait rester de plus en plus proche de Thomas.

## C.5. La communication chez Martin

Martin est un enfant verbal, qui connaît un certain vocabulaire et qui semble s'intéresser au sens des mots. Il est plutôt ouvert aux autres et peut facilement entrer en relation avec ses pairs, même si cette dernière est vite fuyante ensuite. Il a un bon contact visuel qui est toujours en progrès.

Martin peut formuler des demandes. Il peut utiliser un langage complexe et adapté à la situation de communication quotidienne. Martin est intelligible même si des troubles de la parole et du langage sont présents. Il lui est plus difficile d'exprimer ses sentiments et émotions.

Martin peut facilement être en situation de stress notamment si un changement non prévu a lieu, s'il est dans l'incompréhension face à une situation ou s'il se sent en danger. Il est cependant possible de le rassurer de manière temporaire par la discussion. Il est en effet capable de prendre en compte ce qui lui est dit et essaie de l'intégrer. Martin peut alors adopter des stratégies, comme se répéter en boucles certaines phrases pour s'auto-rassurer : « elle est partie la colère », « ça va, elle va bien » etc. Ses capacités de compréhension sont plus relatives dans les situations complexes qui peuvent être difficiles à décrypter pour Martin.

Martin a des capacités d'adaptation soutenues par ses compétences cognitives assez préservées. Les routines sociales verbales comme le « bonjour » et le « au revoir » sont présentes et Martin peut rechercher le contact. C'est un jeune volontaire qui peut développer des interactions sociales avec l'adulte principalement mais aussi avec ses pairs au sein de petits groupes.

Au niveau de sa communication non verbale, Martin présente des postures plutôt fermées et s'exprime dans une kinésphère<sup>17</sup> restreinte. Sa communication corporelle semble alors relativement renfermée et craintive.

Ainsi, malgré des compétences langagières relativement bonnes et des capacités cognitives assez préservées, Martin éprouve des difficultés à entrer en communication. Ces difficultés peuvent être dues à des particularités propres à l'autisme. Nous allons ainsi découvrir plus précisément les caractéristiques de l'autisme.

---

<sup>17</sup> Désigne l'espace accessible directement aux membres d'une personne, elle s'étend tout autour d'elle, jusqu'à l'extrémité de ses doigts et pieds tendus dans toutes les directions.

## II- LE TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE

### A. Approche historique de l'autisme

En 1911, le médecin psychiatre E. Bleuler crée le terme d'autisme pour définir le retrait relationnel symptomatique de la schizophrénie<sup>18</sup>, dont il est également l'inventeur.

C'est bien plus tard, en 1943, que L. Kanner, psychiatre autrichien émigré aux Etats-Unis, utilise pour la première fois le terme « autisme » pour désigner un syndrome spécifique de l'enfant qu'il nomme d'abord « perturbation autistique du contact affectif », puis « autisme infantile ». Il différencie nettement l'autisme infantile et la schizophrénie. L. Kanner met en exergue une incapacité à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations dès le début de la vie des enfants autistes. Il pense donc que le trouble apparaît de manière innée. Au-delà de l'isolement autistique, L. Kanner décrit chez ces enfants une tendance à rechercher l'immuabilité de l'environnement, l'écholalie, la sensibilité aux stimuli, une gamme d'intérêts limitée, ainsi que des troubles du langage. Selon lui, le langage pour ces enfants n'a pas valeur de communication. En revanche, L. Kanner observe des capacités mnésiques et perceptives remarquables (1943).

A la même période, le psychiatre autrichien H. Asperger décrit la « psychopathie autistique ». Il dépeint les signes de ce trouble dans un article qu'il rédige en 1944. Il cite notamment des modes relationnels inappropriés, une conversation unidirectionnelle et une pauvreté du contact visuel. Il décrit aussi une forte préoccupation pour des intérêts spéciaux, des mouvements maladroits, des bizarreries et des aptitudes intellectuelles pouvant aller de la débilité au génie. Les publications de H. Asperger, rédigées en allemand, restent méconnues jusqu'à ce que L. Wing, une psychiatre britannique les traduise en 1981. Celle-ci réactualise donc le travail de H. Asperger en mettant notamment en exergue un manque d'empathie et une faible capacité à l'amitié, une naïveté et une inadaptation sociale, un langage pédant et répétitif et une communication non verbale pauvre.

L'autisme prend une place centrale dans la psychopathologie de l'enfant en 1980, date à laquelle son approche descriptive s'impose dans la troisième version du manuel statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA, 1980). La définition critérisée de l'autisme devient alors une référence internationale et l'autisme fait l'objet d'un intense intérêt scientifique et médiatique à partir des années quatre-vingt-dix.

La multiplicité probable des causes, la variété des tableaux cliniques ou encore la diversité des modèles d'intervention appropriés rendent la problématique autistique complexe.

---

<sup>18</sup> Pathologie psychiatrique chronique appartenant aux psychoses, caractérisée par une perte du contact avec la réalité.



Nous essaierons cependant de comprendre davantage ce trouble, en commençant par le définir et en exposant sa classification et ses critères diagnostics.

## B. Définition, classification et critères diagnostiques de l'autisme

La notion d'autisme est difficile à décrire, sa définition a effectivement beaucoup évolué au cours du temps. L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en donne une définition : « *Les troubles du spectre de l'autisme résultent d'anomalies du neurodéveloppement. Ils apparaissent précocement au cours de la petite enfance et persistent à l'âge adulte. Ils se manifestent par des altérations dans la capacité à établir des interactions sociales et à communiquer, ainsi que par des anomalies comportementales, en particulier une réticence au changement et une tendance à la répétition de comportements ou de discours. Les personnes concernées semblent souvent isolées dans leur monde intérieur et présentent des réactions sensorielles (auditives, visuelles, cutanées...) particulières.* » (2018).

Au départ, l'autisme demeurait indifférencié de la schizophrénie infantile, nous allons donc voir les différentes places que cette pathologie a prises dans les nombreuses classifications qui se sont succédées.

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) est le manuel de référence en psychiatrie qui a été publié par l'APA décrivant et classifiant les troubles mentaux. Ce manuel s'est modifié au cours du temps et la dernière édition est le DSM-V, publié en 2013. C'est en 1968 que le terme « autisme » apparaît pour la première fois dans la deuxième édition du manuel (DSM-II). Il est d'abord classifié comme schizophrénie infantile (APA, 1968). En 1980, dans le DSM-III, l'autisme s'appelle « autisme infantile ». Il est regroupé avec trois autres troubles, dans une nouvelle rubrique intitulée « Troubles Envahissants du Développement ». Dans le DSM-IV, l'autisme est toujours considéré comme un trouble parmi quatre autres de la catégorie TED (1994). C'est enfin en 2013, dans la définition la plus récente parue dans le DSM-V, que le terme générique « Trouble du Spectre Autistique » va être employé. Ces troubles ne sont alors plus décrits à travers différents sous-types, et la dyade symptomatique, que nous allons approfondir par la suite, apparaît.

La classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), a été publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1994. La CIM-10 classe l'autisme dans les « Troubles Envahissants du Développement » (TED), selon elle, « *Les TED sont 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. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes*

*situations* » (OMS, 1994). Récemment, en juin 2018, l'OMS a publié sa nouvelle classification des maladies : la CIM-11. Celle-ci met à jour les critères de diagnostic de l'autisme, et est maintenant plus en ligne avec le DSM-V. Elle comprend dorénavant la même dyade symptomatique que le DSM-V et supprime ainsi la troisième caractéristique énumérée dans la précédente édition de la CIM, liée aux problèmes de langage. Les deux classifications les plus récentes soulignent également l'importance d'examiner les sensibilités sensorielles inhabituelles, qui sont fréquentes chez les personnes porteuses de TSA.

Nous allons à présent nous intéresser aux critères diagnostiques du TSA selon le DSM-V. Ces critères, détaillés en annexe<sup>19</sup>, mettent en exergue une dyade symptomatique (APA, 2013).

**Un déficit persistant dans la communication et les interactions sociales** est un des critères diagnostic de l'autisme. Il renvoie à « l'isolement autistique », c'est-à-dire aux difficultés rencontrées par les personnes porteuses de TSA à établir et maintenir des relations avec autrui. Ce critère évoque aussi des troubles du langage et de la communication. Nous allons approfondir ces notions dans la prochaine partie.

Le deuxième critère diagnostic concerne le **caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités**. Les personnes atteintes de TSA peuvent en effet parfois montrer des comportements très répétitifs et stéréotypés. Cela peut notamment passer par la manipulation d'objet de façon identique et répétée. L'intolérance au changement est aussi évoquée dans ce critère. Les personnes ayant un TSA présentent régulièrement des routines qu'il est difficile pour elles de modifier. Elles ont parfois des intérêts restreints qui peuvent paraître anormaux soit dans leur intensité soit dans leur but. Enfin, les particularités sensorielles sont mises en avant dans cette classification avec la mention de l'hyper-réactivité ou l'hypo-réactivité aux stimulations sensorielles que peuvent présenter certaines personnes porteuses de TSA.

Au final, ces nouveaux critères diagnostiques permettent une amélioration de la description et de l'organisation des caractéristiques clés qui mettent l'accent sur la nature dimensionnelle de l'autisme. Chaque élément de la dyade d'atteinte peut survenir avec un degré de sévérité variable et avoir différents types de manifestations. Le concept de TSA est donc large, et entraîne un groupe hétérogène de pathologies, d'une grande diversité clinique et des situations de handicap différentes. Le fonctionnement des personnes avec TSA évolue tout au long de la vie en fonction de la sévérité des symptômes, de l'âge de la personne, de son développement, de ses expériences, de la qualité et de l'intensité de son accompagnement.

---

<sup>19</sup> Cf. *infra*, Annexe I p. I

### C. Epidémiologie de l'autisme

La prévalence peut être définie comme le nombre de personnes présentant une certaine maladie dans une population à un instant donné. Celle de l'autisme est difficile à estimer car les taux observés dépendent des critères retenus liés à la définition du spectre autistique. En 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) énonce que la prévalence mondiale des TSA dans la population générale était estimée à 7,2 pour 1000. En 2020, le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) américain fait état d'une prévalence de 1 enfant sur 54 atteint de TSA, selon une étude faite en 2016 sur des enfants de huit ans dans onze sites aux Etats-Unis (Maenner & al., 2020). Selon l'INSERM, en 2018, 700 000 personnes sont reconnues comme possédant un TSA en France. En 2011, l'Organisation des Nations Unies (ONU) précisait que 67 millions de personnes seraient porteuses d'autisme dans le monde.

L'incidence, quant à elle, correspond au nombre de nouveaux cas d'une maladie observés sur une période de temps définie. Par rapport à la prévalence, peu d'études, toutes rétrospectives, ont estimé l'incidence annuelle des TSA. Une étude rétrospective énonce que le taux d'incidence des TSA était estimé à 9 personnes pour 100 000 par années en 1995, tandis qu'il se situe aux alentours de 37 personnes pour 100 000 par années en 2010 (Jensen & al., 2014). En 2016, le CDC, précise que le taux de prévalence des TSA a augmenté de 70% en cinq ans dans le monde.

Certains facteurs permettent d'expliquer, au moins en partie, cette croissance du nombre de diagnostics. Dans sa publication de 2018, l'HAS souligne que l'augmentation de la prévalence du TSA est liée à l'élargissement des critères diagnostiques depuis le passage à la CIM-10 et au DSM-IV. En effet, les dernières classifications incluent un ensemble plus vaste de sujets, avec des profils variés ainsi qu'une sévérité diminuée par rapport à l'autisme typique. Cette augmentation est également en lien avec une meilleure reconnaissance du TSA au fil des années, tant au niveau des professionnels de santé, que du grand public. Une étude menée en 2005 suggère que des causes environnementales pourraient également être à l'origine d'une certaine augmentation de l'incidence des TSA (Barbaresi & al., 2005).

### D. Etiologie de l'autisme

L'étiologie est l'étude des causes et des facteurs d'une maladie. Celle de l'autisme est encore mal connue aujourd'hui, ses causes seraient multiples mais une origine génétique serait prédominante. Il s'agirait alors d'une combinaison de plusieurs facteurs qui restent encore méconnus. Plusieurs hypothèses ont été formulées quant au déclenchement de l'autisme selon plusieurs approches. Il existe une approche génétique, neurologique ou encore environnementale. Nous allons à présent nous pencher sur ces trois approches.

## D.1. Approche génétique

Le fait que certains gènes soient impliqués dans le développement des troubles est désormais reconnu. De nombreuses études sont effectuées afin de trouver les gènes qui seraient responsables de l'apparition du TSA, mais ceux-ci varieraient d'un enfant à l'autre. Le docteur M. Zilbovicius, psychiatre et directrice de recherche à l'INSERM, nous explique que certains gènes atteints seraient impliqués dans le fonctionnement des synapses (cité dans Robert, 2011). Celles-ci ont un rôle dans le transfert de l'information entre les neurones, elles favorisent ou tempèrent l'influx nerveux.

Il a également été découvert qu'un déficit en ocytocine, une hormone qui intervient dans le déclenchement de l'accouchement et ayant un rôle dans la régulation des émotions, serait un facteur de risque du TSA. Ce neuromodulateur serait impliqué dans les difficultés de sociabilité. Des études nous informent ainsi qu'une injection d'ocytocine augmenterait le contact visuel lors d'une interaction sociale (Auyeung & al., 2015) et réduirait les comportements répétitifs des adultes atteints de TSA (Hollander & al., 2003).

Des études familiales ont aussi confirmé l'existence d'une prédisposition génétique dans l'autisme. Ainsi, selon une étude réalisée en 2001, une famille possédant déjà un enfant atteint de TSA, a un risque quarante-cinq fois plus élevé d'avoir un deuxième enfant porteur de TSA que dans la population générale (Folstein & Rosen-Sheidley, 2001). Aussi, une étude effectuée sur des jumeaux apporte des résultats flagrants quant à la prédisposition génétique. En effet, pour des jumeaux homozygotes, si un des jumeaux est atteint, il y a entre 70 et 90% de probabilités que le deuxième le soit également, alors que le risque est inférieur à 10% lorsqu'il s'agit de jumeaux dizygotes (Gaugler & al., 2014). Une vulnérabilité plus importante chez les garçons que chez les filles a aussi été prouvée. Une étude évoque ainsi un taux de trois garçons atteints pour une fille (Loomes & al., 2017).

## D.2. Approche neurologique

Le sillon temporal supérieur semble être fortement impliqué dans l'autisme. La psychiatre M. Zilbovicius nous rapporte en effet une diminution bilatérale du flux sanguin au niveau du sillon temporal supérieur chez les personnes porteuses de TSA par rapport aux personnes neurotypiques<sup>20</sup> (cité dans Robert, 2011). Des Imageries par Résonance Magnétique (IRMs) ont aussi été effectuées pour mesurer les différentes structures du cerveau. Ces IRMs ont alors révélé des anomalies structurelles chez les individus atteints de TSA. Une diminution de la substance grise peut effectivement être observée dans le sillon

---

<sup>20</sup> Terme employé pour désigner une personne non-autiste.

temporal supérieur des personnes ayant un TSA, soit exactement au même endroit que les anomalies fonctionnelles observées auparavant, à savoir, la diminution du flux sanguin<sup>21</sup>.

La découverte de la fonction du sillon temporal supérieur est très récente. Cette région du cerveau serait en fait celle qui permet la perception des visages, des yeux, des mains, ou encore des mouvements du corps. Toutes ces fonctions étant très impliquées dans la perception sociale, le lien avec l'autisme n'en est que plus renforcé. La région temporale supérieure est aussi le siège de la perception de la voix humaine (Robert, 2011). Le cerveau des personnes porteuses de TSA va alors traiter différemment d'une personne neurotypique tous les bruits que nous émettons. Il va en effet traiter la voix comme n'importe quel autre son. La région temporale supérieure ne va alors pas s'activer quand une personne ayant un TSA écoute une voix. Cela explique donc les difficultés que peuvent présenter les personnes porteuses de TSA à reconnaître notamment les émotions contenues dans la voix.

Le cerveau étant très connecté entre ses différentes régions, l'anomalie du sillon temporal supérieur implique le dysfonctionnement de tout un réseau. C'est donc une grande partie du cerveau qui va se développer de façon atypique chez les enfants porteurs de TSA et va les mettre en difficulté dans la perception sociale. La région temporale supérieure fait en effet partie de ce qui est appelé « cerveau social ». Celui-ci implique plusieurs structures. Le cerveau social contient plusieurs réseaux<sup>22</sup>, dont celui de la perception sociale, composé notamment du sillon temporal supérieur. Le réseau de la motivation sociale est celui qui permet le désir d'aller vers l'autre et de réaliser des actions motivées par la pensée d'autrui. Un dernier réseau sous-tend l'attention sociale, c'est-à-dire l'attention qui est portée spécifiquement aux personnes que l'on pourra imiter et aux activités humaines que l'on pourra apprendre (Gillet, 2013, p.29).

De nombreuses études ont été réalisées chez des personnes porteuses de TSA qui montraient des particularités neuro-anatomo-fonctionnelles dans de nombreuses aires cérébrales notamment impliquées dans le cerveau social (Gillet, 2013, p.31). Ces particularités pourraient ainsi empêcher la fonction sous-tendue par la zone touchée de se développer normalement.

---

<sup>21</sup> Cf. *infra*, Annexe II p. II

<sup>22</sup> Cf. *infra*, Annexe III p.III

### D.3. Approche environnementale

A ce jour, les hypothèses sur les facteurs exogènes de l'autisme ne sont pas encore prouvées mais plusieurs études ont repéré certains facteurs qui ont pu participer à l'apparition de l'autisme.

Selon certaines études, de nombreux facteurs pré et périnataux pourraient être des facteurs de risques de TSA, celles-ci sont toutefois encore discutées. Ainsi, la prématurité pourrait être un facteur de risque (Joseph & al., 2017). Il en va de même pour l'exposition à certains médicaments au cours de la grossesse (Kaplan & al., 2016).

D'autres facteurs environnementaux, encore discutés seraient aussi des facteurs de risque possibles de TSA. Une étude suggère une légère augmentation du risque de TSA pour l'enfant exposé à la pollution pendant la grossesse ou en post-natal (Flores-Pajot & al., 2016). Une relation entre une exposition anténatale aux pesticides et un risque de troubles du développement a aussi été suggérée par une étude menée en 2014 (Rossignol & al.). L'exposition au mercure est aussi suspectée d'augmenter le risque de TSA (Kern & al., 2016).

Par ailleurs, le niveau socio-économique n'est pas en lien avec l'autisme (HAS, 2010).

### E. Troubles associés à l'autisme

L'autisme est souvent associé à d'autres troubles ou pathologies que nous allons évoquer ci-dessous.

Des anomalies du périmètre crânien peuvent parfois être observés chez des individus porteurs de TSA. Ainsi, une étude réalisée aux Etats-Unis remarque qu'une macrocéphalie<sup>23</sup> est observée chez 17,5% des personnes porteuses de TSA (Lainhart & al., 2006).

Un retard mental est aussi souvent associé à l'autisme. Selon l'HAS, le retard mental léger ou modéré est présent chez 30% des personnes porteuses de TSA tandis qu'un retard mental profond est présent dans 40% des cas (2010).

La prévalence de l'épilepsie dans les TED est estimée entre 20 et 25% (Canitano, 2007), alors que dans la population générale elle serait de 0,5 à 1% (Hauser & al., 1991).

Des troubles psychiatriques sont régulièrement présents chez les personnes souffrant d'autisme. Selon les études, la fréquence de troubles psychiatriques chez les personnes

---

<sup>23</sup> Développement excessif du volume crânien.

atteintes de TSA varie de 11 à 75% (HAS, 2010). Beaucoup de troubles de l'humeur sont notamment retrouvés. Le taux d'anxiété retrouvé chez des adultes avec retard mental et autisme est bien plus important que chez des adultes avec retard mental sans autisme (Gillott & al., 2007). Cela peut s'expliquer par le fait que les individus porteurs de TSA ont généralement du mal à gérer des situations sociales, certains changements ou encore les stimulations sensorielles et certaines informations. Selon certaines études, 5 à 12% des adultes avec autisme présenteraient des troubles psychotiques (Ghaziuddin & al., 2008). Des troubles schizophréniques ont été observés dans 30 % des cas dans l'autisme (Mouridsen & al., 2008). Le Trouble Déficitaire de l'Attention et/ou de l'Hyperactivité (TDA/H) serait présent chez 28 à 30% des personnes porteuses de TSA (Simonoff & al., 2008)

Un certain nombre de syndromes génétiques incluent dans leur phénotype la possibilité d'un TSA. Nous citerons par exemple, le syndrome de l'X fragile<sup>24</sup>. La sclérose tubéreuse de Bourneville, caractérisée par une croissance anormale des tissus et le développement de tumeurs bénignes dans le cerveau et dans d'autres organes, est aussi une maladie associée à l'autisme. D'autres maladies génétiques peuvent fréquemment associer un TSA comme le syndrome de Rett<sup>25</sup>, la dystrophie musculaire<sup>26</sup> et la neurofibromatose<sup>27</sup> (HAS, 2018).

Des déficiences sensorielles sont également régulièrement observées chez les personnes porteuses de TSA, principalement des déficiences visuelles et auditives (HAS, 2010).

Les troubles du sommeil sont aussi fréquemment retrouvés dans l'autisme. Selon les études, 45% à 86% des personnes porteuses de TSA en souffriraient (Richdale & al., 1995).

Les personnes ayant un TSA souffrent souvent de troubles de l'alimentation. Une étude de Xue et al., montre ainsi que 51% des personnes porteuses de TSA présentent une intolérance alimentaire et 59% souffrent de troubles gastro-intestinaux (2008). Selon l'HAS, les enfants porteurs de TSA présenteraient régulièrement des incontinences urinaire et fécales, ainsi que des constipations (2018).

---

<sup>24</sup> Cf. *supra*, I.A. L'institut Médico Pédagogique et son équipe, p.10

<sup>25</sup> Trouble neurologique de la première enfance décrit chez les filles, entraînant un trouble sévère du développement intellectuel et moteur.

<sup>26</sup> Atteinte neuromusculaire héréditaire de nature progressive, résultant de la mutation d'un ou de plusieurs gènes destinés à assurer les fonctions et structures musculaires.

<sup>27</sup> Maladie génétique qui touche le système nerveux caractérisée par la présence de tumeurs non cancéreuses le long des trajets nerveux.

## F. Le développement psychomoteur de la personne avec autisme

### F.1. Le développement moteur chez les personnes présentant un TSA

Comme nous l'avons vu précédemment, la symptomatologie motrice ne fait pas partie des critères diagnostiques du TSA. C'est dans les années quatre-vingt-dix que l'on commence à s'intéresser aux capacités motrices des personnes porteuses de TSA. De nombreuses études sont alors menées dont les résultats sont souvent contradictoires, ceci est dû à la large diversité des profils cliniques des personnes présentant un TSA.

Dès les premières années de vie, le développement moteur de l'enfant ayant un TSA présente des différences par rapport au développement moteur d'un nouveau-né non autiste. Ainsi, une étude (Teitelbaum & al., 2003) a révélé que chez les enfants porteurs de TSA, les acquisitions motrices fondamentales sont réalisées dans les délais attendus mais de façon particulière. Ces enfants présentent notamment des troubles des ajustements posturaux anticipés, des réactions de protection, des mouvements en bloc et des asymétries. En 2004, des chercheurs (Teitelbaum & al.) font l'hypothèse d'un trouble du développement des réflexes infantiles dans les TSA, se caractérisant notamment par la persistance de certains réflexes et un retard d'apparition d'autres réflexes. En 1999, une étude a montré que les enfants présentant un TSA entre neuf et douze mois portent davantage les objets à la bouche par rapport à des enfants ordinaires ou avec un retard de développement (Baranek). Une étude menée en 2007 par Clifford a aussi décrit un manque d'anticipation motrice. Selon une étude menée en 1993, au cours de la première année de vie, les enfants avec TSA pourraient présenter une hypotonie, et lors de la deuxième année des particularités posturales (Adrien & al.).

Les particularités motrices présentes chez les individus porteurs d'un TSA sont très variables dans leur expression et leur intensité mais la plupart des études s'accordent sur le fait que les troubles moteurs sont fréquents chez ces personnes.

Concernant la motricité globale, des troubles du tonus<sup>28</sup> sont fréquemment mis en avant chez les personnes ayant un TSA. Celles-ci peuvent présenter une hypotonie<sup>29</sup> ou une hyperlaxité ligamentaire<sup>30</sup>. Ces particularités peuvent être associées à des comportements d'ajustement tonique extrême. Par exemple, un nouveau-né aura des difficultés à ajuster son tonus au bras qui le porte (Perrin, 2013, p.134). Les personnes porteuses de TSA peuvent aussi présenter des particularités liées au déplacement. La recherche de certaines sensations

---

<sup>28</sup> Etat de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur

<sup>29</sup> Baisse du tonus musculaire.

<sup>30</sup> Elasticité excessive des ligaments.



peut en effet les amener à modifier leur marche, en se déplaçant sur la pointe des pieds par exemple. Des études portées sur la marche ont mis en évidence une symptomatologie proche de l'ataxie cérébelleuse<sup>31</sup>, c'est-à-dire un déséquilibre et un manque de contrôle et d'ajustement du mouvement (Esposito & al., 2011).

Les troubles de la réalisation de mouvements intentionnels ont amené certains auteurs à se questionner sur la présence d'un Trouble Développementale de la Coordination (TDC) dans l'autisme. Ce terme correspond chez l'enfant, à une acquisition ou une exécution de la coordination motrice nettement en dessous du niveau de l'âge attendu. Ces difficultés interfèrent de façon significative et persistante avec la performance dans les activités de la vie courante. Un certain nombre de personnes présentant un TSA ont une symptomatologie proche de celle habituellement observée dans le TDC. Ainsi, on peut retrouver des particularités de force et de tonus, un manque de coordination entre les hémicorps, des difficultés d'automatisation de tâches nouvelles, un manque de contrôle moteur ou encore une lenteur (Perrin, 2013, p.137).

Au niveau de la motricité fine, les personnes présentant un TSA se distinguent des autres sur le plan de la force, de la prise, de la vitesse digitale et de la dextérité (Hardan & al., 2003). Elles sont généralement plus lentes pour les tâches de dextérité et pour la vitesse digitale. Elles emploient souvent leur force de manière inadaptée ce qui rend l'utilisation d'outils difficile (Perrin, 2013, p.133). On observe aussi des particularités au niveau de la dominance manuelle, en effet 15 à 20% des enfants avec un TSA sont latéralisés à gauche contre 9% pour les autres enfants (Hauck & Dewey, 2001). La préférence manuelle est aussi moins affirmée car les personnes ayant un TSA sont latéralisées plus tardivement et de façon moins constante que les enfants sans trouble du développement (Cornish & McManus, 1996). Ce défaut de latéralisation contribue aux difficultés de coordination bi-manuelle.

Les stéréotypies motrices sont un « *ensemble de comportements moteurs très différents se caractérisant par des mouvements rythmés, répétitifs et sans but fonctionnel apparent. Elles peuvent mobiliser l'ensemble du corps, une partie de celui-ci ou bien des éléments de l'environnement* » (Perrin, 2013, p.138). Très présentes dans les TSA, elles sont aussi observées dans le développement ordinaire de façon transitoire. Des études ont révélé que la fréquence et la sévérité des stéréotypies présentes dans l'autisme sont positivement corrélées à l'intensité du trouble autistique (Bodfish & al., 2000) et au niveau cognitif de la personne (Militeri & al., 2002 ; Carcani-Rathwell & al., 2006). Ces études révèlent aussi que deux stéréotypies sont particulièrement retrouvées chez les personnes ayant un TSA. Il s'agit des mouvements de mains et de doigts, qui peuvent être l'applaudissement, ou l'agitation et

---

<sup>31</sup> Maladie causée par une lésion au niveau du cervelet se caractérisant par une incoordination dans les mouvements musculaires.

la rotation. Le mouvement de certaines postures est aussi fréquemment retrouvé, notamment la rotation sur soi ou le sautiller. Plusieurs hypothèses existent quant à la fonction des stéréotypies motrices. Certains évoquent que celles-ci ne sont pas produites volontairement et sont l'expression comportementale d'un dysfonctionnement cérébral codé génétiquement. D'autres estiment que ce sont des mouvements volontaires ayant pour but de réguler le niveau d'éveil et de maintenir un niveau constant de stimulation sensorielle. Cela permettrait à la personne de se recentrer sur ses sensations internes et de réduire les stimulations extérieures, ou bien encore de se procurer des stimulations. Un troisième modèle envisage les stéréotypies comme un moyen pour la personne d'obtenir un renforcement ou d'éviter une situation (Perrin, 2013, p.140).

De manière générale, des particularités sont souvent observées dans les compétences motrices des personnes ayant un TSA. Leurs actions semblent davantage guidées par l'action elle-même que par l'objectif qui la sous-tend (Vernazza-Martin et al., 2005). Les personnes avec un TSA semblent avoir une préférence pour les comportements répétitifs et immuables. Certains comportements sont aussi dus à des particularités sensorielles, que nous allons à présent approfondir.

## F.2. Le développement sensoriel chez les personnes présentant un TSA

Les personnes ayant un TSA présentent fréquemment des particularités au niveau sensoriel. Elles vont alors avoir une manière particulière d'expérimenter le monde. Afin de découvrir les perturbations sensorielles qui peuvent être présentes dans l'autisme, nous allons commencer par comprendre comment fonctionne le système sensoriel.

« *La sensation est notre première interface avec le monde et consiste en l'extraction d'informations à partir de l'environnement à l'aide de capteurs spécialisés situés au niveau des organes des sens (œil, oreille, nez, etc.)* » (Laranjeira & Perrin, 2011, p.175). Comme indiqué dans le schéma représentant le traitement de l'information<sup>32</sup>, les récepteurs reçoivent le stimulus et le transforment en signaux électriques qui sont acheminés vers le Système Nerveux Central (SNC) par les fibres nerveuses sensorielles. Ces signaux sont ensuite traités par le cerveau, ce qui aboutit à la perception. Les données traitées sont alors transmises aux organes effecteurs, par les fibres nerveuses motrices. Cela donne lieu à une réponse motrice ou émotionnelle.

Tandis que certains enfants atteints de TSA ne supportent pas le toucher ni même l'effleurement, d'autres au contraire aiment les touchers fermes et profonds. Les difficultés de

---

<sup>32</sup> Cf. *infra*, Annexe IV, p.IV

traitements sensoriels peuvent se retrouver dans plusieurs systèmes sensoriels. Ainsi, certains individus porteurs de TSA présentent des hypo ou hypersensibilités, uni ou plurimodales alors que leurs organes sensoriels ne sont pas forcément atteints (Laranjeira & Perrin, 2013, p.176).

Les personnes avec TSA présentent parfois des particularités de perception tactile. Par exemple, elles perçoivent la douleur mais ont du mal à intégrer cette sensation et l'expriment de manière particulière. Ainsi, elles peuvent ne présenter aucune réaction ou au contraire avoir une réaction exacerbée (Laranjeira & Perrin, 2013, p.179).

Au niveau du système olfactif, certains individus ayant un TSA sont attirés par les odeurs fortes, ils aiment alors sentir des objets, des aliments ou des personnes. D'autres au contraire ne peuvent pas supporter la moindre odeur, parfois même pas perçue par l'entourage (Laranjeira & Perrin, 2013, p.181).

Des particularités gustatives sont aussi relevées chez les personnes ayant un TSA. Certaines cherchent des aliments très forts et épicés voire non comestibles, tandis que d'autres ne supportent que certaines textures ou saveurs (Laranjeira & Perrin, 2013, p.181).

Comme nous l'avons vu auparavant, les anomalies au niveau du sillon temporal supérieur entraînent une difficulté de perception de la voix humaine. La question de la surdité se pose alors souvent dans l'entourage de l'enfant atteint de TSA car il arrive que l'enfant ne réagisse pas à l'appel de son prénom (Robert, 2011). D'autres enfants au contraire, peuvent avoir une sensibilité accrue à certains sons ou présenter des difficultés à filtrer les bruits de fond.

*« De manière générale, les personnes avec autisme s'appuient beaucoup sur les informations visuelles pour comprendre et s'ajuster aux exigences de l'environnement. »* (Laranjeira & Perrin, 2013, p.183). Elles peuvent parfois être attirées par les détails, les reflets, les mouvements ou encore les jeux de lumière et présenteraient une grande sensibilité aux sources lumineuses.

La proprioception permet de nous renseigner sur la position et l'état de nos différentes parties du corps grâce aux récepteurs localisés dans les couches profondes de la musculature, des articulations et des tendons. Chez les personnes présentant un TSA, des troubles de la perception proprioceptive sont fréquemment décrits (Laranjeira & Perrin, 2013, p.180).

Nous avons conscience de nos mouvements et nos déplacements dans l'espace grâce au système vestibulaire. Celui-ci permet notamment de contrôler l'équilibre. Chez les personnes porteuses de TSA, nous pouvons parfois observer une instabilité motrice ou encore

des postures statiques et dynamiques atypiques. Certains individus ayant un TSA ont parfois un attrait particulier pour les mouvements de balancement et de rotation, certains ont aussi une appréhension lors de mouvements rapides ou de pertes de contact avec le sol (Laranjeira & Perrin, 2013, p.184).

Toutes ces manifestations comportementales atypiques sont l'image d'un dysfonctionnement plus profond altérant les étapes du traitement de l'information sensorielle. Les personnes avec autisme présentent ainsi des seuils perceptifs variables, ce qui induit une hypersensibilité si le seuil perceptif est faible et une hyposensibilité si celui-ci est élevé. Leurs réponses comportementales et émotionnelles seront donc singulières. Les particularités sensorielles induiront souvent des comportements de recherche ou des comportements d'évitement de certaines sensations. Du fait du traitement cognitif particulier des informations sensorielles, la personne porteuse de TSA percevra plus de difficultés à s'adapter aux modifications de l'environnement.

### F.3. Les fonctions exécutives chez les personnes présentant un TSA

Les fonctions exécutives regroupent l'ensemble des processus mentaux qui permettent de mener à bien les activités dirigées vers un but, que ce soit un acte moteur ou un raisonnement. Elles gèrent l'atteinte de l'objectif tout en s'adaptant aux nouvelles contraintes de l'environnement. Ces processus de contrôle et de régulation ont pour fonction principale l'adaptation à des situations nouvelles, ce qui implique un ajustement flexible des comportements intentionnels et une capacité à se dégager des routines lorsque celles-ci ne suffisent pas à la réalisation de l'objectif. Les fonctions exécutives sont alors essentielles dans la communication, elles permettront de s'ajuster à son interlocuteur. De plus, elles permettent de réguler ses actions, ses pensées et aussi certaines de ses émotions. Elles participent aussi à la créativité de l'individu dans la vie réelle ou imaginaire par la génération de nouvelles associations entre actions, pensées et émotions (Plumet, 2013, p.249). Elles jouent donc un gros rôle dans les interactions sociales. La notion de fonction exécutive regroupe un panel large de mécanismes cognitifs. Pour cerner davantage le traitement atypique de l'information chez la personne porteuse de TSA, nous allons voir les particularités de certains de ces mécanismes pouvant se retrouver dans l'autisme.

L'inhibition correspond au processus permettant de bloquer ou de supprimer des réponses non pertinentes pour l'objectif à atteindre. Elle implique de mettre de côté des éléments distrayants afin de rendre le système cognitif disponible. L'enfant porteur de TSA éprouve des difficultés d'inhibition motrice. Celles-ci ont été mises en évidence par le test

Cogner-Frapper de la batterie Nepsy<sup>33</sup> dans lequel les enfants porteurs de TSA présentaient plus de difficultés que les autres pour répondre à l'inverse du modèle moteur. L'inhibition cognitive, quant à elle, semble être efficiente chez certains enfants porteurs de TSA et déficitaire chez d'autres (Plumet, 2013, pp.253-255).

La flexibilité mentale est la capacité de passer d'un comportement à un autre, d'une représentation ou d'une stratégie à une autre, en fonction des exigences de l'environnement. Elle nécessite de sélectionner de manière adaptative parmi plusieurs options, celle qui correspond le mieux à la situation et d'être capable de changer ses choix en fonction des modifications de l'environnement. L'alternance dynamique et sélective entre plusieurs options de traitement en fonction des changements contextuels semble particulièrement fragile pour les enfants porteurs de TSA, ils ont du mal à savoir quelle règle s'applique en fonction de quels éléments de la situation. Il est courant chez les personnes ayant un TSA de rester bloquées dans un mode de traitement cognitif alors qu'il n'est plus pertinent, ou à l'inverse de ne pas appliquer un même mode de traitement pour deux situations pourtant analogues, mais non reconnues comme telles parce qu'il y a un attachement trop important aux détails les différenciant. Ces phénomènes peuvent rejoindre les difficultés de généralisation souvent observées chez les personnes ayant un TSA (Plumet, 2013, p.258).

La planification correspond à « *la capacité à déterminer et organiser les étapes et moyens nécessaires à l'atteinte d'un but* » (Plumet, 2013, p. 261). Les enfants porteurs de TSA présenteraient des difficultés de planification cognitive mais aussi de planification motrice (Hughes, 1996). Initier une action s'avère compliqué pour un enfant porteur de TSA ainsi qu'élaborer un objectif à cette action.

Toutes ces particularités ont un impact sur la communication des enfants porteurs de TSA car elles les mettent en difficulté pour comprendre leur environnement, les amènent à penser différemment et les empêchent souvent de s'adapter à la relation. Afin de répondre à la problématique, nous allons à présent nous pencher sur le déficit présent au niveau de la communication et des interactions sociales chez les individus avec TSA. Pour cela, nous nous intéresserons aux concepts de communication et d'habiletés sociales.

### **III- LA COMMUNICATION ET LES HABILITES SOCIALES**

#### **A. La communication**

Le terme communication vient du latin *communis* qui signifie « qui appartient à tous, à plusieurs ». Il est cité dans un dictionnaire français pour la première fois en 1350. Sa définition

---

<sup>33</sup> Batterie de tests permettant une évaluation neuropsychologique de l'enfant.

est alors similaire à celle de communion qui est « partage, mise en commun ». Au XVII<sup>ème</sup> siècle, l'idée de « transmettre » commence à se dégager. Dans le dictionnaire Le Petit Robert, la communication est définie comme « *le passage ou l'échange de message entre un sujet émetteur et un sujet récepteur au moyen de signes, de signaux* » (2016).

Tout système de communication n'est pas un langage. Pour Y. Winkin « *la communication est un processus social intégrant différents modes de comportements : la parole, le geste, la mimique, l'espace interindividuel, etc.* » (1981, p.24). Ainsi, la communication n'est pas une simple affaire à deux, mais un système circulaire, dont chacun fait partie et où tout le monde prend place. En effet, « *La communication est une condition sine qua non de la vie humaine et de l'ordre social* » (Watzlawick, 1967, p.7). L'être humain est effectivement constamment en train d'agir. Or, tout comportement prend une valeur de message car tout est interprétable. Par conséquent, tout, chez l'être humain, est communication.

#### A.1. Les interactions précoces

Dès la naissance, le nouveau-né peut entrer en relation avec son environnement et ses pairs. Ainsi l'environnement et le nourrisson s'influencent mutuellement et le bébé prend une place importante qui est à l'origine de modifications considérables dans l'entourage.

Des interactions corporelles entre le bébé et son entourage prennent place, cela permet à l'entourage de communiquer avec le bébé. Celui-ci est en effet tenu, porté, manipulé et touché. Le pédiatre D. Winnicott parle de holding physique et de holding psychique, c'est-à-dire la façon dont la mère porte son bébé à la fois de manière physique mais aussi au niveau de ses représentations psychiques. Le holding a une valeur affective, narcissique, c'est un moment privilégié pour l'interaction car il permet un regard mutuel entre la mère et l'enfant. D. Winnicott décrit aussi le handling comme la manière dont la mère donne les soins à son enfant, la façon dont elle le touche et le mobilise (Winnicott, 2006). En plus du toucher, les perceptions auditives et visuelles entrent également en jeu dans le handling. Le psychanalyste J. de Ajuriaguerra, en s'appuyant sur les travaux de H. Wallon, parle de « dialogue tonique » (Auzias, 1993). Celui-ci permet des ajustements corporels interactifs entre l'enfant et sa mère. Il y a ainsi une véritable interaction entre les postures des partenaires dans laquelle chacun s'ajuste d'un point de vue tonique.

Les interactions visuelles correspondent au dialogue œil à œil qui représente l'un des modes privilégiés de communication entre l'enfant et son entourage. Le regard est présent dès les premiers jours de vie d'un nourrisson. A travers le regard de ses parents, le bébé peut prendre conscience de son existence et du fait qu'il soit un individu à part entière. Il capte les prémices de son image de soi, cela renvoie à une notion de miroir. D. Winnicott parle du miroir

du regard de la mère qui permet la construction narcissique du bébé (Winnicott, 2006). Le regard des personnes présentes dans l'environnement de l'enfant est primordial dans l'étayage. Sous l'attention de son entourage, c'est là que le bébé se développe pleinement. Le regard permet l'interaction et cela est important dans les deux sens. C'est en étant regardé que le nourrisson comprend qu'il peut être regardé mais que lui aussi peut regarder. Le regard est le premier moyen de communication que peut contrôler le bébé. S'il a acquis la tenue de sa tête, vers trois mois, il peut choisir de diriger son regard vers celui d'un parent, au même titre qu'il peut ne pas orienter ses yeux s'il ne veut pas entrer en communication. Les regards du bébé sont importants. Ils seront considérés comme une réponse par ses parents, cela engendrera de la joie de leur côté, et une plus grande envie encore d'entrer en communication avec leur enfant.

Les interactions vocales sont un mode privilégié de communication qui traduit des besoins et des affects chez le bébé permettant d'exprimer ses désirs. Les cris et les pleurs sont le premier langage du nourrisson. La voix donne un tempo à l'interaction qui va permettre à l'enfant d'anticiper et de s'organiser. Les interactions vocales sont importantes pour l'harmonisation de la relation. La parole est utilisée par l'entourage du bébé souvent dès les premiers instants de leur relation avec lui. Lors de la période néonatale, la motricité des bébés paraît parfois entraînée par la parole de la mère et synchronisée avec elle. (Thomas, 2003)

Dès les premiers jours de vie, le nouveau-né sourit, c'est un sourire réflexe. Il apparaît lorsque le nourrisson ressent un bien-être intérieur. Ce sourire-là est interprété par l'entourage, il est perçu comme gratifiant et valorisant. Ce sourire est régulateur de la relation. En suivant le principe de la communication, les sourires sont émis, puis reçus, et renvoyés. Les parents émettent des sourires en réponse aux rictus de leur enfant, et c'est en observant les sourires de ses parents que l'enfant intègre que cette mimique est associée à quelque chose d'agréable, au plaisir. C'est ainsi que peut apparaître le premier sourire social, vers six mois, qui aura une vraie valeur communicative pour le bébé. Plus tard, vient le sourire instrumental, qui est produit pour évoquer volontairement une réponse particulière d'autrui. Il provient de l'apprentissage et de l'imitation des pairs (Fraisie, 2019).

## A.2. La communication non verbale

La communication non verbale correspond à l'expression du visage ou encore aux postures que l'on adopte : c'est le langage du corps. Elle correspond à la plus grande partie de la communication en prenant une place très importante dans les messages que l'on fait passer. Elle permet de donner du sens au discours.

La communication non verbale est la première forme de communication à apparaître chez l'être humain. Comme nous venons de le voir, le nouveau-né qui ne parle pas encore utilise la communication non verbale pour interagir avec les autres. Pour les personnes n'ayant pas accès au langage, la communication non verbale est un très bon moyen d'interaction afin de pallier ce manque. Le langage non verbal restera présent tout au long de la vie de chacun, même après l'acquisition du langage verbal.

La communication non verbale comprend un ensemble vaste et hétérogène de processus ayant des propriétés communicatives. Les éléments de la communication non verbale ont été classés selon une échelle allant des signes les plus manifestes jusqu'aux éléments les plus subtiles. Nous allons ainsi découvrir ces différents signes dans l'ordre défini par M. Bonaiuto (2007).

#### *A.2.1. L'aspect extérieur*

L'aspect extérieur que dégage une personne est la première chose perçue lors d'une rencontre. De manière consciente ou non, les nombreuses informations reçues grâce aux caractéristiques physiques de la personne déterminent notre première impression sur celle-ci. Les artéfacts corporels proprement dit tels que le maquillage, les tatouages, ou la coiffure ou encore les artéfacts tenus par le corps comme les bijoux ou les vêtements participent fortement à la vision que l'on se fait de la personne.

#### *A.2.2. Le comportement spatial*

La situation des individus dans l'espace constitue aussi une part des communications non verbales. La proxémie, ou distance inter-relationnelle, correspond à l'espace que les humains laissent entre eux pour communiquer et être en relation, elle dépend de leur identité et de leur culture. En 1966, E. Hall un anthropologue américain, étudie la proxémie et part du principe que chacun de nous a une bulle qui l'entoure qui constitue un périmètre de défense, un espace personnel que nous gardons pour nous (Descamps, 1993). De là, il décrit quatre espaces définis par des distances :

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

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



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

- La distance publique (au-delà de 3,50m) : cette zone est ouverte aux personnes que l'on croise dans la rue ; elle représente la distance à laquelle un individu parle à un groupe de personnes inconnues, lors d'une conférence par exemple (Descamps, 1993).

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

### *A.2.3. Le comportement cinétique*

Les caractéristiques d'attitude, de posture et de mouvement accompagnent le récit verbal. Elles viennent appuyer ou infirmer le discours, l'illustrent et le nuancent. Les gestes complètent le message verbal mais ils peuvent même le remplacer. Certains gestes peuvent se suffire à eux-mêmes et peuvent véhiculer un message parfaitement compréhensible. Il y a les gestes propres à chacun qui définissent la personnalité et la façon de communiquer, et il y a les gestes conventionnels connus. Par exemple, la main qui s'agite pour saluer, ou les frappements dans les mains pour applaudir. La posture soutient le message émis par le sujet, elle varie beaucoup selon ce que le sujet est en train de faire, elle ne sera pas la même lorsqu'il est chez lui que lorsqu'il est sur son lieu de travail par exemple, la posture s'adapte au cadre, à l'environnement, et aux personnes présentes sur le moment. L'attitude du corps d'une personne est également influencée par les ressentis et les états émotionnels qui traversent cette personne. La posture de quelqu'un renvoie beaucoup d'informations à son interlocuteur lors d'une interaction. Le psychologue W. James décrit en 1932 quatre postures qui donnent une signification à la communication : l'attitude d'approche qui s'exprime par une inclinaison du corps en avant ; l'attitude de rejet dans laquelle le corps se détourne d'autrui ; l'attitude d'expansion où la tête, le tronc et les épaules sont en extension et enfin l'attitude de contraction avec la tête fléchie sur le tronc et les épaules tombantes (Mehrabian, 2017).

### *A.2.4. Le visage*

Le regard est l'un des premiers moyens de communication utilisé dans le développement de l'enfant. Il est également le premier contact que l'on a avec une personne. S'il n'y a pas de déficit visuel, pour entrer en interaction avec quelqu'un, les gens commencent généralement par se regarder. Le regard est alors un marqueur essentiel pour initier la communication, il permet de mobiliser l'attention. Il représente des informations pour la

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

Les mimiques sont dues aux contractions des muscles du visage en fonction des émotions ressenties et des pensées. Ce sont des expressions faciales qui peuvent être émotives, réflexes, volontaires ou non, et qui traduisent le vécu intérieur d'un sujet, elles accompagnent le langage oral ou se substituent à lui. Les yeux et la bouche sont les parties les plus mobiles d'un visage, c'est de là que proviennent majoritairement les expressions faciales. Les mimiques sont riches de messages non verbaux et peuvent venir compléter le langage verbal. Elles apportent des indices sur ce que dit l'émetteur, et peuvent même constituer un message compréhensible à elles seules. Elles sont également produites par le récepteur du message durant la communication, elles peuvent informer l'émetteur sur l'intérêt et les réactions que l'interlocuteur peut avoir au sujet de son discours.

Une des mimiques les plus importantes est le sourire. Il est un des indices corporels qui transparait lorsque nous manifestons notre joie ou notre bonne humeur. Il existerait dix-neuf types de sourires différents. Parmi eux : le sourire de bienvenue, le sourire complice, le sourire amoureux, le sourire gêné, le sourire d'épuisement, le sourire d'extase, le sourire caricatural, ou encore le sourire méditatif. C'est ainsi que cette mimique peut faire passer énormément de messages sans pour autant avoir à parler. Le sourire est un indicateur pour celui qui le reçoit et il est généralement source de bien-être pour celui qui l'émet.

#### *A.2.5. Les signes vocaux*

La communication para-verbale est une composante de la communication non verbale qui fait référence à ce qui est relatif à la voix. Elle s'intéresse notamment au ton, à l'intonation, au rythme, au volume, au timbre, à la force ou encore à la mélodie de la voix. La prosodie rassemble l'ensemble des notions composant la communication para-verbale, elle se définit comme l'enveloppe mélodique de la parole. La prosodie permet de nuancer le discours verbal, elle l'anime, exprime les émotions qui peuvent le traverser et l'illustre. Si la prosodie change, un même message verbal peut alors prendre des significations totalement différentes. Cette mélodie de la parole est propre à chacun, elle diffère en fonction du sexe, de l'âge, de la culture, et de la personnalité. Elle donne donc des indices sur l'interlocuteur lors d'une conversation.

Le silence fait partie intégrante de la communication non verbale, c'est un instrument de communication à très grand potentiel mais il est souvent difficile à interpréter. Il peut en effet revêtir de nombreuses significations. En 1968, la psychologue F. Goldman-Eiser souligne les fonctions communicatives du silence. Une personne énervée ou blessée qui se contient reste souvent silencieuse, il en est de même pour la personne attentive qui écoute le message de son interlocuteur ou encore la personne indifférente qui ne souhaite pas communiquer. Le silence peut aussi être émis par une personne dubitative qui est dans l'incompréhension ou par des personnes qui se connaissent, qui n'ont pas besoin de parler pour se comprendre. Le silence peut alors faire passer une multitude de messages. A l'intérieur d'une conversation, des silences peuvent régulièrement être présents. Ainsi, une pause précède souvent la présentation d'une grande quantité d'informations et d'énoncés complexes. Quand quelqu'un prend la parole à son tour ou qu'aucun des interlocuteurs n'intervient et que la discussion s'interrompt, le silence est présent, de façon plus ou moins longue. Il peut aussi être utilisé pour attirer l'attention ou encore pour exprimer l'approbation. (Hennel-Brzozowska, 2008)

En fonction du contexte culturel, la communication non verbale sera interprétée très différemment. Prenons l'exemple du silence pour illustrer ces différences culturelles. En général, selon M. Bonaiuto, dans les cultures occidentales, plus individualistes, les personnes communiquent à travers des successions rapides d'actes de parole, en réduisant au minimum les périodes du silence, car ce dernier est considéré comme une menace pour la suite de la conversation. Dans les cultures orientales, plus collectivistes, les parleurs peuvent utiliser de très longues pauses comme signe de réflexion et de sagesse (Hennel-Brzozowska, 2008). Le silence devient un indicateur d'harmonie et de confiance entre les partenaires. Selon le psychologue L. Anolli : « *Les silences en Occident – hurlent, les silences en Orient – chantent.* » (2002).

Bien que la communication non verbale représente la plus grande partie de la communication, le langage verbal est aussi important et s'acquiert petit à petit chez l'enfant.

### A.3. Le développement du langage

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le langage est « *la faculté que les hommes possèdent d'exprimer leur pensée et de communiquer entre eux au moyen d'un système de signes conventionnels vocaux et/ou graphiques constituant une langue* » (s. d.). Ainsi, le langage permet aux Hommes de communiquer entre eux, de véhiculer des messages, de faire part de sentiments, d'impressions ou encore de faire des demandes. Le langage prend donc une part essentielle dans les relations.

Le développement du langage est un processus très lent qui prend sa source dans les premières communications et s'élabore progressivement.

Dès la naissance, le nouveau-né montre un intérêt privilégié pour la voix humaine et est capable de différencier des phonèmes. Dès les premières minutes de sa vie, le bébé pousse des cris qui vont se diversifier en fonction des états éprouvés par le bébé. L'entourage attribue déjà des significations à ces cris. Ensuite, vers ses deux mois, le bébé émet quelques vocalises, il s'agit de roucoulements de voyelles formés uniquement par la bouche et pas encore nasalisés. Ces vocalises traduisent généralement un état de bien-être, elles sont les mêmes pour les bébés du monde entier. C'est aussi à cette période-là qu'apparaît le sourire social. A trois mois, l'enfant réalise des cris de plaisir et il gazouille, c'est-à-dire qu'il fait des répétitions de syllabes déformées. Six mois est l'âge des lallations : l'enfant fait des roulades avec des chaînes de syllabes, il varie le volume et le débit de ses expressions. Durant cette période, l'enfant parvient à manifester son plaisir et son mécontentement. A partir d'environ huit mois, les productions de l'enfant se modifient en fonction du langage du milieu environnant, et il commence ainsi à imiter des sons.

C'est ensuite vers les neuf-dix mois que les premiers mots apparaissent, la plupart du temps il s'agit de syllabes redoublées telles que « mama » puis « papa ». L'enfant comprend alors le sens général de la phrase, pour lui, un mot peut avoir de nombreuses significations, c'est le mot symbole. Entre onze et quinze mois, l'enfant va utiliser un langage global significatif : il s'agit de mots-phrases tels que « maman gâteau », utilisant ainsi deux mots ayant une signification. C'est un jargon toujours peu explicite mais qui correspond à des situations précises. Entre quinze et vingt-quatre mois, il perfectionne le langage global significatif puis à deux ans, c'est l'explosion du vocabulaire. L'enfant parle constamment. Il utilise le « je », le « moi », le « tu » et utilise le verbe pour réunir deux ou trois mots en une phrase. A trois ans, l'enfant pose une avalanche de questions aux parents et cherche constamment à apprendre de nouveaux mots.

Le langage correctement articulé est généralement acquis entre trois et cinq ans. Au-delà, le langage continue d'évoluer avec un enrichissement du vocabulaire et un perfectionnement de la syntaxe.

La communication se construit alors dès la naissance et se poursuit tout au long de la vie. Elle est à la fois verbale et corporelle. Les enfants porteurs de TSA présentent certaines particularités qui rendent leur communication différente.

## A.4. La communication chez les enfants porteurs de TSA

### *A.4.1. Les interactions précoces chez les enfants présentant un TSA*

Dès les premiers mois, l'enfant porteur de TSA présente des anomalies du contact social (Van der Gaag, 2011). Un contact visuel atypique est ainsi souvent rapporté, la fuite du regard est le plus fréquemment repérée mais certains enfants ont aussi tendance à fixer longuement leur regard. Parfois, les troubles de l'interaction se manifesteront seulement à l'entrée à l'école, où le contexte social est plus complexe.

Chez les enfants porteurs de TSA, l'intérêt pour autrui semble moindre. Une étude (Brisson & al., 2011) portée sur des enfants de zéro à six mois a mis en évidence que les indices sociaux tels que le sourire, les vocalises ou les regards vers les parents étaient moins présents chez les enfants atteints de TSA que chez les autres. Ils réagissent aussi moins vite aux sollicitations des parents, comme l'appel de leur prénom, que les autres nouveau-nés. Une pauvreté des expressions faciales du nouveau-né atteint de TSA est aussi rapportée (Brisson & al., 2011). Enfin, d'un point de vue verbal, les pleurs seraient difficilement interprétables et le babillage inhabituel et limité en quantité (Peeters, 1996).

Avant d'avoir accès au langage, l'enfant s'exprime par des gestes. Ainsi, il tend les bras pour se faire porter, fait « au revoir » de la main ou encore hoche la tête. Ces gestes sont dirigés vers un but et ont pour objectif de communiquer (Prizant, 1983). Dans l'autisme, ces gestes sont quantitativement et qualitativement modifiés. Cela pourrait être dû à un déficit d'imitation chez les enfants porteurs de TSA ainsi qu'à des difficultés pour mettre du sens derrière ces gestes (Monfort & Monfort-Juarez, 2011).

Un déficit au niveau de l'attention partagée est aussi fréquemment observé de façon précoce chez les enfants porteurs de TSA. Le geste de pointer apparaît en effet tardivement dans le développement de ces enfants. Ce geste va pourtant avoir une fonction sociale et permettre une intentionnalité partagée. Habituellement, l'enfant va pointer pour diriger l'attention d'autrui, ce qui va permettre la mise en place de l'attention conjointe. Chez l'enfant atteint de TSA, le geste de pointer sera davantage investi pour satisfaire un besoin personnel, comme obtenir un objet hors de portée, que dans le but de créer une relation sociale. (Carrigou, 2013). Ce défaut d'attention conjointe, c'est-à-dire la difficulté à fixer son attention sur la même chose que son interlocuteur, persistera généralement dans le temps.

Des anomalies au niveau du langage et de la communication non verbale sont également régulièrement observées chez les individus porteurs de TSA.

#### A.4.2. Le langage et la communication non verbale chez l'enfant porteur de TSA

Les profils langagiers dans l'autisme sont divers. Selon l'HAS (2010), 10% des adultes porteurs de TSA n'ont pas acquis le langage. Chez l'enfant ayant un TSA, le langage apparaît généralement de façon retardée. Des particularités langagières et des difficultés d'ajustement à l'interlocuteur sont aussi souvent repérées.

L'écholalie représente l'une des principales manifestations repérées dans le développement langagier d'un enfant porteur de TSA. Celle-ci se définit comme « *la répétition littérale immédiate ou différée de mots ou de phrases* » (Carrigou, 2013, p.88). Elle est symptomatique si elle est inadaptée à la situation de communication, systématique et persistante, intégrale et littérale, c'est-à-dire sans variation de mots, du ton et du débit (Béaud, 2009). L'écholalie est observable dans le développement ordinaire autour de dix-huit mois et disparaît progressivement vers trois ans. Chez l'enfant ayant un TSA, l'écholalie arrive plus tard dans le développement et elle persiste dans le temps, même si l'enfant a progressé au niveau langagier (Carrigou, 2013). Elle est parfois la seule forme de communication possible pour l'enfant. L'écholalie chez l'enfant TSA s'explique davantage par un déficit des interactions sociales réciproques que par un déficit de la capacité de langage (Béaud, 2009).

Les personnes porteuses de TSA ont généralement une façon particulière de traiter les messages verbaux. Cela engendre fréquemment des difficultés à comprendre le code verbal. Les individus ayant un TSA ont souvent du mal à distinguer les mots entre eux dans le langage oral. C'est pourquoi, certains enfants sont davantage à l'aise dans le langage écrit où il est plus facile d'individualiser chaque mot grâce à l'espace visuel séparant les mots. Ils apprennent alors parfois bien plus tôt à lire qu'à parler (Carrigou, 2013, p. 90).

Dans le développement typique, il est normal que l'enfant inverse les pronoms. Chez l'enfant porteur de TSA, l'inversion pronominale est plus marquée, c'est-à-dire qu'il inversera pendant longtemps le « je » et le « tu », ou encore le « moi » et le « toi ». L'utilisation du pronom adapté demande en effet une souplesse mentale qui, comme nous l'avons vu, fait souvent défaut dans l'autisme (Peeters, 1996).

La prosodie, comme évoquée précédemment, correspond à l'enveloppe mélodique de la parole. Dans l'autisme, des troubles prosodiques sont souvent retrouvés. Les personnes porteuses de TSA peuvent avoir un rythme bizarre, un ton et une accentuation inhabituels ou encore des particularités au niveau de la hauteur et de l'intensité de la voix (Peeters, 1996). Ainsi, elles peuvent passer des sons graves aux aigus ou du chuchotement au cri soudain. Les enfants porteurs de TSA ont aussi des difficultés dans la réception de la prosodie, ils ne repèrent pas toujours les indices prosodiques permettant d'interpréter les intentions de l'autre. Cela peut donc générer une communication compliquée.

Fréquemment, lorsque la personne porteuse de TSA ne présente pas de déficit intellectuel, le langage apparaît au moment attendu dans le développement. Le vocabulaire utilisé sera alors parfois très recherché, l'enfant emploiera des tournures de phrases semblables à celles des adultes et se trouvera alors en décalage par rapport aux autres enfants de son âge (Atwood, 2003). L'enfant utilisera un savoir technique et précis mais les termes plus abstraits concernant les états mentaux et émotionnels seront néanmoins moins développés. Malgré ce langage pointu dans l'expression, comprendre les autres et entrer en conversation seront plus compliqués pour ces enfants-là. Ainsi, les personnes atteintes de TSA peuvent présenter des difficultés dans la compréhension de phrases longues, complexes ou inhabituelles. Malgré de bonnes compétences langagières, le sens non littéral des phrases est plus compliqué à comprendre pour elles, notamment les sous-entendus, l'humour ou l'ironie (Carrigou, 2013).

Chez les enfants porteurs de TSA, des troubles au niveau de la communication non verbale sont régulièrement observés (Carrigou, 2013). Le contact oculaire est souvent perturbé, en situation d'échange il peut soit être fixe, soit être très fuyant. Les mimiques sont régulièrement inexistantes, parfois exagérées ou encore incohérentes par rapport à la situation. De plus, il est difficile pour des enfants porteurs de TSA d'interpréter les mimiques et les gestes corporels de leurs interlocuteurs et ainsi de connaître leurs émotions. Enfin, se positionner dans une distance interpersonnelle adaptée est compliqué pour l'enfant ayant un TSA.

Finalement, la communication est utilisée dès la naissance et nous accompagne tout au long de notre vie. Elle nous permet de tisser des liens, de comprendre notre environnement ou encore de satisfaire nos besoins. Mais la communication repose sur de nombreuses compétences nécessaires pour se faire comprendre et pour comprendre l'autre. Communiquer peut donc s'avérer compliqué pour un enfant porteur de TSA. Cette communication est d'autant plus complexe qu'elle est régie par de nombreuses règles implicites, appelées normes sociales<sup>34</sup>. Connaître et respecter ces normes permettent à l'individu de s'intégrer au sein de la société.

## B. Les habiletés sociales

### B.1. Présentation des différentes habiletés sociales

Lorsque l'on s'intéresse au sujet de l'autisme, le fait que les personnes porteuses de TSA présentent des difficultés au niveau des habiletés sociales n'est un secret pour personne.

---

<sup>34</sup> J'utiliserai indifféremment les termes « codes sociaux », « normes sociales » et « règles sociales » qui ont une signification équivalente.

Mais il semble important de décrire plus précisément les causes de ces difficultés de compréhension et d'adaptation aux normes sociales. Pour commencer, il est alors nécessaire de comprendre précisément ce qu'est une habileté sociale et de se rendre compte du nombre insoupçonné de ces règles inexprimées qui régissent notre quotidien sans que nous nous en rendions forcément compte.

Une habileté sociale est une compétence sociale, c'est-à-dire une compétence à mettre en œuvre avec une ou plusieurs autres personnes. Elle regroupe un ensemble de capacités qui nous permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse à ces messages et de l'émettre par des moyens verbaux et non verbaux, de façon appropriée à une situation sociale (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011). Le but est d'être accepté par les autres et donc d'éviter l'isolement et la marginalisation. Pour réussir à s'intégrer, il faut alors faire preuve d'habileté sociale et respecter certains codes sociaux. Les codes sociaux ce sont les « *recommandations, normes, exigences, attentes, coutumes et lois, écrites et non écrites, exprimées ou inexprimées qui reflètent les attitudes, les valeurs, les préjugés et les peurs d'une société, et déterminent les rôles que nous endossons et les mesures que nous prenons, lors de nos interactions avec autrui, qu'il s'agisse d'individus ou de groupes* » (Grandin & Barron, 2014, p.11).

Il existe ainsi des milliards de codes sociaux non écrits. Ces codes varient selon les cultures, la proximité des personnes avec qui nous sommes ou encore la taille du groupe. Cela complique donc l'assimilation des normes sociales pour les personnes qui ne les acquièrent pas de manière innée.

Les règles sociales sont parfois écrites ou énoncées clairement, par exemple « on ne met pas les coudes sur la table », mais la plupart sont des recommandations non écrites et souvent inexprimées qui passent par la communication non verbale. Il faut alors savoir interpréter un froncement de sourcil ou un regard de travers, ce qui, comme nous l'avons vu, est loin d'être une tâche évidente pour une personne porteuse de TSA. Les personnes neurotypiques quant à elles, ont un sens inné de ces règles et commencent à les apprendre dès le plus jeune âge, principalement par observation. Les premières règles qu'un enfant rencontre sont celles présentes au sein de la famille. Puis, au fur et à mesure, en élargissant son cercle social, l'enfant va être capable d'affiner ses habiletés sociales et il va se rendre compte que les règles changent en fonction du contexte.

Pour illustrer ce que sont les normes sociales, je vais décrire plusieurs règles non écrites, essentielles pour comprendre ce qui régit nos relations sociales.

Tout d'abord, il faut comprendre qu'aucune règle n'est absolue, chacune est fonction de la situation et des personnes. Comme nous le disions plus haut, cette règle complique fortement la tâche d'acquérir les codes sociaux pour les personnes qui ne les acquièrent pas



de manière innée. Par exemple, certaines conduites sont acceptables à la maison mais pas à l'école. Les règles sociales évoluent aussi avec le temps, il y a cinquante ans, les normes sociales étaient en effet différentes d'aujourd'hui, même si ces différences peuvent parfois paraître subtiles. En fonction de l'âge, les règles sont aussi changeantes. Quelque chose d'acceptable à cinq ans ne l'est parfois plus à trente.

Une règle sociale stipule aussi que l'honnêteté et la diplomatie sont deux concepts différents (Grandin & Baron, 2014). Dans notre société, l'honnêteté est un concept très important, en témoigne l'expression répandue « l'honnêteté est la plus grande des vertus » ou « il faut toujours dire la vérité ». Mais encore une fois, derrière cette règle, se cachent de nombreuses exceptions ou variantes. Il faut alors réussir à savoir quand il est possible de dire totalement la vérité ou qu'il vaut mieux faire preuve de diplomatie. La plupart du temps, une personne neurotypique recevant un cadeau qui ne lui plaît pas, montrera l'inverse à celui qui lui a offert pour ne pas le vexer. De même, Il n'est souvent pas convenable de faire une remarque négative sur le physique d'une personne que l'on croise dans la rue, même si cette remarque nous semble vraie. Il faut alors se rendre compte qu'il n'est pas toujours bon de donner son opinion. Pour faire preuve de diplomatie, il faut souvent réussir à détecter quelles sont les intentions et les attentes de notre interlocuteur.

Il est également nécessaire de comprendre que la politesse est indispensable pour s'intégrer à la société. La politesse et les bonnes manières facilitent en effet l'accès aux interactions sociales. Elles permettent à chacun de se sentir à l'aise avec les autres et de faire preuve de respect envers eux. Faire preuve de politesse permet de montrer que chacun discerne les limites du comportement de groupe et permet de se faire accepter au sein de la société. Les règles de politesse permettent alors que nous puissions vivre tous ensemble dans une société civilisée.

Une autre règle non exprimée des relations sociales est le fait que les gens ne se comportent pas de la même manière en privé ou en public (Grandin & Baron, 2014). C'est-à-dire que le comportement des gens n'est pas forcément en adéquation avec ce qu'ils ressentent. Ils modifient leur comportement de manière à s'adapter au milieu dans lequel ils se trouvent. Dans l'espace public nous devons « endosser un rôle », alors que chez nous, nous sommes libres de faire ce que l'on veut. Cette règle permet que nous puissions vivre tous ensemble au sein de la société sans que ce soit le chaos total. Ainsi, en fonction du contexte public ou privé, il existe plusieurs règles non écrites se rapportant à la tenue vestimentaire, au langage ou encore, aux sujets de conversation.

Voici une infime proportion de toutes les règles sociales que nous appliquons tous les jours. Les règles citées ne sont pas une découverte pour quiconque lisant ce mémoire, pourtant elles ne sont pas si évidentes pour tout le monde et nous sommes tellement habitués à les appliquer de manière inconsciente que nous ne nous rendons même plus compte qu'elles

existent. Énoncer ces règles et les apprendre à des personnes atteintes de TSA semblent pourtant indispensables. Mais nous allons voir en quoi ces règles qui nous paraissent si simples peuvent être une réelle épreuve pour les individus atteints de TSA.

## B.2. Les habiletés sociales chez les personnes porteuses de TSA

En raison de leur fonctionnement cognitif particulier, les individus atteints de TSA ont souvent du mal à assimiler les normes sociales. Ils ont en effet une façon d'appréhender le monde qui est différente de la nôtre. Ils réagissent donc souvent autrement que nous. Ainsi, J. Sinclair, atteint du syndrome d'Asperger dit « *Ce dont j'ai besoin, c'est d'un manuel d'orientation pour extra-terrestres. Être autiste, ça ne veut pas dire être inhumain, mais ça veut dire être étranger* » (Cuny, 2009, p.8). C'est à dire que ce qui est normal pour une personne neurotypique, ne le sera pas forcément pour une personne atteinte de TSA, et inversement. Les enfants porteurs de TSA vivent dans un monde qu'ils comprennent difficilement, et au sein duquel ils ne peuvent pas, ou difficilement, se faire comprendre.

Certaines caractéristiques de l'autisme vont ainsi influencer la capacité des enfants porteurs de TSA à comprendre les différentes règles des relations sociales. Par exemple, ils interprètent souvent de manière littérale ce qu'ils voient ou entendent, leur pensée est dichotomique et rigide et la prise en compte du point de vue de l'autre est altérée. Beaucoup de comportements sociaux passent aussi par la communication non verbale. Qui, comme nous l'avons vu plus haut est très difficile à interpréter pour des personnes porteuses de TSA. Toutes ces caractéristiques vont être un frein pour leur compréhension des relations sociales.

Les personnes ayant un TSA présentent souvent une difficulté à imputer à l'autre des pensées et intentions. Cela est dû à un défaut de la théorie de l'esprit. Cette théorie désigne « *la capacité mentale d'inférer des états mentaux à soi-même et à autrui et de les comprendre* » (Duval & al., 2011, p.41). Cette aptitude cognitive nous permet donc de prédire, d'anticiper et d'interpréter le comportement ou l'action de nos pairs dans une situation donnée. Elle est fondamentale dans la régulation des conduites et dans le bon déroulement des interactions sociales. Les enfants porteurs de TSA peuvent alors présenter des difficultés à comprendre qu'il y a d'autres points de vue que le leur et que les autres peuvent penser différemment. Ils sont souvent persuadés que leur mode de pensée est le même pour tout le monde.

Du fait de leurs déficits au niveau de la communication non verbale, leur ajustement à une interaction peut s'avérer peu adaptée. Ainsi, le contact visuel peut être inapproprié, la posture peu ajustée, les jeux de regards et de sourires peu perçus. L'ajustement verbal peut aussi leur faire défaut. Ils peuvent avoir une difficulté à initier, maintenir ou clôturer une conversation et à ajuster le thème par rapport à leur interlocuteur. De plus, le tour de parole est souvent mal intégré.

Les personnes atteintes de TSA, ont une compréhension littérale de l'énoncé, pour elles, les normes sociales représentent un code de conduite invariable qui commande les interactions sociales. Elles ont une pensée binaire, et ont alors des difficultés à imaginer que les autres puissent enfreindre certaines règles qui n'ont pas une grande importance. Pour une personne atteinte de TSA, la règle revêt un caractère absolu et il n'y a pas de nuance dans son application. La personne porteuse de TSA peut se montrer rigide envers les règles car elles sont très prévisibles et permettent alors d'exercer un certain contrôle sur l'environnement. Ainsi, lorsque l'environnement est modifié ou qu'une habitude n'est pas respectée, un individu porteur de TSA peut se trouver déstabilisé et aura besoin de temps pour procéder à l'analyse de la situation.

Les émotions sont également compliquées à gérer pour la plupart des enfants porteurs de TSA (Vermeulen, 2009). D'une part, ils ont beaucoup de mal à identifier les émotions chez leurs pairs et d'autre part, l'expression de leurs propres émotions est particulière. Ainsi, ils réagissent souvent de manière extrême avec, par exemple, de fortes crises de colère. Leurs changements d'humeur peuvent aussi être très fréquents et difficilement contrôlables. Cela est un frein dans l'apprentissage des habiletés sociales car il est plus difficile d'entrer en interaction de manière adaptée si nous ne reconnaissons pas l'émotion que l'autre ressent et si nous n'arrivons pas à contrôler nos émotions.

Presque toutes les personnes présentant un TSA montrent une franchise absolue, que ce soit lorsque quelqu'un leur pose une question ou même quand rien ne leur a été demandé (Grandin & Baron, 2014). Cela peut engendrer le rire chez certains mais les propos peuvent aussi être blessants pour d'autres. L'enfant porteur de TSA se trouve alors dans une position inconfortable qui ne partait pas d'une mauvaise intention. Il leur est aussi souvent très difficile de mentir, cela peut générer un stress énorme qui peut en devenir paralysant. De même, reconnaître quelqu'un qui ment leur est très compliqué, même si le mensonge est totalement aberrant. Comme nous l'avons vu, il en va de même avec la moquerie, l'humour ou le second degré. Tout ce qui est implicite leur pose problème car pour eux, le sens caché est insaisissable. Du fait du manque de compréhension et de repérage qu'ils ont de la communication non verbale, il peut être difficile pour les personnes présentant un TSA de distinguer l'intention de son interlocuteur.

De même, les individus atteints de TSA utilisent une logique qui leur est propre pour chercher les indices présents dans leur environnement. Contrairement à nous qui utilisons généralement une analyse qui va du global au précis pour analyser une situation, une personne porteuse de TSA se focalisera tout d'abord sur les détails pour ensuite analyser la situation dans sa globalité. Mais malgré cette capacité à détecter les détails, ils passent souvent à côté de signes, pourtant indispensables à une bonne compréhension du contexte.

Leur logique étant différente des personnes neurotypiques, les personnes TSA présentent des particularités au niveau de leur comportement social. Pour elles, certaines conventions n'ont aucun sens, le bavardage social en est un exemple. Ces personnes ont souvent un esprit très logique et veulent alors aller droit au but sans utiliser de préambule.

Du fait de leurs particularités sensorielles, les enfants porteurs de TSA présenteront des difficultés à traiter les différents stimuli. Ils vont alors être moins disponible pour analyser leur environnement et les comportements de leurs pairs.

Finalement, la vie est un apprentissage pour chacun d'entre nous. Personne ne sait se comporter parfaitement en toute situation et à chaque instant. Même les personnes les plus sociables auront du mal à analyser une situation à un moment donné et ne sauront pas comment réagir. Mais, comme l'a dit L. Kanner en 1943, « *les individus qui s'adaptent le mieux à leur environnement ont conscience qu'il leur faut ajuster leur comportement afin de s'intégrer* » (cité dans Grandin & Barron, 2014, p.358). Intégrer les différentes normes sociales permettra à l'enfant porteur de TSA de mieux se faire comprendre et de mieux comprendre ses pairs. Il pourra alors communiquer de manière plus ajustée.

Ainsi, les individus ayant un TSA présentent des difficultés de communication à la fois au niveau du langage, de la communication non verbale et des habiletés sociales. Nous allons maintenant découvrir comment la psychomotricité va pouvoir aider l'enfant porteur de TSA à communiquer et établir des interactions sociales. Pour cela, nous allons nous appuyer sur les expériences cliniques avec Manon et Martin et sur les différents concepts théoriques que nous avons approfondis.

## IV- DISCUSSION

### A. La psychomotricité

Pour commencer, il est nécessaire de comprendre ce qu'est la psychomotricité. Mais comprendre les tenants et les aboutissants et réussir à cerner les contours de la psychomotricité est une tâche complexe. Au sein même des professionnels qui la pratiquent, des visions différentes se font face. Le large champ d'action de la psychomotricité, ainsi que la diversité de ce qu'elle propose la rend encore plus complexe à définir. Cependant, la psychomotricité a été édiflée sur des bases solides et est le résultat de nombreuses études. Ainsi, à partir de 1945, de nombreuses recherches aboutissant à des résultats incontestables permettent à la psychomotricité de s'édifier à partir de bases scientifiques.

Le psychologue J. Piaget dira « *c'est de l'action que procède la pensée* » (Piaget, 1950). Il démontre ainsi le rôle déterminant de l'action dans la création et l'intelligence. Dans le même temps, H. Wallon mène également des recherches sur le développement de l'enfant

et il va découvrir l'importance du tonus musculaire dans les émotions, le mouvement et l'intelligence. Il décrit alors le dialogue tonico-émotionnel qui permet l'émergence du langage. Celui-ci serait, selon le neurologue, histologiste, psychiatre et psychanalyste J. de Ajuriaguerra, « *le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre* » (cité dans Bachollet & Marcelli, 2010, p.14).

Pour cerner au mieux le concept de psychomotricité, il est important de rappeler que celle-ci n'est pas une théorie en soi. Comme le rappelle C. Potel, la psychomotricité est « *un dispositif et une pratique qui proposent une certaine façon de faire et ont pour repère principal de considérer le corps dans toute sa complexité : existentielle, expressive, émotionnelle, identitaire* » (2019, p.18). De ce fait, la particularité de la psychomotricité repose en partie sur sa grande capacité d'adaptation et d'intégration dans des secteurs de soin très différents et des champs théoriques parfois à l'opposé. La psychomotricité est alors en constant mouvement, tant dans ses modes d'approche que dans la multiplicité de ses interventions.

Ce qui caractérise la psychomotricité est son intérêt pour le sujet humain et ses rapports au corps. La psychomotricité affirme l'unité entre le corps et l'âme, ces deux notions sont fondamentales à la psychomotricité. La prise en compte de la personne dans sa globalité est l'axe fondateur d'une démarche psychomotrice. Ainsi, le psychomotricien s'intéresse à la fois au corps dans sa globalité c'est-à-dire à tout ce qui touche au mouvement global ou précis, au tonus, à la vitesse, à la précision musculaire et à toutes les composantes anatomo-physiologiques. Mais aussi, le psychomotricien s'intéresse à tout ce qui, du corps, traduit l'intention, le désir ou encore l'expression de l'être. Le psychomotricien prend compte en premier lieu de l'individu sujet, avec ses propres richesses intérieures (Potel, 2019).

L'Homme est avant tout un être parlant, et en se nommant, il parle de son corps. En retour, son corps parle pour lui, parfois même à son insu. La rééducation psychomotrice a pour but de développer cet aspect communicatif du corps, cela permet alors au sujet de mieux maîtriser son corps (Potel, 2019).

## B. La psychomotricité, une aide à la communication

La psychomotricité permet donc de mieux maîtriser son corps, de mieux le comprendre. Cette maîtrise de soi va permettre de connaître de façon plus précise ses compétences et ses limites. Mieux maîtriser son corps c'est aussi mieux se connaître soi-même et mieux comprendre sa manière de fonctionner. C'est aussi comprendre davantage la connexion entre son corps et son esprit. Mieux se connaître c'est mieux s'exprimer et mieux comprendre les autres et donc finalement, mieux communiquer. Par exemple, un enfant TSA pourra prendre conscience de ses propres tensions internes lorsqu'il est énervé, et, selon ses capacités, il

pourra possiblement comprendre que, quand l'autre semble tendu, c'est peut-être qu'il est énervé. L'enfant pourra alors agir en conséquence.

De multiples caractéristiques spécifiques à la psychomotricité aideront l'enfant porteur de TSA à se faire comprendre davantage, à entrer en relation selon ses capacités, et à comprendre du mieux qu'il le peut le monde qui l'entoure. Toutes ces modalités l'aideront ensuite à mieux communiquer.

### B.1. Une entrée en interaction sécurisante pour favoriser la communication

Comme nous l'avons vu, le DSM-V précise que les personnes porteuses de TSA sont généralement intolérantes aux changements, elles ont souvent besoin de routine. Le cadre thérapeutique doit donc particulièrement être pensé et réfléchi. Généralement, plus les personnes ayant un TSA peuvent maîtriser l'environnement et se sentir sécurisées, plus elles pourront s'ouvrir aux interactions et communiquer. Nous avons observé cela dans la clinique avec Manon qui parvient à entrer davantage en interaction et communiquer lorsqu'elle connaît bien la personne et lui accorde sa confiance.

Le cadre thérapeutique de la séance est alors primordial pour que le patient s'y sente bien et la psychomotricité y accorde une grande importance. « *Le cadre thérapeutique contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée.* » (Potel, 2019, p.320). Nous l'avons abordé dans la partie clinique, le cadre thérapeutique comprend des conditions d'espace, avec un lieu délimité ; de temps, avec une régularité concernant la temporalité ; de matériel ; et encore d'encadrement, avec un nombre défini de thérapeutes. Il existe aussi le cadre psychique qui correspond à la manière dont le psychomotricien met en place une relation particulière, authentique et thérapeutique avec son patient. Cela implique la disponibilité psychocorporelle du psychomotricien qui se doit de montrer une posture sécurisante et accueillante pour mettre le patient en confiance et être disponible pour entrer en interaction avec lui. Les contours d'une séance de psychomotricité sont alors toujours très délimités pour que le patient puisse jouir totalement de l'espace qui lui est dédié en connaissant les limites. Une séance de psychomotricité vient donc comme une bulle dans laquelle le patient se sent sécurisé et peut s'exprimer autant qu'il le veut, y consacrer toute son énergie et donner le meilleur de lui-même.

Ainsi, la fonction du cadre thérapeutique est d'être contenant, il constitue une limite entre un extérieur et un intérieur. Il est aussi constitué d'invariants, qui vont servir de repères au patient. Mais avant tout, le cadre thérapeutique est pensé pour le patient, il est fait pour que celui-ci se sente bien dans la séance.

Nous pouvons alors nous demander dans quelle mesure le cadre groupal est propice pour les jeunes ayant un TSA que nous prenons en charge à l'IMP. En effet, le groupe peut

les déstabiliser car son cadre est plus changeant que dans une prise en charge individuelle. Le comportement des jeunes du groupe est imprévisible donc le cadre peut être moins stable qu'avec un seul jeune. Par exemple, si un enfant fait une crise de colère, l'accompagnement psychocorporel du psychomotricien va changer, l'environnement spatio-temporel peut alors en être modifié. Le choix d'une prise en charge groupale peut donc s'avérer questionnant. Certes, ce choix est en partie dû à une réalité de temps en institution, mais plusieurs raisons lui sont aussi favorables. Les psychomotriciennes ont fait le choix de réunir plusieurs jeunes TSA ayant des difficultés corporelles similaires dans des petites groupes. Grâce aux médiations attractives proposées, le groupe peut tisser une relation différente avec chacun des membres. Les jeunes devront alors adapter leur langage corporel, et parfois verbal, à chacun. L'entrée en interaction est donc favorisée par le cadre sécurisant de la séance et la multiplicité des relations possibles.

Par ailleurs, le groupe nécessite aussi la mise en place de règles qui ne sont pas forcément présentes en séance individuelle et apportent aux jeunes une nécessité de s'adapter. Ainsi, en groupe, l'enfant devra apprendre à respecter le tour de rôle, il devra donc se montrer patient et accepter que l'adulte ne s'intéresse pas seulement à lui. Il devra aussi apprendre à respecter les autres jeunes, à les aider ou à les laisser tranquille selon les moments. Le jeune pourra aussi imiter les autres. Par exemple, en regardant un jeune faire le parcours, en observant ses mouvements et la manière dont il s'adapte corporellement, il pourra reproduire ce qu'il a observé en faisant de même. Le plaisir partagé sera également davantage présent grâce au groupe. Le tour de rôle, l'imitation ou encore le plaisir partagé sont des prérequis à la communication et l'aideront, de fait, à communiquer de manière plus adaptée.

## B.2. La flexibilité mentale, une nécessité pour s'ajuster à la communication

La théorie nous apprend que les personnes porteuses de TSA présentent des difficultés à adapter leur comportement à différents contextes sociaux. Cela entraîne un déficit du développement, du maintien et de la compréhension des relations.

En effet, pour réussir à communiquer en toute situation, nous devons sans cesse nous adapter à notre interlocuteur et au contexte pour comprendre à quel moment, avec qui et à quel endroit une conduite est, ou non, appropriée. Nous devons donc sans cesse faire preuve de flexibilité mentale<sup>35</sup>. Cela demande beaucoup d'efforts pour une personne porteuse de TSA qui pense de manière dichotomique. La psychomotricité peut alors l'aider dans le sens où elle offre une grande diversité de situations.

---

<sup>35</sup> Cf. *supra*, II.F.3. Les fonctions exécutives chez les personnes présentant un TSA, p.43

La psychomotricité est intrinsèquement liée à la relation. Sans relation, il n'y a en effet pas de psychomotricité. L'alliance thérapeutique est d'ailleurs indispensable à toute prise en charge en psychomotricité. Cette alliance permet de mettre le patient en confiance et donc, comme nous le disions plus haut, de lui permettre de donner le meilleur de lui-même. Pour que cette relation de confiance s'instaure, il faut incontestablement qu'il y ait de l'interaction entre les deux protagonistes. Chacun va donc dévoiler un peu de lui-même pour que l'autre le découvre petit à petit. Cette interaction peut passer par le dialogue tonico-émotionnel, le toucher ou la communication non verbale. La psychomotricité met donc constamment les jeunes porteurs de TSA en situation d'échange, d'interaction et de communication.

La manière de communiquer sera bien différente d'un individu à l'autre. Pour parvenir à communiquer en toute situation, il faut donc s'entraîner à entrer en interaction avec des personnes diverses et variées qui auront toutes des façons différentes de réagir, des pensées et des idées hétérogènes et instaureront une relation dissemblable avec chacun. Un groupe thérapeutique en psychomotricité semble alors être une bonne occasion pour expérimenter tous types de relation et faire face à des points de vue différents de ceux auxquels l'enfant est confronté quotidiennement, dans le domaine familial par exemple. Lors de nos groupes effectués à l'IMP, les jeunes avaient l'occasion d'interagir à la fois avec chacune des psychomotriciennes, avec l'AMP mais aussi avec tous les autres enfants. Ceux-ci ont des manières bien différentes de réagir. Chacun possède des caractéristiques selon sa pathologie. Nous observons par exemple chez Anaïs et Mickaël un fort entêtement souvent retrouvé chez les personnes atteintes du syndrome de Down. Nous observons également un repli plus ou moins prononcé chez les jeunes atteints de TSA. Chez certains autres jeunes dont l'atteinte des facultés intellectuelles est moins marquée, la communication peut encore être différente et passer davantage par le langage. Au-delà de la pathologie, chacun des jeunes a bien sûr sa propre personnalité qui rend ses comportements et sa manière de communiquer uniques. En observant chacun, l'enfant porteur de TSA va se rendre compte des différences et des spécificités du comportement de chacun. En entrant en interaction avec les autres par un regard, un sourire ou une main posée sur le dos, il va pouvoir petit à petit, à force d'essais-erreurs, d'observation et d'imitation, pouvoir adapter peu à peu son tonus, sa posture ou encore ses mimiques à chaque situation.

En psychomotricité, l'enfant va donc être soumis à des expériences très variables pour lesquelles il va devoir s'adapter. La psychomotricité va alors l'aider à avoir une pensée plus flexible, à accepter l'inconstance, être ouvert aux changements et remarquer qu'il existe d'autres alternatives. Lors de nos prises en charge groupale à l'IMP, l'apprentissage de la flexibilité mentale passe d'abord tout simplement par tous les changements qui ont lieu pendant les séances. Par exemple, les parcours moteurs se modifient régulièrement et les jeunes peuvent être accompagnés par un professionnel différent chaque semaine, à la fois



pour le parcours et l'échauffement. Pour le groupe des plus grands, les activités sont différentes chaque semaine et le thème des séances est modifié au bout de quelques mois.

De même, en psychomotricité, un même matériel sert à différentes consignes. Ainsi lors du groupe parcours moteur, le plot servira lors de quelques séances à symboliser le début du parcours, au parcours suivant il faudra le contourner car il fera partie du slalom et à un prochain parcours, la consigne sera de marcher dessus pour travailler son équilibre. L'enfant devra alors s'adapter à toutes ces variantes, cela favorisera sa flexibilité mentale et c'est ainsi qu'il pourra réussir de mieux en mieux à adapter son comportement à l'environnement.

La flexibilité est primordiale pour que l'enfant puisse s'adapter à la fois à son environnement et à ses interlocuteurs. Cependant, la volonté de mettre en avant la flexibilité peut mettre à mal la mise en place de rituels. Or, ces rituels sont très importants pour les enfants atteints de TSA. Ainsi, pour répondre à ce besoin, lors de nos séances de psychomotricité, nous gardons toujours la même salle et le même déroulement avec les différents temps décrits dans la partie clinique. Les changements de thème ou d'activité permettront aux jeunes d'essayer de s'adapter à des petits changements tout en se sentant en sécurité.

Finalement, en mettant la flexibilité mentale en avant, la psychomotricité permet à l'enfant de s'adapter au mieux à une situation. Cela l'aidera à s'ajuster dans la communication.

### B.3. La communication non verbale et le dialogue tonique

Comme évoqué dans le DSM-V, les enfants TSA présentent des déficits au niveau des comportements de communication non verbaux utilisés pour l'interaction sociale. Cela passe notamment par une anormalité du langage corporel et une incapacité à comprendre et à utiliser les comportements de la communication non verbale.

Le psychomotricien me semble être un des professionnels le plus apte à repérer et s'adapter à la communication non verbale de son patient. Dès que le psychomotricien rencontre son patient pour la première fois, il se doit de repérer les manières dont il s'exprime, se tient, bouge, parle ou encore la façon dont il communique et s'adapte à la relation. Le bilan est là pour évaluer à la fois les capacités motrices et cognitives, mais plus encore, pour se rendre compte de la relation que le patient entretient avec lui-même et les autres. Selon moi, le psychomotricien est un spécialiste de la communication non verbale. Tout au long de notre formation, nous passons beaucoup de temps à étudier cette communication non verbale. Nous apprenons tout d'abord les bases théoriques du dialogue tonico-émotionnel puis, lors de nos nombreux cours pratiques nous observons encore et encore, nous expérimentons et nous découvrons comment les autres et nous-mêmes communiquons sans parler. Lors de nos stages, de nos premiers emplois en tant que psychomotricien et tout au long de notre carrière,

nous perfectionnerons cette habileté à observer, analyser, détecter, interpréter et éventuellement comprendre le fonctionnement de chacun.

Beaucoup de modalités propres à la psychomotricité nous aident à repérer cette communication non verbale. Dès la première rencontre, le toucher est généralement utilisé entre le professionnel et le patient. Ce toucher a une importance primordiale dans l'interaction du professionnel avec son patient, c'est pourquoi il est omniprésent en psychomotricité. Ainsi, dans un toucher, une multitude d'informations circulent entre les deux personnes touchées. Le toucher peut être franc, léger, profond, englobant, froid ou chaud, moite, il peut faire mal ou encore être agréable. Il nous partage un tas de ressentis et d'émotions. Il peut nous indiquer l'état tonique de l'autre, son intention ou encore son état émotionnel. C'est là qu'apparaît le dialogue tonico-émotionnel, qui nous permettra de nous ajuster davantage au patient. Comme nous l'avons vu précédemment, les troubles du tonus sont fréquents chez les enfants TSA qui présentent souvent des difficultés d'ajustement tonique. Ces difficultés d'ajustement tonique peuvent être un frein dans la communication non verbale, il semble donc intéressant de travailler dessus en psychomotricité.

Par exemple, lors du groupe conscience corporelle, nous avons fait une séance sur l'équilibre. Lors de celle-ci, j'accompagnais Martin sur la planche à bascule. Martin éprouvait des difficultés, il n'était pas à l'aise, et donc était très crispé et tendu. Il présentait une hypertonie. J'étais alors moi-même tendue et, quand je m'en suis rendue compte, j'ai relâché mon tonus. La dialogue tonico-émotionnel entre Martin et moi s'est alors fait plus fluide, ce qui a permis à Martin de se détendre, d'être plus rassuré et par conséquent de mieux trouver son point d'équilibre.

Le psychomotricien est donc apte à détecter la communication non verbale de son patient et de s'y ajuster. Il va aussi utiliser la communication non verbale pour se faire comprendre auprès du jeune et donc pour parvenir à communiquer.

Par exemple, parfois je pouvais répéter plusieurs fois oralement une consigne à Manon mais celle-ci ne semblait pas comprendre ce que je lui demandais. En utilisant le langage corporel, l'interaction était alors plus simple. Le dialogue tonico-émotionnel permettait aussi de mieux nous comprendre et d'améliorer notre relation. Lors d'une séance, Manon devait marcher avec des échasses et elle éprouvait quelques difficultés. Elle m'a donc attrapé la main de manière assez ferme en la ramenant vers elle de manière à ce que je comprenne, à travers son langage corporel, qu'elle avait besoin d'aide. Pour l'aider, je me suis mise derrière elle pour l'accompagner corporellement. Je tenais les ficelles avec elle et nous avançons ensemble à chaque pas. Au départ, nous n'étions pas du tout coordonnées, nous ne savions pas quel pied l'autre allait avancer et Manon avait du mal à coordonner le mouvement de ses bras qui tenaient les échasses et ses pieds qui devaient avancer en même temps. Puis au fur et à mesure, grâce au dialogue tonique, nous nous sommes ajustées l'une à l'autre et, en

s'adaptant à mes mouvements, Manon a réussi à être davantage coordonnée. De même, lorsque Manon me tient la main lors de l'échauffement, je peux sentir grâce au dialogue tonico-émotionnel si elle est plutôt détendue, fatiguée ou en colère. Cela me permet alors de m'adapter à la relation et nous pouvons ainsi mieux communiquer.

Nous utilisons aussi le langage gestuel lors du groupe parcours moteur, avec notamment l'utilisation du Makaton. La méthode Makaton a été élaborée au cours des années 1973 et 1974 par trois britanniques : l'orthophoniste M. Walker, ainsi que K. Johnston et T. Cornforth, tous deux spécialisés dans l'assistance des personnes sourdes et muettes. Ce sont d'ailleurs avec les premières lettres de leurs prénoms qu'ils ont formé le mot Makaton. Cette technique est un programme d'aide à la communication et au langage, constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes. Elle se base sur des aides visuelles et gestuelles proposées aux sujets présentant un TSA pour enrichir leur communication. Cette méthode permet alors d'établir une communication de base, le langage gestuel et visuel étant parfois plus facilement abordable par certains enfants. Avec nos patients porteurs de TSA, nous pouvons donc appuyer nos propos en faisant le geste correspondant en même temps, cela permet à l'enfant d'associer les deux et de mieux comprendre le langage oral. Certains enfants parviennent aussi mieux à s'exprimer par les gestes.

Par la communication non verbale et notamment le dialogue tonique, le psychomotricien est capable de mieux comprendre les jeunes et de mieux se faire comprendre par eux. Cela améliore alors la communication de tous.

#### B.4. Les émotions

Une des caractéristiques de l'autisme évoquée dans la partie théorique, est le déficit de la réciprocité sociale et émotionnelle, qui peut alors engendrer un défaut de communication. Pour pallier ce déficit au niveau des émotions, la psychomotricité possède des outils qui aideront l'enfant à reconnaître et à exprimer ses propres émotions et à identifier et prendre en compte celles des autres. A l'IMP, nous utilisons le bonhomme qui peut changer de visage selon ses émotions. Automatiquement, nous reproduisons la mimique sur nous-même pour que le jeune associe le visage image à la vraie mimique. Mais c'est aussi dans nos échanges avec les jeunes que nous les aidons à reconnaître une émotion.

Par exemple lors d'une séance où Manon avait tapé un autre enfant, la psychomotricienne a montré qu'elle était fâchée en utilisant notamment sa communication non verbale. Au niveau de ses mimiques, elle a montré son visage fermé et fâché en désignant ses sourcils froncés, ses yeux plissés et sa mâchoire serrée. Sa posture était plutôt renfermée et tonique. Nous pouvions aussi remarquer des signes vocaux avec notamment un

haussement de ton. La colère a aussi des caractéristiques non verbales au niveau de l'expression corporelle. Les mouvements d'une personne en colère auront en effet généralement des caractéristiques communes.

Ainsi, nous pouvons analyser les mouvements d'une personne en colère grâce aux travaux de Laban qui a développé le « *Laban movement Analysis* » qui permet d'observer les mouvements du corps selon quatre modalités : le poids, le temps, l'espace et le flux. Je pense qu'une personne en colère utilisera davantage :

- un poids fort, c'est-à-dire un poids lourd, opposé au poids léger
- le temps soudain c'est-à-dire un mouvement bref et explosif, qui surgit
- l'espace direct, c'est-à-dire davantage en face à face
- le flux condensé, c'est-à-dire un mouvement avec beaucoup de tension.

Tout cela évoque un dialogue tonico-émotionnel ferme et rigide. Puis, une fois que la personne n'est plus en colère, son dialogue tonico-émotionnel devient plus détendu. Pour en revenir à Manon, une fois que l'erreur a été réparée, la psychomotricienne a montré à Manon son visage détendu. Cela permet aux jeunes d'associer le terme « colère » à une situation précise et de faire le lien avec la raison de cette colère. Ainsi, pour qu'un enfant atteint de TSA, comprenne et reconnaisse les émotions, nous pouvons sans cesse exagérer notre communication non verbale, comme nos mimiques pour qu'il associe le comportement à l'émotion.

Les émotions sont difficilement détectables par les enfants porteurs de TSA. En effet, une étude décrite par la psychiatre M. Zilbovicius a montré que, dès les premiers mois de vie, les enfants neurotypiques regardent les yeux des personnes qui interagissent avec eux alors que les enfants porteurs de TSA regardent davantage la bouche ou des détails<sup>36</sup>. Or, les émotions sont bien plus facilement reconnaissables en observant les yeux de quelqu'un qu'en regardant sa bouche ou un autre détail. C'est notamment pour cela que les enfants ayant un TSA présentent des difficultés à reconnaître les émotions. C'est aussi pour cela qu'en séance de psychomotricité, nous exagérons nos mimiques et nous demandons aux enfants de bien regarder nos yeux et l'ensemble de notre visage afin de leur faire comprendre notre émotion.

De plus, les émotions peuvent être identifiées sur la base d'indices contextuels, c'est en voyant le vase cassé de sa mère que l'enfant va comprendre qu'elle est sûrement triste ou en colère. De même, c'est en voyant ses parents applaudir et être joyeux lors de ses premiers pas qu'un enfant voudra aussitôt recommencer. Nous faisons exactement pareil en séance de psychomotricité. Par exemple lorsque, après plusieurs semaines, Manon a réussi à intégrer davantage le parcours et à mieux le maîtriser, nous l'avons longuement félicitée. Pareillement,

---

<sup>36</sup> Cf. *infra*, Annexe V p.V

lorsque Léo après plusieurs essais, a réussi à envoyer la balle sur la cible, nous avons exagéré les félicitations afin qu'il soit fier de lui et qu'il veuille recommencer la fois d'après.

Les temps de verbalisation très souvent présents en psychomotricité servent aussi à nommer et donc à mieux identifier ses propres émotions. C'est ce que nous faisons sans cesse lors du temps où les jeunes expriment verbalement ou corporellement leurs émotions au groupe de conscience corporelle.

Grâce à la communication non verbale, le psychomotricien va aussi pouvoir mettre des mots sur les ressentis ou émotions du jeune afin qu'il comprenne mieux son fonctionnement et la signification du vocabulaire des émotions. Parfois les mots que le jeune pose sur son état émotionnel ne semblent pas correspondre à ce que nous percevons de l'extérieur. Prenons l'exemple de Martin qui exprime ses émotions lors du groupe de conscience corporelle. Il arrive que Martin soit très souriant, très détendu et parle de manière calme, mais que, pour autant, il exprime au groupe une sensation de tristesse. Grâce à l'analyse que nous faisons de sa communication non verbale, nous pouvons alors amener Martin à analyser ses ressentis et réfléchir si la tristesse est vraiment l'émotion qu'il ressent à ce moment-là.

Finalement, la psychomotricité peut aider les enfants atteints de TSA à mieux comprendre ce qu'est une émotion, à mieux analyser leur propre émotion et mieux détecter et comprendre l'émotion de l'autre. Ces aptitudes permettront ensuite à l'enfant de mieux comprendre l'autre, de mieux s'ajuster à la relation et donc de mieux communiquer.

## B.5. La sensorialité

Les troubles de la sensorialité, ne sont apparues que tardivement dans la littérature, depuis la parution du DSM-V en 2013, et pourtant, les enfants TSA sont certainement les plus touchés par cette atteinte. En effet, ils peuvent présenter, des hyper ou hyporéactivités aux stimulations sensorielles ou avoir un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement.

Effectivement, comme nous l'avons vu précédemment dans la partie théorique, malgré des capteurs sensoriels qui peuvent être performants, les personnes ayant un TSA présentent un trouble du traitement des informations sensorielles au niveau du SNC. Cela implique des difficultés à moduler et à filtrer le message qui est perçu trop ou pas assez fort et induit des réactions de désarroi, de négligence ou de fascination. Il est alors parfois normal pour les individus porteurs de TSA de se couper du monde et de se réfugier dans leur bulle pour fuir les stimuli qui surchargent leurs sens. Cela peut alors renforcer leur isolement social et renvoyer une image de personne renfermée sur elle-même. En psychomotricité, nous devons donc travailler sur la sensorialité. Nous pouvons détecter les sensations qui peuvent déranger un enfant porteur de TSA ou celles, au contraire, qui lui font du bien et le stimulent. Une fois

celles-ci observées, nous pouvons travailler dessus et parfois y remédier. Un environnement dystimulant<sup>37</sup> et une sensorialité mal traitée peuvent avoir des conséquences importantes dans les processus de communication et peuvent possiblement engendrer des troubles du comportement.

Par exemple, une hypersensibilité peut amener un jeune à avoir un trouble du comportement. Il cherchera en effet parfois à éviter certaines situations, contribuant à son renfermement sur lui-même, ou au contraire, l'hypersensibilité provoquera chez lui une agitation psychomotrice. Un enfant qui est sans cesse en recherche de stimulations pourra paraître étrange. Or, instinctivement, nous sommes plutôt poussés à fuir ce qui nous paraît bizarre car cela peut faire peur. Par exemple Jeanne, une jeune atteinte de TSA qui participe au groupe moteur se bouche les oreilles quand il y a trop de bruit. Et si ce bruit se fait trop insupportable pour elle, elle fuit le groupe, se tape et chante fort afin de contrôler son environnement sonore. Pour la calmer, nous lui proposons alors d'écouter de la musique ou de prendre le casque anti-bruit. Ainsi, des particularités sensorielles peuvent nuire à la socialisation et à la communication d'un enfant porteur de TSA. Il est alors primordial de prendre en compte son environnement et la façon dont l'enfant traite les informations qu'il reçoit.

En psychomotricité, nous devons alors travailler sur l'environnement spatio-temporel afin que l'enfant soit le plus disponible possible. Cela peut par exemple passer par l'instauration de pauses pendant lesquelles l'enfant pourra se recentrer sur lui-même et être dépourvu des stimulations qui peuvent l'envahir. Les pauses délimitées permettent aussi d'instaurer un cadre et un rythme. L'espace est circonscrit, l'enfant sait qu'il est en pause il peut donc pleinement profiter de son temps de pause.

Lors du groupe parcours moteur, nous n'avions au départ pas instauré de temps de pause défini. Les enfants attendaient sur le banc à la fin du parcours que ce soit de nouveau leur tour. Lors de ces séances du début d'année, les enfants étaient très agités et l'environnement bruyant. Depuis que le groupe est divisé en deux et que des pauses délimitées ont été instaurées, le groupe est beaucoup plus calme. Les enfants sont moins agités ce qui leur permet d'être plus concentrés et donc d'intégrer davantage ce qu'ils font. L'espace de pause est délimité par un module de motricité qui permet à la fois de voir ce qu'il se passe s'ils en ont besoin, ou de se couper visuellement des stimulations de la salle. La pause permet que chaque enfant prenne du temps pour lui, il peut se poser et ne pas être soumis à de multiples stimulations. Cela lui permet alors de revenir sur ce qu'il vient de vivre et il peut alors prendre le temps d'intégrer tout ce qu'il vient d'apprendre. En fonction des

---

<sup>37</sup> Environnement générant des stimulations inadaptées.

capacités des jeunes, ils peuvent aussi laisser place à leur imagination et/ou en profiter pour se reposer et reprendre des forces.

De plus, la pause peut apparaître comme un renforcement pour les enfants. En effet, lors de sa pause, chaque enfant a, à sa disposition, quelque chose qui lui plaît. Par exemple Manon peut jouer avec son fil, Léo s'amuse à rentrer et sortir du tunnel, Flora colle des gommettes ou fait des bulles et Sohan joue avec une balle. La pause peut alors apparaître comme une récompense à la fin du parcours.

Grâce aux pauses, l'environnement est plus calme et les professionnels plus disponibles. Le suivi peut alors être plus individuel et la communication sera de meilleure qualité.

Pour Manon, différentes particularités sensorielles ont été mises en évidence grâce au profil sensoriel® de Dunn<sup>38</sup>.

Du fait de ces particularités sensorielles, une surcharge sensorielle peut vite arriver chez Manon, ce qui provoquera un débordement émotionnel avec souvent de grosses crises de colères qui seront difficilement gérables.

Tous les éléments extraits du profil sensoriel de Manon nous montrent qu'aménager l'environnement lors d'une séance de psychomotricité est primordial pour que l'enfant puisse aborder la séance le plus sereinement possible et qu'il soit plus réceptif aux apprentissages et aux interactions qui pourront avoir lieu. L'évaluation des processus d'intégration sensorielle font d'ailleurs parties des recommandations de l'HAS (2018).

Lors des séances avec Manon, nous avons essayé d'aménager l'environnement spatio-temporel au cours de l'année avec l'instauration des pauses décrites ci-dessus et la réduction du temps de la séance. Nous pourrions aussi trouver d'autres aménagements pour Manon en psychomotricité afin de diminuer les conséquences négatives de ses particularités sensorielles.

Nous pourrions notamment utiliser davantage le tact profond avec elle afin de l'aider à mieux ressentir son corps de façon globale. Le temps de l'échauffement lors de nos séances parcours moteur aurait été un moment approprié. Après le temps où Manon fait ses automassages assez légers sur tout son corps, nous aurions pu finir par lui faire un toucher thérapeutique plus profond sur l'ensemble du corps.

Nous aurions aussi pu utiliser davantage les systèmes sensoriels performants chez Manon comme le système olfactif. Nous aurions en effet pu associer une odeur à une étape du parcours. En utilisant le loto des odeurs, nous aurions pu faire sentir à Manon une odeur

---

<sup>38</sup> Cf. *supra*, I.B.2. Bilan psychomoteur, p.14

différente au début de chaque étape. Manon pourrait alors associer l'odeur à l'étape du parcours et ainsi être favorisée dans ses rituels en reconnaissant davantage la chronologie des étapes. Sentir une odeur qu'elle apprécie pourrait aussi la stimuler.

Enfin, Manon a un regard essentiellement périphérique, elle ne focalise pas beaucoup. Pour pallier ce défaut de traitement de l'information visuelle, nous pourrions travailler sur son regard périphérique, afin de partir tout d'abord de ce qui est efficace chez elle. Pour cela, nous pourrions modifier certaines étapes du parcours pour elle. Par exemple, une étape du parcours consiste à lancer une balle sur une cible. Nous pourrions imaginer plutôt un échange de balle à trois, en triangle, afin que Manon n'ait pas à regarder en face d'elle mais doive utiliser sa vision périphérique. Lorsqu'une position latérale serait acquise, nous pourrions changer de place afin que Manon affine l'ensemble de sa vision périphérique.

Finalement, aménager l'environnement permet à chaque enfant de se sentir mieux, d'être moins dérangé par ses particularités sensorielles ou par les stimulations multisensorielles qui peuvent devenir insupportables pour lui. Une vidéo parue au grand public (Jiron, 2012) met, par ailleurs, bien en évidence ce sentiment submergeant qu'un enfant atteint de TSA peut vivre.

La prise en compte de la sensorialité permettra alors au jeune d'être plus disponible et réceptif à la fois aux apprentissages et aux interactions qu'il pourra tisser avec chacun.

## B.6. L'expressivité du corps

Comme nous l'avons vu plus haut, les enfants TSA présentent des déficits des comportements de communication non verbaux utilisés pour l'interaction sociale.

Or, l'enfant porteur de TSA n'a parfois pas accès au langage, son seul moyen de communication est alors le corps. En psychomotricité, grâce aux diverses médiations proposées, l'enfant pourra s'exprimer corporellement et entrer en interaction avec l'autre de manière corporelle.

L'expressivité du corps prend en effet une place importante en psychomotricité. Cela permet à l'enfant de s'exprimer d'une manière dont il n'a pas forcément l'habitude. Lors d'une séance du groupe conscience corporelle, j'avais proposé aux enfants de danser sur des musiques plus ou moins rapides. Chacun entraînait alors en mouvement à sa manière, certains bougeaient à peine, d'autres tournaient sur eux-mêmes plusieurs fois d'affilés et d'autres encore dansaient au rythme de la musique. Cela donnait parfois lieu à des danses à plusieurs, certains jeunes allaient voir les autres et ils dansaient en duo. Les jeunes entraînaient alors en interaction par le corps et le mouvement. Seul le dialogue corporel et postural leur permettait



de rentrer ou non en interaction entre eux. La communication passait alors par le regard, le toucher, la façon dont ils se déplaçaient et effectuaient leurs mouvements, le rythme qu'ils adoptaient, les différents plans de l'espace qu'ils exploraient : le plan vertical, horizontal et sagittal mais aussi leur posture, la taille de leur kinésphère ou encore la distance qu'ils laissaient entre eux.

Lors de cette séance, Martin restait isolé, il n'allait pas vers les autres et dansait seul. Il souriait et semblait apprécier la danse. Ses gestes étaient rigides, il bougeait les bras de façon rythmée dans une kinésphère plutôt restreinte. Martin n'engageait aucune relation par le corps, nous pouvons donc imaginer que son expression du corps est un frein dans sa communication. Ainsi, si nous avons eu la possibilité de continuer les séances groupales, nous aurions pu continuer un travail sur l'expressivité du corps avec Martin. Nous pouvons imaginer un travail qui aborde le thème de l'entrée en relation et de la séparation. Ainsi, nous pourrions commencer par un travail groupal où chaque jeune se déplace dans la salle et entre en relation avec toutes les personnes qu'il croise sur son chemin par un regard, un hochement de tête ou en se serrant la main. Cela leur permettrait de communiquer seulement grâce au corps, en prenant conscience de l'autre et en s'ajustant à lui.

La psychomotricité est donc d'une grande aide pour faciliter la communication chez les enfants ayant un TSA. Réussir à communiquer et entrer en interaction avec autrui est déjà souvent une grande étape à franchir pour un enfant porteur de TSA, mais, pour que sa communication soit encore plus juste et adaptée, il va falloir qu'il intègre certaines normes sociales, indispensables à son intégration dans la société. Cela lui permettra de se faire accepter pas les autres.

### C. Le rôle de la psychomotricité dans les habiletés sociales

Apprendre à respecter les normes sociales va aider les enfants porteurs de TSA à entrer en interaction et communiquer. En effet, lorsque nous ne respectons pas les codes sociaux établis par la société, notre comportement peut paraître surprenant pour les autres, et cela peut alors entraîner une marginalisation. La psychomotricité a-t-elle alors un rôle à jouer dans l'intégration des habiletés sociales ?

Afin de clarifier le concept d'habiletés sociales, nous pouvons diviser ces habiletés en six grands types de compétences à acquérir :

- Comprendre l'autre, dans son discours verbal et non verbal et dans ses intentions
- S'exprimer de manière compréhensible, à la fois dans ses besoins et ses pensées
- Identifier des émotions chez soi et chez les autres, les exprimer, les réguler et comprendre ce qui peut provoquer telle ou telle émotion chez l'autre
- Connaître les règles de vie en société

- Se socialiser et s'épanouir avec autrui
- S'autonomiser dans la vie domestique et sociale (Bastier, 2019, p.27).

Les habiletés sociales font partie intégrante du « savoir communiquer », ce sont en effet elles qui permettent de comprendre et de se faire comprendre. Ainsi, nous avons déjà approfondi les trois premiers types de compétences concernant la compréhension, l'expression et les émotions dans la partie axée sur la communication, nous allons à présent nous pencher davantage sur les trois dernières. Ainsi, nous allons découvrir si la psychomotricité possède des moyens d'aider les enfants TSA à acquérir ces habiletés sociales.

### C.1. L'apprentissage des codes sociaux en séance de psychomotricité

En psychomotricité, comme nous l'avons vu précédemment dans la partie clinique, l'apprentissage des normes sociales est omniprésent. Le fait de mettre les jeunes en situation concrète va les inciter à apprendre et respecter certaines règles. Cela passe par le fait de dire bonjour, au revoir ou encore lorsque nous leur apprenons la politesse ou les règles d'interdits. Petit à petit, l'enfant porteur de TSA assimilera un grand nombre de règles et de situations. L'expérience lui permettra alors d'apprendre et de retenir les habiletés sociales. Par exemple, en répétant à chaque séance à Manon d'arrêter de lancer ses chaussures au lieu de les poser dans le lieu adéquat, elle a fini par intégrer cette règle et peut désormais déposer ses chaussures de façon plus spontanée.

Lors d'une prise en charge en psychomotricité, les jeunes vont aussi pouvoir procéder par imitation. En observant les autres jeunes et les professionnels qui appliquent les codes sociaux, ils vont prendre conscience des normes sociales pour pouvoir les appliquer naturellement ensuite. Cela est valable pour les habiletés conversationnelles, c'est-à-dire les nombreuses règles que nous devons respecter lorsque nous entretenons une conversation. Elles correspondent notamment à l'ajustement du regard, le tour de parole, la juste distance etc. Ainsi, Martin, en observant, imitant et en s'imprégnant de toutes les habiletés conversationnelles dont chacun fait preuve lors du groupe de conscience corporelle, a su développer de mieux en mieux ces habiletés et s'exprime désormais de façon plus ajustée. Par exemple, Martin écoute mieux les autres quand ils parlent et a bien intégré le tour de parole.

Mais finalement, toutes ces acquisitions ne sont pas spécifiques à la psychomotricité. Martin s'enrichira de toutes les conversations qu'il observera et qu'il tiendra avec quiconque dans n'importe quel contexte. De même, les éducateurs, les psychologues, et la famille travaillent aussi sur l'acquisition des codes sociaux chez Manon ou chez Martin.

La psychomotricité a peut-être une plus-value à apporter dans le sens où certaines règles sociales passent par le corps. En effet, respecter les normes sociales c'est aussi s'ajuster à son interlocuteur et son environnement. Par exemple, en séance, lors de l'échauffement corporel du dos notamment, chaque enfant touche le dos du jeune devant lui. Leur toucher n'est alors parfois pas du tout ajusté. Par exemple, Martin n'osait pas toucher le dos de l'autre et Thomas faisait des chatouilles. Nous leur apprenons donc à demander à l'autre ce qu'il souhaite, à ajuster son toucher et son tonus aux besoins de l'autre. En prenant en compte les envies et les besoins de l'autre, en écoutant leur langage corporel et en s'ajustant grâce au dialogue tonique, les enfants pourront alors davantage adapter leur comportement.

Une autre règle sociale consiste à dire qu'il faut sans cesse ajuster son regard à l'autre. Il ne faut ni trop fixer son interlocuteur, ni ne pas assez le regarder. Ainsi, en psychomotricité nous n'allons pas apprendre à Manon à regarder la personne pendant exactement cinq secondes, l'ajustement de son regard va pouvoir passer par des situations concrètes qui sont plaisantes pour elle. Ensuite, c'est elle-même, en maîtrisant davantage la communication non verbale, qui sentira peut-être le comportement approprié à avoir et pourra s'adapter petit à petit. Par exemple, en groupe parcours moteur, pour que les enfants regardent devant lorsqu'ils marchent sur les plots en équilibre, nous nous mettons quelques mètres plus loin et nous leur demandons de nous regarder en les appelant. De même, lors d'un échange de ballon, nous demandons au jeune de regarder la personne à qui elle le lance. Nous rappelons d'ailleurs très régulièrement aux jeunes de regarder ce qu'ils font et où ils vont. Cela n'est pas un but social à proprement parler, mais de façon détournée, nous apprenons au jeune à regarder devant lui quand il avance, à regarder les obstacles ou les personnes qui peuvent l'entraver dans son chemin, à regarder son interlocuteur, etc.

Ainsi, en tant que psychomotricien, nous pouvons essayer de faire sentir aux enfants porteurs de TSA comment s'adapter à l'autre grâce notamment à la communication du corps.

## C.2. Diversifier ses intérêts pour une meilleure intégration

Le DSM-V fait état de la présence d'intérêts restreints et répétitifs chez les personnes porteuses de TSA. Nous pouvons prendre l'exemple de Manon qui est très intéressée par les fils. Elle joue sans cesse avec un ou deux fils et cela peut l'empêcher de s'intéresser à autre chose et donc de se socialiser. En effet, si son attention est toujours fixée sur la même chose elle aura plus de mal à s'ouvrir aux autres et les autres viendront moins vers elle. De par son manque d'intérêt pour les objets, les personnes ou les situations, Manon a du mal à partager un thème ou une activité avec un interlocuteur, et si elle n'est pas fortement sollicitée à le faire, elle ne s'intéresse qu'à une seule action, qui en devient stéréotypée.

Ainsi, en psychomotricité, nous essayons d'ouvrir les enfants à de nouvelles activités, à du nouveau matériel et de nouvelles façons de découvrir l'environnement afin de diversifier leurs centres d'intérêts.

Pour Manon, nous n'allons bien sûr pas lui supprimer son fil qui est probablement un moyen de se rassurer. Néanmoins, nous essayons d'estomper cet isolement en lui proposant d'autres choses : il y a des temps où elle peut jouer avec ses fils et des temps où il lui est proposé de faire autre chose avec ses mains. Manon a notamment une séance de psychomotricité en individuel, où cet aspect est travaillé avec elle.

En parcours moteur, nous essayons aussi de diversifier le fil avec lequel elle joue. Manon a généralement un fil à scoubidou. Nous lui proposons alors des fils différents, notamment un fil avec des perles qu'elle doit retirer, ou une ficelle. Nous commençons toujours par partir de ce que Manon apprécie pour qu'à plus long terme elle parvienne à davantage diversifier ses intérêts, ce qui participera à sa socialisation.

### C.3. Travailler en coopération

L'un des symptômes du déficit des interactions sociales est une absence manifeste d'intérêt pour autrui. De plus comme nous l'avons vu, le défaut de théorie de l'esprit<sup>39</sup> présent dans l'autisme rend difficile la capacité à se mettre à la place de l'autre.

Ainsi, en psychomotricité, nous pouvons proposer des activités coopératives afin d'entraîner les jeunes à s'intéresser à ce que fait l'autre et à se concentrer ensemble sur une tâche commune. Cela les aidera à se socialiser.

Lors d'une séance de conscience corporelle, j'avais proposé aux jeunes de construire un bonhomme tous ensemble. Nous travaillions à ce moment-là sur le schéma corporel. Lors de cette séance, chaque jeune dessinait un bonhomme sur une feuille, le plus précisément possible, puis, ensemble, ils devaient fabriquer un bonhomme commun grâce au matériel. Ainsi, je commençais par poser un cerceau pour symboliser la tête, puis les jeunes, chacun leur tour, devaient venir poser un matériel pour représenter la partie du corps qu'ils souhaitaient. Seulement cette proposition s'est avérée trop complexe. Elle demandait en effet de prendre en compte beaucoup de tâches simultanément. Il fallait déjà avoir accès à la symbolisation pour comprendre qu'une balle peut représenter un œil, il fallait avoir une bonne représentation de l'espace pour positionner correctement les éléments entre eux, mais aussi avoir intégré correctement le schéma corporel. De plus, comme il s'agissait d'une médiation coopérative, il fallait arriver à se mettre à la place de l'autre et adopter différents points de vue. Beaucoup de jeunes n'ont alors pas réussi à effectuer cette proposition, faire ensemble n'était pas évident. Il a donc fallu simplifier la tâche pour la séance suivante. Lors de celle-ci, chaque

---

<sup>39</sup> Cf. *supra*, III.B.2. Les habiletés sociales chez les personnes présentant un TSA, p.57

enfant effectuait son propre bonhomme. Il y avait alors beaucoup moins de compétences à mettre au travail et chacun pouvait faire son bonhomme selon sa propre vision des choses. Certains éprouvaient cependant plus de difficultés que d'autres. Cela a donc donné lieu, à la fin de la séance, à une entraide où ceux qui avaient fini allaient aider ceux pour qui cela était plus compliqué. Puis à la fin, tout le monde passait voir le bonhomme des autres en se demandant ce qui pouvait être arrangé ou rajouté. Lors de cette tâche, les jeunes devaient donc se mettre à la place de celui qui avait fait le bonhomme et tout le monde s'intéressait à la même chose.

Faire des activités en coopération permet alors aux jeunes de s'intéresser à ce que font les autres et donc à manifester de l'intérêt pour eux.

#### C.4. Le travail auprès des familles

La littérature explique depuis longtemps que les personnes atteintes de TSA présentent souvent des mouvements stéréotypés, qu'ils peuvent utiliser des objets ou le langage de manière répétitive avec notamment des écholalies et des phrases idiosyncrasiques<sup>40</sup>. De même, ils peuvent présenter des intérêts inhabituels pour les aspects sensoriels de l'environnement, ce qui peut impliquer par exemple une fascination pour les lumières ou les objets qui tournent. Ces comportements paraissent souvent atypiques si l'on ne peut pas mettre de sens derrière.

Or, pour s'intégrer dans la société, il est nécessaire de se faire comprendre par les autres. L'entourage de l'enfant porteur de TSA joue alors un rôle important. En effet si les proches de l'enfant ne comprennent pas son comportement, le jeune va se sentir incompris continuellement. Mais si la famille de l'enfant le comprend davantage, cela va favoriser une meilleure interaction entre elle et son enfant. L'entourage va aussi pouvoir expliquer le comportement atypique de l'enfant aux personnes qui ne le comprennent pas.

Ainsi, tous les comportements ont une fonction. Les attitudes répétitives sont généralement un moyen de faire face à la peur, car grâce à la répétition il n'y a pas d'imprévu, les conditions restent inchangées. La répétition sert à se rassurer et atteindre un état de bien-être. De même les intérêts inhabituels pour certaines sensations sont là pour faire face à des particularités sensorielles mais ces comportements sont difficiles à accepter si l'on ne comprend pas le sens caché derrière.

Le travail en psychomotricité ne s'arrête donc pas à la salle de psychomotricité. Le travail avec les proches et les enseignants est aussi indispensable pour expliquer ce type de comportement qui peut rester incompris ou exacerbant pour eux. Par exemple, les stéréotypies visuomanuelles de Manon restaient incompréhensibles pour sa mère qui avait

---

<sup>40</sup> Phrase « hors contexte », inadaptée par rapport à la situation présente.

alors du mal à les accepter. Il a donc fallu que la psychomotricienne lui explique, à de nombreuses reprises, la fonction de ces stéréotypies. Celles-ci sont désormais plus facilement compréhensibles et surtout mieux acceptées par la famille, car elle a pu y mettre du sens.

#### C.5. Le mime et l'imitation comme apprentissages des habiletés sociales

Le déficit persistant dans la communication et les interactions sociales fait partie de la définition de l'autisme. D'après le DSM-V, ce déficit se manifeste notamment par une démarche sociale anormale, voire une inaptitude à initier l'interaction sociale et un manque d'intérêt pour autrui. La personne TSA présente aussi un déficit au niveau des comportements de communication non verbaux utilisés pour l'interaction sociale.

Grâce aux différentes médiations qu'il a à sa disposition, le psychomotricien va pouvoir travailler sur ces compétences. Prenons l'exemple du mime qui permet de travailler de multiples compétences psychomotrices comme le schéma corporel, l'image du corps, l'appréhension de l'espace, la motricité, l'imagination, etc. Ce qui va nous intéresser plus particulièrement maintenant, c'est le travail sur l'écoute de soi, de l'autre et le travail autour du miroir qui met en jeu l'observation, l'imitation et l'identification.

*« Le mime est l'expression totale de soi à travers le corps tout entier, sans la parole. C'est la représentation de tous les états d'âme et situations de l'Etre Humain. C'est imiter et s'identifier à autrui, à l'espace, à l'objet, ainsi qu'à la nature toute entière. »* (De Busserolles, s. d.).

Cette médiation ne met pas la parole en jeu, cela permet d'avoir un langage sans mot. Le corps sera alors vécu comme un moyen de relation avec autrui, toute l'expressivité et la communication vont en effet passer par le langage corporel. Ainsi, il va falloir exagérer ses gestes, ses postures et encore ses mimiques. La communication non verbale va alors sans cesse être mise en avant.

Dans un premier temps, le mime pourrait répondre à la compétence sociale « connaître les règles de vie en société ». Cette règle implique notamment tous les codes à suivre lorsque deux personnes se rencontrent. Ainsi, en mime, nous pourrions imaginer une improvisation sur une scène concrète de la vie quotidienne. Par exemple nous pouvons mettre en scène une personne qui va acheter une baguette de pain. Cette situation fait travailler plusieurs codes sociaux non verbaux. Il faut notamment saluer le boulanger, respecter les distances sociales, attendre son tour, respecter les autres clients etc. Une quelconque scène de la vie quotidienne implique une grande quantité de normes à respecter. Nous pourrions imaginer faire une activité de la sorte lors du groupe de conscience corporelle en l'adaptant aux jeunes présents. L'accès à la symbolisation de certains peut s'avérer limité, nous pourrions donc mettre des

objets concrets pour les aider à visualiser la scène. Nous pourrions par exemple mettre une table pour symboliser le comptoir, d'autres objets pour symboliser le pain etc.

Le mime peut aussi être un très bon moyen de travailler sur la compétence sociale « identifier des émotions chez soi et chez les autres, les exprimer, les réguler et comprendre ce qui peut provoquer telle ou telle émotion chez l'autre » vue plus haut.

Nous pourrions imaginer un travail autour du miroir pour s'intéresser aux émotions. Le travail du miroir demande de l'observation, puis de l'imitation et enfin de l'identification. Ainsi, nous pourrions proposer cela à Martin qui a souvent du mal à identifier ses propres émotions et à y mettre des mots, et qui présente aussi des difficultés dans la reconnaissance et l'identification des émotions chez les autres. Nous pourrions alors lui proposer un travail en duo. Un jeune mimerait une émotion et Martin devrait la reproduire et l'identifier en la nommant, et inversement. Lorsque Martin serait l'imitateur, il devrait tout d'abord observer l'ensemble du langage corporel de la personne en face, puis réussir à reproduire ce langage du corps, pour enfin arriver à identifier l'émotion. Lorsque Martin serait l'initiateur, il devrait d'abord choisir une émotion qu'il connaît, pour ensuite la faire deviner seulement grâce à son corps, en exagérant toute sa communication non verbale.

Le travail d'intériorisation est aussi intéressant dans cette activité. En effet en mime, nous travaillons de l'intérieur vers l'extérieur. C'est donc un moyen de se connaître intérieurement pour s'exprimer extérieurement. Ainsi pour Martin, lorsqu'il mimera l'émotion, il fera appel à son intériorité pour l'extérioriser. Il cherchera, en lui-même ses représentations de la tristesse par exemple, pour extérioriser cette émotion. Et cela aura un retour. En mimant la tristesse, Martin va lui-même ressentir des sensations liées la tristesse. Il pourra alors davantage relier ses ressentis à l'émotion en question et donc parvenir à mieux identifier ses propres émotions. Le mime permet alors une meilleure conscience de soi à travers le corps et les ressentis. Puis en travaillant l'écoute de soi, Martin sera capable de mieux entendre l'autre.

Dans cette expérience, l'autre apparaît comme un miroir. Il imite tout ce que fait son interlocuteur. Le mime est en effet intimement lié à l'imitation. Son origine vient d'ailleurs du grec « *mimos* » qui signifie imiter.

L'imitation est un vecteur de relation et de communication qui permet une réciprocité. L'explorer avec les enfants porteurs de TSA qui manifestent un déficit de réciprocité sociale est donc intéressant.

Le fait que l'enfant se fasse imiter l'amène à comprendre qu'il est intéressant pour l'autre. Et si l'enfant, en retour, imite l'autre cela montre que l'autre l'intéresse. Ainsi, la psychologue J. Nadel démontre que chez l'enfant TSA, être imité produit le même effet au niveau cérébral que l'ocytocine (2016). L'imitation provoque donc « *une réaction émotionnelle forte, commune à toutes les situations où il y a un partage des sensibilités liées au partage*

*d'activités* » (Nadel & Baudonnière, 1980, p. 78). Les enfants porteurs de TSA imitent alors très volontiers et aiment beaucoup cela.

L'imitation donne une double possibilité. Tout d'abord, elle rend la communication possible. Ainsi, en séance avec une psychologue, celle-ci utilise l'imitation avec Manon. Lors de ces séances, dès que Manon fait un geste, la psychologue reproduit le même geste. Cela amène donc Manon à s'interloquer et à chercher la réciprocité de la communication.

Mais l'imitation permet aussi d'apprendre sans faire (Nadel, 2016). En effet, en observant quelque chose, nous sommes ensuite capables de le reproduire. C'est ainsi que fonctionne le training mental chez les athlètes par exemple. En regardant quelqu'un faire un saut à la perche, ils vont être capables de reproduire le même mouvement grâce à leur observation. Cette fonction peut alors rendre l'imitation propice à l'apprentissage des normes sociales.

En psychomotricité, nous pouvons proposer d'observer des situations sociales. Reprenons la scène mimée mettant en jeu deux personnes qui se rencontrent et entrent en interaction, à savoir le client et le boulanger. Martin, observerait la scène plusieurs fois, puis ce serait son tour de mimer cette scène. Grâce à son observation, il pourrait peut-être imiter ce qu'il a vu et trouver le comportement approprié à la situation. Cela correspondrait à la compétence « connaître les règles de vie en société » dans le sens où dans cette situation Martin devra respecter les normes sociales. Il devra aussi comprendre le discours non verbal de l'autre et arriver à s'exprimer de manière compréhensible dans son langage corporel.

De plus, l'imitation peut ressembler à un tour de parole. Une personne fait quelque chose puis l'autre l'imité, ensuite l'imité devient l'imitateur et ainsi de suite. Le tour de parole fait partie des normes sociales car il est indispensable de s'y conformer pour s'exprimer de manière compréhensible. Lors du groupe de conscience corporelle, j'avais pensé à organiser une activité de mime en miroir. Les jeunes seraient par deux, en face à face, et à chaque fois que l'un des deux effectuerait un geste l'autre l'imiterait. Il serait intéressant de ne pas désigner d'initiateur mais que, à travers leur dialogue tonico-émotionnel et leur langage corporel les jeunes sentent quand c'est leur tour de prendre l'initiative du mouvement. Cela demanderait qu'ils s'accordent entre eux. Par exemple, Martin commencerait le mouvement, puis à un moment donné, Thomas prendrait le relais, puis de nouveau Martin etc. Cela s'apparente alors à un tour de parole, nécessaire à mettre en place pour s'ajuster à la relation.

En outre, lors d'une imitation, les deux protagonistes s'intéressent à la même chose, ils partagent un thème commun. Or, dans l'autisme, nous observons un défaut d'attention conjointe<sup>41</sup>. Cette capacité à s'intéresser à la même chose que l'autre, renvoie à la cinquième compétence sociale décrite ci-dessus, à savoir « se socialiser et s'épanouir avec autrui ». En

---

<sup>41</sup> Cf. *supra*, III.A.4.1. Les interactions précoces chez les enfants présentant un TSA, p.52



psychomotricité, nous pouvons alors imaginer une activité autour de l'imitation afin de stimuler l'attention conjointe. Lors du groupe conscience corporelle, il était prévu de proposer aux jeunes de faire chacun leur tour un mouvement, à chaque fois qu'un jeune le ferait, les autres l'imiteraient. Cela renforcerait leur attention partagée dans le sens où ils seraient tous focalisés sur la même chose en même temps. C'est d'ailleurs ce qu'il se passe déjà lors de l'échauffement où un enfant guide le groupe en effectuant l'éveil corporel en premier puis tout le monde l'imité.

Finalement, le mime et en particulier l'imitation, sont des moyens propices à l'apprentissage des compétences sociales. Le mime n'est pas accessible à tous les enfants porteurs de TSA car il faut avoir accès à l'imaginaire. Dans ces cas-là, l'imitation peut s'avérer pertinente car elle ne demande pas un important bagage ni moteur, ni cognitif. L'imitation est d'ailleurs utilisée par les bébés.

#### C.6. Gérer un comportement qui semble inadapté à la société

Les enfants porteurs de TSA peuvent présenter des comportements étranges aux yeux de la société. Prenons l'exemple de Léo, enfant porteur de TSA de dix ans, que nous suivons en groupe motricité. Pour entrer en interaction, Léo s'approche des gens pour sentir leur odeur. Cela lui permet certainement de reconnaître les personnes, de vérifier peut-être qu'il n'y a pas eu de changement chez elles et ainsi de se rassurer et donc d'être plus confiant. Ce comportement n'a en soi aucune conséquence néfaste, il n'est pas nuisible, ni pour Léo, ni pour la personne en face. Dans le cadre de l'institution ou familial, cela est accepté car nous connaissons les tenants et aboutissants de sa démarche, néanmoins il n'est bien sûr pas adapté à la société dans laquelle nous vivons aujourd'hui.

Ainsi, je me souviens de la première fois que Léo s'est approché de moi pour me sentir, instinctivement je me suis méfiée en me demandant « pourquoi s'approche-t-il comme ça de moi ? ». De manière instinctive, j'ai eu une attitude de recul. Naturellement, lorsque quelqu'un s'approche de nous et dépasse notre espace de sécurité nous nous mettons en garde. Léo, dans cette situation ne respecte ni la règle des distances sociales, ni les règles de politesse habituelles pour se saluer, ce qui peut de fait provoquer une crainte chez l'autre et naturellement l'éloigner. Il est donc important d'acquérir ces normes sociales pour pouvoir plus facilement communiquer avec autrui et à plus long terme se faire accepter dans la société. Cependant, à quel point devons-nous modifier le comportement de ces enfants pour qu'ils s'intègrent ?

Dans cette situation, nous pouvons nous demander s'il est vraiment propice de laisser Léo agir ainsi. Notre rôle de psychomotricien est-il de le laisser faire alors que ce n'est

socialement pas adapté ou de chercher à modifier ce comportement ? Il faut alors se questionner sur la fonction de ce comportement, et ses conséquences.

Aucun comportement n'est fait au hasard, chaque acte a un but précis qui peut parfois être difficilement discernable. Dans le cas de Léo, nous pouvons supposer que son comportement est un moyen d'entrer en communication et d'être plus confiant quant aux différentes personnes présentes avec lui. En effet, lorsqu'une personne neurotypique veut entrer en communication ou vérifier que la personne en face d'elle est digne de confiance, elle peut lui poser des questions, discuter et observer. Léo, lui, n'a pas accès au langage et présente des difficultés pour comprendre son environnement. Il trouve alors ses propres moyens d'interaction, le fait de sentir les gens vient l'aider à pallier ses difficultés de communication, ce qui me semble alors être une richesse. Si Léo avait de bonnes capacités cognitives ou s'il pouvait communiquer par le langage et que son défaut au niveau des habiletés sociales était la seule raison de ses difficultés à entrer en interaction et s'intégrer dans la société, il faudrait alors travailler sur ce comportement et trouver un autre moyen plus adapté pour que Léo puisse entrer en interaction. Cependant, au vu des capacités de Léo, lui refuser d'adopter ce comportement, ce serait peut-être le mettre davantage en difficulté. Si on lui enlève ses moyens de communication, c'est le mettre encore plus en échec et accentuer sa marginalisation.

Prenons l'exemple des différentes cultures. Chaque culture a une façon différente de se saluer. Ainsi en Arabie-Saoudite, certains hommes se frottent le nez pour se dire bonjour. Nous pourrions ainsi considérer le comportement de Léo comme une autre culture. Quand nous voyageons, nous n'adoptons pas forcément les comportements de la population locale mais normalement, nous acceptons ses rites qui peuvent être différents des nôtres. Ainsi, si la société était plus ouverte d'esprit nous pourrions accepter le comportement de Léo qui n'est ni dangereux, ni néfaste.

Nous pourrions presque dire que le fait de sentir les gens est devenu une partie de la personnalité de Léo, c'est sa façon à lui de saluer. Si par exemple on interdisait à tous les français de se faire la bise pour se saluer, nombre d'entre eux seraient déroutés et se sentiraient privés de leur liberté. Cependant, si ce comportement devient dangereux, comme il l'est actuellement en période de pandémie mondiale, les personnes comprennent et arrêtent ce comportement. Il en va de même pour Léo, si sa façon de saluer quelqu'un était de lui donner une claque, nous lui expliquerions l'effet néfaste de ce comportement qu'il faudrait bien sûr arrêter immédiatement.

Le comportement de Léo n'est pas adapté mais il n'en est pas pour autant dangereux. Cependant, il peut être un frein pour s'intégrer dans la société. Alors, Léo a-t-il vraiment l'envie et la possibilité de s'intégrer à la société ? Le rôle de la psychomotricité est que Léo accède à un état de bien-être. Pour se sentir mieux et être plus heureux, a-t-il besoin de s'intégrer à la

société ? Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, les personnes porteuses de TSA ont plutôt tendance à rester isolées.

Néanmoins, le rôle du psychomotricien n'est-il pas aussi d'offrir à Léo des expériences relationnelles et sociales que l'enfant, de prime abord, n'irait pas chercher et provoquer (par peur, manque de désir, manque d'intérêt, manque de stimulation etc.) ? Il paraît donc important non pas de s'intégrer pleinement à la société mais peut-être d'avoir un comportement plus, ou mieux, adapté pour ne pas faire fuir les gens. En effet, les interactions font partie du quotidien de chacun, le but serait alors de rendre Léo le plus autonome possible en pensant à son avenir. Comme nous l'avons vu précédemment, rien que le fait d'aller faire ses courses nécessite d'avoir intégré un minimum d'habiletés sociales.

Concrètement, en psychomotricité, nous pourrions essayer d'emmener Léo à entrer en interaction autrement que par l'action de sentir. Par exemple, nous pourrions axer notre prise en charge sur les différents systèmes sensoriels autres que l'odorat. En effet, Léo utilise très peu le toucher. Ses mains sont souvent croisées, il les utilise peu et passe beaucoup de temps à les regarder. Nous pourrions ainsi faire plusieurs séances avec lui où il pourrait expérimenter ce sens du toucher qu'il connaît peu. Nous pourrions mettre à sa disposition des objets aux textures variables que Léo pourrait explorer tant avec ses mains qu'avec les autres parties de son corps.

Finalement, en tant que psychomotricien, nous devons réussir à faire le juste milieu. Si le comportement est dangereux ou qu'il empêche la personne d'accéder à un besoin ou une envie, il faut travailler sur ce comportement, le modifier ou le supprimer en le remplaçant par autre chose qui réponde au même objectif que le comportement supprimé. Cela permettra d'accéder à une meilleure communication et une meilleure intégration. Mais si le comportement n'est ni dangereux ni un frein pour l'enfant et qu'il permet de répondre à un besoin ou une envie, alors nous pouvons le laisser faire tout en lui proposant d'autres solutions pour qu'il puisse diversifier ses moyens d'interagir.

Finalement, enseigner les normes sociales semble indispensable pour aider les enfants porteurs de TSA à communiquer. Il faut cependant faire la distinction entre vouloir transformer l'enfant en un être « normal », « typique » et seulement vouloir le rendre plus autonome en partant de ses besoins.

#### D. Intégrer les normes sociales et non pas s'uniformiser

L'apprentissage des compétences sociales ou encore le traitement des problèmes sensoriels de l'enfant ayant un TSA pourront l'aider à communiquer, s'intégrer et peut-être faire du lien avec les autres. Le but est finalement de renforcer les atouts de l'enfant et lui

apprendre à pallier ses difficultés. L'objectif final étant qu'il accède à un état de bien-être et puisse trouver sa place au sein de la société, qu'elle que soit cette place. Il faut alors trouver un juste milieu entre la nature profonde de l'enfant et les règles tacites imposées par la société.

Ainsi, nous pouvons nous demander dans quelle mesure les individus porteurs de TSA doivent s'adapter au monde qui les entoure et à quel point ce monde doit s'adapter à eux. Certains comportements sont inappropriés pour un lieu public et doivent être travaillés à minima, sinon il est peu probable que ces personnes puissent un jour devenir plus autonomes, ou tout simplement, puissent accompagner leurs proches dans des sorties sereines. Par exemple, Flora, une enfant TSA que nous suivons en groupe parcours moteur ne pouvait plus sortir accompagner sa mère faire les courses. En effet, dès qu'elle entrait dans un magasin, elle dévalisait le rayon couches car elle présente une attirance très forte pour les bébés et souhaite toujours leur changer la couche. Cela est devenu invivable car Flora faisait de fortes crises de colère si sa mère ne prenait pas de couche. Flora faisait tout tomber, se mettait au sol et pleurait. Cela a été travaillé à l'IMP avec la psychologue et l'éducatrice grâce à des scénarii sociaux à l'aide de pictogrammes. Grâce à ce travail, les sorties, si elles sont anticipées, peuvent désormais bien se dérouler et Flora peut maintenant accompagner sa mère aux sorties courses.

Il faut alors bien faire la distinction entre un comportement nuisible pour l'enfant ou pour son entourage et un comportement qui est inadapté mais pas dangereux, comme celui de Léo. Le but est de fournir aux individus les connaissances et les outils concrets qui vont leur permettre de se débrouiller dans la vie.

Mais l'enfant porteur de TSA, comme tout enfant en situation de handicap va être regardé d'une certaine manière par la société. Il va être considéré comme différent, ne correspondant pas aux normes sociales. Lorsque nous rencontrons quelqu'un pour la première fois, nous avons tendance à le classer dans une catégorie avec des attributs qui vont constituer son identité sociale. Les caractéristiques comportementales de la personne porteuse de TSA vont le placer d'emblée dans une catégorie stigmatisante. E. Goffman, sociologue dans les années 1960, identifie le stigmate comme « *la situation de l'individu que quelque chose disqualifie et empêche d'être pleinement accepté par la société* » (1975, p.7). « *Par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmate n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toute sorte de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne* » (Goffman, 1975, p.53). L'enfant porteur de TSA n'a pas toujours de distinction physique particulière, c'est donc dans l'interrelation avec la société que celle-ci va s'apercevoir de la différence. L'enfant ne correspond alors plus à l'image que la société se fait de lui. Ainsi, en société, l'enfant porteur de TSA va susciter le questionnement quant à son comportement étrange ou pire encore, il va provoquer la peur chez certains. La société réduit donc souvent

de manière inconsciente les chances de l'enfant porteur de TSA de s'en sortir. Il est donc important, pour compenser cette inégalité d'aider au maximum l'enfant à intégrer la société en l'aidant notamment à mieux communiquer et à intégrer certaines normes sociales.

Pour réduire ces inégalités et parvenir à intégrer chaque personne dans la société, malgré ses différences, il faudrait que ce soit la société en elle-même qui change. Ce n'est pas à chacun de rentrer dans le moule fabriqué par la société, mais il faudrait que la société modifie l'image qu'elle a créée de l'être parfait. Cette image très médiatisée dit qu'il faut être comme ci et non pas comme ça. Nous pouvons tous être considérés comme étrange par quelqu'un d'autre. Donc pourquoi serait-ce les individus porteurs de TSA qui sont étranges et pas les autres ? Pour le romancier W. Faulkner les personnes considérées comme normales sont celles qui constituent la majorité. « *Des fois, je crois qu'il n'y a personne de complètement fou et personne de complètement sain tant que la majorité n'a pas décidé dans un sens ou l'autre. Ce n'est pas tant la façon dont un homme agit que la façon dont la majorité le juge quand il agit ainsi* » (cité dans Otero & Roy, 2013).

En définitive, il ne faut jamais cesser d'apprendre car la vie est en constante évolution, tout comme l'interaction sociale. Même pour une personne neurotypique, il n'y a pas de formule magique qui, une fois apprise met fin à la confusion sociale et permet de mieux comprendre la société.

## CONCLUSION

Finalement, l'enfant porteur de TSA présente des spécificités qui engendrent un déficit au niveau de sa communication et de ses interactions sociales. Cela va l'entraver dans sa vie quotidienne et il restera souvent incompris par le monde qui l'entoure, l'empêchant alors parfois de subvenir à ses besoins.

Le lieu privilégié de la communication étant le corps, la psychomotricité peut donner des clés à l'enfant atteint de TSA afin qu'il puisse mieux communiquer. Le psychomotricien possède en effet des outils pour s'ajuster à la relation de son patient qui permettent de faciliter la compréhension et la communication de celui-ci. En séance de psychomotricité, l'enfant aura aussi toute la place de s'exprimer, que ce soit de manière verbale ou corporelle.

Ainsi, grâce à la communication non verbale, au dialogue tonique, à diverses médiations mises à sa disposition, en accordant une grande importance au cadre thérapeutique afin que l'environnement soit adapté à l'enfant, ou encore en l'aidant à intégrer certaines habiletés sociales, le psychomotricien offre de multiples occasions à l'enfant d'améliorer sa communication.

En partant des compétences, des centres d'intérêts et des besoins de l'enfant, le psychomotricien pourra l'aider à faire fructifier ses capacités afin d'accéder à une communication plus adaptée. Cela lui permettra de mieux s'intégrer dans la société, tout en respectant sa personnalité.

Les difficultés de communication et de compréhension entraînent très fréquemment de la frustration. Cette frustration est bien souvent l'origine des troubles du comportement présents chez certains enfants porteurs de TSA. Or, ces troubles du comportement viennent entraver la vie de l'enfant de manière conséquente. La psychomotricité pourrait-elle alors agir sur la frustration des enfants ayant un TSA afin de diminuer leurs troubles du comportement ?

## BIBLIOGRAPHIE

- Adrien, J.-L., Lenoir, P., Martineau, J., Perrot, A., Hameury, L., Larmande, C., & Sauvage, D. (1993). Blind ratings of early symptoms of autism based upon family home movies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(3), 617-626. <https://doi.org/10.1097/00004583-199305000-00019>
- American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2<sup>e</sup> éd.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> éd.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). American Psychiatric Association.
- Anolli, L., (2006). *Fondamenti di psicologia della comunicazione*. Il Mulino.
- Asperger, H. (1944). Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, pp.76–136. <https://doi.org/10.1007/BF01837709>
- Atwood, T. (2003). *Le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau*. Dunod.
- Auyeung, B., Lombardo, M., Heinrichs, M. Chakrabarti, B., Sule, A., Deakin, J.B., Bethlehem R.A., Dickens, L., Mooney, N., Sipple J.A., Thiemann, P., & Baron-Cohen, S. (2015). Oxytocin increases eye contact during a real-time, naturalistic social interaction in males with and without autism. *Translational Psychiatry*, 5, p. 507. <https://doi.org/10.1038/tp.2014.146>
- Auzias, M. (1993). Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon. *Enfance*, 47(1), 93-99. <https://doi.org/10.3406/enfan.1993.2047>
- Bachollet, M.-S., & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 4 (49), 14-19.
- Baghdadli, A., & Brisot-Dubois, J. (2011). *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme. Guide pour les intervenants*. Elsevier Masson.
- Barbarese, W.-J., Katusic, S.-K., Colligan, R.-C., Weaver, A.-L., Jacobsen, S.-J., (2005). The incidence of autism in Olmsted County, Minnesota, 1976-1997 : results from a population-based study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(1), 37-44. <https://doi.org/10.1001/archpedi.159.1.37>

- Baranek, G.-T., (1999). Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29(3), 213-224. <https://doi.org/10.1023/a:1023080005650>
- Bastier, C. (2019). *Faciliter la communication et le développement sensoriel des personnes avec autisme*. Dunod.
- Béaud, L. (2009). L'écholalie chez l'enfant autiste : un trouble pragmatique de l'unité interactionnelle ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, pp.168-176. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.10.007>
- Bodfish, J.-W., Symons, F.-J., Parker, D.-E., & Lewis, M.-H. (2000). Varieties of repetitive behavior in autism: comparisons to mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 237-343. <https://doi.org/10.1023/a:1005596502855>
- Bleuler, E. (1911). *Demencia Praecox or the Group of Schizophrenias*. International University Press.
- Bonaiuto, M., Maricchiolo F., (2007). *La comunicazione non verbale*. Carocci Editore.
- Brisson, J., Serres, J., & Adrien, J.-L. (2011). Dysfonctionnements précoces des bébés (âgés de la naissance à 6 mois) ultérieurement diagnostiqués autistes et comportements parentaux de sollicitation. Qu'en est-il de l'interaction précoce ? *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 115, pp.427-432.
- Canitano, R. (2007). Epilepsy in autism spectrum disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(1), 61-66. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0563-2>
- Carcani-Rathwell, I., Rabe-Hasketh, S., & Santosh, P.-J. (2006). Repetitive and stereotyped behaviours in pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 573-581. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01565.x>
- Carrigou, C. (2013). Le développement de la sphère sociocommunicative dans un contexte de trouble du spectre autistique. Dans J. Perrin & T. Maffre (dirs.), *Autisme et psychomotricité* (pp.79-102). De Boeck Solal.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020, 25 mars). Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder. CDC. <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.). Langage. Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Consulté le 26 avril 2020 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/langage>



- Clifford, S., Jeune, R., & Williamson, P. (2007). Assessing the early characteristics of autistic disorder using video analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 301-313. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0160-8>
- Cornish, K.-M., & McManus, I.-C. (1996). Hand preference and hand skill in children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 597-609. <https://doi.org/10.1007/BF02172349>
- Cuny, F. (2009). Groupe de communication et d'habiletés sociales pour jeunes enfants autistes. *Contrastes*, 1(30), 133-147.
- De Busserolles, L. (s.d.). *La mimothérapie*. Cabinet de psychomotricité et thérapies brèves. Consulté le 7 mai 2020 sur <http://www.psychomotricite-bordeaux.fr/mimotherapie.html>
- Descamps, M. (1993). La proxémie ou le code des distances. Dans M. Descamps (dirs.), *Le langage du corps et la communication corporelle* (pp.124-131). Presses Universitaires de France.
- Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F., & Desgranges, B. (2011). La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*, 1(3), 41-51.
- Esposito, G., Venuti, P., Apicella, F., & Muratori, F. (2011). Analysis of unsupported gait in toddlers with autism. *Brain & Development*, 33(5), 367-373. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2010.07.006>
- Flores-Pajot, M.C., Ofner, M., Do, M.T., Lavigne, E., & Villeneuve, P.J. (2016). Childhood autism spectrum disorders and exposure to nitrogen dioxide, and particulate matter air pollution : a review and meta-analysis. *Environmental Research*, 151, pp.763-776. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2016.07.030>
- Folstein, S. & Rosen-Sheidley, B. (2001). Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder. *Nature Reviews Genetics*, 2, pp.943–955. <https://doi.org/10.1038/35103559>
- Fraisse, L. (2019) *Echanger sans parler- Quelle place tient la communication non-verbale au sein de la relation entre un enfant ayant un Trouble du Spectre Autistique et un(e) psychomotricien(ne) ?* [Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02178147/document>

- Gaugler, T., Klei, L., Sanders, S.J., Bodea, C.A., Goldberg, A.P., Lee, A.B., Mahajan, M., Manaa, D., Pawitan, Y., Reichert, J., Ripke, S., Sandin, S., Sklar, P., Svantesson, O., Reichenberg, A., Hultman, C.M., Devlin, B., Roeder, K., & Buxbaum, J.D. (2014). Most genetic risk for autism resides with common variation. *Nature Genetics*, 46(8), 881–885. <https://doi.org/10.1038/ng.3039>
- Ghaziuddin, M., & Zafar, S. (2008). Psychiatric comorbidity of adults with Autism Spectrum Disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 5(1), 9-12. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1679-5>
- Gillet, P. (2013). Modèles de compréhension neuropsychologiques. Dans J. Perrin & T. Maffre (dirs.), *Autisme et psychomotricité* (pp.23-33). De Boeck Solal.
- Gillott, A., & Standen, P.J. (2007). Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(4), 359-370. <https://doi.org/10.1177/1744629507083585>
- Goffman, E. (1975). *Stigmates, les usages sociaux des handicaps*. Éditions de Minuit.
- Goldman-Eisler, F. (1968). *Psycholinguistics. Experiments in spontaneous speech*. Academic Press.
- Grandin, T., Barron, S., (2014). *Comprendre les règles tacites des relations sociales*. De Boeck.
- Hauck, J., & Dewey, D. (2001). Hand Preference and Motor Functioning in Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, pp.265-277. <https://doi.org/10.1023/A:1010791118978>
- Hauser, W.A., Annegers, J.F., & Kurland, L.T. (1991). Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota : 1940-1980. *Epilepsia*, 32(4), 429-445. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1157.1991.tb04675.x>
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*. HAS. [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme\\_\\_etat\\_des\\_connaissances\\_synthese.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/autisme__etat_des_connaissances_synthese.pdf)
- Haute Autorité de Santé. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. HAS. [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble\\_du\\_spectre\\_de\\_lautisme\\_de\\_lenfant\\_et\\_ladolescent\\_-\\_argumentaire.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_-_argumentaire.pdf)

- Hennel-Brzozowska, A. (2008). Pologne La communication non-verbale et paraverbale - perspective d'un psychologue. *Synergies Pologne*, 5, pp.21-30  
<https://search.proquest.com/openview/40ac3628a8ffbfd5ceae7e76280888c6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2049780>
- Hollander, E., Novotny, S., Hanratty, M., Yaffe, R., DeCaria, C.M., Aronowitz, B.R., & Mosovich, S. (2003). Oxytocin Infusion Reduces Repetitive Behaviors in Adults with Autistic and Asperger's Disorders. *Neuropsychopharmacol*, 28, 193-198.  
<https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300021>
- Hughes, C. (1996). Brief report: Planning problems in autism at the level of motor control. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(1), 99–107. <https://doi.org/10.1007/BF02276237>
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2018). *Autisme*. Inserm. Consulté le 26 avril 2020 sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>
- Jensen, C.-M., Steinhausen, H.-C., & Lauritsen, M.-B. (2014). Time trends over 16 years in incidence-rates of autism spectrum disorders across the lifespan based on nationwide Danish register data. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(8), 1808-1818. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2053-6>
- Jiron, M. (réalisateur). (2012). *Sensory Overload (Interacting with Autism Project)* [vidéo]. Planet jump productions.
- Joseph, R.M., Korzeniewski, S.J., Allred, E.N., O'Shea, T.M., Heeren, T., Frazier, J.A., Ware, J., Hirtz, D., Leviton, A., & Kuban, K. (2017). Extremely low gestational age and very low birthweight for gestational age are risk factors for autism spectrum disorder in a large cohort study of 10- year-old children born at 23-27 weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(3), 304.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.11.1009>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, pp.217–250.
- Kaplan, Y.C., Keskin-Arslan, E., Acar, S., & Sozmen, K. (2016). Prenatal selective serotonin reuptake inhibitor use and the risk of autism spectrum disorder in children: A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Toxicology*, 66, pp.31-43.  
<https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2016.09.013>
- Kern, J.K., Geier, D.A., Sykes, L.K., Haley, B.E., & Geier, M.R. (2016). The relationship between mercury and autism: a comprehensive review and discussion. *Journal of*

*Trace Elements in Medicine and Biology*, 37, pp.8-24.  
<https://doi.org/10.1016/j.jtemb.2016.06.002>

Klein, J.T., Shepherd, S.V., & Platt, M.L. (2009). Social attention and the brain. *Current Biology*, 19(20), 958-962. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2009.08.010>

Lainhart, J.E., Bigler, E.D., Bocian, M., Coon, H., Dinh, E., Dawson, G., Deutsch, C.K., Dunn, M., Estes, A., Tager-Flusberg, H., Folstein, S., Hepburn, S., Hyman, S., McMahon, W., Minshew, N., Munson, J., Osann, K., Ozonoff, S., Rodier, P., ... Rogers, S. (2006). Head circumference and height in autism: a study by the Collaborative Program of Excellence in Autism. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 140(21), 2257-2274. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.31465>

Le Petit Robert. (2016). Communication. Dans *Le Petit Robert*.

Loomes, R., Hull, L., & Mandy, W.P.L. (2017). What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466-474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>

Maenner, M.J., Shaw, K.A., Baio, J., Washington, A., Patrick, M., DiRienzo, M., Christensen, D.L., Wiggins, L.D., Pettygrove, S., Andrews, J.G., Lopez, M., Hudson, A., Baroud, T., Schwenk, Y., White, T., Robinson Rosenberg, C., Lee, L.-C., Harrington, R.A., Huston, M., ... Dietz, P.M. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *Surveillance Summaries*, 69(4), 1–12. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>

Mehrabian, A. (2017). *Nonverbal Communication*. Routledge.

Militerni, R., Bravaccio, C., Falco, C., Fico, C., & Palermo, M.-T. (2002). Repetitive behaviors in autistic disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(5), 210-218. <https://doi.org/10.1007/s00787-002-0279-x>

Monfort, M., & Monfort-Juarez, I. (2011). Gestualité et trouble du langage. *Rééducation orthophonique*, 246, pp.128-139.

Mouridsen, S.E., Rich, B., & Isager, T. (2008). Psychiatric disorders in adults diagnosed as children with atypical autism. A case control study. *Journal of Neural Transmission*, 115(1), 135-138. <https://doi.org/10.1007/s00702-007-0798-1>

Nadel, J. (2016). *Imiter pour grandir*. Dunod.

- Nadel, J., & Baudonnière, P. M. (1980). L'imitation comme mode d'échange prépondérant entre pairs au cours de la troisième année. *Enfance*, 33(1), 77-88.
- Organisation des Nations Unies. (2011). *Autisme : l'ONU appelle à un monde qui ne laisse personne au bord de la route*. ONU Info. <https://news.un.org/fr/story/2011/04/213402-autisme-lonu-appelle-un-monde-qui-ne-laisse-personne-au-bord-de-la-route>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1994). *CIM-10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic* (10<sup>e</sup> éd.). Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *CIM-11 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (11<sup>e</sup> éd.). Masson.
- Otero, M., & Roy, S. (2013). *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui*. Presses de l'Université du Québec.
- Peeters, T. (1996). *L'autisme, de la compréhension à l'intervention*. Dunod.
- Perrin, J. (2013). Le développement moteur dans les TSA. Dans J. Perrin & T. Maffre (dirs.), *Autisme et psychomotricité* (pp.127-174). De Boeck Solal.
- Piaget, J. (1950). *Introduction à l'épistémologie génétique*. Puf.
- Plumet, M.-H. (2013). Fonctions exécutives et autisme. Dans J. Perrin & T. Maffre (dirs.), *Autisme et psychomotricité* (pp.249-282). De Boeck Solal.
- Potel, C. (2019). *Etre psychomotricien*. Eres.
- Prizant, B.M. (1983). Language acquisition and communicative behavior in autism : towards an understanding of the "whole" of it. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48(3), 296-307. <https://doi.org/10.1044/jshd.4803.296>
- Richdale, A.L., & Prior, M.R. (1995). The sleep/wake rhythm in children with autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 4(3), 175-186. <https://doi.org/10.1007/bf01980456>
- Robert, S. (Réalisatrice). (2011). *Autisme : Les Troubles du Spectre Autistique-Dr Monica Zilbovicius* [Vidéo]. Dragon Bleu TV.
- Rossignol, D.A., Genuis, S.J., & Frye, R.E. (2014). Environmental toxicants and autism spectrum disorders: a systematic review. *Translational Psychiatry*, 4, p.360. <https://doi.org/10.1038/tp.2014.4>
- Schilder, P. (1968). *L'image du corps*. Gallimard.

- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318179964f>
- Teitelbaum, O., Benton, T., Shah, P., Prince, A., Kelly, J.-L., & Teitelbaum, P. (2004). Eshkol-Wachman movement notation in diagnosis: The early detection of Asperger's syndrome. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101(32), 11909-11914. <https://doi.org/10.1073/pnas.0403919101>
- Teitelbaum, P., Teitelbaum, O., Fryman, J., & Maurer, R. (2003). *Infantile Reflexes Gone Astray in Autism*. [https://www.rhythmicmovement.org/images/ReflexesGoneAstray-Philip\\_Teitelbaum.pdf](https://www.rhythmicmovement.org/images/ReflexesGoneAstray-Philip_Teitelbaum.pdf)
- Thomas, N. (2002). *Psychomotricité : Développement psychomoteur de l'enfant*. <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMenf/devPSMenf.pdf>
- Thomas, N. (2003). *Modalités d'observation et d'évaluation des fonctions psychomotrices aux différents âges de la vie*. <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/devPSMobs/index.html>
- Tick, B., Bolton, P., Happé, F., Rutter, M., & Rijdsdijk, F. (2016). Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(5), 585- 595. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12499>
- Van der Gaag, R.-J. (2011). Dépistage et diagnostic précoces de l'autisme. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'enfant*, 115, pp.441-446.
- Vermeulen, P. (2009). *Autisme et émotions*. De Boeck.
- Vernazza-Martin, S., Martin, N., Vernazza, A., Lepellec-Muller, A., Rufo, M., Massion, J., & Assaiante, C. (2005). Goal directed locomotion and balance control in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(1), 91-102. <https://doi.org/10.1007/s10803-004-1037-3>
- Watzlawick, P., Helmit J.H., & Jackson, D. (1967). *Une logique de la communication*, Point Seuil.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11(1), 115-129. <https://doi.org/10.1017/S0033291700053332>
- Winkin, Y., (1981), *La nouvelle communication*. Seuil.
- Winnicott, D. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Petite Bibliothèque Payot.

Xue, M., Brimacombe, M., Chaaban, J., Zimmerman-Bier, B., & Wagner, G.C. (2008). Autism spectrum disorders: concurrent clinical disorders. *Journal of Child Neurology*, 23(1), 6-13. <https://doi.org/10.1177/0883073807307102>

## ANNEXES

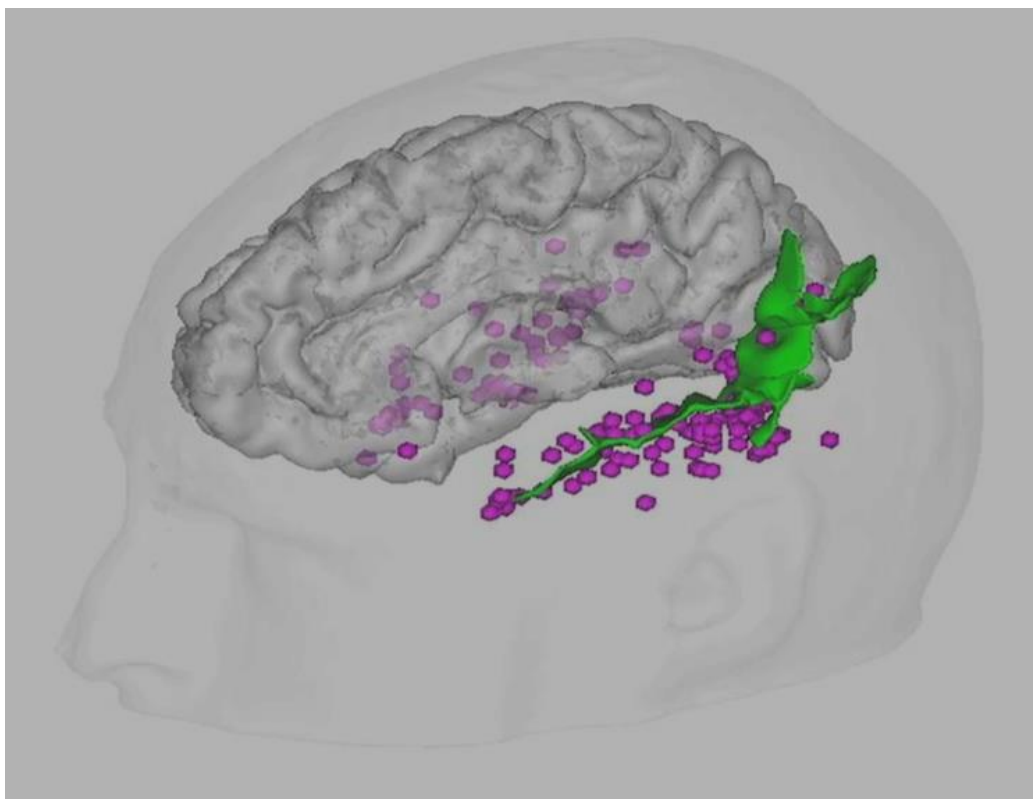
### **Annexe I** : Critères diagnostiques du trouble du spectre de l'autisme selon le DSM-V.

- A) Un déficit persistant dans la communication et les interactions sociales (tous les symptômes doivent être présents)
- Déficiences de réciprocité sociale ou émotionnelle : depuis une démarche sociale anormale jusqu'à l'incapacité à initier l'interaction sociale, en passant par l'incapacité à entretenir une conversation avec autrui en raison du manque d'intérêt, d'émotions, d'affect et de réaction
  - Déficiences des comportements de communication non verbaux utilisés pour l'interaction sociale : depuis des communications verbales et non verbales mal intégrées jusqu'à l'anormalité du contact visuel et du langage corporel en passant par l'incapacité à comprendre et à utiliser les comportements de communication non verbale et au manque total d'expression faciale ou de gestes pertinents
  - Déficiences du développement, du maintien et de la compréhension des relations : difficultés à adapter son comportement à différents contextes sociaux, difficultés à partager un jeu imaginatif et à se faire des amis, absence manifeste d'intérêt pour autrui
- B) Le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents
- Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (stéréotypies motrices, écholalies, utilisation répétitive des objets ou usage de phrase idiosyncrasiques)
  - Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (notamment rituels moteurs, insistance à suivre le même trajet ou à manger les mêmes aliments, questionnement répétitif ou détresse extrême face à des petits changements)
  - Intérêts extrêmement restreints et fixes, anormaux soit dans leur intensité soit dans leur but (notamment un attachement marqué ou une préoccupation à l'égard d'objets inhabituels, intérêts excessivement circonscrits ou empreints de persévérance)
  - Hyper-réactivité ou hypo-réactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (notamment une indifférence apparente à la douleur, à la chaleur ou au froid, réponse négative à des sons ou à des textes textures donnés, le geste de renifler ou de toucher de façon excessive des objets, une fascination pour les lumières ou les objets qui tournent)
- C) Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement (mais il est possible qu'ils se manifestent pleinement seulement au moment où les demandes sociales dépassent les capacités limitées)
- D) Les symptômes occasionnent un retentissement cliniquement significatif en terme de fonctionnement actuel social, scolaire, professionnel ou dans d'autres domaines importants
- E) Les troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel ou un retard de développement (altération de la communication sociale plus marquée que ne le laisserait supposer le niveau de développement)

Source : American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). American Psychiatric Association.



**Annexe II :** Représentation des particularités du sillon temporal supérieur chez les personnes ayant un TSA

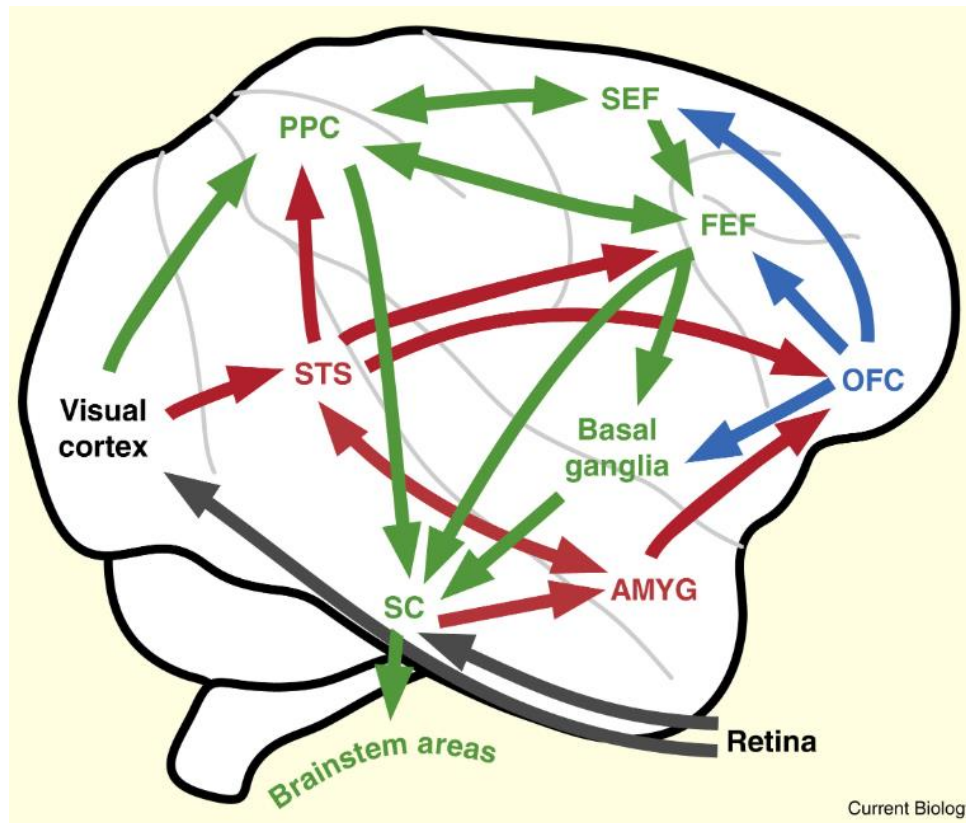


Chaque point violet représente l'endroit du cerveau où le flux sanguin est diminué chez une personne porteuse de TSA.

La zone verte représente la diminution de la substance grise au niveau du sillon temporal supérieur chez une personne porteuse de TSA.

Source : Robert, S. (Réalisatrice). (2011). *Autisme : Les Troubles du Spectre Autistique-Dr Monica Zilbovicius* [Vidéo]. Dragon Bleu TV.

**Annexe III** : Schéma des principaux réseaux impliqués dans la cognition sociale : réseau de la « perception sociale » (rouge), réseau de la « motivation sociale » (bleu), réseau de « l'attention sociale » (vert).



- PPC : cortex pariétal postérieur (aire 7)
- SEF : aire oculomotrice supplémentaire
- FEF : aire oculomotrice (aire 8)
- OFC : cortex fronto-orbitaire
- AMYG : amygdale
- SC : colliculus supérieur
- STS : sillon temporal supérieur

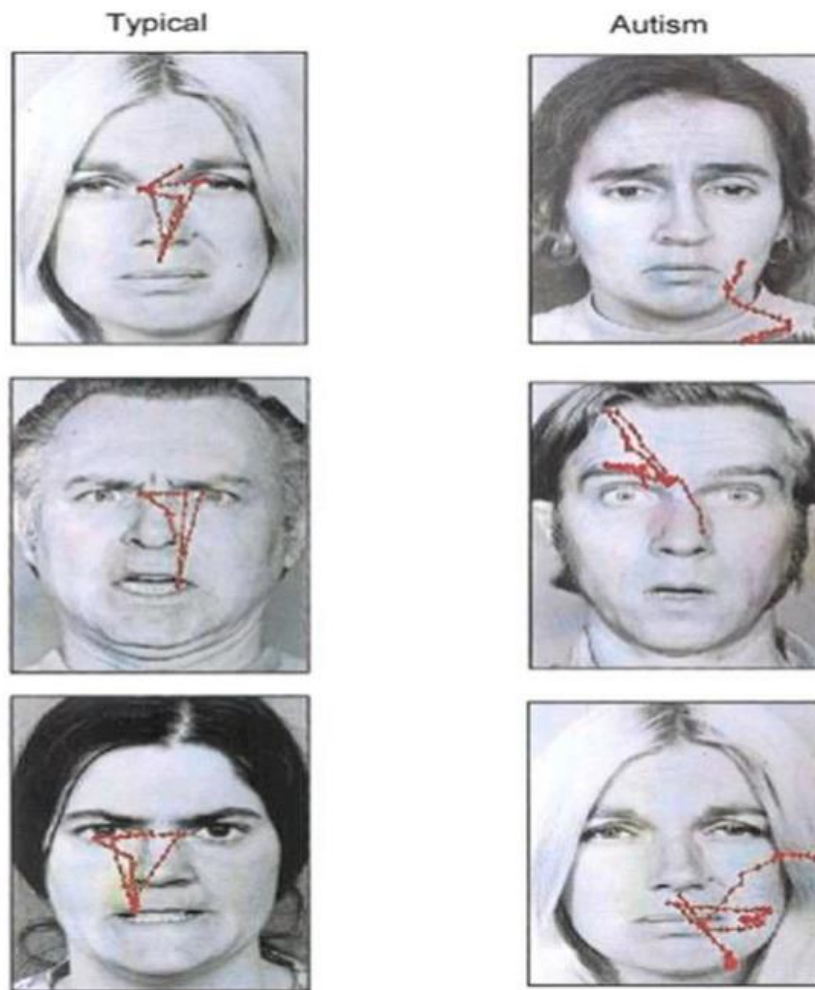
Source : Klein, J.T., Shepherd, S.V., & Platt, M.L. (2009). Social attention and the brain. *Current Biology*, 19(20), 958-962. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2009.08.010>

**Annexe IV** : Schéma du traitement neuro-fonctionnel des stimuli



Source : Le Menn-Tripi, C. & Berthier, S. (2018). *La sensorialité. Qu'est-ce que c'est ?*. Centre Ressource Autisme. Consulté le 9 mai 2020 sur <https://www.cra-centre.org/sensorialite/index.php>

**Annexe V** : Tracé de la direction du regard lors de la reconnaissance d'une émotion chez des enfants neurotypiques (typical) et chez des enfants atteints de TSA (autism).



Source : Robert, S. (Réalisatrice). (2011). *Autisme : Les Troubles du Spectre Autistique*-Dr Monica Zilbovicius [Vidéo]. Dragon Bleu TV.

## **Résumé**

A partir de la rencontre de deux enfants porteurs de Troubles du Spectre Autistique (TSA), ce mémoire cherche à mettre en valeur les moyens dont dispose la psychomotricité pour aider ces enfants à communiquer de manière plus adaptée. En partant de la description clinique de ces deux enfants et en analysant leur manière de communiquer, ce mémoire se penche ensuite plus précisément sur le concept de l'autisme. En passant par la définition de l'autisme, ses critères diagnostics ou encore son origine multifactorielle, ce mémoire nous livre les particularités à la fois motrices, sensorielles et cognitives que présentent les enfants atteints de TSA. Il s'attache ensuite au concept de la communication, qui passe avant tout par le corps, pour se pencher ensuite plus précisément sur les habiletés sociales, nécessaires pour ajuster sa manière de communiquer. Pour finir, il s'intéresse aux outils concrets de la psychomotricité qui permettent au psychomotricien et à son patient de mieux se comprendre, mieux s'exprimer, mieux s'ajuster et donc mieux communiquer.

*Mots-clés* : Autisme, Psychomotricité, Communication, Normes sociales, Langage corporel

## **Summary**

This research paper bases its findings on the study of two children with Autism Spectrum Disorders (ASD) to highlight the resources available to psychomotor therapy in helping these children to better communicate. It starts with the clinical description of the two children, analyses their way of communicating to then focus on the notion of autism. Emphasis on the definition of autism, its diagnostic criteria and multifactorial origins allows for a description of the motor, sensory and cognitive characteristics of children with ASDs. Next, the paper illustrates that communication involves first and foremost the body, and that social skills are paramount to adapt one's communication style. Finally, stress is put on the concrete tools of psychomotor therapy: they enable psychometrician and patient to better understand each other, express themselves and to adapt, ultimately enabling better communication.

*Key-words* : Autism, Psychomotoricity, Communication, Social norm, Body language