



Répéter pour grandir... Quels sont les apports de la répétition en séance de psychomotricité auprès d'enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme ?

Aurore Amat

► To cite this version:

Aurore Amat. Répéter pour grandir... Quels sont les apports de la répétition en séance de psychomotricité auprès d'enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme ?. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03282667

HAL Id: dumas-03282667

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03282667>

Submitted on 9 Jul 2021

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

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

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

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

Répéter pour grandir...

Quels sont les apports de la répétition en séance de psychomotricité
auprès d'enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme ?

AMAT Aurore
Née le 05/12/1999 à GAP (05)

Remerciements

Par ces quelques mots, je souhaite adresser mes plus sincères remerciements aux personnes ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je souhaite remercier chaleureusement Alexandra GUERIN pour sa disponibilité, son soutien, son écoute et sa grande bienveillance dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie tous les professionnels rencontrés au cours de ces trois années de formation et tout particulièrement Catherine CHALLIER, Thibault PARANTHEON et Aurélie LABASTE. La diversité de leurs approches m'ont permis d'enrichir mon regard clinique et par leurs précieux conseils ont alimenté ma réflexion.

Merci également à toutes les personnes avec lesquelles j'ai échangé autour de cette profession, qui m'ont fait grandir et ouvrir mon regard.

Merci à l'équipe pédagogique et aux professeurs de l'Institut de Formation en Psychomotricité pour leur accompagnement et la diversité des enseignements proposés.

Je remercie mes amies et futures collègues psychomotriciennes pour leur soutien, leur écoute et leur bienveillance.

Enfin, mes derniers remerciements s'adressent à ma famille, pour le soutien sans faille qu'elle m'a apporté durant ces années d'études et sans qui rien n'aurait été possible.

Merci à tous...

Avant propos

« La répétition pour G. Deleuze n'a pas pour vocation de répéter le même, au contraire, elle est « puissance de la différence » ».

Citation tirée de l'article La répétition en éternel retour, de Patrick DE SAINT-JACOB,
publié dans la revue Cliniques, n°13, datant de 2017.

Sommaire

REMERCIEMENTS.....	3
AVANT PROPOS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION	6
1. TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE	8
1.1 Définitions	8
1.2 Epidémiologie descriptive et analytique	10
1.3 Histoire : de l'apparition de la notion d'autisme à aujourd'hui	13
1.4 Classifications et plans autismes.....	16
1.5 Sémiologie et apports de la psychologie cognitive et développementale	21
1.6 Les différents types d'accompagnement et méthodes	23
TRANSITION	26
2. LA REPETITION ET SES CARACTERISTIQUES	27
2.1 Définitions	27
2.2 La répétition au service de la cognition	30
2.3 Deux styles de répétition.....	35
2.4 Les macrorhythmes et les microrhythmes	38
2.5 Les fonctions de la répétition	40
2.6 L'autisme et la répétition	46
TRANSITION	49
3. LA PSYCHOMOTRICITE DANS TOUT CA ?	51
3.1 Définition de la psychomotricité	51
3.2 Le cadre en psychomotricité	52
3.3 Les apports spécifiques de la psychomotricité auprès des sujets TSA	58
3.4 La présence de la répétition en séance de psychomotricité	60
CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE	83
TABLE DES MATIERES.....	89
ANNEXES	91
ANNEXE 1 – CRITERES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME SELON LE DSM-5 ..	91
ANNEXE 2 – DESSINS D'ADAM	94
Annexe 2A – 9 octobre 2020.....	94
Annexe 2B – 5 février 2021	94
Annexe 2C – 5 mars 2021	95

Introduction

Depuis le début de mes études de psychomotricité, et bien avant, l'autisme m'a toujours questionnée. D'un point de vue tout à fait extérieur et sans vraiment d'expérience, les personnes avec autisme me paraissaient avoir un fonctionnement complexe et propre à chacun. De ce fait, mon choix de stage s'est orienté vers un Service d'Education Spéciale de Soins A Domicile (SESSAD) et un Hôpital de jour accueillant tout deux des enfants et/ou des adolescents porteurs de troubles du spectre de l'autisme (TSA).

Auprès de la population autistique, le psychomotricien « *assiste au déploiement de productions répétitives, à l'installation de manœuvres de retrait massives, où l'enfant s'absorbe à reconstruire un même scénario, un même itinéraire* » (Liozon & Brun, 2018, p. 249). C'est ce que j'ai observé dès le début de mon stage en hôpital de jour auprès d'Adam, un petit garçon de 6 ans, dont il est question dans la dernière partie de cet écrit. De plus, la répétition fait partie des critères du trouble du spectre de l'autisme au côté d'un déficit de la communication et des interactions sociales, ainsi que la présence d'intérêt restreint.

Forte de ces observations et analyses, je me suis donc penchée sur l'utilité de cette répétition et son apport. Pourquoi réitérer encore et encore la même expérience sans aucune modification ? Que signifie et que peut engendrer la moindre modification dans cette répétition ? Doit-on amener des modifications ou au contraire répéter avec une grande exactitude l'expérience à l'identique ? Quelle est sa place en psychomotricité ? Ce sont autant de questions que je me suis posée et qui m'ont amené à dégager la problématique suivante :

Quels sont les apports de la répétition en séance de psychomotricité auprès d'enfants présentant des troubles du spectre de l'autisme ?

De cette réflexion émerge les hypothèses suivantes :

- Nous pouvons penser que chez les personnes porteuses de TSA la répétition a une fonction de réassurance, de pare-excitation, de contenance, face aux angoisses qu'ils peuvent éprouver (angoisses de perte, de chute ou de morcellement, par exemple).
- La répétition, chez ses enfants TSA qui ont des particularités sensorielles, aurait pour fonction de maintenir le sentiment de continuité d'existence.

- En séance de psychomotricité, par la répétition des mêmes activités, mais aussi par les variations proposées, le psychomotricien va soutenir l'enfant dans la transformation de ses angoisses et dans la construction d'une unité corporelle.

Pour répondre à ma problématique, j'ai décidé de construire mon mémoire en trois grands chapitres.

J'aborde tout d'abord, le trouble du spectre de l'autisme, sa définition, son étiologie et épidémiologie, ainsi que son histoire. Nous traiterons également les classifications et sa sémiologie, qui ont conduit à la mise en place de quatre plans autismes et à la création de nombreuses méthodes afin d'accompagner au mieux ces personnes.

Ensuite, j'évoquerai différentes définitions de la répétition et mots apparentés. La répétition peut être perçue comme quelque chose d'« anormal », cependant elle est présente dans le développement « normal ». C'est ce que nous verrons à travers les réactions circulaires de J. PIAGET ainsi que les macrorhythmes et microrhythmes de D. MARCELLI. Nous distinguerons deux types de répétition mais également ses fonctions et sa présence dans la clinique autistique.

Dans le troisième et dernier chapitre, je présenterai l'approche psychomotrice, ses outils et les spécificités d'accompagnement de la répétition dans les troubles du spectre de l'autisme en détaillant mon propos par une illustration clinique de ma rencontre avec Adam.

1. TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE

L'autisme, ou plus précisément le trouble du spectre autistique, est une pathologie connue à ce jour, que ce soit au niveau clinique ou dans la conscience générale de la population. Son histoire remonte au XX^{ème} siècle et perdure encore actuellement. Sa connaissance approfondie a réellement débuté au XXI^{ème} siècle avec l'essor des sciences. Aujourd'hui, l'autisme fait partie des troubles neurodéveloppementaux « *caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel* » (PERRIN et al., 2019, p. 25).

Dans cette partie, nous allons donc nous consacrer à une vision globale de ce qu'est le trouble du spectre de l'autisme en gardant toujours en tête qu'il n'existe pas un autisme mais des autismes.

Nous tenterons de définir ce terme, son histoire, sa classification selon les modèles et son épidémiologie. Nous nous attarderons sur sa sémiologie ainsi que sur les différents types d'accompagnements et de méthodes connus et utilisés auprès de cette population.

1.1 Définitions

Pour définir le mot autisme nous allons partir de sa base, son étymologie. D'après Wikipédia, le terme autisme vient du grec « αὐτός » (« autos ») qui signifie « soi-même » (« Histoire de l'autisme - Wikipédia », s. d.). Dès son étymologie quelque chose de l'ordre de la « solitude », de la « non relation » avec autrui apparaît. Soi-même, peut-être pouvons nous l'entendre comme un échange qui s'effectue entre soi et soi, ou comme un repliement sur soi.

D'ailleurs, si nous prenons la définition de l'autisme sur le site internet de l'Internaute, elle énonce que c'est un « *repli sur soi pathologique accompagné d'une perte de contact avec la réalité* » (L'internaute, s. d.). Pour le moment, cette définition ne suffit absolument pas à définir l'autisme puisque nous pourrions le confondre avec un simple retrait social. Notons tout de même que le mot « pathologique » apparaît et signifie que ce n'est pas quelque chose de banal.

Nous allons donc tenter d'avoir une vision plus précise de l'autisme grâce à la définition du Larousse. Selon ce dernier, il s'agirait d'un « *trouble du développement neurologique caractérisé par une altération des interactions sociales (repli pathologique sur soi), de la communication (langage) et du comportement* » (Larousse, s. d.-a).

Dans cette définition, la présence de la triade autistique pour le diagnostic apparaît (nous verrons ultérieurement les critères de diagnostic). Cette définition se rapproche beaucoup plus de celle des médecins car elle nous donne des informations sur les domaines altérés.

« *L'autisme est un trouble du neurodéveloppement qui s'inscrit précocement dans le développement de l'enfant et perdure à des niveaux différents, tout au long de la vie* » (ALBARET et al., 2018, p. 515). Il serait « *l'expression clinique et psychopathologique de dysfonctionnements neuro-développementaux complexes d'origine plurifactorielle endogène et exogène* » (Tardif et al., 2014). Ainsi, la notion de durée dans le temps et sa présence à divers niveaux dans la vie du sujet ne sont pas à omettre.

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *Les troubles du spectre autistique regroupent un ensemble d'affections caractérisées par un certain degré d'altération du comportement social, de la communication et du langage, et par la modicité des centres d'intérêts et des activités, qui sont spécifiques à la personne et répétitifs. Ils apparaissent dans l'enfance et ont tendance à persister à l'adolescence et à l'âge adulte. Dans la plupart des cas, l'affection se manifeste au cours des 5 premières années de l'enfant* » (Principaux repères sur l'autisme-OMS, s. d.).

Selon le livre L'Autisme, « *actuellement le terme d' « autisme » est utilisé pour désigner un trouble du développement altérant essentiellement les interactions sociales et la communication, contraignant la personne à un retrait du monde social* » (Tardif et al., 2014, p. 12).

Enfin, il est à relever que les enfants autistes ont beaucoup de difficultés à percevoir les choses dans leur globalité. Ils vont d'abord voir les détails et cela s'applique dans leur propre perception des choses que ce soit au niveau corporel ou cognitif.

1.2 Epidémiologie descriptive et analytique

1.2.1 Epidémiologie descriptive

La prévalence du diagnostic d'autisme à augmenter au cours du temps, elle est passée de 5 pour 10 000 enfants en 1990 à 36 pour 10 000 enfants en 2015. « *L'autisme touche quatre à cinq fois plus de garçons que de filles* » (Lussier et al., 2018, p. 385). Cette augmentation de la prévalence est due à différents facteurs comme l'utilisation d'outils de diagnostic et de dépistage, à un diagnostic plus précoce mais aussi à des facteurs sociaux et environnementaux. En effet, l'augmentation de la prévalence est également liée à une meilleure connaissance de ce trouble où la variabilité clinique est conséquente à l'intensité des troubles plus ou moins importante et aux comorbidités associées ou non.

De plus, il est à noter que les troubles du spectre de l'autisme sont fréquemment associés à de nombreuses comorbidités. Selon le DSM-5, en 2013, « *environ 70 % des personnes présentant un TSA présente un trouble mental comorbide et 40 % présentent deux comorbidités psychiatriques ou plus* » (PERRIN et al., 2019, p. 26). D'après le Manuel d'enseignement de la Psychomotricité (tome 4) et le livre Autisme et Psychomotricité, les comorbidités les plus fréquemment rencontrées sont la déficience intellectuelle (présente chez la moitié des enfants avec un TSA), le Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (avec une prévalence allant de 28 % à 86 % selon les études), le Trouble Développemental de la Coordination, le Trouble Oppositionnel avec Provocation, les troubles du langage, l'épilepsie (15 à 40 % des cas de TED), les troubles moteurs (avec une prévalence de 50 à 85 % d'enfants avec un TSA), le syndrome de Gilles de la Tourette et les troubles psychiatriques (tels que de la dépression [23 à 37 % chez l'adulte TSA], des troubles anxieux [27 à 42 % chez les adultes ayant un TSA] ou un trouble schizophrénique).

L'autisme est un trouble qui apparait principalement dès la plus tendre enfance. Ainsi, son expression est variable en fonction des individus, des facteurs environnementaux (l'accompagnement et le suivi) et des facteurs endogènes (conditions d'apparition, précocité, intensité des troubles et présence de comorbidités) (ALBARET et al., 2018).

1.2.2 Etiologie

Beaucoup d'hypothèses ont été faites sur l'étiologie des troubles du spectre de l'autisme. Celles retenues, à l'heure actuelle, sont l'intrication de facteurs génétiques et environnementaux : « *le TSA résulterait donc d'une interaction gène / environnement* » (ALBARET et al., 2018, p. 522). Ainsi, il y aurait une hétérogénéité des étiologies, comprenant une centaine de gènes (ayant subi une mutation spontanée ou induite par différents facteurs environnementaux) et des facteurs environnementaux pré- et post-nataux. Nous allons essayer d'en décrire quelques-uns mais aucun de ces facteurs ne permet de poser le diagnostic d'autisme actuellement.

➤ Facteurs endogènes (génétiques)

L'hypothèse de l'origine génétique est soutenue par le taux élevé de prévalence de l'autisme, qui atteint 60 à 90 % des jumeaux monozygotes (issus du même ovocyte) alors qu'il ne touche que 4 à 15 % des jumeaux dizygotes (provenant de deux ovocytes différents), prouvée dans les années 1970-1980 par des études anglo-saxonnes. De plus, le risque dans une famille où il y a un enfant autiste d'avoir une personne apparentée au premier degré ayant un TSA est de 4 à 5 % (dix fois supérieur à la moyenne dans la population normale) (Tardif et al., 2014).

Au niveau de la recherche en génétique familiale, MÜH rapporte, en 1994, qu'il y a une « *fréquence anormalement élevée de troubles du langage dans les générations antérieures* » (Lussier et al., 2018, p. 397). De plus, 10 à 15 % des personnes touchées par l'autisme présentent des pathologies chromosomiques ou génétiques tels que la trisomie 21, le syndrome de l'X Fragile (60% garçons ayant un TSA sont porteurs du X-Fragile), la sclérose tubéreuse de Bourneville, la neurofibromatose de Recklinghausen ou la phénylcétonurie (Tardif et al., 2014). L'épilepsie et le syndrome d'Angelman ont également une corrélation forte avec le TSA.

La plupart des gènes impliqués dans le TSA jouent un rôle dans les étapes capitales du développement du cerveau telles que la croissance, la différenciation, la migration et la mort neuronale (Tardif et al., 2014). Par exemple, nous pouvons citer le promoteur du gène du facteur de croissance des hépatocytes (HGF) ou les neurotrophines BDNF. Certains jouent également un rôle dans la neurotransmission comme le GABA ou le glutamate. De plus, les

gènes impliqués dans l'autisme ne sont pas spécifiques et peuvent aussi expliquer d'autres troubles. Plus d'une centaine de gènes peuvent être impliqués dans les TSA, mais neuf gènes d'entre eux ont été dits à haute confiance (PERRIN et al., 2019).

Des facteurs génétiques peuvent également agir comme des facteurs de vulnérabilité, c'est-à-dire qu'ils peuvent augmenter la vulnérabilité d'une personne à des facteurs environnementaux.

➤ Facteurs exogènes (environnementaux)

Il est à souligner que dans l'anamnèse des personnes autistes, il y a une fréquence élevée de complications obstétricales ou périnatales tels que le diabète, l'hypertension de grossesse et les hémorragies intra-utérines.

Au niveau des facteurs anté-conceptionnels, une exposition de la mère à des agents chimiques toxiques, un hypothyroïdisme, un âge maternel ou paternel avancé, des conditions favorisant une dépression maternelle ainsi que des antécédents de stérilité ou d'avortement spontané peuvent avoir un lien avec la naissance d'un enfant autiste (Tardif et al., 2014).

Au niveau anténatal, une infection, une consommation d'acide valproïque (présent dans les médicaments antiépileptiques), une menace d'hémorragie intra-utérine ou de fausse couche, une dépression maternelle, peuvent être considérées comme des facteurs de vulnérabilité durant la grossesse (Tardif et al., 2014).

Au niveau prénatal, nous pouvons noter des états de souffrance (comme des états d'hypoxie cérébrale) et une prématurité ou post-maturité qui sont plus fréquents chez les enfants autistes (Tardif et al., 2014). Des études sur les modèles animaux vont dans le sens que si une infection est contractée au milieu du deuxième trimestre de grossesse alors l'enfant est plus à risque de développer un TSA. Cela permet de positionner la fenêtre critique dans les TSA au milieu de la grossesse (PERRIN et al., 2019).

Au niveau postnatal, des infections virales (herpès, rougeole ou oreillons) ainsi que des carences environnementales majeures sur le plan éducatif et affectif peuvent être impliquées dans certains cas d'autismes. Cette hypothèse a été émise car le comportement des enfants élevés en pouponnière en Roumanie ressemble considérablement à celui des personnes porteuses d'un TSA (Tardif et al., 2014). Comme l'a montré R. SPITZ, la privation

de soins affectifs est extrêmement préjudiciable au jeune enfant. Ces privations peuvent avoir des répercussions sur la globalité du développement du jeune enfant.

Cependant, les hypothèses évoquant un lien entre les vaccins et le TSA ne sont pas prouvées.

➤ Marqueurs neurobiologiques

Beaucoup de structures cérébrales semblent impliquées dans l'autisme. Des études neuropsychologiques de MÜH et ROGE, respectivement en 1994 et 1999, ont tenté de mettre en relation chaque symptôme comportemental caractéristique de l'autisme avec un dysfonctionnement de certaines aires cérébrales. Ainsi, « *les comportements rituels et compulsifs pourraient être reliés au dysfonctionnement du lobe frontal ; les troubles de la communication et du langage, à celui du lobe temporal gauche ; les troubles de la posture et de la modulation sensorielle, à celle de la formation réticulée ; le déficit primaire de la modulation de l'éveil et de l'attention, à celui des structures sous-corticales* » (Lussier et al., 2018, p. 398 et 399).

Au niveau sanguin, 50 à 60 % des personnes autistes ont une élévation du taux de sérotonine. Ainsi, une hypothèse de dérèglement des neurotransmetteurs pourrait être plausible mais ce n'est pas un marqueur spécifique de l'autisme car cette anomalie est présente dans d'autres pathologies (Lussier et al., 2018). L'hypothèse d'un déséquilibre de la balance entre excitation et inhibition cérébrale (liée au glutamate et au GABA) est évoquée du fait de l'association fréquente de l'autisme avec l'épilepsie (Tardif et al., 2014).

L'autisme pourrait donc être expliqué par différents gènes combinés entre eux qui joueraient plusieurs rôles, le tout corrélé à des facteurs environnementaux et épigénétiques.

1.3 Histoire : de l'apparition de la notion d'autisme à aujourd'hui

L'autisme a d'abord été décrit chez l'adulte puis chez l'enfant.

1.3.1 Eugène BLEULER (1857 – 1939)

En 1911, E. BLEULER, un psychiatre suisse, parle de la schizophrénie adulte et infantile. Dans la description de ce syndrome apparaissent : « *une froideur affective et un important repli sur soi* » (Bemben, 2021, p. 2). De là, E. BLEULER crée une nouvelle notion : l'autisme, pour désigner un symptôme précis de la schizophrénie qui est « *la perte de contact avec l'extérieur* » (ALBARET et al., 2018, p. 515).

Ainsi, l'autisme et la schizophrénie étaient confondus et peu différenciés car ils sont tous deux « *des troubles neuro-développementaux et présentent des parentés sur le plan des mécanismes génétiques et neuropsychologiques* » (Tardif et al., 2014, p. 11). Cependant, dans la schizophrénie il y a la présence de symptômes positifs et négatifs (comme les délires hallucinatoires), ce qui n'est pas le cas dans l'autisme.

De ce fait, l'autisme n'était pas encore un syndrome à part entière mais tous étaient d'accord sur le fait qu'on retrouvait : des perturbations relationnelles, des troubles du langage et des intérêts restreints (ALBARET et al., 2018).

1.3.2 Léo KANNER (1894 – 1981)

L. KANNER (psychiatre autrichien vivant aux Etats-Unis), en 1943, sera le premier à décrire l'autisme infantile comme un syndrome spécifique chez l'enfant qu'il nommera d'abord « *perturbation autistique du contact affectif* » (PERRIN et al., 2019, p. 5). C'est la première fois qu'un psychiatre ne cherchera pas à décrire chez l'enfant ce qu'il trouve chez l'adulte.

Pour lui, ce trouble est inné et associé à « *l'isolement social ou le retrait (aleness), le besoin d'immuabilité (sameness), les comportements répétitifs et compulsifs, un langage atypique et quelques talents spectaculaires malgré un développement retardé* » (Tardif et al., 2014, p. 13). Ainsi, l'autisme infantile précoce était caractérisé par des déficits dans certains domaines et des capacités mnésiques ou perceptives ou cognitives pouvant être supérieures à la normale. L'intelligence est donc décrite comme hétérogène chez ces enfants.

1.3.3 Hans ASPERGER (1909 – 1980)

H. ASPERGER, psychiatre autrichien, parle de « *psychopathie autistique* » en 1945 (PERRIN et al., 2019, p. 5) pour décrire des enfants ayant des caractéristiques similaires. Il évoque le même tableau clinique que L. KANNER, associant « *modes relationnels inappropriés, restriction des centres d'intérêt, utilisation du langage inadaptée et maladresse motrice* » (PERRIN et al., 2019, p. 6). Le terme « maladresse motrice » est un nouveau critère de ce trouble car jusqu'à présent les caractéristiques étaient relativement centrées sur « l'intellect » et non la motricité, le corps.

1.3.4 Du postulat de la mère « froide » à une origine cérébrale

Du temps de L. KANNER et H. ASPERGER l'autisme était considéré « *comme le résultat d'un trouble relationnel conduisant l'enfant à se replier pour se protéger* » (Tardif et al., 2014, p. 11). La mère était donc perçue comme la cause du trouble autistique à cette époque. C'est parce que la mère avait un rapport distant et froid avec l'enfant que ce dernier développait une pathologie autistique.

Depuis, des recherches ont été faites pour démontrer que l'autisme n'est pas du au comportement de la mère avec son enfant, qui créerait un trouble relationnel grave chez l'enfant, mais que c'est un trouble neurodéveloppemental dont l'origine psychogène est démentie.

Un long parcours, avec plusieurs étapes, a été nécessaire pour en arriver à cette conclusion. Des auteurs, comme le psychiatre américain B. BETTELHEIM, appuyaient cette origine psychogène en parlant de « *psychose symbiotique* », « *d'autisme primaire et secondaire* ». Mais « *le retrait constaté chez ces enfants n'était pas une rupture de relations [...] mais un repli autistique d'emblée, ce qui a conduit Kanner à écrire que « les enfants autistes sont venus au monde avec une incapacité innée à développer les contacts affectifs habituels avec les personnes, biologiquement prévus, de la même manière que d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels »* » (Tardif et al., 2014, p. 13).

Dans les années 60, l'hypothèse neurodéveloppementale est mise en avant grâce à la distinction de la schizophrénie et de l'autisme avec la confirmation de l'importance des facteurs génétiques.

1.3.5 Où en est-on aujourd'hui ?

En 1980, l'autisme est catégorisé comme faisant partie des troubles globaux du développement selon la troisième version du Manuel Statistique des Troubles Mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et décrit comme Trouble Envahissant du Développement dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 (DSM-IV) (PERRIN et al., 2019). Ainsi, la notion de psychose précoce et l'origine psychogène sont abandonnées. C'est donc à partir de cette date que la recherche, les connaissances et les accompagnements vont se multiplier.

La France a commencé à se pencher sur cette pathologie en 2007 avec le Comité National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CCNE) qui a émis un premier avis. Il s'en est suivi des publications de recommandations de bonnes pratiques par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Il est à noter qu'actuellement nous parlons de « trouble du spectre de l'autisme » qui rend compte d'une conception large des troubles autistiques, de la complexité de la problématique autistique et d'une approche pluri-dimensionnelle (PERRIN et al., 2019).

1.4 Classifications et plans autismes

1.4.1 Les classifications actuelles

Pour aborder ce trouble, nous allons voir deux classifications : la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition (CIM-10) établie par l'OMS et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) élaboré par l'Association Américaine de Psychiatrie.

Tout d'abord, la CIM-10 « *définit l'autisme comme la forme prototypique d'un ensemble hétérogène de troubles regroupés dans les Troubles Envahissants du Développement (TED)* » (ALBARET et al., 2018, p. 516). Ce dernier comprend :

- **L'autisme infantile (F84.0)** se caractérisant par « *un développement anormal ou altéré manifeste avant l'âge de trois ans, avec une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines psychopathologiques suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportement (au caractère*

restreint, stéréotypé et répétitif) » (CIM-10 Version:2008, s. d.). Peuvent se rajouter des manifestations non spécifiques comme des perturbations du sommeil et de l'alimentation, des phobies, des crises de colère et des gestes auto-agressifs.

- **L'autisme atypique** (F84.1) où l'âge de survenue des premiers signes est plus tardif ou alors le nombre de critères diagnostics de la triade autistique est insuffisant.
- **Le syndrome de Rett** (F84.2) affecte principalement les filles car il est lié à une mutation génétique de type MECP2 sur le chromosome X. Il y a un développement précoce normal puis une phase régressive.
- **Les autres troubles désintégratifs de l'enfance** (F84.3) sont caractérisés par une régression développementale dont l'étiologie est inconnue.
- **Les troubles hyperkinétiques associés à un retard mental et à des mouvements stéréotypés** (F84.4) comprennent certaines déficiences intellectuelles associées à un tableau de signes autistiques incomplets.
- **Le syndrome d'Asperger** (F84.5) comprend un développement du langage oral quasi normal et des efficiences cognitives.
- **Les autres troubles envahissant du développement** (F84.8) répondent à des situations de natures différentes.
- **Les troubles envahissants du développement sans précision** (F84.9) sont attribués lorsque le tableau clinique de la personne est partiel et sans étiologie (ALBARET et al., 2018).

Depuis 2019, la CIM-11 est parue. Les deux grandes différences avec la version précédente sont la disparition de la mention « apparition dans l'enfance » pour introduire une perspective de développement sur la vie entière et la création d'une catégorie troubles neurodéveloppementaux avec le remplacement du terme TED par « Trouble du Spectre de l'Autisme » (TSA). La définition des TSA intègre : « *des manifestations dans la petite enfance, mais des formes atténuées peuvent apparaître plus tard ; des handicaps dans le langage et la communication, dans les interactions sociales ; comportements et intérêts stéréotypés et répétitifs ; le niveau intellectuel peut être déficient et/ou développement de talents inhabituels* » (Reed et al., 2013, p. 6).

Le terme « Troubles du spectre de l'autisme », ou « autism spectrum disorders » en anglais, a été utilisé pour la première fois par le DSM-5 pour rendre compte de la diversité

des cas et la notion de sévérité des symptômes a été introduite. Les critères diagnostics précis du DSM-5 se trouvent en Annexe 1.

« Les caractéristiques essentielles du trouble du spectre de l'autisme sont des déficits persistants de la communication sociale réciproque et des interactions sociales (critère A) et le mode restreint et répétitif des comportements, des intérêts et des activités (critère B). Ces symptômes sont présents depuis la petite enfance et limitent ou retentissent sur le fonctionnement de la vie quotidienne (critères C et D) » (Crocq et al., 2015, p. 59). Le diagnostic de TSA doit également préciser le niveau de sévérité (comprenant trois niveaux) qui dépend du besoin d'accompagnement, ainsi que la présence ou non de comorbidités.

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), créée en 1988, est utilisée en France et dans certains pays Européens et propose davantage une description des troubles plutôt qu'un recueil de critères diagnostics. La dernière révision en 2012 établit une correspondance avec la CIM-10. Ainsi, l'autisme s'éloigne un peu plus des psychoses infantiles. Il apparaît donc dans le chapitre des « *troubles envahissants du développement (TED), schizophrénies, troubles psychotiques de l'enfance et de l'adolescent* » (Fédération française de psychiatrie (FFP) & Misès, 2012, p. 19).

Tableau 1 : Synthèse des classifications

	DSM-5	CIM-10	CFTMEA
Intitulé	TSA	TED	Autisme et TED
Domaines psychopathologiques	Dyade autistique : - Communication sociale - Comportement répétitif et restreint	Triade autistique : - Interactions sociales - Communication - Comportement	
Anciens troubles et syndromes compris	• Autisme infantile • Autisme atypique • Trouble envahissant du développement non spécifié • Syndrome d'Asperger	• Autisme infantile • Autisme atypique • Syndrome de Rett • Autres troubles désintégratifs de l'enfance • Troubles hyperkinétiques associés à un retard mental et à des mouvements	• Autisme infantile précoce (type Kanner) • Autres formes de l'autisme • Autisme ou TED avec retard mental précoce • Syndrome d'Asperger • Dysharmonie multiples

	DSM-5	CIM-10	CFTMEA
		stéréotypés • Syndrome d'Asperger • Autres troubles envahissant du développement • Troubles envahissants du développement sans précision	et complexe du développement (dysharmonie psychotique) • Trouble désintégratif de l'enfance • Autres TED • TED non spécifiés

Le diagnostic de TSA repose sur des situations standardisées comme la CARS (Childhood Autism Rating Scale) et l'ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) qui permettent d'établir le degré de sévérité de l'autisme, l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview révisé) qui permet de reprendre l'histoire du développement de l'enfant et l'ECA-R (échelle des comportements autistiques révisée) permettant d'obtenir un « profil comportemental » avec une plus ou moins grande intensité (Tardif et al., 2014). Il sera complété également d'observations cliniques non standardisées de part des professionnels et l'entourage du sujet.

1.4.2 Les plans autisme

La création du premier plan autisme s'inscrit dans un contexte d'opposition entre professionnels et parents dont l'évolution tend vers un partenariat entre eux actuellement. Ce sont des programmes visant à améliorer l'accompagnement des personnes autistes et leur famille grâce à la mise en place de mesures par le gouvernement.

Entre 2005 et 2007 est mis en place le **premier plan autisme** intitulé « Nouveau regard, nouvelle impulsion ». Les axes portés sont : l'accueil, le diagnostic et l'orientation ; l'accompagnement et la prise en charge des personnes autistes et le pilotage de la politique. Il a permis la création d'un Centre Ressources Autisme (CRA) par région, une augmentation de la qualité de formation des professionnels et une amplification de places en institution spécialisée. Cependant, on peut encore relever des défauts de qualité dans le diagnostic et les prises en charge, ainsi qu'une ouverture en milieu ordinaire limitée (Autisme France, s. d.-a).

C'est pourquoi, un **second plan autisme** a fait son apparition entre 2008 et 2010 comportant 30 mesures s'articulant autour de trois axes, qui sont :

- Mieux connaître pour mieux former avec l'élaboration d'un corpus de connaissances commun de l'autisme et continuer à améliorer le niveau de formation.
- Mieux repérer pour mieux accompagner, c'est à dire améliorer le repérage, le diagnostic et l'orientation, ainsi que de favoriser la vie en milieu ordinaire.
- Diversifier les approches dans le respect des droits fondamentaux de la personne en renforçant l'offre d'accueil, de services et de soins et en promouvant une expérimentation encadrée et évaluée de nouveaux modèles d'accompagnement (Autisme France, s. d.-b).

Ce deuxième plan a permis de renforcer les places en établissements médico-sociaux et des recommandations de bonnes pratiques (par l'HAS et l'Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM)) ont été diffusées en incluant les avancées du deuxième plan.

Le **troisième plan autisme** est présenté en 2013 et s'étendra jusqu'en 2017. Cinq axes d'intervention ont été avancés : diagnostiquer et intervenir précocement, accompagner tout au long de la vie, soutenir les familles, poursuivre la recherche et enfin sensibiliser et former l'ensemble des acteurs de l'autisme (CRA Alsace, 2013).

En 2018 est sorti un **quatrième plan autisme** intitulé « Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement » qui se poursuivra jusqu'en 2022. Il s'articule également autour de cinq axes en remettant la science au cœur de la politique publique de l'autisme, en dotant la France d'une recherche d'excellence, en promouvant l'intervention précoce auprès des enfants et le soutien des familles en reconnaissant leur expertise, en soutenant la pleine citoyenneté des adultes et en rattrapant notre retard en matière de scolarisation. Tout cela sera possible grâce à 20 mesures principales de la stratégie autisme (Autisme France, s. d.-c).

Ces plans sont accompagnés de financements considérables, ce qui montre l'intérêt et la volonté du gouvernement de placer l'autisme au centre des préoccupations et d'affirmer la place des patients et de leur famille dans la société. C'est grâce à cette implication nationale que les recherches se sont multipliées concernant les TSA et que la vision populaire de ce trouble a évolué.

1.5 Sémiologie et apports de la psychologie cognitive et développementale

Le TSA est un trouble qui touche l'ensemble du fonctionnement d'un individu avec une hétérogénéité de développement selon les modèles et une forte variabilité individuelle. Mais les personnes ont toutes en commun « *des difficultés de communication et d'interactions sociales manifestes, ainsi que des caractéristiques neuropsychologiques parfois plus discrètes* » (ALBARET et al., 2018, p. 523). Nous allons les détailler.

Tout d'abord le versant communicatif, plus particulièrement le versant non verbal. Des études en « eye-tracking » ont prouvé qu'il y avait une diminution de l'attention portée sur les yeux et sur la bouche du partenaire par les personnes porteuses de TSA. De plus, ces personnes ont peu de gestuelles de communication comme les gestes de désignation, les gestes régulateurs de l'interaction sociale ou d'attention conjointe. Il en est de même pour la mimique qui peut être pauvre ou inadaptée. D'autre part, les personnes présentant un TSA ont généralement un déficit d'imitation (capacité à reproduire le mouvement perçu) qui joue un rôle dans les apprentissages moteurs ou verbaux, la discrimination soi / non-soi et la relation d'intersubjectivité.

Ainsi, l'expression et la compréhension de la communication non verbale sont difficiles pour ces personnes. D'après le Manuel d'enseignement de la psychomotricité : sémiologie et nosographies psychomotrices, des activations anormales de certaines aires cérébrales peuvent être à l'origine de ce dysfonctionnement de la communication non verbale comme : une sous activation des aires impliquées dans la cognition sociale ou encore une altération du fonctionnement des neurones miroirs engagés dans l'imitation, la contagion émotionnelle et l'empathie. Ces difficultés d'expression et de communication non verbales vont être plus ou moins importantes selon l'intensité de la symptomatologie et la présence de comorbidités.

Ces déficits dans le domaine de la communication non verbale et de l'imitation ont un impact sur l'acquisition du langage. Et pour cause, « *50 % des enfants avec TED-autisme ne développent pas de langage fonctionnel* » (ALBARET et al., 2018, p. 525) mais un développement du langage atypique (écholalies, inversions pronominales, stéréotypies

verbales et prosodie atypique). Dans certains types d'autisme, comme le syndrome d'Asperger, le langage complexe et soutenu peut arriver très tôt.

Ensuite, au niveau du fonctionnement neuropsychologique. « *Les personnes avec TSA présentent une hétérogénéité du fonctionnement cognitif en faveur des compétences non verbales* » (ALBARET et al., 2018, p. 525) comme les tâches visuo-spatiales et visuo-constructives. Les personnes porteuses de TSA ont une intelligence atypique qui est difficilement mesurable car, la plupart du temps, les consignes sont verbales. « *Toutefois, cette « intelligence autistique » n'est pas toujours fonctionnelle dans l'environnement* » (ALBARET et al., 2018, p. 526) et peut les placer en situation de handicap.

En dehors de cela, les personnes présentant un autisme ont des difficultés à accéder à la théorie de l'esprit (ToM pour « *Theory of Mind* »), qui est « *la capacité à attribuer à autrui des perceptions, des pensées, des émotions différentes des siennes et à se les représenter* » (ALBARET et al., 2018, p. 526). Cette théorie se compose de deux parties comprenant une « *ToM implicite, assimilable à une « sensibilité profonde »* » (ALBARET et al., 2018, p. 526) qui est la plus complexe pour ces personnes, et une ToM explicite « *basée sur un raisonnement conscient et verbalisable* » (ALBARET et al., 2018, p. 526) qui est plus accessible. L'introspection et l'empathie sont donc des choses peu aisées pour eux.

Une autre particularité présente chez la majorité des personnes porteuses de TSA, qui n'est pas pour autant spécifique à cette population, est la présence de troubles des fonctions exécutives. Nous pouvons observer un déficit d'inhibition, des difficultés de planification motrice et cognitive, un manque de flexibilité cognitive ainsi que des capacités limitées à générer des idées ou des stratégies variées.

Dans l'autisme, il y a une approche fragmentée de l'information, une importance du détail qui restent fixées à un niveau de traitement local. Cette spécificité est appelée Trouble de cohérence centrale par FRITH, en 1989, et correspond à une incapacité, chez le TSA, à élaborer une conception globale des informations reçues. C'est un déficit de la perception globale.

Enfin, n'oublions pas les caractéristiques sensorielles qui sont assez spécifiques de cette population. Les personnes porteuses d'un TSA peuvent avoir un intérêt envahissant pour un ou plusieurs canaux sensoriels. Ces canaux vont reposer sur les cinq sens : le toucher, l'odorat, l'ouïe, le goût et la vue. A cela va s'ajouter la proprioception (appelée 6^{ème} sens),

qui est un flux sensoriel continu, perçu ou non par la conscience, sur le degré de tonus, les accélérations et décélérations captées par l'oreille interne, les positions relatives et mouvements des différents segments corporels. « *Les deux phénomènes, hyposensibilité ou hypersensibilité, peuvent être à l'œuvre chez le même individu pour un même canal sensoriel à des moments différents* » (PERRIN et al., 2019, p. 16). Ainsi la sensorialité a une place particulière chez les personnes autistes.

Cette particularité sensorielle serait due à un déficit de traitement de l'information, plus spécifiquement un déficit de l'encodage sensoriel. C'est-à-dire que ces personnes auraient un trouble dans la saisie des données, qui se ferait directement, « *sans encodage, ni transformation ou traitement sémantique* » (Lussier et al., 2018, p. 400).

1.6 Les différents types d'accompagnement et méthodes

Avant tout accompagnement et prise en charge, un bilan global doit être effectué. « *Ce processus de diagnostic et d'évaluations doit comprendre idéalement : un diagnostic clinique et médical effectué par un pédopsychiatre ou pédiatre [...], un bilan développemental réalisé par un psychologue [...], un examen du langage par un orthophoniste [...], un bilan de psychomotricité fine et globale par un psychomotricien, enfin [...], un bilan d'autonomie personnelle et collective par un éducateur spécialisé, et un bilan pédagogique par un instituteur spécialisé* » (Tardif et al., 2014, p. 25 et 26).

L'importance des interventions globales, personnalisées et coordonnées dès le plus jeune âge font partie des recommandations de la Haute Autorité de Santé. Le maintien de cette bonne cohérence du projet autour de la personne avec autisme « *nécessite que l'ensemble des intervenants, y compris le psychomotricien, soit formé aux approches globales dont elle bénéficie* » (PERRIN et al., 2019, p. 275).

Concernant les **interventions développementales**, après formation, le psychomotricien peut y intervenir. Nous pouvons citer le modèle d'intervention précoce de Denver (ESDM de S. ROGERS et G. DAWSON, 2013) s'adressant à des enfants d'âge préscolaires (à partir de 12 mois) présentant un TSA, qui avance que « *l'engagement social, le partage émotionnel et l'imitation précoce permettent le développement de la première communication émotionnelle et de l'inter subjectivité* » (PERRIN et al., 2019, p. 278). La famille est un acteur

indispensable dans ce programme, car elle est formée et accompagnée par l'équipe pluridisciplinaire, afin d'inclure ce programme dans les activités de la vie quotidienne. Quant à la thérapie d'échange et de développement (TED de G. LELORD, 1978), c'est une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale se basant sur onze fonctions neurophysiologiques impliquées dans cette dernière : « *intention, imitation, émotion, régulation, contact, communication, cognition, attention, perception, association, tonus et motricité* » (PERRIN et al., 2019, p. 279).

A propos des **interventions psycho-éducatives**, le modèle le plus connu est le Traitement et Education des Enfants avec Autisme et Autres Handicaps de la Communication (TEACCH de E. SCHOPLER et R.J. REICHLER, 1960). C'est « *une pédagogie spécialisée pour les personnes avec autisme dans le but de favoriser les apprentissages et l'autonomie* » (PERRIN et al., 2019, p. 281) visant la réussite et la valorisation des apprentissages. Ce programme structuré se compose de séances psycho-éducatives en individuel intégrant un aménagement spatio-temporel minutieux et des routines de travail favorisant une meilleure disponibilité de la personne. Si nous appliquons ce modèle à la psychomotricité, les éléments prépondérants vont être : l'utilisation de supports visuels pour marquer les différents temps de la séance, l'adaptation de nos modalités de consignes, ainsi qu'un aménagement de la salle avec l'espace bureau consacré aux réalisations pratiques et attentionnelles, l'espace tapis dédié aux exercices de détente corporelle et le reste de la pièce pour la motricité globale.

Enfin, une **intervention comportementale** peut être proposée avec la méthode d'analyse appliquée du comportement (ABA de I. LOVAAS, 1960), qui a pour « *but principal de construire un répertoire de comportements sociaux et de diminuer les comportements problèmes* » (PERRIN et al., 2019, p. 284). Il va y avoir une analyse de l'environnement (ce qui se passe avant et après le comportement), du façonnage (encourager les comportements se rapprochant de celui attendu), du chaînage (décomposer un comportement et enseigner une étape à la fois), des aides hiérarchiques et des renforçateurs que l'on va estomper le plus tôt possible. Ici aussi, la famille et tous les professionnels que côtoie l'enfant sont impliqués et formés. Le psychomotricien doit également prendre part dans ce modèle pour une prise en charge globale et une amélioration des comportements. Au préalable, une phase de pairing se fera ; c'est « *une*

forme de conditionnement qui va chercher à associer la présence de l'intervenant à des jeux plaisants » (PERRIN et al., 2019, p. 285).

Le projet d'intervention doit donc être global et individualisé avec une approche intégrative et pluridisciplinaire. Il est important qu'il comprenne des interventions éducatives, développementales et comportementales. Des traitements médicamenteux peuvent être mis en place pour des troubles somatiques, du sommeil, du comportement ou pour la prise en charge de la douleur mais ils doivent être temporaires.

TRANSITION

Le trouble du spectre de l'autisme est une pathologie complexe de part la diversité des caractéristiques présentes chez les personnes porteuses de ce trouble. Néanmoins, une définition a été donnée afin d'avoir une première vision globale de l'autisme.

Il s'en est suivi une description épidémiologique et étiologique afin de comprendre les facteurs endogènes, les facteurs exogènes et les marqueurs neurobiologiques impliqués dans ce trouble neurodéveloppemental.

Nous avons pu constater que ce trouble a une histoire remontant au XX^{ème} siècle avec le psychiatre E. BLEULER puis une évolution de par les travaux de L. KANNER et H. ASPERGER pour arriver aux classifications actuelles (CIM 10 et DSM5).

Cette évolution a été soutenue ces dernières années par la création de quatre plans autismes depuis 2005.

Nous avons également pu constater l'apport de la psychologie cognitive et comportementale dans la compréhension de ce trouble, sur le plan de la communication sociale, celui de la sensorialité ainsi que celui des comportements répétitifs et restreints.

De là, a découlé la présentation de différentes interventions qu'elles soient développementales, psycho-éducatives ou comportementales.

Nous avons donc à présent une vision plus éclairée sur le trouble du spectre autistique. Nous allons nous intéresser à un signe particulier présent dans l'autisme qui est le besoin d'immuabilité et les comportements répétitifs. Qu'en est-il de la répétition et de la psychomotricité ? Pourquoi utiliser la répétition dans les séances de psychomotricité auprès de cette population ? Tant de questions que nous allons aborder dans les chapitres suivants.

2. LA REPETITION ET SES CARACTERISTIQUES

2.1 Définitions

Dans cette partie, je partirai de définitions larges, globales pour aller vers des définitions plus précises et spécifiques à la psychomotricité.

2.1.1 La répétition

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la répétition vient du latin *repetitio* qui signifie : « *action de redemander, réclamation, redite* » (CNRTL, s. d.-b). Si nous nous penchons sur l'étymologie de répéter, il se compose de « *re* » et de « *petere* », qui assemblés, indiquent « *que l'on s'efforce d'obtenir (petere) quelque chose qui a fait l'objet d'un projet que l'on a déjà eu (re)* » (Danon-Boileau, 2017, p. 41). Ainsi, l'analyse étymologique nous permet de retenir la notion de refaire, réitérer quelque chose de connu.

D'après Google, la répétition est le « *fait (pour un mot...) d'être dit, exprimé plusieurs fois* » ou le « *fait de recommencer (une action...)* » (Définition répétition - Recherche Google, s. d.). La répétition n'est donc pas seulement le fait de répéter une fois une action, un mot, un mouvement mais cela peut être également le fait de le répéter plusieurs fois.

Des notions de psychologie et psychanalyse viennent très vite habiter ce mot. Selon le CNRTL, en psychologie répétition est rattaché à la notion « *d'automatisme inconscient tendant à reproduire certaines conduites infantiles* » (CNRTL, s. d.-a). En effet, S. FREUD a beaucoup étudié la répétition comme étant une loi fondamentale de l'existence. De plus, « *en psychanalyse, la répétition est un destin pulsionnel s'opposant à la mémoire* » (« Wikipédia : Répétition », 2020). Des notions plus abstraites reflétant de l'inconscient viennent se glisser dans ce terme.

Selon B. AUCOUTURIER, la répétition est « *une reproduction d'activités sur fond de plaisir toujours présente dans le jeu, que nous distinguons de la répétition d'activités sur fond de déplaisir et d'angoisse* » (Aucouturier, 2005, p. 275). Il distingue alors deux types de répétition, une relevant du plaisir et l'autre du déplaisir. Ainsi, nous commençons à

percevoir des différences au sein d'un même mot, des différences qui vont être développées ultérieurement dans cet écrit.

2.1.2 La stéréotypie

Selon Le Larousse, la stéréotypie est la « *répétition d'une attitude, d'un geste, d'un acte ou d'une parole, sans but intelligible* » (Larousse, s. d.-c). La notion de répétition est donc présente dès le départ et le but de la stéréotypie n'est pas défini comme évident. De plus, si nous nous contentons de cette définition nous pourrions confondre la stéréotypie avec des tics ou des troubles obsessionnels compulsifs car ces derniers sont aussi une répétition d'action.

Selon Wikipédia, il s'agirait d'un « ensemble de gestes répétitifs, rythmés sans but apparent, mais qui n'ont cependant pas le caractère compulsif des tics. Ces comportements auraient deux buts : favoriser l'évitement ou s'auto-stimuler » (« Wikipédia : Stéréotypie (autisme) », 2018). Grâce à cette définition, nous avons une vision plus précise de la stéréotypie et de son but. On commence à la différencier d'autres caractéristiques pathologiques. Ainsi, le but de la stéréotypie peut être l'évitement de situation ou une auto-stimulation afin de ressentir son corps, ou de décharger des tensions aidant à gérer ce qui s'est passé avant, voire ce qui va se passer après. Elle peut donc être un moyen de défense, permettre d'abaisser les tensions accumulées.

S. BONNOT BRIEY explique qu'il existe deux « catégories » de stéréotypies : les stéréotypies « envahissantes » (qui peuvent les « enfermer », ou du moins les bloquer à certains moments) et celles « organisantes » (qui relèvent plus d'un besoin moteur pour améliorer leur régulation, leur concentration et qui leur permettent de s'autogérer) (Bonnot Brie & Constant, 2009).

D'autre part, il existe des stéréotypies dites primaires, elles concernent les enfants qui ont un développement psychomoteur normal et dont les stéréotypies s'estompent avec l'âge. Elles sont en lien avec la maturation neurologique et motrice de l'enfant et ont une valeur communicative. En revanche, les stéréotypies secondaires concernent les enfants ayant un trouble, elles sont dites pathologiques. Ces stéréotypies peuvent être verbales, motrices, liées à un objet, sensorielles...

2.1.3 Le rituel

Selon Google, le rituel est un « *ensemble de rites* » (*Rituel définition - Recherche Google*, s. d.). Cette définition est très globale, car il faudrait définir ce que sont les rites. D'après Le Larousse, c'est un « *ensemble d'actes, de paroles et d'objets, codifiés de façon stricte, fondé sur la croyance en l'efficacité d'entités non humaines et approprié à des situations spécifiques de l'existence* » (*Définitions : rituel - Dictionnaire de français Larousse*, s. d.).

Le rituel est un ensemble d'habitudes, de règles implicites ou explicites qui régissent certaines cérémonies ou certains comportements sociaux. Il n'est pas spontané, au contraire, il est réglé, fixé, codifié, et le respect de ces séquences garantit son efficacité. On détermine deux types de rituels : le rituel propitiatoire qui donne du sens à l'événement et permet de donner une connotation positive au contexte, et le rituel conjuratoire qui est le fait d'employer des formules ritualisées pour conjurer l'angoisse, pour éviter l'envahissement de la pensée par des obsessions. Le rituel a trois fonctions essentielles pour J. CAZENEUVE : repousser la menace, une démarche anticipatoire (le rituel s'établit dans un espace dépourvu d'angoisse en vue de la combattre), se familiariser avec la menace voire l'apprivoiser, la manipuler ou encore la sublimer.

2.1.4 Autres termes

En dehors de la répétition, la stéréotypie ou le rituel, d'autres termes existent évoquant la répétition de quelque chose. Certains concernent le langage comme l'écholalie, qui est la répétition involontaire du dernier mot entendu, tandis que la palilalie est la répétition involontaire de ses propres mots ou sons. Cela peut s'appliquer aux gestes également comme l'échopraxie qui est la répétition involontaire d'un mouvement.

Nous pouvons aussi aborder l'imitation qui est la « *reproduction d'une mimique, d'un geste, d'une posture, d'une situation vécue* » (Larousse, s. d.-b). Cette imitation peut être immédiate (juste après que la personne ait effectué l'action), ou différée (avec un laps de temps suffisant entre l'action vue et sa reproduction).

Dans ce mémoire, je vais aborder par moments ces notions de rituel, de stéréotypie et d'imitation car elles font partie intégrante de la répétition et scinder les choses en en

omettant une partie serait très compliqué. Je vais donc tenter d'avoir une vision centrée sur la répétition en elle-même, mais par moment une vision plus globale sera nécessaire.

2.2 La répétition au service de la cognition

J'évoque ici le modèle de J. PIAGET qui me permet d'illustrer mon propos concernant la répétition et son utilité dans le développement dès le plus jeune âge. Je ne cherche pas à savoir comment se fonde l'intelligence, mais à montrer que la répétition a un rôle dans le développement global de l'enfant.

J. PIAGET a cherché à expliquer le développement cognitif des enfants en le subdivisant en différents stades : la période sensori-motrice (zéro à deux ans), la période pré-opératoire (deux à sept ans), la période des opérations concrètes (sept à douze ans), puis celle des opérations formelles (après douze ans). C'est la période sensori-motrice qui nous intéresse ici, comprenant six sous-stades. La transition d'un stade à l'autre se fait au fur et à mesure que les schèmes de l'enfant se précisent. Le schème est une « *structure ou organisation des actions, telles qu'elles se transfèrent ou se généralisent lors de la répétition de cette action en des circonstances semblables ou analogues* » (Sarris, 2015, p. 164).

D'après J. PIAGET, au début de sa vie, l'enfant ne possède que quelques schèmes innés, sensoriels et moteurs, qu'il exercera au travers des réactions circulaires et qu'il modifiera ensuite grâce aux mécanismes de l'assimilation et de l'accommodation. Le processus d'assimilation correspond au fait d'« *intégrer tel quel un objet aux schèmes constitués* » (Sarris, 2015, p. 164), alors que le processus d'accommodation va venir « *modifier les schèmes d'assimilation en tenant compte des propriétés de l'objet ne pouvant être directement assimilés* » (Sarris, 2015, p. 164). L'assimilation sera donc au plus près de la répétition d'un schème, tandis que l'accommodation tend vers un changement de ces schèmes. Ces deux concepts devront s'équilibrer au fur et à mesure du développement de l'enfant pour être les plus harmonieux possible.

Le terme de réaction circulaire vient de J. BALDWIN pour caractériser l'établissement d'une relation entre une action et un effet : « *répétition d'une conduite acquise ou en train de s'acquérir, et d'une conduite dirigée par l'objet auquel elle aboutit* » (Piaget, 1994, p. 35).

J. PIAGET a repris ce concept pour expliquer les schèmes d'acquisitions du bébé. Dans ce stade différentes composantes rentrent en compte : la composante active (l'enfant enclenche une action qui peut être simple ou complexe), la composante perceptive ou sensorielle (le bébé perçoit de façon plus ou moins différenciée ce qui s'offre à ses sens) et la composante fonctionnelle (le bébé est agréablement affecté par son action et l'effet qu'elle produit). « *L'effet positif de son action incite le sujet à la répéter, soit automatiquement, soit intentionnellement, voire même à rechercher des effets positifs nouveaux* » (Fondation Jean Piaget - Réaction circulaire, 2021).

A la fin de cette période sensori-motrice, l'enfant a acquis une nouvelle fonction qui lui permet de se représenter mentalement les choses : « *Piaget nomme cette capacité nouvelle la fonction sémiotique caractérisée par l'imitation différée, le jeu symbolique, le dessin, les images mentales et le langage* » (Sarris, 2015, p. 164). Ainsi, à la fin de cette période, la permanence de l'objet sera acquise (connaissance par l'enfant que les objets qui l'entourent existent à l'extérieur de lui, même s'il ne les perçoit pas via l'un de ses sens).

2.2.1 L'exercice des réflexes (0 à 1 mois)

Ce stade existe au tout début de la vie où le bébé va travailler ses réflexes innés (téter, saisir, écouter...) afin que ceux-ci s'harmonisent. Durant ce stade, le bébé va passer des réflexes héréditaires (innés) aux réactions circulaires grâce aux mécanismes d'assimilation et d'accommodation. Par exemple, le réflexe de succion est présent dès la naissance mais il n'est pas adapté dès le départ : l'exercice seul, c'est-à-dire la répétition, « *entraînera dès lors le fonctionnement normal* » (Piaget, 1994, p. 32). Il y a une « *répétition cumulative, avec incorporation progressive des objets au cycle ainsi reproduit* » (Piaget, 1994, p. 49).

2.2.2 La réaction circulaire primaire (1 à 4 mois)

Le nourrisson fait un mouvement (gestes simples centrés sur le corps de l'enfant) par hasard qui aboutit à une sensation corporelle agréable. Il va répéter l'action plusieurs fois pour reproduire cette sensation. Au début, il va répéter cette action sans différenciation (par exemple téter tout ce qui peut être porté à la bouche) puis il va s'accommoder en se basant sur ses sensations (par exemple téter de manière différente le sein du pouce). Cette adaptation est fondamentale car il va utiliser les objets en fonction de leur particularité en

adaptant ses réflexes. Durant ce stade, ses gestes et sensations vont rester centrés sur son corps en agitant ses bras, suçant ses doigts, bougeant ses jambes et ses pieds. Le bébé prend conscience de son corps mais également de son environnement en organisant et coordonnant des informations sensorielles. Ici la répétition se modifie : l'action n'est pas juste répétée mais avec l'adaptation acquise, c'est la recherche d'un résultat nouveau qui oriente la répétition (Piaget, 1994). Selon J. PIAGET, l'assimilation peut être synonyme de répétition. Dans ce stade, nous passons de l'assimilation par pure répétition (action qui se répète sans modification) à une assimilation cognitive (reproduction d'une action dans un but précis) en passant par l'assimilation généralisatrice (diversification de la même expérience) (Piaget, 1994).

2.2.3 La réaction circulaire secondaire (4 à 8 mois)

La réaction circulaire secondaire « *tend simplement à reproduire tout résultat intéressant obtenu en relation avec le milieu extérieur, sans que l'enfant ne dissocie encore ni ne regroupe entre eux les schèmes ainsi obtenus* » (Piaget, 1994, p. 139). « *Les « moyens » n'y sont guère encore différenciés des « fins », ou du moins ils ne se différencient qu'après coup, lors de la répétition de l'acte* » (Piaget, 1994, p. 135). Ainsi, le seul besoin dans ce stade est « *un besoin de répétition : il s'agit simplement, pour l'enfant, de conserver et de reproduire le résultat intéressant découvert par hasard* » (Piaget, 1994, p. 162). Ce phénomène est renforcé par l'accommodation qui « *consiste constamment à retrouver avec le maximum de précision possible les gestes qui ont réussi* » (Piaget, 1994, p. 184). Le but n'est donc « *pas posé d'avance, mais seulement au moment de la répétition de l'acte* » (Piaget, 1994, p. 139). L'enfant peut répéter une action dont la finalité est agréable mais il n'anticipe pas encore.

De plus, l'enfant a conscience que l'action vient de lui (raisonnement centrifuge), qu'elle n'est pas extérieure à lui, ce qui n'était pas le cas dans la réaction circulaire primaire (raisonnement centripète). L'intérêt de l'enfant ne sera donc plus porté sur son corps propre mais sur l'extérieur et notamment la manipulation des objets. Il commence à agir de manière intentionnelle sur les objets et les personnes en provoquant des événements à répétition ou pour prolonger certains effets.

En parallèle de cela, l'enfant va petit à petit commencer à acquérir la permanence de l'objet, c'est-à-dire que dans un environnement proche il peut commencer à rechercher un objet qui est en partie caché. Il va consolider ses schèmes antérieurs en les appliquant aux objets qu'il manipule et construire ses premiers schèmes d'action sur le monde extérieur grâce à l'acquisition de la coordination entre la vision et la préhension d'un objet. La permanence de l'objet à ce stade est « *relative à l'action en cours, et non pas donnée en elle-même* » (Piaget, 1994, p. 139).

2.2.4 La coordination des schèmes secondaires (8 à 12 mois)

La généralisation des schèmes secondaires se produit lorsque l'enfant est placé en présence d'objets nouveaux. Dans ce stade, l'enfant va appliquer les schèmes connus afin de trouver ceux qui lui conviennent le mieux. Pour cela, il va décomposer et recomposer les mêmes schèmes qui jusque là, ne faisaient qu'un. Cela va créer la « *possibilité d'appliquer les moyens connus à des buts nouveaux* » (Piaget, 1994, p. 139). « *C'est cette distinction des moyens et des fins qui libère l'intentionnalité et renverse ainsi la direction de l'acte : au lieu d'être tournée vers le passé, c'est-à-dire vers la répétition, l'action s'oriente vers les combinaisons nouvelles et l'invention proprement dite* » (Piaget, 1994, p. 138). L'enfant va ainsi agir avec un but, avec des actions plus intentionnelles et coordonnées, ce qui va lui permettre d'anticiper et d'adapter ses comportements. Ainsi, « *l'action ne fonctionne plus par simple répétition, mais en subsumant sous le schème principal une série plus ou moins longue de schèmes transitifs* » (Piaget, 1994, p. 187). La répétition se complexifie en ajoutant d'autres éléments intermédiaires afin d'atteindre un but.

A propos de la permanence de l'objet, l'enfant peut suivre un déplacement et aller chercher un objet invisible derrière un écran, mais à ce stade, il ne peut pas suivre un deuxième déplacement à la suite. C'est le début de la permanence de l'objet.

2.2.5 La réaction circulaire tertiaire (12 à 18 mois)

L'enfant adopte une attitude d'expérimentation de nombreux comportements en explorant, testant et en essayant de comprendre tous les possibles du monde qui l'entoure. Il va se représenter mentalement des objets, des situations et des personnes. Au cours de la répétition, le bébé ne va plus seulement reproduire à l'identique mais va introduire des

variables et véritablement expérimenter les différentes propriétés d'un objet. Il va de ce fait acquérir de nouveaux schèmes par hasard, c'est pour cela que nous parlons encore de réaction circulaire. La durée de ces schèmes va également augmenter puisqu'ils se complexifient. Il va aussi chercher à déclencher un même résultat par différents moyens (« Wikipédia : Réaction circulaire », 2018). Ainsi, l'enfant accommode intentionnellement son schème, ce qui implique une assimilation plus efficace et spécifique aux particularités de chaque situation.

Concernant la permanence de l'objet, l'enfant peut suivre plusieurs déplacements de l'objet, mais il ne peut pas encore imaginer un mouvement qu'il ne voit pas.

2.2.6 L'invention des moyens nouveaux par combinaison mentale (18 à 24 mois)

C'est un stade où l'enfant fait des acquisitions grâce à des représentations en les combinant mentalement (par la pensée d'une image, d'une situation ou des événements). L'enfant se met donc à se représenter mentalement le monde autour de lui. C'est à partir de ce moment que « *la mentalisation est possible et que la pensée permet de faire l'économie de la répétition des actions en éliminant mentalement des actions inappropriées* » (Sarris, 2015, p. 168). Il fait des combinaisons mentales qui lui permettent de réfléchir et de penser les actions sans avoir à les effectuer réellement. De fait, il met en place un lien entre la réalité extérieure et ce qu'il se représente : il peut se représenter des situations passées ou des objets qui sont absents.

A propos de la permanence de l'objet, elle est complètement acquise à ce stade. En effet, l'enfant peut retrouver un objet même si les déplacements ne sont pas visibles. L'acquisition de l'imitation différée, corrélée à celle de la permanence de l'objet, permettra à l'enfant d'accéder à la fonction symbolique.

En résumé, les réactions circulaires étant de la répétition de mouvements, de mots, de gestes, permettent l'intégration de la relation de cause à effet, de la permanence de l'objet, de la représentation mentale et de l'adaptation à différentes situations. C'est grâce au jeu avec son corps que l'enfant va pouvoir construire des repères qui concernent son corps et l'environnement qui l'entoure.

Donc, si des impossibilités apparaissent dans la mise en place des réactions circulaires, cela pourrait avoir un impact sur la prise en compte de la réalité extérieure de l'enfant comme la relation avec l'environnement, et notamment le développement de la communication ainsi que la relation avec l'autre. C'est la répétition, la généralisation des schèmes puis la représentation mentale qui permettront à l'enfant d'être en relation. Nous pouvons donc nous questionner sur l'acquisition de ces réactions circulaires combinées à l'assimilation et l'accommodation dans le développement d'un enfant ayant un TSA. Les hypothèses suivantes peuvent-être avancées : est-ce un défaut d'accommodation et d'assimilation qui ne leur permettrait pas de généraliser un comportement ou alors, au contraire, est-ce une généralisation totale de tous les schèmes sans adaptation aux propriétés de l'objet, à un moment donné ? Est-ce qu'ils restent dans la répétition de schèmes connus et non dans la création de nouveaux schèmes, car ils répètent ce qui leur procure une sensation positive ?

Il est à rappeler que le modèle de J. PIAGET est toujours utilisé mais avec des nuances et une vision beaucoup plus globale de l'enfant que la sienne. Et pour cause, le développement de l'enfant est plus complexe, prenant en compte une combinaison de divers facteurs. Tout comme J. PIAGET, M. de M'UZAN aborde cette notion de répétition.

2.3 Deux styles de répétition

En 1920, S. FREUD parle de la répétition, de compulsion de répétition en lien avec le principe de plaisir ou l'instinct de mort dans son ouvrage *Au-delà du principe de plaisir*. Il a ainsi cherché à différencier deux types de répétition (Adler, 2017). Par la suite, en 1970, M. de M'UZAN aborde également deux types de répétition : la répétition du même et la répétition de l'identique. Ses travaux se sont basés sur ceux de S. FREUD, mais également sur une réflexion qui se dégage des idées de S. FREUD, car M. de M'UZAN fait un parallèle entre la répétition du même et le principe de plaisir, ce qui n'est pas le cas concernant la répétition de l'identique et l'instinct de mort.

Pour faire le lien avec la répétition abordée dans le développement cognitif par J. PIAGET, nous pouvons dire que la répétition de l'identique regrouperait les réactions

circulaires primaires et secondaires, tandis que la répétition du même rassemblerait les stades plus avancés, c'est-à-dire la coordination des schèmes secondaires et la réaction circulaire tertiaire.

Définissons les mots identique et même. D'après Le Larousse, le mot identique caractérise « *deux éléments qui se ressemblent, qui sont très semblables ou absolument analogues sur de nombreux ou sur la totalité de leurs aspects* » (Définitions : identique - Dictionnaire de français Larousse, s. d.). D'après Google, la définition du même est quelque chose « *identique ou semblable* » (Définition même - Recherche Google, s. d.).

Rien qu'avec ces définitions nous voyons que les deux termes se ressemblent. Nous allons toutefois voir comment la répétition du même se différencie de la répétition de l'identique.

2.3.1 La répétition de l'identique

« *Les forces à l'œuvre dans cette répétition de l'identique se singularisent par leur orientation, persévérante, dans une même direction* » (De M'Uzan, 1970, p. 447). Nous référons inlassablement la même chose sans qu'aucune modification ne soit faite.

La valeur de remémoration est nulle, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de possibilité d'élaboration ni de travail psychique suscité par l'expérience (Gernet, 2017). C'est pourquoi, nous retrouvons dans cette répétition, « *des stéréotypies verbales, des tics de langage voire l'utilisation d'un style direct strictement reproductif et donnant le sentiment d'une disposition permanente chez le sujet à permuter topiquement sa place avec celle de l'objet* » (De M'Uzan, 1970, p. 445).

M. FAIN dit : « *la pauvreté d'élaboration est compagnon de misère de l'automatisme de répétition* » (De M'Uzan, 1970, p. 447). Dans la répétition de l'identique nous semblons être dans ce cas de figure, un automatisme de répétition où on répète les choses / actions sans leur donner de valeur ou du moins sans transformation.

Néanmoins, cette répétition de l'identique peut avoir une fonction de réassurance, par exemple dans certaines situations qui deviennent intolérables pour la personne autiste. En effet, elle peut se mettre à développer des stéréotypies afin que cette situation devienne acceptable pour elle. Nous voyons que, parfois, cette répétition de l'identique peut avoir un

sens comme résoudre une tension, mais elle ne permet pas un travail d'élaboration ou un travail psychique. C'est là où intervient la répétition du même.

2.3.2 La répétition du même

Dans la répétition du même, « *les forces qui y sont à l'œuvre apparaissent quelque peu nuancées dans leur intensité et surtout variables dans leur direction* » (De M'Uzan, 1970, p. 446) contrairement à la répétition de l'identique. Ici, quelque chose se modifie à chaque fois que la séquence se répète. « *Il se produit en effet un décalage très progressif à chaque répétition* » (De M'Uzan, 1970, p. 446). La répétition du même implique donc toujours un changement aussi infime soit-il.

Nous parlons quand même de répétition car il y a quelque chose qui se répète, se reproduit, mais qui est plus ou moins modifié. On peut citer l'exemple du rituel du soir de beaucoup d'enfants avec leur parent : la lecture du soir. Durant ce temps de lecture, pendant une certaine période, l'enfant va choisir la même histoire plusieurs soirs de suite. Ce que l'enfant recherche peut être cette contenance, cette réassurance de retrouver le même livre avec les mêmes personnes..., mais le parent va moduler sa voix : la mélodie de l'histoire variera ainsi de soir en soir. Nous retrouvons donc ici le concept de répétition du même, car l'histoire est identique, mais l'intention que le parent mettra dans sa voix et ses gestes va varier d'une fois sur l'autre.

Ces deux types de répétition se distinguent surtout par la présence, ou non, de variations dans leur séquence répétée. Dans ces deux cas de figure, la répétition est constante mais divers paramètres (comme le lieu, l'intensité, le temps, la durée...) peuvent être variables ou non (Marcelli, 1992). Ainsi, ces deux formes de répétition sont toutes deux importantes. Cependant, il faudra que la répétition de l'identique se transforme en répétition du même afin que celle-ci permette le développement du sujet et non un enfermement dans un comportement délétère.

Pour passer de la répétition de l'identique à la répétition du même, il va falloir construire « *une séquence d'actions ludiques enchaînées. Puis, lorsque ce format a été pratiqué un nombre suffisant de fois, qu'il menace de devenir une répétition de l'identique* » (Danon-Boileau, 2017, p. 43), il sera intéressant « *de tenter de le perturber pour produire de*

la répétition du même » (Danon-Boileau, 2017, p. 43). C'est là où est tout l'enjeu de la psychomotricité auprès de population autistique : tenter d'orienter cette répétition de l'identique afin qu'elle devienne une répétition du même.

On peut rejoindre les idées de M. De M'UZAN en les croisant avec celles de D. MARCELLI. La répétition du même pourrait relever des microrhythmes, tandis que la répétition de l'identique se rapprocherait des macrorhythmes.

2.4 Les macrorhythmes et les microrhythmes

Dans macrorhythme et microrhythme nous percevons le mot rythme qui « *lie et relie, à travers le temps, continuité et coupure / césure, cette temporalité faite non seulement de répétitions mais aussi de surprises, cadence et rupture de cadence* » (Marcelli, 2007, p. 124). Cette définition donne déjà un premier descriptif des macrorhythmes et des microrhythmes. « *D'un côté les contextes macrorhythmiques dominés par la répétition impliquant les partenaires interactifs dans leur globalité et concernant plus particulièrement les relations de soins au bébé : d'un autre côté les contextes microrhythmiques dominés par les ruptures de rythmes, les attentes trompées impliquant les partenaires dans de courtes séquences et concernant plus particulièrement les interactions ludiques* » (Marcelli, 1992, p. 57).

Les macrorhythmes concernent ainsi tout ce qui relève du domaine des interactions de soins (le change, le repas...). Ils vont suivre le rythme circadien, vont être stables et vont ainsi se répéter de manière circulaire. Ici les besoins de l'enfant vont être satisfaits. Au fur et à mesure du temps, grâce à cette répétition, l'enfant va pouvoir anticiper l'avenir et son advenir : quand il pleure il sait qu'il sera nourri ou changé. « *Ces anticipations confirmées donnent peu à peu au bébé le sentiment qu'il est le créateur de son environnement, d'où un sentiment de toute-puissance et d'illusion de créer le monde...* » (Marcelli, 2007, p. 125 et 126). C'est ce sentiment de toute puissance, de part la répétition de la satisfaction immédiate de ses besoins, qui va permettre l'émergence du narcissisme primaire ainsi que du sentiment de continuité chez l'enfant (Marcelli & Raffeneau, 2012).

Donc, « *la stabilité et les répétitions dans les macrorhythmes apparaissent comme une condition minimale nécessaire au bon développement de l'enfant* » (Marcelli, 1992, p. 72).

Les macrorhythmes sont indispensables au développement, c'est la base d'une sécurité affective, du narcissisme primaire et du sentiment de continuité. « *La répétition est alors un facteur organisateur fondamental pour la capacité de mémorisation et d'anticipation nécessaire au développement de la cognition* » (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 21). Mais « *cette répétition à l'identique est inéluctablement mise à mal dans la mesure où surviendront inmanquablement des moments de discontinuité, des événements imprévisibles et inattendus* » (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 21).

Et pour cause, les microrhythmes vont apparaître très vite dans la vie du bébé. La mère va intégrer des temps qui ne font pas partie des attendus de l'enfant. Cela peut être des jeux de surprise, de fausse gronderie, d'étonnement, de tromperie, qui « s'accompagnent toujours d'un message parfaitement contradictoire » (Marcelli, 2007, p. 126) entre le ton de la voix, les mots, l'intonation, la prosodie et l'expression du visage. En apparence, ces interactions sont parfaitement inutiles dans le développement de l'enfant, mais, cet écart, anodin au premier abord, est fondamental : la surprise crée « *une brèche dans la continuité des anticipations attendues par le bébé* » (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 21). Il ne va pas être désorganisé par l'inattendu et peut même en éprouver du plaisir. Les microrhythmes vont également permettre « *au bébé de se dégager progressivement de la symbiose d'avec sa mère, ce qui introduit « une symbolique tierce dans l'interaction mère-enfant »* » (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 21). Une triangulation va pouvoir s'installer. Cette différenciation possible à présent entre l'enfant et la mère permettra l'instauration du narcissisme secondaire. Il pourra ainsi tolérer l'incertitude, accepter l'inattendu ou l'insolite qui représentent « *des préconditions indispensables pour investir son proche environnement et développer des capacités d'apprentissage* » (Marcelli, 1992, p. 77).

« *Surprise et répétition apparaissent comme indispensables au fonctionnement* » (Marcelli, 2007, p. 125). C'est le mélange entre macrorhythmes et microrhythmes, répétition et changement qui constitue « *le rythme idiosyncrasique individuel qui fonde la subjectivité et par lequel celle-ci s'exprime* » (Marcelli, 2007, p. 127). « *Inscrit dans un macrorhythme suffisamment répétitif stable et sûr, le bébé peut « construire » la continuité de son narcissisme où ce qui est attendu advient, où l'attente confirmée calme et apaise* » (Marcelli, 2007, p. 126 et 127). « *De même, marqué par des microrhythmes aléatoires et incertains, le*

bébé peut « investir » l'incertitude où ce qui est attendu n'est jamais sûr, où l'attente est excitante » (Marcelli, 2007, p. 127).

Tout compte fait, ce qui différencie les microrhythmes des macrorhythmes n'est pas l'absence de répétition mais plus précisément les variations plus ou moins grandes introduites dans ces moments de répétition. On répète le jeu de chatouille, le jeu de surprise mais avec des modifications, dans une forme de répétition du même. Dans les macrorhythmes des paramètres minimes se modifient lors de la répétition tandis que dans les microrhythmes bon nombre de paramètres changent.

Nous venons donc de voir différents types de répétition : les réactions circulaires de J. PIAGET, la répétition du même et de l'identique de M. De M'UZAN et les microrhythmes et macrorhythmes de D. MARCELLI. Tous ces termes se différencient et se ressemblent de part la présence de la répétition et les fonctions qu'elles peuvent occuper. Nous allons donc voir quelles sont ses fonctions.

2.5 Les fonctions de la répétition

La description de ces différents types de répétition révèle en fait une dichotomie dans les fonctions de la répétition. Selon sa fonction, son utilité, elle pourra advenir une répétition du même, des schèmes des réactions circulaires tertiaires et des microrhythmes ou au contraire elle dépendra de la répétition de l'identique, des schèmes des réactions circulaires primaires et secondaires ainsi que des macrorhythmes. Une où « *le sujet est acteur de ce qu'il répète prenant plaisir à réitérer les expériences lui permettant de devenir agent de son environnement* » (Escudié, 2017, p. 88), et l'autre dans laquelle « *le sujet n'advient pas, n'ayant pu subjectiver l'événement, et dans lequel il reste assujetti à des expériences mortifères qu'il ne maîtrise pas* » (Escudié, 2017, p. 88).

« *La répétition au sens large marque notre existence dès son origine [...] puisque nous pouvons l'entendre ici comme un ensemble de mouvements allant bien au-delà des simples manifestations symptomatiques répétitives et compulsives comme les rituels obsessionnels, les addictions, les procédés autocalmants* » (Costantino, 2017, p. 18). En effet, la répétition

ne correspond pas seulement à des phénomènes qui ont des connotations négatives mais elle a également des côtés positifs que nous allons détailler.

2.5.1 La répétition constructive

2.5.1.1 Fonction d'apprentissage et d'intégration

« *Du point de vue développemental, J. PIAGET (1936) a montré la nécessité de la répétition dans la construction de l'intelligence sensori-motrice dès l'âge de 4 mois. Elle serait également à la source du développement cognitif, comportemental et émotionnel* » (Escudié, 2017, p. 86). En effet, la répétition investit tous les domaines de la vie du sujet. Elle va être utile dans les apprentissages, mais pas que, la mémorisation va faire partie de l'un de ses rôles. « *Incontestablement répétition et similitude sont des paramètres qui favorisent le développement de la capacité de mémorisation* » (Marcelli, 1992, p. 64). Répéter une action permet de l'ancrer en mémoire. Lorsque nous faisons une action une fois, nous allons nous souvenir de seulement quelques parties. En revanche, si nous refaisons l'action encore et encore nous allons nous souvenir de tous les détails. Cette répétition permettra une meilleure intégration et un meilleur stockage de l'information.

Cette répétition, présente dès le début de la vie, va être la condition nécessaire à l'acquisition du langage. Nous pouvons l'observer chez les enfants, lors de l'apprentissage du langage ils vont répéter les syllabes puis les mots entendus de manière immédiate puis de façon différée. L'enfant va ainsi répéter le mot plusieurs fois pour l'assimiler et l'intégrer.

De plus, quand on répète un mouvement, une action, il y a une adaptation tonique qui sera de plus en plus ajustée. Il va probablement y avoir une amélioration de la performance motrice qui va renforcer l'intégration des schèmes moteurs. C'est donc par la répétition que l'intégration se fera. Notons que l'adaptation tonique est un des domaines d'intervention de la psychomotricité.

2.5.1.2 Fonction d'anticipation

En répétant, nous refaisons une action avec un début, un déroulé et une fin connue. Nous savons ce qui va advenir. La répétition va donc permettre à l'enfant de connaître ce qui va se passer. C'est ce qui a été utilisé pour décrire les réactions circulaires.

Comme nous venons de le voir, « *sans répétition aucune mémoire ne pourrait s'organiser dans le fonctionnement psychique* » (Marcelli, 1992, p. 72) mais aussi « *aucune conduite anticipatrice ne pourrait advenir* » (Marcelli, 1992, p. 72). Si nous n'avons jamais fait une expérience, nous ne savons pas à quoi nous attendre, ni ce qui va découler de notre action ? C'est là l'intérêt de la répétition : pouvoir anticiper un résultat. « *Ce qui est mémorisé est un scénario où nos attentes, nos émotions prennent l'allure d'anticipation aussi bien du rôle de l'autre que notre rôle propre* » (Marcelli, 1992, p. 80). Quand un bébé va sourire à sa mère, au début, il ne va pas comprendre le lien entre son action et la réaction de l'autre. En répétant cette action et en accédant toujours au même résultat il va se rendre compte de son impact sur l'environnement et l'autre. C'est ainsi que par la suite, quand le bébé va sourire, il va anticiper la réaction de sa mère, c'est-à-dire le sourire de cette dernière.

Vignette clinique : Zack (8 ans) « **L'ordre et l'anticipation** »

Je rencontre Zack dans le cadre de l'atelier « Être ensemble » avec trois autres enfants. Au sein de cet atelier le médiateur est le jeu et chaque enfant met en place son jeu, de l'élaboration au rangement du matériel.

Au début de l'atelier, nous exposons l'ordre de passage des enfants. Zack s'appuie énormément sur cela pour repérer la fin de l'atelier. Quand un enfant a fini son jeu il va dire : « maintenant c'est à E., puis à M. et après ça sera la fin de l'atelier ». Il va répéter ce processus plusieurs fois jusqu'à ce que ce soit la fin de l'atelier.

Nous voyons là, combien la répétition de l'ordre des participants lui permet d'anticiper la fin de l'atelier et de le quitter sans problème.

2.5.1.3 Fonction de continuité et d'immuabilité

Outre la mémorisation et l'anticipation, « *des rituels répétés facilitent probablement chez le bébé le développement d'un sentiment de confiance dans la continuité et la prévisibilité* » (Marcelli, 1992, p. 72). En effet, cette répétition crée une continuité et ne laisse pas la place à la rupture. Cette continuité est renforcée par l'enchaînement des rythmes circadiens, de veille/sommeil, de repas... Ces rythmes vont se répéter à des moments précis de la journée et vont créer des rituels qui vont permettre l'inscription dans

le temps de l'enfant et le sentiment de continuité. C'est une même succession se déroulant toujours à des temps précis qui se perpétue et se répète.

« L'anamnèse conforte l'hypothèse que, [...] ces patients agités n'ont vraisemblablement pas assez profité de l'illusion de créer/trouver le monde et eux-mêmes pour en jouer avec liberté » (Laurent, 2017, p. 118). C'est cette « l'illusion de créer / trouver » qui renforce le sentiment de continuité : nous faisons une action et le résultat va suivre. La répétition crée cet enchaînement, elle « *permet la satisfaction rassurante du connu/retrouvé* » (Costantino, 2017, p. 18).

« Si la détente procurée par la régularité des soins nourriciers ne s'installe pas [...], le bébé aura du mal à ressentir et à construire la sécurité de sa continuité corporelle. Il sera pris dans des angoisses envahissantes liées à des éprouvés corporels angoissants : partir en morceaux, se liquéfier, être troué par le manque, etc » Nous voyons ici l'illustration de la fonction de continuité de la répétition qui est indispensable au bon développement global de l'enfant et à l'accès à un éprouvé corporel construit ou du moins paisible.

2.5.1.4 Fonction d'apaisement et de réassurance

Dans les stéréotypies ou les Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOCs) la répétition peut avoir une valeur de réassurance et d'apaisement. Certes, ce sont des répétitions décrites comme pathologiques puisqu'elles font partie des critères diagnostics de certains troubles, mais leurs réalisations peuvent procurer au sujet un sentiment d'apaisement voire de décharge de tensions et de soulagement.

La répétition peut également être la traduction d'un affect, d'une émotion, d'un sentiment de mal-être, de quelque chose de désagréable. Si nous nous arrêtons à cela, nous pensons qu'elle est forcément délétère. Or, ce n'est pas le cas puisqu'elle signifie qu'une tension existe certes, mais qui va pouvoir être résolue, ou du moins dépassée par la répétition. C'est en répétant un comportement que l'on peut surpasser l'affect désagréable, dérangeant. C'est ce qui est à l'œuvre dans le rituel conjuratoire. La répétition va être utilisée comme mécanisme de défense.

Vignette clinique : Eloïse (9 ans) « **C'était bien mon jeu ?!** »

Eloïse, présentant un TSA, fait également partie de l'atelier « Être ensemble ». A la fin de son jeu, elle va souvent répéter la phrase « c'était bien mon jeu » en s'adressant à l'adulte dans le but d'être entendue et rassurée. Cette répétition de phrase a une fonction de réassurance pour elle.

Il en va de même pour « *les questions et les demandes répétitives et incessantes, les perpétuels « où est-ce qu'on va ? » ou « quand est-ce qu'on arrive ? » que l'enfant pose à l'adulte* » (Escudié, 2017, p. 86). Ces questions vont permettre à l'enfant de conjurer son angoisse due à l'incertitude du futur. La question va être répétée encore et encore car l'enfant a besoin de se réassurer quant à l'heure d'arrivée, c'est-à-dire son devenir.

2.5.1.5 Fonction de symbolisation

« *La répétition ne change rien dans l'objet qui se répète, mais elle change quelque chose dans l'esprit qui la contemple* » (Saint-Jacob, 2017, p. 13). C'est là tout l'intérêt de répéter : qu'une transformation s'opère. Cette transformation ne portera pas forcément sur l'action qui se répète mais elle agira sur la pensée, la psyché de celui qui la répète. Autrement dit, répéter une action permet certes de l'améliorer, voire de la faire évoluer en une autre plus complexe, mais elle peut aussi permettre de comprendre les mécanismes à l'œuvre dans cette opération qui va par la suite se symboliser pour devenir plus abstraite.

« *La répétition des jeux ou des mises en scène que l'enfant élabore [...] est également à l'origine de l'accès à la symbolisation et du contrôle affectif qui lui est inhérent* » (Escudié, 2017, p. 86). Répéter une expérience permet à l'enfant d'avoir accès au jeu symbolique et donc à la symbolisation. Ainsi, lorsqu'on répète une action, au début elle peut ne pas avoir de sens, puis en prendre : « *l'augmentation de signification* » « *est une fonction de la répétition* » (Marcelli, 1992, p. 66). « *Ce qui, pour l'enfant, n'était initialement que diverses sensations sans lien devient un ensemble de conduites répétées dans le temps qui s'associent à la satisfaction* » (Marcelli, 1992, p. 66). L'élaboration est possible et des liens cognitifs se créent.

2.5.1.6 Fonction de relation

« Dans la stéréotypie la répétition signe l'emprise » (Danon-Boileau, 2017, p. 56). « Le glissement de la stéréotypie vers le jeu est difficile. Il suppose que le thérapeute parvienne à s'insinuer dans la répétition solitaire que l'enfant pratique, qu'il la commente, puis se laisse utiliser » (Danon-Boileau, 2017, p. 56). Nous voyons ici l'importance de l'interaction dans la répétition afin de la modifier et qu'elle permette une mise en relation.

Vignette clinique : Eva (9 ans) « **La course du rechaussage** »

Chaque vendredi après-midi, je rencontre Eva qui présente un TSA. Le rechaussage était très compliqué chez elle, car elle était prise de « toc » avec les scratches, avec le passage du pied dans la chaussure... Elle pouvait répéter ces actions plus d'une dizaine de fois avant d'arrêter et de mettre enfin la chaussure.

En proposant d'aller le plus rapidement possible, en faisant la « course du rechaussage » avec elle à chaque séance, elle arrive maintenant à mettre ses chaussures très rapidement, sans refaire encore et encore l'action.

Cet exemple illustre bien le fait que la répétition d'action peut être délétère mais en passant par le jeu, elle peut s'estomper au profit d'une répétition qui permet la relation. Avant cette adaptation, Eva se coupait de la relation dans ses répétitions. Maintenant cette répétition de jeu prend ici une signification et lui permet d'être en relation avec nous.

Comme nous venons de le voir dans cet exemple, la répétition peut avoir des fonctions délétères si elle reste une répétition de l'identique.

2.5.2 Les risques de la répétition

En effet, nous pourrions citer les répétitions dites pathologiques comme dans les stéréotypies ou les TOCs. Ici, la répétition peut mener à un enfermement. « L'événement qui n'entre pas dans un processus symbolique ne peut devenir une expérience pour le sujet : « En lui plus rien n'advient mais tout revient au même » » (Escudié, 2017, p. 88). C'est ce qu'illustre la répétition de l'identique. Il est important de répéter de manière identique une expérience mais à condition qu'elle permette une élaboration dans la pensée du sujet afin qu'elle ne soit pas une répétition inutile et mortifère.

Il faut que cette répétition s'ouvre sur un sens, qu'elle puisse permettre l'intégration de quelque chose, comme un apprentissage par exemple, ou qu'elle ait une fonction précise. « *Si la répétition s'inscrit dans un processus de maturation du sujet* » (Escudié, 2017, p. 86), celle-ci peut également « *représenter une fixation du sujet à un évènement douloureux ou à un comportement ayant des répercussions sur sa vie* » (Escudié, 2017, p. 86). Dans ce cas, cette répétition sera nocive pour le développement du sujet.

La répétition peut donc avoir un effet stérile qui peut couper la personne de la relation avec l'autre. La personne prise dans la répétition peut s'enfermer dans ce comportement qui n'est plus un lien à l'autre mais une mise à distance. C'est à ce moment qu'une transformation doit opérer. « *Tous les chercheurs reconnaissent que, dans le cadre d'un même état de conscience physiologique, le niveau d'attention dépend de la nouveauté ou de la répétition. La répétition d'un même stimulus avec des paramètres tous identiques suscite une réaction d'accoutumance et de désintérêt rapide du bébé. Au contraire, le changement, la nouveauté, dans certaines limites qu'il faut soigneusement définir, constituent un puissant facteur stimulant de l'attention* » (Marcelli, 1992, p. 64). Nous avons ici l'illustration qu'il est important que cette répétition évolue, se modifie afin de toujours susciter l'intérêt de l'enfant et de l'ouvrir sur de nouvelles expériences, au risque d'un désintérêt pour l'autre et l'environnement. La répétition est indispensable, mais trop de répétition à l'identique ne peut être bénéfique sur le long terme.

Ainsi la répétition a ses limites car « *dire que l'existence est répétition nous amène à penser les limites de la répétition. Là où il n'y a plus de répétition, il n'y a plus de vie* » (Saint-Jacob, 2017, p. 13). Or, ce n'est pas le cas, car les choses se créent dans la nouveauté. Mais la nouveauté ne prend-elle pas racine dans la répétition de certaines structures ?

2.6 L'autisme et la répétition

Cette question de la répétition a une place essentielle au sein de la clinique de l'autisme. En effet, la répétition, les comportements répétitifs et stéréotypés font partie intégrante des signes cliniques de l'autisme (critère B dans le DSM-5). Ils peuvent être moteurs ou verbaux et simples ou complexes. Dans ce critère, il y a également la présence de rituels pouvant être

« non fonctionnels », c'est-à-dire qu'ils répondent au besoin d'immuabilité de l'environnement et non à une fonction particulière : tout doit être identique et non similaire.

La pensée autistique peut être « *uniquement tournée vers la recherche d'une répétition, d'une reproduction d'expérience prototypique close sur elle-même* » (Marcelli, 2007, p. 79). C'est ce que l'on observe à travers « *la recherche d'immuabilité dans des rituels complexes répétés compulsivement, les comportements stéréotypés autocentrés* » (Joly, 2016, p. 39). La fonction de réassurance de la répétition est encore plus prégnante dans cette pathologie. Quelque chose qui se répète est prévisible, nous trouvons ce à quoi nous nous attendions. Les enfants autistes ont ce besoin d'immuabilité, que les choses ne bougent pas et restent comme elles sont. C'est un surinvestissement des macrorhythmes qui va être présent. Les besoins doivent être satisfaits dans l'immédiateté, ils restent dans un fonctionnement de toute puissance où parfois la différenciation entre soi et non soi n'est pas totalement établie. Le narcissisme secondaire n'est pas encore investi.

L'imitation sera ici un allié dans la prise en charge des enfants autistes. Elle va permettre l'instauration d'un lien : on répète / reproduit ce que fait l'enfant ou il reproduit ce que l'on fait. Les enfants porteurs d'autisme développent tardivement cette compétence de reconnaissance à être imité. Nous allons donc être dans de la répétition car l'enfant va reproduire ce que nous faisons exactement de la même façon. Cependant, nous pourrions caractériser cette répétition du même plutôt que de l'identique car cette répétition va leur permettre par la suite un travail d'élaboration psychique (comme les apprentissages).

Selon F. JOLY, les enfants porteurs d'autisme présentent une « *faillite du « jouer »* » (Joly, 2016, p. 40), qui est un « *défait de faire semblant* » (Joly, 2016, p. 40) et une « *pauvreté considérable des compétences imaginaires* » (Joly, 2016, p. 40). C'est pourquoi, dans le jeu, les enfants ayant un TSA vont mobiliser leur mémoire afin de répéter ce qu'ils perçoivent et non rentrer dans la symbolique du jeu. « *Dans un jeu répétitif, il suffit de faire appel à sa mémoire immédiate et de convoquer ce que l'on vient de voir se répéter plusieurs fois. La répétition de l'enchaînement des séquences supplée les carences de la construction du futur* » (Danon-Boileau, 2017, p. 45).

Vignette clinique : Edgar (7 ans et demi) « **Cache-cache ou refait ce que je fais** »

Edgar est un garçon présentant un TSA. Il est très envahi par le sonore et fonctionne beaucoup en écholalie différée dans son langage. Lors d'une séance, il propose de jouer à cache-cache.

Il est capable de rester caché, mais il lui est encore difficile de chercher les autres personnes. Il répète à l'identique la séquence de recherche que la personne précédente a effectuée, sans s'adapter à chaque situation.

Nous voyons ici l'illustration de la capacité de sa mémoire immédiate à retenir tous les actes et paroles de la personne et de les reproduire, sans pour autant être réellement dans le jeu. « *Il faut que chaque représentation anticipatrice soit construite par la répétition à l'identique de la séquence d'actions que constitue le jeu* » (Danon-Boileau, 2017, p. 45). Il n'y a pas de transformation, pas de modification et d'adaptation, pas de jeu symbolique mais simplement de la répétition à l'état pur, de la répétition de l'identique.

Pour autant, d'autres enfants vont pouvoir amener de la créativité dans leur jeu. Cependant, certains aspects vont être persistants comme la présence d'objets, de consignes, de dispositions qui vont perdurer de jeu en jeu.

Vignette clinique : Eloïse (9 ans) « **Le jeu mystère** »

Eloïse, fait également partie de l'atelier « Être ensemble » où elle est souvent créative dans ses idées de jeu.

Elle a plusieurs fois proposé un jeu intitulé « le jeu mystère » qui consiste en un parcours avec différents obstacles. Ce jeu se modifie à chaque fois, mais des caractéristiques persistent comme la construction en symétrie ou un objet à gagner à la fin.

Ainsi, il peut aussi y avoir des changements et de la créativité dans leurs propositions, même si certaines choses restent immuables. Quelques structures se répètent et de cela découle de nouvelles élaborations. Cette répétition permet la réassurance nécessaire à la création.

TRANSITION

Comme nous l'avons vu au cours du premier chapitre, une grande complexité réside dans l'autisme. De plus, chaque enfant est unique et va agir de manière différente, encore plus au sujet de la répétition. Un comportement peut être répété maintes fois par un enfant et pas une seule fois par un autre. Chacun aura un centre d'intérêt particulier, son attention peut être portée sur un détail qui ne sera pas perçu par d'autres.

Nous avons pu constater la présence de deux types de répétition, de l'identique et du même, qui ont chacune leurs caractéristiques, ainsi que l'existence de cette dernière dans le domaine sensori-moteur, à travers les réactions circulaires de J. PIAGET, et dans le domaine affectif, avec les macrorhythmes et microrhythmes soutenus dans l'interaction du bébé avec son environnement.

Nous pouvons donc nous interroger sur la place des microrhythmes chez les enfants porteurs d'autisme. Est-il possible que les microrhythmes ne soient pas intégrés chez ces enfants, pour diverses raisons, et que cela constitue et implique qu'ils soient intolérants au changement ? Cela augmenterait-il leur besoin d'immuabilité ? Doit-on réintroduire des microrhythmes dans leur vie quotidienne afin de permettre à l'enfant de supporter l'incertitude et le changement ?

En 2017, L. DANON BOILEAU s'était déjà penchée sur cette question de la transformation d'une répétition dite « pathologique » en une répétition dite « constructive » : « *comment passer d'une répétition à l'identique, immuable, stérile, à une répétition du même où la nuance et le mouvement sont tolérés par l'enfant et l'engagement dans un processus de symbolisation ?* » (Danon-Boileau, 2017, p. 57). « *Comment faire la différence alors entre un jeu manipulateur compliqué (une échopraxie différée) et un véritable jeu figuratif ou symbolique ?* » (Danon-Boileau, 2017, p. 54). « *Comment dérouter la stéréotypie solitaire d'un enfant pour l'attirer vers un vrai jeu, un jeu qui produise des effets de symbolisation primaire ?* » (Danon-Boileau, 2017, p. 46).

Ce sont toutes ces questions qu'il faut se poser auprès de cette population. Les stéréotypies et les comportements répétitifs sont une grande part de la clinique autistique. Arriver à les repérer, créer une relation de confiance et y instaurer des modifications viables, seront les enjeux de la prise en charge de cette population. Nous allons donc voir en quoi la psychomotricité peut être une profession ressource dans ces questions et quels vont être les apports de celle-ci auprès de cette population, notamment concernant l'utilisation de la répétition et ses transformations.

3. LA PSYCHOMOTRICITE DANS TOUT CA ?

3.1 Définition de la psychomotricité

La psychomotricité est « *une profession de santé réglementée, parfaitement reconnue, qui tient sa place dans le système de santé français depuis la fin des années 1970* » (Grabot, 2019, p. 26). Elle est « *née au croisement de disciplines multiples : psychiatrie, psychologie, physiologie, neurologie, pédagogie, etc... sciences elles-mêmes en mouvement* » (PERRIN et al., 2019, p. 64). Le psychomotricien intervient sur cinq axes essentiels : la prévention et l'éducation psychomotrice, les rééducations psychomotrices, les thérapies psychomotrices, les médiations thérapeutiques et les psychothérapies psychocorporelles. Ces champs d'intervention peuvent se dérouler en individuel ou en groupe (Potel, 2019c).

Le psychomotricien intervient, sur prescription médicale, auprès de sujets présentant des perturbations dans la sphère psychomotrice. Quelles que soient leurs origines (sensorielle, motrice, somatique ou psychique), ces perturbations sont la manifestation ou l'expression d'une difficulté ou d'une souffrance du sujet dans ses interactions ou son interrelation avec l'environnement. Deux approches sont présentes en psychomotricité : une thérapeutique et l'autre rééducative. « *La première met l'accent sur la rencontre avec le sujet appréhendé dans sa globalité et pour lequel le trouble psychomoteur est avant tout un symptôme corporel, qu'une thérapie (à médiation corporelle) peut amener à résoudre. La seconde met l'accent sur l'objectivation des troubles à l'aide de bilans standardisés et la mise en œuvre d'une rééducation individualisée mais aussi reproductible aux effets évalués* » (PERRIN et al., 2019, p. 65).

Mais être psychomotricien « *c'est avant tout tenir compte en priorité de l'individu sujet, avec ses propres richesses intérieures qui vont lui permettre de créer sa vie. Nos actions thérapeutiques vont s'envisager comme de véritables processus de transformation qui auront pour but de favoriser chez nos patients une plus grande fluidité entre les vécus primitifs inscrits dans le corps et les voies du langage verbal* » (Potel, 2019e, p. 17).

« De ce fait, la particularité de notre profession 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 » (Potel, 2019e, p. 18). Néanmoins, « nous ne pouvons pas ignorer la difficulté réelle d'investir une position « intermédiaire » entre corps et psyché » (Potel, 2019a, p. 106), car considérer le « patient dans ses deux dimensions a toujours constitué l'axe fondateur d'une démarche psychomotrice » (Potel, 2019a, p. 104). « Deux notions pour un seul être, un être unifié » (Potel, 2019a, p. 104).

Avant toute intervention, nous effectuons un bilan psychomoteur pour avoir une vision globale du fonctionnement de la personne. Il va permettre d'observer le sujet dans les dimensions spatio-temporelles, graphiques, toniques, relationnelles, mais également comprendre quel est son vécu corporel et évaluer les fonctions exécutives ainsi que les coordinations et les dissociations. Ce bilan est donc *« un catalyseur de réactions corporelles, comportementales, relationnelles, émotionnelles »*. *Aucune de ces composantes n'est à négliger » (Potel, 2019b, p. 241).*

Notre intervention, en tant que psychomotricien, s'effectue dans un cadre que nous allons définir.

3.2 Le cadre en psychomotricité

Tout d'abord, notre cadre légal est régi par le décret de compétences du 6 mai 1988. A cela s'ajoute la Charte éthique et déontologique écrite par l'Association Française des Psychomotriciens Libéraux le 8 août 2004. Le cadre thérapeutique en psychomotricité va également dépendre du lieu d'exercice, car si nous sommes en institution, nous devons nous même nous plier au cadre régi par l'institution. C. POTEL nous dit que le *« cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, qui s'appuie sur le travail d'une équipe ou chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée » (Potel, 2019, p. 359).*

En dehors de l'institution, de manière plus générale, *« le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps et dans une pensée » (Potel, 2019, p. 357).* Il *« limite, borde et banalise l'espace proposé. C'est en même temps un espace*

matériel et un espace de jeu potentiel à venir » (Potel, 2006b, p. 107). Nous allons donc décrire les différentes composantes du cadre ainsi que ses fonctions.

3.2.1 Le cadre spatio-temporel

➤ L'espace

Les séances se déroulent dans un espace bien défini au préalable (la salle de psychomotricité la plupart du temps). Cet espace doit être « *un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps* » (Potel, 2019, p. 358). Il doit être favorable à la confidentialité et au sentiment de sécurité : une pièce qui peut se fermer et bien insonorisée afin de ne pas entendre les bruits extérieurs et qu'aucun bruit ne puisse s'entendre de l'extérieur également. Ce sentiment de sécurité va être renforcé par la mise en place de règles qui « *vont donner des repères fiables et sécurisants* » (Potel, 2006b, p. 107).

Vignette clinique : Eva (9 ans) « **Chaque chose à sa place** »

A la fin de la partie motrice de la séance, Eva tient à ce que tout ce qui est sorti soit rangé à la même place. Cette notion est importante pour elle. Elle s'occupera de bien ranger tout ce qui ne l'est pas. C'est ce qui marque le fait qu'elle veuille passer à l'activité suivante.

L'aménagement de la salle fait également partie de ce cadre spatial. Il va être identique à chaque début de séance et devra revenir le même à chaque fin de séance.

➤ Le temps

Les séances se déroulent selon un horaire, une durée, une fréquence, un jour précis. « *Une séance où il va s'agir de jouer, d'organiser l'espace, de bouger son corps, demande une durée suffisante [...] et une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères* » (Potel, 2019, p. 358). Cela est déterminé dès le début de la prise en charge et va dépendre des besoins du patient, de ses possibilités et de la disponibilité du psychomotricien. Le rythme au sein de la séance varie en fonction des praticiens et des patients mais il va généralement comprendre un temps d'accueil, un temps de mise en jeu corporel et un temps calme.

➤ Le rituel

« Les repérages temporels sont également très intéressants à observer [...] comme indicateurs de rythmes, de rythmicité, de la perception des durées, qui sont avant tout des intégrations corporelles internes » (Potel, 2019, p. 369). Le rituel va renforcer cette idée et être d'une grande importance pour structurer l'espace et le temps de la séance. Il a également un rôle de réassurance et favorise le travail d'anticipation de la fin de la séance. Il peut s'agir de se déchausser en début de séance puis de se rechausser en fin de séance, comme d'instaurer une comptine avant de se séparer ou de marquer de façon particulière les différents temps d'une séance.

Vignette clinique : Zack (8 ans) « **Enrouler et dérouler le fil...** »

Dans l'atelier « Être ensemble » où Zack participe, une chanson fait office de rituel de fin de séance. Elle donne un repère à Zack : « on fait la chanson puis c'est la fin de l'atelier ». Cette chanson va lui permettre d'anticiper la fin de l'atelier et de pouvoir repartir sereinement vers son groupe.

C'est ainsi par la répétition que l'enfant va se construire des repères. Comme F. DESOBEAU le dit, le « *temps privilégié, la régularité et la répétition des séances définissent une continuité qui permet aux mises en jeu de se déployer* » (Désobeaue et al., 2008, p. 94).

Ainsi, « *le dispositif, en termes d'espace et de temps, doit être suffisamment contenant pour que puissent se vivre de vraies expériences psychocorporelles* » (Potel, 2006b, p. 108). Cependant, contrairement à d'autres composantes plus flexibles, le cadre spatio-temporel est assez rigide afin que le patient y prenne des repères stables et fiables. Le psychomotricien est le garant de ce cadre.

3.2.2 Le cadre matériel

Le cadre matériel du psychomotricien est riche et varié. Il « *implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets – jeux, tissus, coussins, matières, couleur – qui sont autant de supports aux intégrations et à l'imaginaire* » (Potel, 2019, p. 358). Une partie du matériel peut se trouver à disposition du patient mais il faut faire attention de ne pas être dans un excès car il peut être source de débordement. Ce cadre matériel va être adapté à chaque patient et peut varier en fonction de l'évolution des

séances. N'oublions pas que le premier outil du psychomotricien est le corps. Le psychomotricien s'engage corporellement dans l'espace et le temps avec son patient et peut s'appuyer sur des médiations « *qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* » (Potel, 2019d, p. 401). Ici encore, ce cadre va se répéter de séance en séance.

3.2.3 Les limites du cadre

Pour que les cadres spatio-temporel et matériel soient respectés, des règles doivent s'appliquer dès le début de la prise en charge et se tenir tout au long de cette dernière. Elles vont « *border, limiter, contenir, maintenir un climat de sécurité* » (Potel, 2006a, p. 42). « *L'appel aux règles ainsi qu'aux repères de temps et d'espace [...] dessine des conditions qui rendent possible l'expression corporelle, en toute sécurité* » (Potel, 2019, p. 366). Généralement, les règles qui reviennent souvent sont : se respecter, respecter l'autre et respecter le matériel. D'autres règles explicites et implicites peuvent s'ajouter en fonction du psychomotricien et du cadre établi. Ces règles vont être les mêmes, se répéter de séance en séance. Certaines peuvent être souples en fonction des situations mais la plupart sont fixes afin d'offrir un cadre sécurisant au patient. Ces règles permettent de poser des limites qui vont avoir des fonctions contenantes.

Vignette clinique : Bastien (8 ans) « **Ne pas se faire mal** »

Bastien, présentant un TSA de bon niveau, fait partie de l'atelier « Être ensemble » où il aime proposer des jeux sportifs tels que le football ou le foot américain.

Dans ce temps de jeu, il peut parfois se jeter au sol jusqu'à se mettre en danger. Nous lui rappelons alors les règles de l'atelier et notamment le fait que nous n'avons pas le droit de nous faire mal. Il va par la suite faire plus attention afin de ne pas se mettre en danger.

Ici, le rappel des règles, du cadre et des limites permet à cet enfant de se canaliser afin de ne pas se mettre en danger.

3.2.4 Le cadre psychique

Le cadre psychique est « *la capacité du psychomotricien à contenir ce qui déborde, ce qui n'est pas organisé, ce qui est en menace d'inexistence ou de déconstruction, qui est particulièrement convoquée dans nos espaces thérapeutiques* » (Potel, 2019, p. 360).

Vignette clinique : Zack (8 ans) « **Désorganisation et contenant psychique** »

Au cours de l'atelier « Être ensemble », Zack a tendance à se désorganiser : il s'agite et a des stéréotypies (hyper-extensions des jambes, recrudescence tonique dans tout le corps, blocage de la respiration, mimique particulière). Dans ces moments, la psychomotricienne prononce son prénom et verbalise ce qu'elle voit afin qu'il revienne dans l'instant présent.

Cet accompagnement psychique grâce aux verbalisations et à l'attention portée de la psychomotricienne à l'enfant va lui permettre de se calmer et d'être de nouveau en relation avec les autres.

De plus, le psychomotricien se doit d'être dans une disponibilité physique mais également psychique au vu de son patient en faisant appel « *à l'intérieur de lui, à sa propre capacité à être, en même temps, un réceptacle et un séparateur* » (Potel, 2019, p. 367). Ce cadre psychique a pour fonction de permettre au sujet d'advenir, de se construire.

3.2.5 Les fonctions du cadre

Le cadre a plusieurs fonctions, mais deux de ses fonctions nous intéressent plus précisément : la fonction de contenance et la fonction limitante.

Fonction de contenance

Que ce soit le cadre donné par la séance ou par le thérapeute, il va exercer une fonction de contenance des états émotionnels et des débordements qui peuvent se produire. Dans cet espace thérapeutique d'expression du corps, « *la capacité à contenir autant dans les mots que dans le corps est fortement sollicitée chez le thérapeute* » (Potel, 2006a, p. 43). « *Le psychomotricien va devoir, pour assumer ses propositions initiales [...] développer une certaine façon de recevoir et de faire, qui évoque les premières trames d'une enveloppe relationnelle primaire* » (Potel, 2019, p. 365 et 366). Nous pouvons faire un parallèle ici avec la notion de holding (qui « *désigne la façon dont l'enfant est porté sur le plan psychique et corporel* » (Scialom et al., 2011, p. 328)) et de handling (qui est « *la manière dont le bébé est traité, manipulé, soigné* » (Scialom et al., 2011, p. 328)), de D. WINNICOTT, observée dans les premiers mois de vie entre la mère et son enfant. De plus, « *le cadre garantit la « sécurité physique et psychique » des participants. Ce qui fait appel directement aux capacités de pare-excitation du thérapeute* » (Potel, 2006b, p. 108). Selon J. LAPLANCHE et J.-B. PONTALIS

la fonction de pare-excitation « *consiste à protéger l'organisme contre les excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire* » (Veeser, 2015, p. 149).

« *Un cadre contenant, c'est un cadre ajusté, un cadre relationnel qui contient sans étouffer, qui délimite sans enfermer, un espace de partage où la rencontre peut avoir lieu sans risque, un espace où s'éloigner soit possible sans toutefois disparaître* » (Ballouard, 2006). Ainsi la régularité, la permanence et la répétition de ce cadre exercent une fonction contenante. Cela est d'autant plus important avec des enfants présentant un TSA car ils ont besoin de cette contenance pour abaisser leurs angoisses.

Fonction limitante

Le cadre doit comprendre « *des limites à la fois suffisamment étanches mais aussi suffisamment souples* » (Potel, 2019, p. 380). C'est cet équilibre entre les deux qui permettra d'instaurer et de faire durer l'alliance thérapeutique entre le psychomotricien et le patient. De plus, « *la construction d'un dedans et d'un dehors dépend des repères que l'enfant a intégrés, repères qui le structurent dans son corps, dans la relation à ses parents, au thérapeute* » (Potel, 2019, p. 370). Le cadre délimite donc la séparation entre le dedans et le dehors, mais c'est aussi un lieu, un espace qui tient ensemble. Le cadre, avec ses fonctions, constitue de ce fait un tiers qui impose des règles qui sont extérieures et indépendantes du thérapeute ou du patient.

D'autre part, « *la constance des participants et du matériel participe à maintenir un cadre thérapeutique. Toute absence se doit donc d'être prévenue afin de permettre au patient d'anticiper les changements et d'éviter toute émergence d'angoisses (d'abandon par exemple) pouvant créer une rupture du lien thérapeutique préalablement établi* » (Veeser, 2015, p. 143). C'est une notion très importante, notamment au contact d'enfants porteurs de TSA, dont le désir d'immuabilité est très important et où tout changement est angoissant.

Ainsi, « *le cadre que l'adulte construit pour l'enfant ou encore que l'institution établit dans la prise en charge des patients est au fondement d'un processus de répétition. Il offre à chacun des partenaires [...] des places et des fonctions différenciées structurant et sécurisant la relation que le sujet [...] établit avec l'autre* » (Escudié, 2017, p. 86). La répétition dans le cadre en psychomotricité permet une réassurance, des repères ainsi qu'une continuité.

3.3 Les apports spécifiques de la psychomotricité auprès des sujets TSA

Chez les enfants présentant des troubles du spectre autistique, nous pouvons observer certaines particularités psychomotrices concernant les ajustements toniques et posturaux, les comportements moteurs spécifiques, les particularités sensorielles et sensori-motrices (hypersensibilité ou hyposensibilité), un défaut des contenants, les angoisses corporelles, les dysharmonies spécifiques ainsi que la perturbation des communications verbales et non-verbales (Joly, 2016). Ces observations ne se veulent pas exhaustives, chaque enfant ayant une expressivité motrice singulière.

Le psychomotricien peut intervenir très précocement dans le repérage et la prévention de ces troubles. Le suivi en psychomotricité est un travail proposé à l'enfant, par la voie du corps, du mouvement et du jeu, soutenu par l'établissement d'une relation. Dans toute prise en charge en psychomotricité il est important que l'enfant soit acteur et au centre de cette dernière.

De nombreuses compétences peuvent être abordées, mais ce qui va être prioritaire auprès de cette population sera généralement un enrichissement des perceptions corporelles afin d'atténuer les vécus d'angoisse et de favoriser une meilleure représentation de l'unité du corps. « *Le soignant permet que l'espace et ses objets deviennent médiateurs d'une expérience vivante et d'une connaissance portant sur le corps propre* » (Joly, 2016, p. 108). La psychomotricité offre ainsi, à l'enfant porteur d'autisme, une « *élaboration des vécus archaïques et leur symbolisation* » (Joly, 2016, p. 108). Et pour cause, « *l'observation de ces enfants nous montre qu'en réalité, ils n'ont pas, même à un âge avancé, construit leur corps d'une manière fiable, stable et permanente et que des représentations du corps, paisibles et organisées, leur font gravement défaut* » (A.-M. Latour, 2008).

« *Il nous semble bien que c'est de cela que la psychomotricité doit s'occuper : permettre à l'enfant de s'approprier son corps, de le faire sien peu à peu, et aussi complètement qu'il le pourra, de se construire des représentations moins "toxiques" à partir de ses sensations corporelles* » (A.-M. Latour, 2008).

L'enfant porteur d'autisme est en difficulté pour détoxifier les informations qui lui parviennent. En effet, des stimulations externes olfactives, auditives, visuelles ou autres vont l'atteindre de façon massive. Il devra ensuite les traiter puis les assimiler afin de les organiser et les réutiliser. Ces éléments beta (non assimilables) deviendront donc des éléments alpha acceptables. De part sa fonction de pare-excitation, le psychomotricien va ainsi permettre la transformation de ces éléments « toxiques » en éléments tolérables. Il va être un filtre dans la nature et l'intensité des stimulations externes arrivant à l'enfant porteur d'autisme. Cette détoxification, cette transformation s'opérera grâce à un portage psychique et physique : des verbalisations, de la contenance, une adaptation aux particularités de ces enfants...

Une structuration de l'espace (organiser différents lieux dans la salle), du temps (timer, pictogrammes...) favorisera les capacités d'attention de l'enfant porteur d'autisme.

Quelque soit l'approche que nous choisissons, elle devra s'adapter à chaque enfant et à ses particularités. Notre position va « *nécessiter à la fois une soumission à la rigidité* » (Joly, 2016, p. 250) des mécanismes autistiques, et en même temps, une inventivité dans notre apport.

En effet, l'immuabilité fait partie intégrante de la clinique de l'autisme. Cette caractéristique peut pousser l'enfant à être dans une répétition sans changement. « *On connaît le besoin impérieux d'immuabilité de l'enfant autiste : le psychomotricien doit y souscrire s'il veut espérer rencontrer cet enfant* » (A.-M. Latour, 2008). Comme le dit J. CONSTANT dans sa lettre adressée à une jeune psychomotricienne, dans le livre *L'enfant autiste et son corps*, « *avec un enfant autiste en contrôlant autant que possible ta spontanéité, dans une séance ritualisée, tu vas te mettre en position de capter les flux émanant de l'enfant et de recevoir des adresses selon des modalités tonico-émotionnelles, visuelles, gestuelles, tactiles, proprioceptives, sensori ou même sensitivo-motrices* » (Joly, 2016, p. 250). Les rituels et la répétition, vont permettre l'entrée en relation et la mise en confiance entre l'enfant et le psychomotricien. « *Toute la difficulté thérapeutique réside dans le calcul de la bonne variation* » (Danon-Boileau, 2017, p. p44).

Chez ces enfants, modifier cette immuabilité n'est pas évident. « *Toute la question réside dans le calcul de la bonne perturbation* » (Danon-Boileau, 2017, p. 42). « *Trop peu : le sujet ne change rien à sa manière de faire ; trop : il se détourne ou détruit le processus*

d'échange qu'il avait instauré avec le thérapeute et annule ce qu'il fait » (Danon-Boileau, 2017, p. 42). Nous voyons là l'importance d'installer un lien de confiance, une alliance thérapeutique suffisamment solide et fiable avant d'intégrer des modifications, d'autant plus avec cette population. Car si l'enfant ne se sent plus en confiance, des stéréotypes disparues peuvent ressurgir parce qu'elles vont lui permettre de produire des sensations connues et maîtrisables qu'il ne perçoit plus sans elles (A.-M. Latour, 2008).

Certes la répétition est inévitable en séance de psychomotricité avec une population autistique, de part les signes cliniques de l'autisme, mais elle l'est tout autant quelque soit la population.

3.4 La présence de la répétition en séance de psychomotricité

« Y a-t-il une activité humaine qui ne soit pas prise dans la répétition ? Répéter : revenir, redire, recommencer, reprendre. Dire ce que je fais, rapporter, parler, faire ce que je dis » (M.-J. Latour, 2010, p. 21). La psychomotricité est une activité humaine prise dans la répétition.

Si nous revenons sur la notion de cadre, la répétition est présente à l'intérieur. *« Le cadre [...] que l'institution établit dans la prise en charge des patients est au fondement d'un processus de répétition. Il offre à chacun des partenaires constituant le groupe [...], des places et des fonctions différenciées structurant et sécurisant la relation que le sujet, enfant ou adulte, établit avec l'autre » (Escudié, 2017, p. 86). Ce qui s'applique à l'institution s'applique également à la séance de psychomotricité. De part sa fonction de répétition, le cadre permet de poser un socle qui organise et sécurise l'alliance thérapeutique qui se crée : on se retrouve aux mêmes horaires, dans le même lieu, avec le même matériel, les mêmes règles.*

La répétition est donc très importante et présente dès le début de la prise en charge. Elle permet au début l'instauration d'une relation de confiance où, par la suite, une certaine régularité et répétition seront essentielles pour maintenir cette alliance thérapeutique.

En ce qui concerne l'organisation des séances de psychomotricité, c'est en suivant la conception de D. MARCELLI, citée plus haut, qu'elles peuvent être pensées. Il faut accepter la place des répétitions par le maintien d'un cadre de base, tout en y apportant des variations diverses, par nos interventions verbales ou la proposition de nouvelles activités. Il faut un équilibre entre nouveauté et habitude. Trop de nouveautés et de changements peuvent créer un état d'alerte chez l'enfant. A l'inverse, trop d'habitudes, de rituels, rigidifient la pensée, impliquent de l'immobilité, de la fixité, voire de l'obsessionnalité. Il faut donc un juste milieu entre les deux, afin de permettre à l'enfant de grandir en toute sécurité.

Vignette clinique : Eva (9 ans) « ***Doucement mais sûrement*** »

Au début de l'année, les activités d'Eva en séance de psychomotricité sont peu variées : sauter avec le gros ballon dans la salle, passer de la crème sur ses pieds et faire de la pâte à modeler. Elle n'explore pas la salle, ni le matériel présent dans cette dernière.

A la fin de l'année, elle explore beaucoup plus la salle par elle-même : saute sur le trampoline, monte sur le banc puis saute sur le tapis, grimpe le long de l'escalier, s'intéresse au tunnel...

C'est donc par cette répétition d'activités durant de nombreuses séances, et grâce aux propositions faites peu à peu, que l'enfant a pu investir d'autres objets au cours de l'année.

Cette répétition, que les enfants recherchent en début de prise en charge, peut être une manière de garder une certaine maîtrise sur la situation, ce qui les rassure. En effet, répéter les mêmes choses est sécurisant car cela leur permet de garder le contrôle sur ce qui se passe. Il peut donc y avoir des situations où il faut d'abord en passer par un long moment de répétition, permettant l'instauration d'un lien de confiance, une réassurance de l'enfant, avant de pouvoir s'aventurer vers de l'inconnu, de la nouveauté et potentiellement des émotions dangereuses.

De plus, cette modification de la répétition sera soutenue par la fonction de pare-excitation du psychomotricien. Si cette détoxification se passe mal et que l'enfant est « *dans l'impossibilité de trouver un point de butée qui organise la réintrojection de l'élément β détoxifié en élément α , la répétition ne saura plus répéter que de l'identique* » (Laurent, 2017, p. 117). En séance de psychomotricité, nous allons venir détoxifier les éléments bêta en élément alpha afin d'introduire de la répétition du même et non de l'identique.

Le juste milieu entre répétition et variations est d'autant plus recherché dans l'accompagnement d'enfants présentant un TSA : les répétitions peuvent être des autostimulations et les comportements autocentrés. C'est pourquoi il faut respecter leur rythme pour proposer des variations : limiter les moments de répétition à l'identique quand cela est possible, tout en les conservant à d'autres, afin que l'enfant puisse se ressourcer. En séance, et notamment auprès d'enfants porteurs de TSA, nous devons donc sans cesse trouver un équilibre entre répétition et surprise / nouveauté.

Mais il est vrai que, « *le meilleur de la répétition c'est lorsqu'elle est, comme au théâtre, la préparation à quelque chose de nouveau et d'unique et non pas seulement la reduplication du même, quand elle est la mise en forme de son histoire par les voies de la remémoration, et surtout quand elle permet d'en redevenir l'auteur/acteur...* » (Costantino, 2017, p. 21). C'est ce que va apporter la psychomotricité. Certes, la répétition sera présente, mais l'enfant restera acteur actif de cette répétition. « *Il faut bien pour changer d'état que l'on change de répétition, qu'il y ait donc rupture dans le continuum, rupture dans l'habitude [...], interruption dans le geste répétitif. Or, ce n'est peut-être bien que cela, un acte thérapeutique : l'événement qui vient interrompre la répétition* » (Saint-Jacob, 2017, p. 13). Le psychomotricien va ainsi interrompre la répétition, ou du moins s'immiscer dedans, dans l'intention d'être en relation avec l'enfant pour ensuite lui proposer d'amener des variations dans cette répétition, afin qu'elle permette une élaboration. « *On sait qu'on a gagné la partie quand le jeu cesse d'être totalement répétitif et qu'il devient compatible avec une certaine variation* » (Danon-Boileau, 2017, p. 46).

Mais le psychomotricien devra être vigilant à cette répétition. Car, cette dernière peut enfermer l'enfant mais également le thérapeute et l'enfant. Et pour cause, le psychomotricien peut être un médium malléable, au sens où nous acceptons de nous laisser déformer, dans une certaine mesure, d'être sculpter par notre patient sans pour autant disparaître. « *La vertu essentielle de ce médium est de se laisser déformer par la pensée de l'autre et de le lui montrer* » (Danon-Boileau, 2017, p. 46). Lorsqu'un patient est pris dans la répétition, que nous souhaitons être en relation avec lui, ou qu'il nous implique dans sa répétition, tout l'enjeu va être d'en sortir à un moment donné et de ne pas se laisser moduler à l'infini. Certes, nous devons nous adapter à nos patients mais il faut également pouvoir prendre du recul dans chaque situation.

« Ainsi, si la répétition est assez souvent notre adversaire la plus redoutable dans les soins, elle est avant tout notre meilleure alliée » (Costantino, 2017, p. 22). Les rituels en psychomotricité ont une place essentielle qui, souvent, permettent un compromis entre le soignant et le patient. Le rituel pourrait être utilisé comme moteur, comme une évolution positive de la répétition, là où la stéréotypie resterait un enfermement.

Dans ce qui suit, sur la base d'une étude de cas, nous essayerons de comprendre la place de la répétition et son apport en séance de psychomotricité avec un enfant porteur d'autisme.

3.4.1 Ma pratique au sein de l'hôpital de jour

L'hôpital de jour dans lequel j'effectue mon stage de troisième année de psychomotricité remplit une mission publique en prenant en charge 33 enfants de trois à onze ans présentant un Trouble Envahissant du Développement (TED). Il est géré depuis 1985 par une association.

Les enfants sont accueillis à temps plein ou à temps partiel du lundi au vendredi de 9 heures à 16 heures et le mercredi de 9 heures à 13 heures. La moyenne d'âge d'admission est de quatre ans et onze mois. L'hôpital de jour vise à rajeunir cette moyenne afin de pouvoir suivre les enfants le plus tôt possible. La plupart des enfants viennent et repartent de l'institution en taxis.

L'équipe pluridisciplinaire est sous la direction d'un directeur général et d'une directrice médicale et se compose d'une médecin pédopsychiatre, de quatre psychologues, d'une orthophoniste, de deux infirmiers, de deux psychomotriciennes, de neuf éducateurs spécialisés, d'une monitrice éducatrice, de deux enseignants spécialisés et d'une assistante de service social. Un pôle technique est également présent avec une cuisinière, une cheffe cuisinière, un agent d'entretien et un agent de service d'intérieur. Une secrétaire-comptable s'occupe de l'administratif.

L'hôpital de jour tend vers un courant psychanalytique tout en se formant au fur et à mesure des années à quelques pratiques plus cognitivo-comportementales. L'organisation s'appuie aussi sur une interdisciplinarité garantissant une prise en compte globale de

l'enfant dans son projet de soin. Des évaluations psychologiques sont réalisées tous les deux ans pour objectiver l'évolution de l'enfant.

L'établissement cherche à aider l'enfant à acquérir une autonomie personnelle et à récupérer un sentiment de sécurité interne. L'ensemble des professionnels offre un cadre stable et contenant permettant l'apaisement et l'épanouissement nécessaires à la construction de l'enfant. Ils souhaitent donner une appétence à des apprentissages d'ordre scolaire et préparer l'enfant à affronter plus facilement et sereinement les situations de la vie réelle.

Il existe quatre groupes où chaque enfant a un éducateur référent. Les enfants ne sont pas répartis en fonction de la sévérité et de l'intensité de leur trouble, ni de leur âge, au contraire une mixité est prônée. Pour les professionnels, cette structuration permet de maintenir, par des allers-retours entre les enfants d'âge et de pathologies différents, une pensée vivante, active et créatrice.

De nombreux ateliers à médiation sont réalisés au sein de l'hôpital de jour (atelier peinture, argile, conte, jeux et galipettes, cuisine, piscine, pataugeoire, canine...) ou en extérieur (à la bibliothèque ou au poney). Des séjours thérapeutiques peuvent également être organisés en fonction du projet individuel de chaque enfant.

Notons, que bien souvent, les prises en charge dans l'hôpital de jour sont rythmées par l'année scolaire, et que les enfants restent souvent plusieurs années. « *Cette périodicité favorise l'observation des répétitions, d'une année sur l'autre, mais aussi des variations* » (Hagmann et al., 2017, p. 75). Ainsi, dans le cadre même de l'institution, la répétition est présente.

3.4.2 Illustration clinique du suivi en psychomotricité d'Adam

J'ai rencontré Adam dans le cadre de ce stage alors qu'il était âgé de six ans et un mois (né le 29/08/2014). C'est un garçon tonique et agité qui est tout le temps dans le mouvement. Il aborde constamment un sourire figé comme expression faciale. Etant d'origine Ivoirienne, la couleur de peau d'Adam est marron. Son développement staturo-pondéral est correct pour son âge (IMC de 14,25).

Pour la deuxième année consécutive, il est scolarisé en classe de grande section de maternelle (GSM), deux demi-journées par semaine avec la présence d'une AESH (Accompagnante d'Elèves en Situation d'Handicap). Il est admis en hôpital de jour deux matinées et trois après-midi par semaine.

3.4.2.1 Présentation et anamnèse

Fils unique, Adam porte le nom de son grand-père paternel. Il est né en France mais sa mère est d'origine Ivoirienne. Elle est arrivée en France quand elle avait 13 ans avec son père et ses frères et sœurs. La grand-mère maternelle habite toujours là bas. La mère d'Adam aimerait retourner habiter en Cote d'Ivoire. Quand elle est là-bas, Adam fait ce qu'il veut et ce sont d'autres personnes qui s'occupent de lui, d'après les dires de la mère.

Au niveau de la grossesse, Adam a présenté un retard de croissance intra-utérin mais est né à terme avec l'aide des ventouses. Sa mère l'a allaité jusqu'à ses six mois. Le co-sleeping a été pratiqué jusqu'à ses deux ans, puis vers deux ans et demi Adam a commencé à avoir un objet transitionnel : un oreiller qu'il appelle « doudou ». Aucun trouble du sommeil ni de difficulté alimentaire n'est à noter chez cet enfant.

Au niveau de son développement psychomoteur, l'acquisition de la station assise s'est faite à six mois et celle de la marche à un an. Les premiers mots sont apparus à l'âge de deux ans. Il a acquis la propreté le jour à trois ans et actuellement la propreté de nuit n'est pas encore acquise (la mère le réveille toutes les nuits pour qu'il aille aux toilettes). Adam n'a aucun traitement médicamenteux et peut signifier lorsqu'il a mal quelque part (« bobo », « regarde maman »).

Au niveau des événements de vie marquants, nous pouvons noter la séparation des parents quand Adam était âgé de 18 mois ainsi qu'un changement de crèche à l'âge de deux ans pour cause de déménagement. Relevons également que, depuis cette séparation, Adam ne voit son père qu'une semaine pendant les vacances, de manière très irrégulière et discontinue. Son père vit à Orléans maintenant. Le grand père paternel et les deux tantes maternelles d'Adam vivent en Gironde.

Si nous explorons les antécédents médicaux familiaux, nous pouvons souligner un retard de langage chez un oncle maternel, sans conséquence par la suite, et un retard dans les acquisitions chez une demi-sœur du père dans un contexte de prématurité.

Adam est gardé par sa mère jusqu'à ses dix mois puis il est allé à la crèche. Il a marqué la séparation avec des pleurs vers dix, douze mois. Ainsi, dès douze mois la crèche a alerté pour un retard de développement, une agressivité et une intolérance à la frustration. A son entrée en petite section de maternelle, l'école a également alerté pour cause de retard global de développement (surtout de langage) et des troubles du comportement (hétéro-agressivité : il tapait et mordait ses camarades). Il est actuellement gardé par une nounou tous les soirs après l'hôpital de jour.

De ces alertes a découlé une consultation en Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents (CMPEA) en avril 2018 (âgé de trois ans et demi) pour retard du développement, retard des acquisitions, retard de langage et trouble du comportement. Il a ainsi participé à un petit groupe thérapeutique de septembre à décembre 2018 et a été suivi en orthophonie individuel. En mars 2019, il a été admis dans un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) et en octobre 2019, il est arrivé à l'hôpital de jour.

Si nous revenons sur les éléments de vie concernant l'enfance d'Adam, nous pouvons constater que la mise en place de macrorhythmes a pu être délicate. En effet, la séparation de ses parents, suivie des changements de crèche et de structure, ainsi qu'un père irrégulier dans sa présence, n'ont probablement pas pu rendre possible la mise en place de macrorhythmes, et de toutes les fonctions qui en découlent.

Adam a réalisé de nombreux examens médicaux : ophtalmologique, otorhinolaryngologique, dentaire, IMR (Imagerie par Résonance Magnétique) cérébral, électrocardiogramme, bilan biologique. Des consultations en neuropédiatrie ont également été faites mais n'ont rien donné. Adam a été opéré des végétations à l'âge de deux ans.

Un diagnostic de Trouble Envahissant du Développement (Code CIM 10 : F84.8) ou Trouble du Spectre de l'Autisme (classification DSM-5) a été posé.

➤ Scolarité

En grande section de maternelle, Adam ne rentre pas dans les apprentissages, il se joint peu au groupe. Il va décider des activités qu'il veut effectuer (livre pompier, puzzle, dessin, pâte à modeler) mais après Noël, son comportement va évoluer et il va mieux suivre le rythme des activités de la journée et accepter les changements de lieu sans crier. Ses comportements agressifs vont également s'atténuer. Dans la cour, il joue avec les autres sans leur parler. Une évolution a été notée en deuxième année de GSM : il n'y a plus d'agressivité et il ne rejette plus ses pairs.

En parallèle de l'école, il a une séance individuelle de 30 minutes avec la maîtresse de l'hôpital de jour. Il tient assis à sa place toute la séance, mais les activités ne doivent pas durer trop longtemps. Il sait montrer son envie d'arrêter en fermant les yeux, détournant la tête ou en déscrachant toutes les étiquettes. Il s'exprime avec des mots phrases, reconnaît son prénom écrit. Cependant, il est difficile de savoir s'il comprend les consignes orales ou s'il utilise seulement l'imitation et la reproduction. Il ne fait pas de lien narratif entre les actions des personnages et il est très rigide dans son raisonnement.

3.4.2.2 Bilans et prises en charges

➤ Bilans

Bilan du groupe éducatif (13 février 2020)

La première présence d'Adam dans le groupe a été marquante : sans raison apparente, il a donné un coup de pied à un autre enfant qui jouait (c'était un enfant qu'il avait côtoyé à l'ITEP). Quand les éducateurs ont repris ce geste avec lui, il s'est mis à répéter « taper, taper » en pointant l'enfant en question.

Adam a des centres d'intérêts restreints : Tchoupi et les pompiers. Il aime dessiner, regarder des livres, chanter et écouter les comptines. Il est capable de reproduire un rythme par imitation en tapotant sur la table. Tapoter la table ou son menton est une action qu'il fait très souvent.

Quand il est assis, il est toujours en léger mouvement avec une attention soutenue difficile. Avec du soutien, il peut montrer qu'il a des capacités (s'organiser dans le jeu de dinette, reconnaître des images semblables). Il observe énormément ce qui se passe autour

de lui. Le Timer et la soutenance verbale lui permettent de maintenir un lien stable et calme avec l'entourage.

Adam ne communique pas avec l'adulte durant les temps d'échange ou seulement par des écholalies. En revanche, il va communiquer pour faire des demandes.

Dans les repas, il mange avec la fourchette ou la petite cuillère et positionne sa langue comme pour recevoir un biberon (immaturité de la bouche). Il est très ritualisé mais peu sélectif.

Dans la cour il joue avec d'autres enfants.

Au moment du départ il se prépare seul, mais dès qu'il sort du groupe il demande à donner la main. Un travail de ritualisation est en cours pour anticiper la séparation / transition d'espace.

Bilan orthophonique (13 février 2020)

Il est noté qu'Adam est un enfant coopérant et participant qui a des capacités d'attention très faibles avec une instabilité motrice importante. Il a besoin de l'étagage important d'un adulte et de contrat visuel pour la réussite de la passation du bilan. Il présente un intérêt important pour l'univers des pompiers qui peut être envahissant.

Adam présente un trouble du langage oral avec une atteinte importante au niveau de la pragmatique du langage. Il est relevé une absence d'initiation de la conversation avec des réponses parfois atypiques, des difficultés de compréhension (âge développemental de deux ans et cinq mois), un stock lexical pauvre ainsi qu'une élaboration syntaxique insuffisante. Les capacités phonologiques et articulatoires sont préservées avec une bonne intelligibilité de la parole. La comptine numérique est acquise jusqu'à dix mais le principe de cardinalité ne l'est pas.

Bilan psychologique (13 février 2020)

« Adam est un petit garçon en difficulté sur le plan de son développement global, et notamment dans le domaine langagier. Il ne cherche pas à communiquer avec autrui et sa compréhension est limitée. Néanmoins, il montre de petites capacités de représentation et de catégorisation.

Il est également sensible à l'étayage relationnel et corporel. En effet, sur le plan de la construction de son corps, il semble en difficulté (clivage vertical et horizontal) avec un bas du corps peu investi et présente des angoisses de lâchage importantes. »

Les âges de développement d'Adam vont de deux ans à trois ans neuf mois (imitation : trois ans six mois, motricité globale : deux ans sept mois, préverbal et verbal : deux ans, capacité cognitive : trois ans neuf mois).

Bilan psychomoteur (13 février 2020)

La séparation n'est pas marquée ni à l'arrivée ni au départ. Adam est volontaire et coopérant. Il garde le sourire et s'agrippe au regard tout au long de la séance. Il est sensible aux encouragements mais a des difficultés pour soutenir son attention. Le test MABC2 révèle une difficulté motrice significative, notamment dès les épreuves de « dextérité manuelle », mais une bonne performance dans les items « viser et attraper ». Arrivé dans la salle, il investit l'espace sensori-moteur (trampoline) et répète des jeux de sauts, chutes, bercements. Il est noté une hypertonie importante qui peut s'ajuster grâce à un accompagnement physique (ajustement tonique / dialogue tonico-émotionnel). Il manifeste beaucoup de plaisir à construire/détruire dans cet espace de liberté, de mouvement et d'expressivité motrice. Adam est latéralisé à droite pour la main et le pied. Il est à l'aise dans ses déplacements, fait de nombreux allers-retours et répète plusieurs fois les séquences qui lui procurent du plaisir. Ses capacités graphiques sont correctes pour son âge malgré une hypertonie dans la tenue du crayon. Il réalise un dessin figuratif dont il ne dit rien spontanément. Durant le bilan, Adam présente une absence de langage spontané mais il répond par un mot phrase aux questions simples.

➤ Autres prises en charges antécédentes ou actuelles

Adam a effectué des séances d'orthophonies sur une très courte durée (trois mois en 2019 au sein du CMPEA). Une progression au niveau de la mise en place de la relation a été relevée mais l'entrée dans la communication verbale reste difficile.

Une prise en charge en psychomotricité s'est effectuée durant deux mois (mai et juin 2019) dans l'ITEP. Il ne semble pas avoir conscience du danger, son axe du corps est peu unifié (utilisation des deux côtés de manière dissocié), les limites corporelles sont peu

définies et intégrées, mais il présente de bonnes coordinations entre les membres supérieurs et inférieurs.

L'hôpital de jour a émis plusieurs indications et objectifs. L'accès à un processus d'individuation, soutenir les émergences relationnelles, étayer l'accès aux jeux d'imitation / de faire semblant et travailler les capacités de socialisation sont les objectifs du travail éducatif sur le groupe. Une prise en charge en orthophonie est indiquée pour travailler la pragmatique du langage ainsi que la compréhension très entravée. Concernant la psychomotricité, une indication de prise en charge a été faite pour travailler l'intégration du schéma corporel et le défaut de rassemblement et de coordination droite / gauche et haut / bas du corps.

Adam a participé à un atelier thérapeutique d'octobre à décembre 2019 (groupe d'observation avec trois enfants et animé par deux psychologues) qui révèle une angoisse de perte et un fonctionnement relationnel symbiotique.

Adam prend part à l'atelier histoires et comptines, depuis septembre 2020, où sont mises au travail ses angoisses de séparation, les interactions avec les autres enfants, son langage, la contenance sans support extérieur et la diversification des histoires et comptines. Il a également participé à l'atelier piscine avec un autre enfant de l'hôpital de jour. Il est décrit en hypertonie permanente dans cet atelier, mais fait preuve d'une impulsivité moins importante. Cet atelier piscine s'est arrêté en mars 2021 car un des encadrants a quitté l'hôpital de jour.

3.4.2.3 Analyse de la répétition en séance de psychomotricité avec Adam

La prise en charge en psychomotricité a débuté en septembre 2020, à raison d'une séance par semaine de 45 minutes. La psychomotricienne et moi-même co-animons la séance. L'objectif est dans un premier temps de faire vivre à Adam un rassemblement corporel et psychique pour l'aider à calmer et apaiser ses angoisses de chutes et de lâchages. Cela passera par le sensoriel et la motricité mais également par le graphisme.

➤ La répétition comme vecteur de sentiment continue d'existence

Au début de chaque séance Adam est agité, désorganisé. Le regard ne peut être soutenu, il est fuyant et peut être source d'agitation s'il est trop insistant. Cette agitation permanente me donne l'impression qu'il vit à travers le mouvement et seulement par le mouvement. Le mouvement est pour lui une forme d'enveloppe, quelque chose qui lui permet de sentir son corps. Cette agitation incessante, continue, me donne la sensation d'une unité corporelle non intégrée, d'un corps qui ne tient pas, qui est très insécure.

F. JOLY nous dit dans son livre *L'enfant autiste et son corps*, que « *« l'image du corps est maintenue présente par les sensations elles-mêmes ; mais dès que les sensations cessent l'image du corps s'estompe »*. Toutes ces conduites ont, au final, un rôle de rassemblement ; et répétées de manière atypique elles deviennent de véritables (nécessaires mais envahissantes) prothèses de rassemblement » (Joly, 2016, p. 51). C'est peut être ce qu'il se passe pour Adam. Cette agitation est le seul moyen qu'il ait pu trouver pour ressentir une unification corporelle. Il va donc répéter cette agitation afin de reconquérir cette sensation. La répétition lui servira de récupération de lui-même afin de retrouver un sentiment connu qui renforcera son sentiment d'existence.

Au fur et à mesure que la séance se déroule, Adam s'apaise : il est moins agité, il peut être dans l'interaction et l'échange. Ainsi, ses déplacements peuvent passer de la course, à la marche ou au quatre pattes, une nouvelle temporalité s'installe. Son agitation diminue progressivement et Adam peut avoir de grands moments de calme qui arrivent souvent de façon inattendue. Le passage d'un état à l'autre peut se faire en une fraction de seconde.

C'est ce que décrit F. JOLY en énonçant que « *les troubles de la régulation de la motricité sont constants : les enfants présentent soit une agitation extrême soit au contraire un ralentissement général de leur activité, et le plus souvent un passage assez perpétuel et sans logique apparente du premier état au second sans niveau intermédiaire* » (Joly, 2016, p. 48). L'ajustement, le passage progressif d'un état à l'autre n'est pas possible pour Adam. La répétition de séance en séance, de l'accompagnement à la transition d'un état à l'autre, lui permettront de rester dans une temporalité soutenable au cours de la séance.

Les séances passent, nous continuons les expériences de réassurance et de contenance (qui sont détaillées par la suite). De plus, le passage d'une activité à l'autre se fera dans une temporalité beaucoup plus lente. La répétition d'expérience, favorisant la sensation de continuité, va ainsi permettre à Adam de pouvoir retrouver très rapidement cet état au cours de la séance et de diminuer son agitation dès le début de séance.

➤ La place de la répétition dans l'instauration de la relation et l'ajustement tonique

Le temps d'établissement de la relation entre Adam et moi a été long. Il a longtemps été dans l'évitement à mon égard (durant les deux tiers des séances). Il avait créé une relation duelle avec la psychomotricienne depuis déjà un mois.

Trouver la bonne distance avec cet enfant a été très difficile : ni trop près, ni trop loin, participer, mais pas trop... Au début des séances, une distance devait être présente entre lui et moi. Cette distance entre nous diminue au fur et à mesure que les séances passent.

Nous retrouvons ici la notion de proxémie de E. T. HALL, qui est la distance relationnelle entre deux individus. Avec Adam, la distance personnelle en situation éloignée (entre 75 et 125 cm) était à maintenir au début des séances. Actuellement, une distance personnelle en situation proche (45 à 75 cm) est dominante avec parfois l'établissement d'une distance intime en situation éloignée (15 à 45 cm) (Scialom et al., 2011). Cette évolution montre que peu à peu la distance se modifie en parallèle de la relation.

De plus, le contact physique a mis du temps à s'établir. Il est actuellement possible avec la psychomotricienne mais pas avec moi. Une relation fusionnelle s'est installée entre eux. A partir de la moitié de l'année, Adam a manifesté la volonté d'être porté ou du moins d'avoir un contact physique avec la psychomotricienne. Ce contact physique ne se fait pas de manière adapté : il va s'agripper sur le dos de la psychomotricienne de manière soudaine et forte. Des propositions de portage sur l'avant ont été faites à Adam qui s'est mis à chaque fois en hyper-extension jusqu'à être parfois dans un déséquilibre.

Nous pouvons faire un parallèle ici avec la notion de holding énoncée par D. WINNICOTT, car cette difficulté de portage qu'exprime Adam peut renvoyer à un défaut de portage durant la prime enfance. En effet, le holding « *désigne la façon dont l'enfant est porté sur le plan psychique et corporel* » (Scialom et al., 2011, p. 328). La qualité de ce portage, sa régularité et sa dimension contenante apporte à l'enfant un sentiment de sécurité et de fiabilité qui a peut-être été défaillant dans les premiers mois de vie d'Adam.

Au cours des dernières séances, Adam a pu accepter ce portage. Il était allongé, dans les bras de la psychomotricienne, en schème d'enroulement, entouré par une couverture. Une expérience de portage contenante et rassemblante a pu se faire.

« *Quand les sollicitations tactiles ont lieu à un moment inadéquat et peu approprié à l'état psychique du bébé, elles sont alors rapidement vécues comme menaçantes ; le bébé se raidit, ses bras et jambes se placent en hyper extension, son corps s'arc-boute dans un mouvement d'hypertonie montrant ainsi son mal être. Cette réponse hypertonique permet une fuite de cette relation pénible, mais, parallèlement, elle engendrera un carcan tonique, ne favorisant pas une bonne intégration de l'existence de son propre corps, unifié et contenant* » (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 23). C'est ce que nous retrouvons au départ chez Adam. Mais, de part la répétition de séance en séance d'expérience de portage, il a pu retrouver un schème d'enroulement, afin de se rassembler, mais également être dans un ajustement tonique. Grâce à la répétition de cette expérience et à la relation qui s'est créée, Adam a ainsi pu adapter son tonus à ce portage afin d'être dans un relâchement durant ces moments.

➤ De la répétition de l'identique à la répétition du même

Très vite, et afin d'aider Adam à s'apaiser, nous lui avons proposé un temps de bercement dans une couverture. Adam met un peu de temps à s'ajuster, à trouver la bonne position mais rapidement il apprécie beaucoup cette expérience et la redemande à chaque séance. Nous accompagnons ce moment d'apaisement de la comptine « bateau sur l'eau ».

A chaque séance, Adam demande de construire une cabane. Il la détruit de façon très compulsive par l'intérieur en repoussant les mousses avec ses pieds (comme un tout-petit)

ou par l'extérieur en se jetant dessus. Aucune transformation n'est possible dans cette activité qu'il répète sans fin. Notons que cette destruction par le bas du corps renvoie à l'expression motrice des tout-petits qui agitent ou poussent souvent avec leurs membres inférieurs.

Ce comportement peut avoir pour but de le « *défendre de ce qu'il éprouve, et de tenir à distance la terreur que l'autre lui inspire tout en expulsant par le mouvement répété l'extrême excitation que cet autre lui fait vivre* » (Danon-Boileau, 2017, p. 42). La répétition peut donc permettre de se défendre de quelque chose que l'on considère comme agressif. Cela permet de mettre à distance cet « agresseur ». Il va tenir à distance la relation en ne l'investissant pas affectivement.

Nous voyons ici deux expériences de rassemblement que nous lui proposons et qu'il va ensuite répéter plusieurs fois de lui-même de séance en séance. L'enfant va redemander ces expériences car il en ressent le besoin. Il va donc répéter encore et encore ces expériences jusqu'à ce qu'une intégration se fasse. Cette intégration peut aussi être déclenchée par une modification de la répétition par le thérapeute qui permettra ensuite l'élaboration.

« *Toute la difficulté thérapeutique réside dans le calcul de la bonne variation, celle qui n'est pas trop loin de la séquence attendue pour pouvoir réactiver la représentation du scénario mémorisé, mais qui en est en même temps suffisamment différente pour ne pas pouvoir lui être en tout identifiée* » (Danon-Boileau, 2017, p. p44).

Nous décidons donc d'amener des variations afin de soutenir Adam dans la transformation de ce jeu. Nous lui avons proposé de ne pas détruire cette cabane pour en sortir mais d'en sortir par « une porte », une ouverture qui permettait tout de même à la cabane de rester solide. Voyant que cela ne modifiait rien, nous avons alors décidé de tenir les murs de cette cabane, de la rendre solide et « indestructible ». Adam a néanmoins essayé de la détruire, mais n'y arrivant pas, il s'y est installé paisiblement. Il a ainsi senti la solidité de ce contenant et a pu s'y installer en toute sécurité.

Nous pouvons imaginer que cette cabane, avec ses murs et son toit, peut faire office d'enveloppe corporelle qui remplacerait temporairement celle d'Adam qui est défaillante. Cela pourrait être une explication au fait qu'il ait eu ce besoin d'en sortir et de la détruire lors des premières séances car sa propre enveloppe corporelle n'est pas fiable et solide. Mais au cours des séances, cette enveloppe toujours présente lui renvoie quelque chose qui ne disparaît pas, qui est toujours en place et indestructible (comme un objet malléable). Cet exemple illustre les fonctions de la répétition citées précédemment : la continuité et l'anticipation car la cabane perdure de séance en séance, l'apaisement et la réassurance de sentir cette enveloppe toujours aussi solide et fiable, ainsi que la symbolisation car sa propre enveloppe corporelle peut se renforcer en parallèle.

De ce fait, il arrivera à intégrer que cette cabane est solide et enveloppante. Une unité corporelle est en train de se construire. Nous pouvons faire un parallèle entre cette enveloppe corporelle et la notion d'enveloppe psychique décrite par D. ANZIEU ou E. BICK.

De plus, il y a un déplacement de la fonction que nous occupons, la psychomotricienne et moi-même. Nous ne sommes plus des « objets » pris dans cette répétition (on reconstruit la cabane tant qu'il le demande), mais nous faisons partie de cette fonction contenante et enveloppante. Nous ne sommes plus là pour reconstruire cette cabane mais bien pour ne pas qu'elle se détruise. Cette répétition permet donc l'intégration d'un début d'unité corporelle.

La répétition de la construction / destruction peut être mise en parallèle avec la notion de répétition de l'identique de M. De M'Uzan. A partir du moment où il y a eu une transformation, cette répétition de l'identique est devenue une répétition du même ou l'élaboration est possible, ou la répétition prend une signification.

➤ Fonction de continuité et d'immutabilité des expériences de chute

Adam expérimente beaucoup la chute à travers des sauts sur le trampoline ou depuis un banc incliné. Au départ, ses chutes se répétaient à l'identique et sans fin. A nouveau, nous intervenons pour amener des variations. Nous proposons à Adam de l'accompagner en le

portant, en le tenant par la main ou en le réceptionnant dans nos bras. Adam accepte et peut faire des demandes depuis peu.

Nous voyons bien ici que ce garçon est dans des expériences répétitives indéfinies. Il va répéter encore et encore la même activité. Cette activité est liée à un retour sensoriel très archaïque qui le pousse à répéter l'expérience encore et encore.

Au départ, nous n'étions pas intégrées dans cette activité contrairement aux précédentes décrites. Il a fallu que nous acceptions de répéter la même activité avec lui en lui proposant seulement de petits ajustements, de petites modifications. Cette répétition, en relation et en parallèle des autres activités, a permis la mise en place de l'alliance thérapeutique.

➤ Du stade des réactions circulaires secondaires à la coordination de ces schèmes

Dans la moitié des séances Adam prend le ballon et dribble avec. Il semble apprécier cette activité mais peut s'y enfermer dedans et ainsi se couper de la relation. Nous pouvons penser que les rebonds du ballon font écho à l'agitation d'Adam. Il y a une adhésivité à l'objet : il rebondit en même temps que le ballon.

En effet, « pour F. TUSTIN l'objet autistique n'a de réalité objectale que pour le tiers observateur. Pour l'enfant lui-même l'objet autistique se confond totalement avec lui-même, il n'a aucune réalité propre ; l'enfant l'inclut dans son moi » (Marcelli, 1986, p. 37). Ainsi, Adam peut s'enfermer dans cette répétition de rebonds avec le ballon.

Mais ce dernier peut également avoir une fonction protectrice et de récupération de lui-même au cours de la séance. Ce temps de dribble avec le ballon paraît être un temps nécessaire pour lui, lorsqu'il a besoin de se couper de la relation pour y retourner sereinement après.

Après l'avoir laissé un petit moment dribbler seul, nous intervenons dans ce jeu en lui envoyant le ballon à travers le tunnel. La première fois que nous testons il ne s'en saisit pas, mais au cours des séances suivantes, Adam peut regarder où il envoie la balle et également quel trajet elle emprunte (il regarde dans le tunnel). Des échanges peuvent ainsi se créer.

Ici, la répétition de l'activité lui a permis de se « familiariser » avec cette activité. La première fois, il ne s'en intéresse pas, peut être parce que c'était une expérience nouvelle avec un objet qu'il utilisait pour une autre fonction. Mais en répétant cette action, elle est devenue connue. Cet exemple illustre la fonction d'apprentissage et d'intégration de la répétition.

Nous pouvons mettre cette expérience en lien avec la notion de permanence de l'objet. Et pour cause, Adam nous montre à travers ses expériences que cette notion est en cours d'acquisition : l'objet ne disparaît pas, il part puis il revient. Par la suite, il va avoir besoin de reproduire lui-même cette expérience en ayant un comportement de vérification (en réitérant cette activité spontanément).

Nous pouvons évoquer ici J. PIAGET car le début d'acquisition de la permanence de l'objet est un marqueur de changement, d'évolution de stade : nous pouvons supposer qu'Adam est rentré dans le stade de coordination de schème moteurs. « *L'action s'oriente vers les combinaisons nouvelles et l'invention proprement dite* » (Piaget, 1994, p. 138).

Cette acquisition partielle de la permanence de l'objet peut également jouer un rôle dans ses angoisses. En effet, si une fois que l'objet n'est plus dans notre champ de vision, notre perception, nous pensons qu'il n'existe plus, cela peut créer et accentuer des angoisses de perte et de morcellement comme dans le cas d'Adam.

Ainsi la répétition de ces différentes expériences de rassemblement et de disparition / réapparition du ballon dans le tunnel permettent à Adam de construire une unité corporelle fiable et solide.

➤ La symbolisation de la répétition à travers le dessin

La répétition est également présente dans les rituels de fin de séance. Adam a le choix entre diverses activités mais il choisira systématiquement le dessin. Jusqu'à fin décembre les dessins qu'Adam seront très stéréotypés (Annexe 2A) : un camion de pompier dans une caserne avec des pompiers, une échelle et un tuyau avec de l'eau qui asperge une maison à côté avec des flammes. Les couleurs, les formes et l'organisation seront identiques sur chaque dessin. Il commence toujours son tracé par un grand rectangle rouge qui désigne la

caserne de pompier, puis un autre à l'intérieur pour symboliser le camion de pompier. D'autres éléments vont apparaître ensuite comme l'échelle sur le camion de pompier, les pompiers, la maison, les flammes, les tuyaux...

Les couleurs utilisées sont plutôt vives et chaudes comme le rouge, l'orange, le jaune, le marron et d'autres plus froides tels que le bleu et le violet. Les mêmes couleurs reviendront systématiquement.

Nous pouvons nous demander ce qu'apporte la répétition de cette activité à Adam. Pourquoi exécute-t-il toujours le même dessin ?

Au cours des séances, des expériences qu'il vit, les dessins d'Adam vont commencer à se modifier. L'aspect stéréotypé sera mis de côté au profit d'un dessin moins organisé avec beaucoup plus de « gribouillages » (Annexe 2B). Il va de plus en plus devenir le reflet de l'état émotionnel de l'instant plutôt que quelque chose de « plaqué ». Ses représentations graphiques deviennent plus en lien avec son vécu personnel durant la séance ou ses pensées (Annexe 2C). Nous pouvons aussi remarquer que l'intérieur du dessin (les rectangles rouges) semble plus apaisé également. De plus, les flammes commencent à se faire rares sur ses dessins, ce qui prouve que quelque chose se modifie.

Lors du dernier dessin, en Annexe 2C, nous observons que cette enveloppe, qui semble être en construction chez Adam, est présente sur son dessin (le rectangle marron qui englobe tout le reste). Ainsi, c'est à travers ses dessins que nous voyons qu'Adam évolue grâce à cette répétition d'activité, de jeu en séance de psychomotricité.

➤ Lecture d'une période de régression à travers les macrorhythmes et les microrhythmes

Adam a présenté une période de régression vers fin décembre jusqu'à fin janvier. Au cours de cette période, l'AESH était absente et son éducateur référent était sur le départ (pour cause de départ en retraite). C'était donc un moment où les personnes ressources et repères ne l'étaient plus et où le cadre n'était plus stable. Nous voyons ainsi l'importance pour cet enfant d'avoir un cadre stable, régulier et bien défini pour se construire.

Des variations étaient intégrées, les structures ne se répétaient plus, il n'avait plus les mêmes repères. La répétition de retrouver la même personne n'était plus présente et sa fonction de continuité ne pouvait plus se faire. Nous voyons là l'importance d'un environnement stable, solide et répétitif. Les macrorhythmes intégrés sont devenus des microrhythmes.

En séance de psychomotricité, cette régression s'est manifestée par un plus grand évitement relationnel ainsi qu'une agitation corporelle (difficulté à se poser physiquement) et psychique (dit beaucoup de mots sans lien avec la situation).

3.4.2.4 Conclusion

Pour conclure, nous pouvons dire que les diverses expériences répétitives présentes dans les séances d'Adam ont permis une évolution au niveau de la création du sentiment de sécurité ainsi que de l'unité corporelle.

La plupart du temps, c'est Adam qui provoque cette répétition de jeu de séance en séance. Cependant, il arrive quelques fois, que nous prenions l'initiative de propositions de répétition de jeu afin qu'il retrouve une sensation agréable expérimentée au cours des séances précédentes.

Ici, les objectifs recherchés derrière cette répétition, sont de donner la possibilité à l'enfant de retrouver des expériences déjà vécues, qui vont lui permettre de développer de nouvelles compétences et d'avoir de nouveaux acquis. Elle va également renforcer les acquis déjà présents afin de les solidifier.

Cette répétition aura laissé le temps à l'enfant d'appréhender l'autre pour ensuite faire ensemble et ne plus être tout seul. *« C'est parce qu'il y aura suffisamment de même qu'il pourra y avoir de l'autre, cela permettant au sujet de découvrir le même dans l'autre, et plus précisément l'autre comme « autre semblable », lui en rendant ainsi possible l'investissement »* (Hagmann et al., 2017, p. 76).

Et pour cause, si nous situons Adam dans les trois types de constructions sensorimotrices répétitives selon le mode de traitement de l'objet de C. LIOZON et A. BRUN, dans Constructions répétitives et figures de l'effacement dans la thérapie d'enfants autistes,

nous pouvons dire, que début septembre Adam était dans les constructions sensorimotrices autarciques, alors qu'actuellement il commence à se situer dans les constructions sensorimotrices partagées.

Les constructions sensorimotrices autarciques sont « *un déploiement de formes ou objets autistiques au service d'agrippements autosensoriels, constructions répétitives « autarciques » qui mettent en scène un « soi à soi » et excluent la présence de l'objet autre sujet »* (Liozon & Brun, 2018, p. 251). Alors que les constructions sensorimotrices partagées sont en lien avec une rythmicité partageable, « *ouvrant à un soi et à l'autre une amorce de scansion et de spatialisation du lien signant un mouvement de reconnaissance de l'objet comme séparé »* (Liozon & Brun, 2018, p. 251).

Adam continuera les séances de psychomotricité au sein de l'hôpital de jour pendant deux ans, avec les objectifs suivant : la poursuite des expériences de détente et rassemblement du corps, la multiplication des expériences de jeu partagé ainsi que soutenir Adam dans une utilisation plus adaptée des objets dans la transformation de ses activités encore très répétitives.

De ce fait, la répétition, présente actuellement, devrait tendre à se réduire au profit d'une diversification plus importante des activités. Mais cette ouverture sur d'autres activités n'est-elle pas simplement une modification, une variation de la répétition qui sera toujours présente mais plus exactement à l'identique ?

CONCLUSION

Dans le **premier chapitre** nous avons pu constater que le trouble autistique, considéré aujourd'hui comme une perturbation neuro-développementale, a suscité un grand intérêt depuis sa dénomination au XX^{ème} siècle. L'évolution des recherches, au carrefour de nombreuses disciplines, a permis une véritable reconnaissance des différentes caractéristiques de ce trouble si particulier. Des classifications se sont succédées pour essayer de trouver une description se rapprochant le plus possible de la complexité de ce trouble car il y a un autisme par personne. C'est pour cela que dans le DSM-5, le terme de Troubles du Spectre Autistique a été utilisé pour refléter la diversité de cette pathologie. L'avancée dans le domaine de la recherche a conduit à la mise en place de quatre plans autismes en France. De plus, de nombreuses méthodes se sont développées dans l'accompagnement de ces personnes au cours des dernières années.

A la suite de cela, nous nous sommes penchés sur la répétition : en quoi consiste-t-elle ? Quelle est son implication dans le développement de l'enfant ? Quel est le lien entre la répétition et l'autisme ?

A travers le **second chapitre** nous avons pu avoir une vision plus précise de la répétition et de sa similitude avec d'autres termes. Nous avons pu mettre en évidence que la répétition intervient très tôt dans le développement de l'enfant que ce soit dans la régulation des réactions circulaires, décrites par J. PIAGET, ou dans l'installation des microrhythmes et macrorhythmes, abordés par D. MARCELLI. Deux types de répétition ont été décrits grâce aux apports de M. De M'UZAN : une répétition se répétant à l'identique et l'autre variant d'une fois sur l'autre. Suite à cela, nous avons pu évoquer différentes fonctions de la répétition constructive telles que les fonctions d'intégration, d'anticipation, de continuité, d'apaisement, de symbolisation et de relation. Nous nous sommes également rendu compte que la répétition peut aussi être pathologique ou le devenir si aucun sens n'était mis derrière. Enfin, nous l'avons reliée à la pathologie autistique dans laquelle la répétition est présente puisqu'elle fait partie des critères diagnostics de l'autisme.

Mais à ce moment là nous ne savions pas encore ce qu'il en était en séance de psychomotricité. Est-elle présente ? Comment accompagner cette répétition ? Que faire de cette dernière en tant que psychomotricien ?

Pour finir, dans le **dernier chapitre**, nous avons défini la psychomotricité et ses caractéristiques. Puis, nous avons abordé la notion de cadre dans sa dimension spatio-temporelle, matérielle ou psychique, ainsi que ses limites et ses fonctions, contenant et sécurisante, en lien avec la répétition présente dans celui-ci. Nous nous sommes penchés sur les outils utiles à la prise en charge psychomotrice de sujets présentant un TSA, à travers la fonction de pare-excitation du psychomotricien, la présence de macrorhythmes et microrhythmes en séances grâce aux rituels et à la spontanéité, ainsi que l'engagement corporel du psychomotricien. Enfin, par le biais d'une illustration clinique de la prise en charge d'Adam, nous avons pu aborder la répétition en séance de psychomotricité auprès d'un enfant porteur de TSA.

Ainsi, comme le dit L. DANON-BOILEAU, « *convertir un mouvement de pure décharge en un processus élaboré et signifiant n'a rien d'évident* » (Danon-Boileau, 2017, p. 42). Il va falloir transformer cette caractéristique pathologique, ou du moins délétère, en un outil pour soutenir le développement psychomoteur global de l'enfant. La répétition, auprès d'enfants présentant un TSA, peut être l'élément déclencheur de l'entrée en relation entre le psychomotricien et son patient.

Par la suite, une fois la relation établie, elle servira de continuité, de lien et de réassurance lorsqu'un trop grand changement sera présent et non supportable par l'enfant. De plus, elle va permettre l'élaboration de nouvelles compétences tout en renforçant le sentiment de sécurité de l'enfant. « *Avec un enfant autiste, la plupart du temps, le passage d'une répétition à l'identique à une répétition du même dépend de la réponse de l'objet externe, du thérapeute, à une manifestation répétitive spontanée du sujet* » (Danon-Boileau, 2017, p. 42).

Je clôturerais ce mémoire en stipulant que les connaissances évolutives sur le TSA et la singularité des patients rencontrés nous obligent constamment à nous remettre en question. Une grande créativité ainsi qu'une formation continue sont demandées au psychomotricien car rien n'est acquis et immuable, tout varie en fonction de la personne que nous rencontrons, malgré des structures qui se répètent.

BIBLIOGRAPHIE

Adler, K. (2017). La répétition chez Freud. *Psychanalyse*, n° 38(1), p. 61 à 72.

ALBARET, J.-M., SCIALOM, P., & GIROMINI, F. (2018). Chapitre 9. Sémiologie psychomotrice du Trouble du spectre de l'autisme (TSA). In *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 4. Sémiologie et nosographies psychomotrice* (p. 515 à 545). De Boeck Supérieur.

Aucouturier, B. (2005). *La méthode Aucouturier : Fantômes d'action et pratique psychomotrice* (1ère édition). De Boeck, p.1 à 56.

Autisme France. (s. d.). *Stratégie Autisme et TND - Autisme France*. http://www.autisme-france.fr/577_p_49229/strategie-autisme-et-tnd.html

Autisme France. (2021a). *Premier Plan Autisme—Autisme France*. http://www.autisme-france.fr/577_p_25395/1er-plan-autisme-2005-2006.html

Autisme France. (2021b). *Second Plan Autisme—Autisme France*. http://www.autisme-france.fr/577_p_25390/2e-plan-autisme-2008-2010.html

Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2ème édition). Dunod, p.184 à 185.

Bemben, L. (2021). *L'autisme | Psymas.fr*. Psymas. <http://psymas.fr/?q=node/52>

Bonnot Briey, S., & Constant, J. (2009). On ne peut pas parler de nous sans nous... *L'information psychiatrique, Volume 85(9)*, p. 813 à 820.

CIM-10 Version:2008. (2008). <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F80-F89>

CNRTL. (2021a). *CNRTL : Définition de RÉPÉTITION*. <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/r%C3%A9p%C3%A9tition>

CNRTL. (2021b). *CNRTL : Etymologie de RÉPÉTITION*. <https://www.cnrtl.fr/etymologie/r%C3%A9p%C3%A9tition>

Costantino, C. (2017). Pour introduire la réflexion. *Cliniques*, N° 13(1), p. 16 à 22.

CRA Alsace. (2013). *Synthèse 3ème plan autisme*. <http://cra-alsace.fr/wp-content/uploads/textes/synthese-3planAutisme.pdf>

Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 ® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson SAS, p.55 à 59.

Danon-Boileau, L. (2017). Répétition et liaison de l'excitation : De la répétition de l'identique à la répétition du même. *Cliniques*, N° 13(1), p. 40 à 58.

De M'Uzan, M. (1970). *Le même et l'identique*. 34(3), p. 441 à 451.

Désobeau, F., Ody, M., & Denis, P. (2008). *Thérapie psychomotrice avec l'enfant : La rencontre en son labyrinthe*. Érès, p.93 à 100.

Escudié, M. (2017). L'au-delà du principe de plaisir dans la répétition transgénérationnelle. *Cliniques*, N° 13(1), p. 84 à 96.

Fédération française de psychiatrie (FFP), & Misès, R. (2012). *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA)* (5ème édition). Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Fino, J. (2017). Particularités sensorielles et perceptives chez la personne présentant un trouble du spectre autistique : Réflexion sur la place de la psychomotricité dans la prise en soin. *Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux*.

Fondation Jean Piaget—Réaction circulaire. (2021).

http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/presentation/index_notion.php?PRESMODE=1&NOTIONID=216

Gernet, I. (2017). Travail et répétition : De la souffrance à la créativité. *Cliniques*, N° 13(1), p. 72 à 83.

Google. (2021a). *Définition même—Recherche Google*. Google.

https://www.google.com/search?q=d%C3%A9finition+m%C3%Aame&sxsrf=ALeKk01oUu7ZZAKRcn_jlIQ0gjoxj-Cin_g%3A1618510143560&ei=P4F4YPzbIc-KlwTY-5joDw&oq=d%C3%A9finition+m%C3%Aame&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMyCQgjECcQRhD5ATI CCAyAggAMgYIABAWEB4yBggAEBYQHjIGCAAQFhAeMgYIABAWEB4yBggAEBYQHjIGCAAQFhAeMgYIABAWEB46BAgjECc6CAgAELEDEIMBOggILhCxAXCDAToLCAAQsQMqxwEQowI6BAguEEM6BAgAEEM6BQgAELEDOgcIABCxAXBDUNXsC1jogQxgz4MMaABwAngAgAH5AYgB3gySAQYxMS40LjGYAQcGAAQgAQdnd3Mtd2l6wAEB&sclient=gws-wiz&ved=0ahUKEwi896-R7IDwAhVPxYUKHdg9Bv0Q4dUDCA4&uact=5

Google. (2021b). *Définition répétition—Recherche Google*. Google.

<https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk005dJ42Xf8WZfvl9seR4->

SDrcykYg%3A1612807303082&ei=h3whYPrIBO-GjLsP7_-

nwAc&q=d%C3%A9finition+r%C3%A9p%C3%A9tition&oq=d%C3%A9finition+r%C3%A9p%C3%A9tition&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAziJCCMQJxBGEPkBMgQIlxAnMgIADICCAyAggAMgYIABAWEB4yBggAEBYQHjIGCAAQFhAeMgYIABAWEB4yBggAEBYQHjoHCCMQ6glQJzoECAAQZzoFCAAQsQM6CwgAELEDEMcbEKMCOgQILhBDOggIABDHARCvAToHCAAQsQM6QzoHCAAQFBCHAjoJCAAQDRBGEPkBOggIABAWEAoQHjoICAAQCBANE5QsyxY3VNgyVVoAnACeAGAAZ0CiAHJGJIBBjcuMTluNjgBAKABAaoBB2d3cy13aXqwAQrAAQE&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwi6qJCz79ruAhVvA2MBHe__CXgQ4dUDCA0&uact=5

Google. (2021c). *Définition rituel—Recherche Google*. Google.

[https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk01f8794D1uvMhN7kl9E4ikjgw94bw%3A1612807597470&ei=rX0hYN-](https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk01f8794D1uvMhN7kl9E4ikjgw94bw%3A1612807597470&ei=rX0hYN-dHMnKgweEk5_ABw&q=rituel+d%C3%A9finition&oq=rituel+d%C3%A9finition&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAziHCAAQRhD5ATICCAyBggAEAcQHjICCAyBggAEAcQHjIGCAAQBxAeMgIADIGCAAQBxAeMgIADIGCAAQBxAeOgclABBHELADogQIlxAnOgYIABAWEB46BwgjELACECc6BAgAEAO6BggAEAOQHjoICAAQCBANE46CQgAEEMQRhD5AToGCAAQCBAeOgkIlxAnEEYQ-QE6BAgAEEM6BwgAELEDEENQILwDWK_bA2D43wNoAXACeACAAe0BiAG3EJIBBjExLjguMZgBAKABAaoBB2d3cy13aXrIAQjAAQE&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwifqMC_8NruAhVJ5eAKHYTJB3gQ4dUDCA0&uact=5)

dHMnKgweEk5_ABw&q=rituel+d%C3%A9finition&oq=rituel+d%C3%A9finition&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAziHCAAQRhD5ATICCAyBggAEAcQHjICCAyBggAEAcQHjIGCAAQBxAeMgIADIGCAAQBxAeMgIADIGCAAQBxAeOgclABBHELADogQIlxAnOgYIABAWEB46BwgjELACECc6BAgAEAO6BggAEAOQHjoICAAQCBANE46CQgAEEMQRhD5AToGCAAQCBAeOgkIlxAnEEYQ-QE6BAgAEEM6BwgAELEDEENQILwDWK_bA2D43wNoAXACeACAAe0BiAG3EJIBBjExLjguMZgBAKABAaoBB2d3cy13aXrIAQjAAQE&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwifqMC_8NruAhVJ5eAKHYTJB3gQ4dUDCA0&uact=5

Grobot, D. (2019). 1. Deux cents ans d’histoire. In *Être psychomotricien* (p. 25 à 48). Érès.

Hagmann, V., Monville, A.-M., & Servant, B. (2017). « Répète un peu pour voir ! » À l’écoute des variations en institution. *Cliniques*, 14(2), p. 74 à 90.

Joly, F. (2016). *L’enfant autiste et son corps : Une approche psychomotrice de l’autisme infantile*. In Press, p.25 à 66 ; p. 108 ; p. 249 à 250.

Larousse. (2021a). *Définitions : Identique—Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identique/41416>

Larousse. (2021b). *Définitions : Rituel—Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rituel/69585>

Larousse, É. (2021c). *Définitions : Autisme - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autisme/6565>

- Larousse, É.** (2021d). *Définitions : Imitation - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/imitation/41662>
- Larousse, É.** (2021e). *Définitions : Stéréotypie - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/st%C3%A9r%C3%A9otypie/74657>
- Latour, A.-M.** (2008). Le travail en psychomotricité avec l'enfant autiste. *//www.em-premium.com/data/revues/02416972/00270246/41/, 27(246)*, p. 41 à 45.
- Latour, M.-J.** (2010). 1, 2, 3 : La répétition. *L'en-je lacanien*, 15(2), p. 21 à 40.
- Laurent, V.** (2017). La répétition agitée, une aire pré-transitionnelle ? *Cliniques*, 14(2), p. 108 à 120.
- L'internaute.** (2021). *Autisme : Définition simple et facile du dictionnaire*. <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/autisme/>
- Liozon, C., & Brun, A.** (2018). Constructions répétitives et figures de l'effacement dans la thérapie d'enfants autistes. *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 61(2), p. 247 à 268.
- Lussier, F., Chevrier, E., & Gascon, L.** (2018). Chapitre 5. Troubles neurodéveloppementaux. In *Neuropsychologie de l'enfant et de l'adolescent : Troubles développementaux et de l'apprentissage: Vol. 3e éd.* (p. 247 à 511). Dunod.
- Marcelli, D.** (1986). *Position autistique et naissance de la psyché*. Presses Universitaires de France.
- Marcelli, D.** (1992). *Le rôle des microrythmes et des macrorythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson*. 35(1), p. 57 à 82.
- Marcelli, D.** (2007). Entre les microrythmes et les macrorythmes : La surprise dans l'interaction mère-bébé. *Spirale*, n° 44(4), p. 123 à 129.
- Marcelli, D., & Raffeneau, F.** (2012). Le bébé et le jeu. *Le Journal des psychologues*, n° 299(6), p. 18 à 23.
- OMS.** (2021). *Principaux repères sur l'autisme-OMS*. Organisation mondiale de la santé (OMS). <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- PERRIN, J., MAFFRE, T., & LE MENN-TRIPI, C.** (2019). *Autisme et psychomotricité* (2ème édition). De Boeck Supérieur, p.1 à 31 ; p. 39 à 53 ; p. 63 à 77 ; p. 257 à 288.

Piaget, J. (1994). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (Neuvième édition). Delachaux et Niestlé, p. 1 à 39 ; p. 48 à 49 ; p. 60 à 61 ; p. 83 à 84 ; p. 111 à 112 ; p. 126 à 211.

Potel, C. (2006a). 3. Thérapie à médiation corporelle : Un abord thérapeutique qui permet que les mots prennent corps. *L'Ailleurs du corps*, p. 39 à 49.

Potel, C. (2006b). 8. Des médiations corporelles : Lesquelles ? In *Corps brûlant, corps adolescent* (p. 101 à 116). Érès.

Potel, C. (2019a). 6. Une articulation fondatrice : Corps et psyché. In *Être psychomotricien* (p. 103 à 108). Érès.

Potel, C. (2019b). 12. Introduction au bilan psychomoteur et aux évaluations. In *Être psychomotricien* (p. 233 à 242). Érès.

Potel, C. (2019c). 18. Cinq axes essentiels d'intervention en psychomotricité. In *Être psychomotricien* (p. 345 à 356). Érès.

Potel, C. (2019d). 19. La question du cadre thérapeutique. La contenance, les limites, le corps. In *Être psychomotricien* (p. 357 à 381). Érès.

Potel, C. (2019e). 21. Médiations thérapeutiques et symbolisations en psychomotricité. In *Être psychomotricien* (p. 400 à 405). Érès.

Potel, C. (2019f). Introduction. Psychomotricité, un métier du présent, un métier d'avenir. In *Être psychomotricien* (p. 15 à 21). Érès.

Reed, G., Daumerie, N., Marsili, M., Desmons, P., Lovell, A., Garcin, V., & Roelandt, J.-L. (2013). Développement de la CIM-11 de l'OMS dans les pays francophones. *L'information psychiatrique, Volume 89*(4), p. 303-309.

Reynaud, E. (2019). Regard psychomoteur sur les particularités visuelles dans les troubles du spectre de l'autisme. *Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux*.

Saint-Jacob, P. de. (2017). La répétition en éternel retour. *Cliniques, N° 13*(1), p. 10-14.

Sarris, D. (2015). Genèse de l'intelligence et de la pensée symbolique chez l'enfant selon la psychologie génétique et la psychanalyse : Une approche basée sur la psychopathologie cognitive de l'enfant. *Επιστημονική Επετηρίδα Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*, 3, p. 164-168.

Scialom, P., Canchy-Giromini, F., & Albaret, J.-M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité : 1. Concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur, p.247 à 285 ; p. 327 à 531.

Tardif, C., Gepner, B., & Pédinielli, J.-L. (2014). *L'autisme* (3ème édition). Armand Colin, p. 1 à 72.

Veeser, A. (2015). Chapitre 8. Contenance en psychomotricité. Accueillir l'autre pour l'aider à se révéler.... In *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136 à 153). Dunod.

Wikipédia. (2018a). Wikipédia : Réaction circulaire. In *Wikipédia*.

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9action_circulaire&oldid=155165703

Wikipédia. (2018b). Wikipédia : Stéréotypie (autisme). In *Wikipédia*.

[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=St%C3%A9r%C3%A9otypie_\(autisme\)&oldid=148445524](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=St%C3%A9r%C3%A9otypie_(autisme)&oldid=148445524)

Wikipédia. (2020). Wikipédia : Répétition. In *Wikipédia*.

<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=R%C3%A9p%C3%A9tition&oldid=174753423>

Wikipédia. (2021). Histoire de l'autisme—Wikipédia. In *Wikipédia*.

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Histoire_de_l'autisme&oldid=178471014

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
AVANT PROPOS.....	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION	6
1. TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE	8
1.1 Définitions	8
1.2 Epidémiologie descriptive et analytique	10
1.2.1 Epidémiologie descriptive	10
1.2.2 Etiologie	11
1.3 Histoire : de l'apparition de la notion d'autisme à aujourd'hui	13
1.3.1 Eugène BLEULER (1857 – 1939)	14
1.3.2 Léo KANNER (1894 – 1981)	14
1.3.3 Hans ASPERGER (1909 – 1980)	15
1.3.4 Du postulat de la mère « froide » à une origine cérébrale	15
1.3.5 Où en est-on aujourd'hui ?.....	16
1.4 Classifications et plans autismes.....	16
1.4.1 Les classifications actuelles.....	16
1.4.2 Les plans autisme	19
1.5 Sémiologie et apports de la psychologie cognitive et développementale	21
1.6 Les différents types d'accompagnement et méthodes	23
TRANSITION	26
2. LA REPETITION ET SES CARACTERISTIQUES	27
2.1 Définitions	27
2.1.1 La répétition	27
2.1.2 La stéréotypie.....	28
2.1.3 Le rituel.....	29
2.1.4 Autres termes.....	29
2.2 La répétition au service de la cognition	30
2.2.1 L'exercice des réflexes (0 à 1 mois)	31
2.2.2 La réaction circulaire primaire (1 à 4 mois)	31
2.2.3 La réaction circulaire secondaire (4 à 8 mois).....	32
2.2.4 La coordination des schèmes secondaires (8 à 12 mois)	33
2.2.5 La réaction circulaire tertiaire (12 à 18 mois)	33
2.2.6 L'invention des moyens nouveaux par combinaison mentale (18 à 24 mois)	
34	
2.3 Deux styles de répétition.....	35
2.3.1 La répétition de l'identique	36

2.3.2	<i>La répétition du même</i>	37
2.4	<i>Les macrorhythmes et les microrhythmes</i>	38
2.5	<i>Les fonctions de la répétition</i>	40
2.5.1	<i>La répétition constructive</i>	41
2.5.1.1	Fonction d'apprentissage et d'intégration	41
2.5.1.2	Fonction d'anticipation	41
2.5.1.3	Fonction de continuité et d'immuabilité.....	42
2.5.1.4	Fonction d'apaisement et de réassurance	43
2.5.1.5	Fonction de symbolisation.....	44
2.5.1.6	Fonction de relation.....	45
2.5.2	<i>Les risques de la répétition</i>	45
2.6	<i>L'autisme et la répétition</i>	46
TRANSITION		49
3.	LA PSYCHOMOTRICITE DANS TOUT CA ?	51
3.1	<i>Définition de la psychomotricité</i>	51
3.2	<i>Le cadre en psychomotricité</i>	52
3.2.1	<i>Le cadre spatio-temporel</i>	53
3.2.2	<i>Le cadre matériel</i>	54
3.2.3	<i>Les limites du cadre</i>	55
3.2.4	<i>Le cadre psychique</i>	55
3.2.5	<i>Les fonctions du cadre</i>	56
3.3	<i>Les apports spécifiques de la psychomotricité auprès des sujets TSA</i>	58
3.4	<i>La présence de la répétition en séance de psychomotricité</i>	60
3.4.1	<i>Ma pratique au sein de l'hôpital de jour</i>	63
3.4.2	<i>Illustration clinique du suivi en psychomotricité d'Adam</i>	64
3.4.2.1	Présentation et anamnèse.....	65
3.4.2.2	Bilans et prises en charges	67
3.4.2.3	Analyse de la répétition en séance de psychomotricité avec Adam	70
3.4.2.4	Conclusion	79
CONCLUSION		81
BIBLIOGRAPHIE		83
TABLE DES MATIERES		89
ANNEXES		91
ANNEXE 1 – CRITERES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME SELON LE DSM-5 ..		91
ANNEXE 2 – DESSINS D'ADAM		94
<i>Annexe 2A – 9 octobre 2020</i>		94
<i>Annexe 2B – 5 février 2021</i>		94
<i>Annexe 2C – 5 mars 2021</i>		95

ANNEXES

Annexe 1 – Critères diagnostiques des Troubles du Spectre de l'Autisme selon le DSM-5

Trouble du spectre de l'autisme _ Critères diagnostiques 299.00 (F84.0) (Crocq et al., 2015, p. 55 à 57)

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs ; se référer au texte) :

1. Déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle allant, par exemple, d'anomalies l'approche sociale et d'une incapacité à la conversation bidirectionnelle normale, à des difficultés à partager les intérêts, les émotions et les affects, jusqu'à une incapacité d'initier des interactions sociales ou d'y répondre.
2. Déficits des comportements de communication non verbaux utilisés au cours des interactions sociales, allant, par exemple, d'une intégration défectueuse entre la communication verbale et non verbale, à des anomalies du contact visuel et du langage du corps, à des déficits dans la compréhension et l'utilisation des gestes, jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de communication non verbale.
3. Déficits du développement, du maintien et de la compréhension des relations, allant, par exemple, de difficultés à ajuster le comportement à des contextes sociaux variés, à des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis, jusqu'à l'absence d'intérêt pour les pairs.

Spécifier la sévérité actuelle : La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs (cf. tableau 2).

B. Caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants soit au cours de la période actuelle soit dans les antécédents (les exemples sont illustratifs et non exhaustifs ; se référer au texte) :

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements, de l'utilisation des objets ou du langage (p. ex. stéréotypies motrices simples, activités d'alignement des jouets ou de rotation des objets, écholalie, phrases idiosyncrasiques).
2. Intolérance au changement, adhésion inflexible à des routines ou à des modes comportementaux verbaux ou non verbaux ritualisés (p. ex. détresse extrême provoquée par des changements mineurs, difficulté à gérer les transitions, modes de pensée rigides, ritualisation des formules de salutation, nécessité de prendre le même chemin ou de manger les mêmes aliments tous les jours).
3. Intérêts extrêmement restreints et ixes, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but (p. ex. attachement à des objets insolites ou préoccupations à propos de ce type d'objets, intérêts excessivement circonscrits ou persévérants).
4. Hyper ou hyporéactivité aux stimulations sensorielles ou intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement (p. ex. indifférence apparente à la douleur ou à la température, réactions négatives à des sons ou à des textures spécifiques, actions de flairer ou de toucher excessivement les objets, fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements).

Spécifier la sévérité actuelle : La sévérité repose sur l'importance des déficits de la communication sociale et des modes comportementaux restreints et répétitifs (cf. tableau 2).

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

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

E. Ces troubles ne sont pas mieux expliqués par un handicap intellectuel (trouble du développement intellectuel) ou un retard global du développement. La déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme sont fréquemment associés. Pour permettre un diagnostic de comorbidité entre un trouble du spectre de l'autisme et un

handicap intellectuel, l'altération de la communication sociale doit être supérieure à ce qui serait attendu pour le niveau de développement général.

N.B. : Les sujets ayant, selon le DSM-IV, un diagnostic bien établi de trouble autistique, de syndrome d'Asperger ou de trouble envahissant du développement non spécifié doivent recevoir un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme. Chez les sujets ayant des déficits marqués de la communication sociale mais qui ne répondent pas aux autres critères du trouble autistique, l'existence d'un trouble de la communication sociale (pragmatique) doit être considérée.

Spécifier si :

Avec ou sans déficit intellectuel associé

Avec ou sans altération du langage associée

Associé à une pathologie médicale ou génétique connue ou à un facteur environnemental (Note de codage : Utiliser un code additionnel pour identifier la pathologie associée.)

Associé à un autre trouble développemental, mental ou comportemental (Note de codage : Utiliser un ou des codes additionnels pour identifier les troubles développementaux, mentaux et comportementaux associés.)

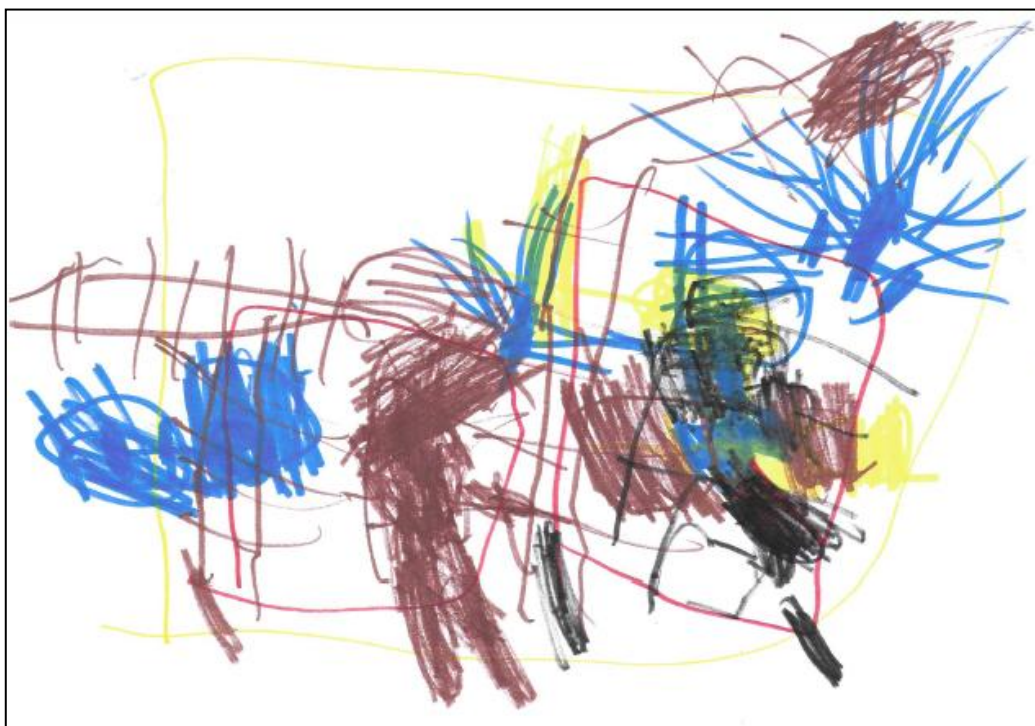
Avec catatonie (se référer aux critères de la catatonie associée à un autre trouble mental, cf. p. 146 pour la définition) (Note de codage : Utiliser le code additionnel 293.89 [F06.1] pour la catatonie associée au trouble du spectre de l'autisme pour indiquer la présence d'une catatonie comorbide).

Annexe 2 – Dessins d'Adam

Annexe 2A – 9 octobre 2020



Annexe 2B – 5 février 2021



Annexe 2C – 5 mars 2021

