



HAL
open science

**Découvrir ton monde, apprendre ton langage,
comprendre ton silence... entrons en relation : réflexion
sur la construction de la relation thérapeutique avec des
enfants présentant un Trouble du Spectre Autistique et
n'ayant pas accès au langage verbal**

Ilona Collet

► **To cite this version:**

Ilona Collet. Découvrir ton monde, apprendre ton langage, comprendre ton silence... entrons en relation : réflexion sur la construction de la relation thérapeutique avec des enfants présentant un Trouble du Spectre Autistique et n'ayant pas accès au langage verbal. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03293773

HAL Id: dumas-03293773

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03293773>

Submitted on 21 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.

Institut de Formation en Psychomotricité
de la Pitié Salpêtrière
Faculté de Médecine Sorbonne Université
91, Bd de l'Hôpital
75013 Paris



Découvrir ton monde, apprendre ton langage, comprendre ton silence... entrons en relation

Réflexion sur la construction de la relation thérapeutique avec des enfants présentant un Trouble du Spectre Autistique et n'ayant pas accès au langage verbal

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Par

Ilona COLLET

Référente de mémoire :
Peggy BOURDELET

Session Juin 2021

Remerciements

Je remercie Peggy Bourdelet, ma maîtresse de mémoire qui m'a accompagnée tout au long de cette troisième année et particulièrement sur les derniers mois très intenses. Merci pour ta grande disponibilité, tes réflexions précieuses et ton investissement.

Je remercie également ma maîtresse de stage qui fut un véritable guide dans le développement de ma pratique, qui a pris le temps d'échanger avec moi, de me soutenir dans mes propositions, qui a éclairé bien des aspects dans l'accompagnement en psychomotricité et pour le temps passé à relire ce mémoire.

Un grand merci à mes amies pour le soutien sans faille dont elles ont fait preuve, le partage de motivation et d'encouragements qui m'ont aidée à persévérer dans la rédaction de cet écrit.

Merci à mon compagnon, Hugo Quévy, qui m'a également soutenue dans les moments plus difficiles où je pouvais perdre confiance en moi et en ma capacité à achever ce projet.

Je remercie également mes parents, qui ont toujours cru en moi et sans qui je n'aurais pu effectuer ces merveilleuses études de psychomotricité qui m'ont permis de m'épanouir.

Merci à tous mes professeurs depuis le début de la première année. Ils m'ont donné le goût de l'étude, de la recherche, d'apprendre encore et toujours et dont les cours et les idées ont teinté ce travail.

Enfin, merci aux enfants de l'hôpital de jour, à l'origine du questionnement de ce mémoire. Vous m'avez beaucoup appris.

Sommaire

Introduction.....	6
Partie I : Clinique.....	8
Introduction : présentation du terrain clinique.....	8
1. Rencontre avec Hélios ou comment prendre le temps de s'approprier.....	9
1.1. Premières rencontres.....	9
1.1.1. Le groupe éducatif.....	9
1.1.2. Le repas	10
1.1.3. La salle Snoezelen.....	10
1.1.4. Le multisports.....	10
1.1.5. Conclusion de ces premières rencontres.....	11
1.2. Retour sur la question du bilan psychomoteur et des premières observations psychomotrices.....	11
1.3. Evolution de la relation.....	12
1.4. Adaptation et évolution de ma posture.....	17
2. Rencontre avec Aubin ou comment danser sur un fil.....	18
2.1. Première rencontre.....	18
2.2. Conclusion de cette première rencontre.....	19
2.3. Evolution de la relation.....	19
2.4. Adaptation et évolution de ma posture.....	25
3. Conclusion clinique.....	28
Partie II : Théorico-clinique.....	29
1. L'organisation psychomotrice des enfants autistes.....	29
1.1. Généralités sur l'autisme.....	29
1.1.1. Anomalies de la communication et des interactions sociales.....	29
1.1.2. Caractère restreint et répétitif des comportements et des activités.....	30
1.2. Le tonus et les habiletés motrices.....	31
1.3. L'exploration de l'espace et des objets.....	33
1.4. Les angoisses corporelles.....	34
1.5. La problématique de l'enveloppe corporelle.....	35
1.6. La sphère sensorielle.....	37
1.7. La sphère relationnelle.....	39
1.8. Les mécanismes de défense.....	41
1.9. Les représentations corporelles.....	44
1.10. Conclusion.....	44
2. La communication.....	45
2.1. Définition.....	45
2.2. La communication non-verbale.....	46
2.2.1. Le regard et l'attention conjointe.....	46

2.2.2. Le dialogue tonique.....	47
2.2.3. Le toucher.....	49
2.2.4. La respiration.....	50
2.2.5. Les mimiques et expressions corporelles.....	51
2.2.6. L'imitation.....	52
2.3. Les communications alternatives.....	53
2.3.1. Les signes.....	54
2.3.2. Les pictogrammes.....	56
2.4. Conclusion.....	57
3. La relation thérapeutique.....	57
3.1. Définitions.....	57
3.1.1. La relation.....	57
3.1.2. La relation d'aide.....	58
3.1.3. La relation de soin.....	58
3.2. Le cadre thérapeutique.....	59
3.2.1. Les éléments concrets.....	59
3.2.2. Les éléments psychiques.....	63
3.2.3. Conclusion.....	66
3.3. L'alliance thérapeutique.....	66
3.4. L'empathie tonique.....	67
3.5. La congruence.....	68
3.6. La fonction alpha du psychomotricien.....	68
3.7. La distance thérapeutique.....	70
3.8. Conclusion.....	70
 Partie III : Discussion.....	 72
1. Les influences de la posture de stagiaire dans la communication.....	72
1.1. Les bénéfices.....	72
1.2. Les limites.....	73
2. Les influences de la posture de stagiaire dans la relation thérapeutique.....	74
2.1. Les bénéfices.....	74
2.2. Les limites.....	76
3. L'apport du maître de stage.....	77
3.1. Les verbalisations et remises en question.....	77
3.2. Un modèle auquel s'identifier.....	78
3.3. Conclusion : un guide dans le développement de sa pratique.....	79
4. Retour sur la relation thérapeutique établie avec Hélios et Aubin.....	79
4.1. L'apport de l'institution et de l'équipe.....	79
4.2. Mes ressentis.....	80
4.3. La fin de la prise en soin.....	81
 Conclusion.....	 84
 Bibliographie.....	 85

Introduction

Mon stage de troisième année se déroule dans une structure accueillant des enfants présentant un Trouble du Spectre Autistique, qui sont pour une grande partie non-verbaux. A mon arrivée, j'ai déjà en tête que le fonctionnement psychomoteur autistique est différent de celui des enfants neurotypiques¹. Je me retrouve donc face à des enfants qui ont un fonctionnement différent du mien, qui ont des particularités difficilement compréhensibles pour un œil non-averti et ajouté à cela, qui ne parlent pas. Une question se pose alors à moi : comment vais-je les comprendre s'ils ne peuvent pas m'expliquer ce qui les traverse (émotions, ressentis, douleurs...) ?

Un deuxième problème s'impose à ce moment-là : mon but en tant que future psychomotricienne n'est pas seulement de les comprendre mais de pouvoir les aider dans leur développement psychomoteur afin qu'ils s'adaptent au mieux à leur environnement. Pour parvenir à cette finalité, j'ai à l'esprit qu'il faut instaurer une relation thérapeutique entre le patient et moi. Dans ce cas de figure, la première étape est tout d'abord d'entrer en relation. En effet, dès les premières heures de stage, je remarque les difficultés d'ajustement relationnel des enfants avec leurs pairs et avec les adultes, difficultés que je repère par les caractéristiques fuyantes ou bien agressives des interactions. Je me fais donc la réflexion qu'il ne semble pas si simple d'entrer en relation avec ces enfants.

Comment alors rencontrer ces enfants qui paraissent pour certains inaccessibles ? Et comment faire en sorte qu'une relation thérapeutique aboutisse de cette rencontre ?

Je mènerai ma réflexion en commençant par vous présenter Hélios et Aubin, deux jeunes garçons de 12 et 11 ans que j'ai été amenée à suivre plus particulièrement et qui, selon moi, donnent une idée assez représentative de la situation. Nous verrons ainsi les difficultés que j'ai pu rencontrer pour établir un lien avec eux et les stratégies que j'ai mises en place pour pallier ces difficultés.

J'enchaînerai ensuite avec une partie théorico-clinique dans laquelle j'exposerai les théories que j'ai tirées de mes expériences cliniques, que je mettrai en lien avec les écrits des auteurs ayant déjà réfléchi sur le sujet, en agrémentant le tout de vignettes cliniques. En effet, j'ai choisi plus spécifiquement Hélios et Aubin comme fil rouge de mon écrit mais j'aurai recours à des exemples tirés de situations avec d'autres enfants ainsi que de témoignages, pour approfondir ma réflexion clinique et théorique autour de ma question centrale. Je commencerai donc par développer l'organisation psychomotrice générale des

¹ Néologisme créé par des personnes autistes pour qualifier les personnes dont le système neuronal est normal, majoritaire, habituel ; autrement dit, cela qualifie tous ceux qui ne présentent ni autisme, ni trouble dys, ni trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

enfants présentant un Trouble du Spectre Autistique, pour se faire une idée concrète de leurs particularités ainsi que pour mettre en lumière les éléments pouvant jouer sur les difficultés à établir une relation. Je m'intéresserai par la suite aux outils qui se trouvent à notre disposition pour communiquer avec cette population que j'ai choisie, et qui n'a pas accès au langage verbal. Cela nous guidera jusqu'aux fondements de la relation thérapeutique, pour comprendre de quel type de relation il s'agit, pourquoi en tant que psychomotriciens cherchons-nous à la mettre en place et comment faire concrètement de la relation existante entre le patient et nous une relation dite thérapeutique.

Enfin, j'aborderai en discussion la place particulière qu'est celle du stagiaire et montrerai l'influence de ce statut sur la communication et la relation thérapeutique.

Partie I : Clinique

Introduction : Présentation du terrain clinique

J'effectue mon stage dans un hôpital de jour associatif qui accueille des enfants âgés de 3 à 12 ans. Ils présentent tous depuis leur plus jeune âge des troubles sévères de l'organisation de la personnalité associés à divers troubles organiques graves (génétiques, neurologiques, métaboliques...) apparus au cours des deux premières années de vie.

Les enfants sont répartis en quatre groupes selon leur âge et leurs dispositions cognitives, sociales et motrices. Il y a donc le groupe 1 avec les enfants les plus jeunes, le groupe 2 et le groupe 3 accueillant les enfants les plus âgés. Il y a également le groupe passerelle, constitué d'enfants précédemment positionnés sur les groupes 2 ou 3, qui ont des facultés particulièrement élevées et à qui l'on propose des activités plus pédagogiques et plus complexes.

A mon arrivée dans la structure, les enfants du groupe 1 et du groupe passerelle sont ceux les plus disposés cognitivement et parlent pour la majorité d'entre eux. Le groupe 3 quant à lui est un groupe constitué d'enfants qui ne parlent pas et qui sont à un stade de développement qui les incite à plutôt s'orienter vers des jeux et stimulations sensorimoteurs².

Durant ce stage, on me confie essentiellement l'accompagnement des enfants du groupe 3 et de quelques enfants du groupe 2.

Concernant le fonctionnement institutionnel, le projet d'établissement est de faire émerger la vie psychique de l'enfant et de consolider sa construction par la prise en charge psychothérapeutique, d'assurer sa santé, son bien-être physique, sa sécurité en maintenant le lien avec les différents spécialistes médicaux susceptibles de soigner les conséquences de sa maladie, de donner à l'enfant les moyens de tenir compte des contraintes de sa maladie somatique pour en maîtriser les conséquences afin qu'elles entravent le moins possible son évolution personnelle.

Les différents professionnels entretiennent un lien étroit avec les familles et sont dans une démarche thérapeutique d'association de la famille à la prise en soin de leur enfant. Enfin, une fois par semaine, une réunion de synthèse d'une après-midi complète a lieu avec les vingt-quatre professionnels (médecins psychiatres, pédiatres, directrice administrative, orthophoniste, psychothérapeutes,

² « Qui concerne à la fois les phénomènes sensoriels et l'activité motrice, ou leurs interactions. » (Larousse en ligne, s. d.)

psychomotriciennes, cheffe éducative, assistante sociale, éducateurs, infirmiers). Durant cette réunion, nous faisons un point info pour communiquer à tous, les différentes nouvelles concernant les enfants, puis nous faisons la synthèse d'un enfant en particulier pour reprendre son projet de soin individualisé (PSI), faire l'état des objectifs et éventuellement les modifier. En fin de journée, une semaine sur deux, une réunion paramédicale qui regroupe les différents professionnels paramédicaux, les médecins psychiatres et pédopsychiatres est organisée.

1. Rencontre avec Hélios ou comment prendre le temps de s'approprier

1.1. Premières rencontres

1.1.1. Le groupe éducatif

Avant que ne commence mon stage, Florianna, une psychomotricienne et également ma maîtresse de stage, m'explique le déroulé de celui-ci et mentionne notamment Hélios, un enfant que je verrai dans plusieurs espaces. Cela se passera sans la présence directe de ma maîtresse de stage mais aux côtés d'autres professionnels de l'hôpital de jour. Nous nous rencontrerons uniquement sur des temps de groupe lors desquels j'aurai pour mission de prendre cet enfant en soin plus spécifiquement.

Lors de mon premier jour, je repère un trombinoscope des enfants accueillis au centre, affiché dans le hall. Je me dirige vers celui-ci pour avoir un premier aperçu de cet enfant que je vais être amenée à rencontrer et auprès duquel j'aurai un investissement particulier. Sur sa photo, je constate que son visage est très marqué par son handicap, ce qui me procure un léger sentiment de malaise. Cela m'inquiète, je me demande comment je vais parvenir à surpasser ce sentiment qui se manifeste au premier abord. En effet, comment correctement prendre en soin un enfant qui nous bouscule dans nos représentations ? J'imagine bien que cela pourrait être une entrave à notre relation et à mon engagement corporel vis-à-vis de lui.

Par la suite, Florianna me présente à une partie de l'équipe et m'emmène sur le groupe éducatif d'Hélios, le groupe 3, pour que je le rencontre ainsi que les éducateurs et les autres enfants qui l'accompagnent. Nous entrons dans la pièce, les référents me saluent et Florianna appelle Hélios. Celui-ci vient vers nous sans nous regarder, avec des bruits de gorge. Elle lui dit « Bonjour » et lui explique brièvement qui je suis et le fait que nous serons amenés à régulièrement jouer ensemble. Il se détourne et va chercher des jouets avant la fin de son explication, sans m'avoir regardée, ni indiqué qu'il avait entendu ou compris la teneur de la discussion. Cette première rencontre me soulage car il est différent de la photo. Le voir en mouvement le fige moins dans ses caractéristiques physiques peu avenantes. Il est plutôt grand et dégagé quelque chose qui me donne finalement envie d'apprendre à le connaître et de

lui construire un projet thérapeutique.

1.1.2. Le repas

Je rencontre Hélios pour la deuxième fois dans le cadre du repas. Je mangerai avec lui tous les mercredis midi et devrai lui apporter un soutien pour son autonomisation. Ce premier repas est assez laborieux, Hélios mange et boit seul mais préfère utiliser ses doigts plutôt que ses couverts. Je l'incite à manger avec la cuillère en le soutenant au niveau du coude, ce qui semble bien l'aider. Néanmoins, dès que je me retourne vers ma propre assiette, il lâche la cuillère et réutilise ses doigts. Cela est légèrement décourageant. De plus, après avoir bu, il jette son verre ou le lâche dans son assiette. Je suis systématiquement très mal positionnée pour le ramasser et lorsqu'il tombe dans l'assiette, il est souillé de nourriture. Cela me désespère, surtout qu'il ne m'investit pas, ne me regarde pas, ne cherche pas à entrer en relation avec moi. Quand il a fini son steak, il attrape le mien à pleine main et fait de même avec mon fromage à la fin du repas. Je me sens intrusée, j'ai l'impression qu'il n'a pas de limites et réagit à tous ses besoins et ses envies sans prendre en compte l'autre, sans *me* prendre en compte. Cela est déstabilisant et me demande une énergie considérable pour récupérer calmement ma nourriture et lui dire avec douceur que c'est mon repas, que je vais le resservir s'il en désire de nouveau. Je remarque également qu'il est très en recherche de stimulations sensorielles car il tape en continu avec sa cuillère et sa fourchette, soit sur sa paume, soit dans son assiette. Cela fait un bruit répétitif et fort qui irrite les autres enfants ainsi que les professionnels. Je me dis que peut-être, lors de notre prochaine rencontre, je pourrai passer par différents canaux sensoriels pour entrer en relation avec lui. Je ressors de ce repas fatiguée et un peu découragée.

1.1.3. La salle Snoezelen

Nous nous retrouvons le lendemain en salle Snoezelen avec une éducatrice spécialisée et deux autres enfants. Lors de cette séance, j'observe beaucoup Hélios pour voir comment il investit cet espace, ses pairs, son corps... De manière générale, j'ai trouvé qu'il était tranquille mais assez peu présent psychologiquement. Cependant, à peine entré dans la salle, il s'éveille, affiche un grand sourire et pousse de longs cris que j'interprète comme de l'excitation. Il se balance fortement, debout, d'avant en arrière et de gauche à droite. A aucun moment, lors de cette séance, il ne se tourne vers moi ou ne me sollicite.

1.1.4. Le multisports

Après Snoezelen, nous allons en multisports, dans un gymnase en dehors de l'hôpital de jour, avec les autres enfants du groupe 3. La salle est très grande, il y a un grand tatami sur lequel est installé un parcours moteur avec de gros blocs de mousse. Je sais que dans cet espace, je suis censée accompagner

Hélios plus spécifiquement mais je ne le connais pas encore. Je n'ai pas pu établir de profil psychomoteur qui recenserait toutes ses capacités et ses difficultés en si peu de moments et de propositions. Je ne sais donc pas vraiment ce dont il a besoin et je n'ose pas aller vers lui. Je décide alors de nous laisser du temps pour nous rencontrer davantage. Lors de cette séance, je me tourne vers les enfants qui me sollicitent.

1.1.5. Conclusion de ces premières rencontres

Après ces différents temps avec Hélios, je réalise que cet enfant est long à rencontrer. Il fuit souvent le regard et peut s'enfermer dans des stéréotypies³ importantes qui le coupent de toute relation. Lorsqu'on lui parle, je n'ai pas l'impression qu'il soit attentif, ni qu'il comprenne. Tous ces éléments me font me questionner quant à l'évolution de notre relation. Comment vais-je construire une relation thérapeutique avec cet enfant qui ne semble pas remarquer ma présence ni ne manifeste le désir de m'approcher ?

1.2. Retour sur la question du bilan psychomoteur et des premières observations psychomotrices

Dans cette institution, chaque enfant bénéficie d'un bilan psychomoteur à son arrivée. Le bilan psychomoteur est un outil diagnostique permettant de repérer les capacités comme les difficultés du patient. Il intéresse la cognition, la motricité, la perception, la sensibilité ainsi que les interactions entre ces différentes sphères et représente une première mise en relation avec le patient. Cette évaluation s'effectue par le biais de tests standardisés ainsi que d'observations qualitatives. A l'issue de ce bilan, le psychomotricien dégage plusieurs axes thérapeutiques qui orienteront la prise en soin. Du fait du profil des enfants accueillis à l'hôpital de jour, les tests classiques sont compliqués à réaliser. Le bilan se base donc essentiellement sur des observations cliniques spontanées ou dirigées. Chaque année, une remise à jour de ces observations est effectuée au fil de l'évolution du patient.

Concernant Hélios, sa minceur nous ramène d'emblée à une certaine fragilité psychocorporelle ainsi qu'à la sphère osseuse, comme s'il n'était constitué que d'os. Il va d'ailleurs souvent chercher la dureté par les objets qu'il explore et les percussions qu'il peut s'imprimer sur la mâchoire, le crâne ou la cage thoracique. Depuis tout petit, Hélios présente un désinvestissement du bas du corps, ce que l'entrée dans la puberté a semblé redynamiser. Néanmoins, il manque toujours d'ancrage au sol et de tonicité dans les jambes lors des déplacements. Il marche sur la pointe des pieds en effectuant parfois des petits rebonds, comme si cela lui permettait de se verticaliser. Le syndrome pyramidal qui lui a été diagnostiqué très jeune a engendré la constitution d'une carapace tonique que l'on repère aisément. En effet, il est

³ « Répétition d'une attitude, d'un geste, d'un acte ou d'une parole, sans but intelligible. » (Larousse en ligne, s. d.)

extrêmement poreux et hypersensible à son environnement : un moindre bruit ou un moindre mouvement génèrent une réaction tonique et une mise en mouvement importantes. Par ailleurs, son équilibre dynamique est précaire et il semble éprouver des difficultés à organiser ses mouvements de façon globale. Il est également en recherche permanente de stimulations fortes d'ordre tactile, visuelle et vibratoire.

Mes observations cliniques, mises en lien avec celles de ma maître de stage, m'ont permis de réfléchir à l'organisation psychomotrice d'Hélios et de guider ma réflexion pour l'accompagner au mieux. Ce travail a notamment engagé le processus relationnel en cherchant à le comprendre pour lui proposer des appuis adaptés. Ces premiers temps de rencontre m'ont donc permis de me centrer davantage sur quelques axes et propositions spécifiques pouvant servir d'étayage à la construction de notre lien. Ceux-ci étaient donc les suivants : soutenir le réinvestissement du bas du corps, favoriser la conscience corporelle et l'exploration sensorielle ainsi que prendre plaisir à se mouvoir et interagir avec l'autre.

1.3. Evolution de la relation

Ces axes de soin en arrière-fond permettent d'ajuster au mieux mon accompagnement auprès d'Hélios et soutiennent ma compréhension de son organisation. Ainsi, dès la semaine suivante, j'ai pu commencer à construire quelque chose avec lui. En effet, lors de la séance Snoezelen, je fais de nouvelles observations et remarque qu'il investit peu l'arrière du corps et que toutes les stimulations sensorielles qu'il recherche passent par le devant. Je me contente à ce moment-là de cette simple observation. En revanche, en multisports, je décide qu'il est temps de passer de l'observation active à une posture plus engagée dans la construction de la relation. Il est assis par terre avec un ballon, je me dis que c'est l'occasion, il est posé, tranquille et donc potentiellement disponible. Je m'assois à côté de lui avant de réaliser que ce n'est pas nécessairement la meilleure organisation. Je me repositionne donc face à lui et lui propose un échange de balle. En effet, la communication est avant tout un échange. J'essaye donc à ce moment-là de transposer un échange verbal en échange de balle, me disant que cela peut servir d'alternative et prendre le même sens. Cependant, il reste sourd à cette proposition, lance la balle au loin et commence à se balancer doucement tout en se procurant des sensations vestibulaires plus fortes par des rotations de la tête. Cette première tentative se soldant par un échec, je repense à mon observation de Snoezelen et me mets à lui faire des percussions osseuses sur les bras pour progressivement atteindre le dos. Je redescends sur les jambes, les pieds, tout en nommant les différentes parties du corps contactées. Il semble apprécier et se penche régulièrement en avant pour poser sa tête sur mes jambes, dans la position de l'huître. Me rappelant également qu'il frappe souvent très fort des mains, je commence à lui taper doucement dans ses mains ouvertes sur ses genoux en tailleur. Je m'arrête en gardant mes mains sur les siennes et à ma grande surprise il relance mon mouvement. Durant tout ce

temps il sourit et paraît apaisé.

Quelques semaines plus tard, Hélios porte des plâtres orthopédiques aux deux pieds pour corriger ses pieds en équin, déformation plantaire due à son syndrome pyramidal. Il marche depuis tout petit sur la pointe des pieds, ce qui a généré des raideurs. Ces plâtres permettent ainsi de réajuster sa marche. Ce nouvel attirail ne semble pas l'entraver dans ses déplacements mais il est néanmoins proposé qu'il n'aille pas en multisports et que je reste avec lui pendant ce temps. Nous allons donc seuls sur le groupe 3 où il s'assoit sur un canapé. Je m'installe au sol devant lui et lui parle en lui tenant les jambes. Je lui explique pourquoi nous n'allons pas en multisports et lui dit que nous allons passer un moment rien que tous les deux. Je lui parle de ses plâtres, en tapotant dessus pour lier la parole à la sensation. Je lui dis que c'est pour qu'il marche mieux mais qu'en attendant il doit avoir des sensations différentes de celles qu'il connaît habituellement. J'entame alors une comptine que je modifie quelque peu :

« Toc-toc-toc Monsieur le pied, es-tu là ? / Non je suis caché sous le plâtre. / Toc-toc-toc Monsieur le pied es-tu là ? / Non je suis caché sous le plâtre. / Toc-toc-toc mais pourquoi ? Sors de là ! / Non c'est pour marcher droit. »

Réceptif à la comptine, son visage s'éclaire et il affiche un grand sourire. Nous continuons donc de solliciter les jambes, je lui masse les orteils, encore accessibles, tout en lui parlant. Je commence ensuite à perdre son attention, je change alors d'approche en grattant avec mes ongles le plâtre des jambes. Cela fait un bruit particulier qui le fait réagir. Il me regarde et sourit, riant presque. Je commente en lui disant que cela doit être bizarre, cela fait des sensations, cela chatouille, cela fait un drôle de bruit. Je contacte ensuite ses mains, pour ne pas les oublier, en les massant et en les tapant entre elles. Cela me fait penser au rythme, auquel il est extrêmement réceptif et qu'il investit tout particulièrement. Je sors alors un petit piano synthétique avec lequel je commence à jouer des notes. Il me rejoint aussitôt dans cette composition musicale en appuyant toujours sur la même note, en alternance avec les miennes.

La semaine suivante, il est convenu qu'Hélios peut tout de même aller en multisports malgré les plâtres imposants. En effet, cet espace lui permettrait de maintenir la mise en mouvement. Je l'y accompagne donc et il passe son bras sous mon bras, habitude qu'il a commencé à prendre sur la route du gymnase. Une fois là-bas, je ne le sens pas particulièrement motivé à faire le parcours moteur, il s'assoit en retrait et s'enferme dans des stéréotypies avec un bout de ficelle. Cependant, le cadre de ce dispositif est assez souple : l'infirmier et l'éducateur référents préparent des parcours moteurs pour les enfants mais les différents adultes intervenants ont la possibilité de faire des propositions plus spécifiques aux enfants ayant plus de difficultés à accéder à l'activité initiale. Je profite donc de cette souplesse que l'on nous accorde pour m'asseoir en face de lui et lui faire part de mon observation : « J'ai l'impression qu'aujourd'hui tu es un peu fatigué, tu n'as pas trop envie de bouger. Ce n'est pas grave, on peut jouer au sol aussi. » Je me lève pour aller chercher un gros rondin en mousse que je place entre lui et moi et sur

lequel je tapote pour attirer son attention : « Regarde ce que j'ai trouvé ! Ça a l'air chouette, tu ne trouves pas ? Tu voudrais bien t'enrouler dessus ? » Je laisse passer quelques secondes puis je lui prends les mains, les passe au-dessus du rondin et tire un peu dessus pour l'inciter à venir s'enrouler. Il garde les jambes en tailleur, je viens donc lui donner un appui au niveau du bassin et le fais rouler par-dessus. Il se met à rire, se relève et fait quelques pas. Je lui donne mon interprétation, que cela fait beaucoup d'émotions soudainement et qu'il a besoin d'un petit temps de récupération. Je lui dis que je n'ai rien contre cela et qu'il peut revenir dès qu'il se sent prêt. Quelques secondes plus tard, il revient s'asseoir. Je lui propose la même chose, qu'il accepte plus volontiers mais refuse la troisième fois, ce que j'accepte à mon tour. Je lui propose ensuite de s'allonger sur le dos, position que j'essaie d'amener dans le corps à corps mais à laquelle il résiste. En lui offrant plus d'appuis et de soutien, il se laisse doucement guider. J'enroule ses jambes au-dessus du rondin et fais des aller-retours d'enroulement et déroulement du bassin. Il a les bras croisés derrière la nuque, il regarde le plafond et sourit. Plus tard dans la séance, à un moment où je suis seule à regarder d'autres enfants, Hélios arrive en courant, grand sourire, me prend par les mains, se balance de gauche à droite en m'entraînant dans son mouvement avec des cris aigus. Sur le chemin du retour, il me prend le bras comme à son habitude mais au bout d'une minute, inverse ses mains et met celle qui est la plus proche de moi dans mon dos, dans un toucher léger, un peu flottant. Ce nouveau contact m'étonne, je trouve cela moins confortable et me questionne sur la raison de ce changement. Puis, je réalise que c'est de cette manière que je l'accompagne en Snoezelen le jeudi matin. Était-ce fortuit ou m'indique-t-il qu'il fait du lien entre les espaces ? Me dit-il qu'il apprécie cette manière d'être guidé ou au contraire me transmet-il l'inconfort de ce toucher ?

Une fois revenus sur le groupe, les infirmiers et éducateurs amènent les enfants un à un dans la salle d'eau pour le lavage des mains et les changes. Pendant ce temps-là, je patiente assise sur un canapé. Hélios vient me rejoindre, s'assoit proche de moi et s'intéresse de très près à l'élastique qui noue ma tresse. Celui-ci est transparent et capte des rayons lumineux qui le font briller. Je lui en dis quelques mots en exprimant son intérêt manifeste pour l'objet : « Ah oui, il brille, c'est intéressant ! Tu aimes cet objet. » Il me sourit et sans préambule s'allonge de tout son long sur mes jambes. A cet instant je suis extrêmement surprise. Hélios qui s'allonge spontanément ? Jamais je ne l'ai vu s'installer dans cette position de son propre chef. D'ailleurs à part un quart d'heure plus tôt en multisports je ne l'avais jamais vu en décubitus dorsal. La séance de multisports me revient alors en mémoire et je me rappelle lui avoir fait la demande de s'allonger. A ce moment-là je réalise qu'il avait peut-être bien compris ma proposition, simplement il lui faut un long temps pour l'intégrer et la mettre en corps. Une autre hypothèse serait qu'il a gardé en mémoire la position que je lui avais moi-même imprimée et, par imitation, il manifesterait une nouvelle fois qu'il fait du lien entre les espaces.

Je garde la première hypothèse dans un coin de ma tête et la semaine suivante, de nouveau en

multisports, j'entraîne Hélios sur le parcours moteur. Il part en trombe, je l'accompagne sur le côté et arrivé à l'angle, où le trajet tourne, Hélios continue dans sa trajectoire et sort du parcours. Je ris doucement et lui fait remarquer qu'il a oublié de tourner. Je le ramène au début et nous recommençons. A un mètre du tournant, je lui rappelle qu'il va falloir tourner. J'essaie de lui imprimer la rotation mais encore une fois, il fonce droit devant lui. J'adopte une attitude légère, lui indiquant que je n'ai pas de trop grandes attentes et lui propose de réessayer une dernière fois. Cette fois, je le prépare à tourner trois mètres avant l'angle. Je le lui dis quatre fois qu'il faudra tourner et au moment où nous y arrivons je lui signale que c'est maintenant. Cette fois, c'était la bonne, il tourne sans problème et trois mètres avant l'angle suivant, je reprends le même schéma. Il tourne encore au bon moment et nous finissons le parcours avec cette méthode. J'en conclus qu'il a vraiment besoin de beaucoup d'anticipation de ma part et désormais je veille à prendre ce temps pour chaque proposition, pour le laisser intégrer mes demandes et aller à son rythme.

Plus les semaines passent, plus les échanges et la communication avec Hélios s'enrichissent. Dans cet hôpital de jour, les pictogrammes sont très utilisés pour inciter les enfants à exprimer leurs besoins. Avec Hélios, je prends régulièrement les vignettes que je lui présente en association avec mes propositions. A mon arrivée en stage, il les investit principalement sur le plan sensoriel en frappant le creux de sa main avec, en rythme, ou en l'agitant près de son oreille, toujours dans un rythme régulier. Mais petit à petit l'utilisation qu'il en fait devient de plus en plus fonctionnelle et interactive. En effet, un jour où je suis seule avec lui sur le groupe pendant quelques minutes entre deux activités, je lui parle, je réponds à ses sollicitations diverses et il finit par aller prendre le pictogramme « content ». Je lui dis « Ah tu es content ! », il se met alors à sourire et crier à une fréquence élevée.

Un autre jour, en revenant du repas, il commence à ouvrir la porte pour sortir dans la cour. Je l'arrête en lui disant que pour cela il faut mettre le manteau. Je l'emmène à son casier pour lui montrer le manteau qu'il ne semble finalement pas vouloir enfiler. Je me dirige alors vers le pictogramme « sortir » que je lui pointe du doigt en lui disant : « Tu sais, si tu changes d'avis et que tu veux sortir, tu peux prendre le pictogramme, tu le connais. » Quelques minutes plus tard, il attrape le pictogramme en question et se plante devant la porte, puis il le jette derrière son épaule. Ce jour-là j'ai trouvé la demande particulièrement claire : il n'a pas joué avec le pictogramme et sur tous ceux qu'il avait à disposition il a vraiment pris celui qui était adéquat. Je l'ai donc félicité et ai rapporté ses progrès à l'équipe.

De même, lors d'une séance individuelle avec ma maîtresse de stage (les emplois du temps des enfants ayant été modifiés à la suite de départs d'enfants, nous le voyons désormais à deux en individuel), il attrape soudainement le pictogramme « toilettes ». Florianna lui demande s'il a envie d'aller aux toilettes mais n'est pas sûre que ce soit une réelle demande. Elle laisse donc passer. Il retourne néanmoins le chercher, joue un peu avec mais aucune de nous deux ne relève cette action et nous continuons la

séance. Il se saisit ensuite du pictogramme « j'ai mal ». Florianna lui demande donc où il a mal, mais n'ayant aucune réponse corporelle, nous continuons toujours de jouer. Il retourne encore le chercher et cette fois nous commençons à nous dire que c'est significatif. Le pictogramme « toilettes » associé à celui « j'ai mal », j'imagine que sa vessie devient douloureuse à force de ne pas se rendre aux toilettes. Je fais part de ma pensée à Florianna qui me dit qu'effectivement elle va l'y emmener. Hélios va à cet instant chercher le pictogramme « triste », geste que Florianna met en mots : « Mais oui, tu es triste parce que tu te fais très bien comprendre mais nous ne répondons pas à tes demandes. » Elle l'emmène donc à la selle, ce qui s'avère avoir bien été le problème.

Ensuite, lors d'une séance multisports où je lui repropose le rondin de mousse, il s'y assoit en travers. Je lui prends les pieds et tape ses talons contre le tatami en lui parlant de ses pieds, en lui rappelant que quand il marche, il doit poser les talons, c'est pour ça que je les lui réveille. Je me place ensuite derrière lui et le porte doucement en faisant rouler le rondin d'avant en arrière, sa tête contre mon épaule, tout en lui parlant à l'oreille. Il tourne la tête pour rencontrer mon regard, ce que je lui fais remarquer : « Tu m'entends derrière, je te parle donc tu te retournes pour me voir, c'est très bien ! » Il sourit. Nous continuons cette manœuvre puis il se lève avec un grand sourire et revient aussitôt s'asseoir à califourchon cette fois-ci. Je me place donc en face de lui et lui réimprime des déséquilibres mais de gauche à droite désormais. Je lui offre un appui assez large avec tout mon bras au niveau de ses genoux et nous nous regardons longuement dans les yeux, cette durée représentant une nouveauté. Il sourit. Parfois, il se penche avec un sourire encore plus grand pour coller ses yeux aux miens, ce que je prends comme une tentative d'entrer plus encore en relation avec moi. Plusieurs fois il se lève pour se rasseoir aussitôt et nous reprenons le portage. Je le perçois comme des petites pauses dans la relation et dans le jeu qui doivent probablement lui coûter énergiquement, psychologiquement et sensoriellement. Je lui explique qu'effectivement dès que c'est trop pour lui, il a tout à fait raison de se mettre sur le côté quelques secondes, le temps dont il a besoin pour se récupérer et moi j'attends qu'il soit de nouveau disponible. A un moment donné, il se déséquilibre fortement et se laisse donc tomber en souriant. Il se rassoit au sol et nous rions beaucoup tous les deux. Cette séance était particulièrement riche sur le plan relationnel avec tous nos échanges de regard, nos contacts physiques, nos rires et nos sourires.

Enfin, lors de la dernière séance en individuel avec Florianna, avant l'arrêt temporaire du stage, nous sommes à trois ; Hélios est dans le coin avec les couvertures et les coussins. Nous sortons la grande toupie rouge pour l'attirer dedans et lui offrir une expérience corporelle et sensorielle. Il reste sur le tapis et baragouine, fredonne presque. S'ensuit un dialogue entre lui et ma maître de stage dans ce « dialecte ». Florianna reprend ses émissions orales et apporte sa petite touche personnelle en variant les aigus et les graves. Hélios ne la regarde pas mais semble écouter car au bout de quelques secondes de pause après

qu'elle s'est tue, il reprend ses vocalises sur les mêmes tonalités. Cette alternance se poursuit, je m'y insère ensuite et nous instaurons un échange à trois.

Il finit par venir dans la toupie, s'installe en tailleur et nous imprimons des percussions sur la toupie qui se répercutent dans son corps. Il lâche de petits bruits aigus qu'il semble émettre dans les situations de plaisir et de contentement. Cela associé à un sourire, nous estimons que cela lui plaît. J'enchaîne avec des percussions osseuses dans le dos auxquelles il réagit avec un sourire encore plus grand.

Nous lui indiquons que la séance touche à sa fin, il se lève puis revient s'asseoir dans la toupie, dos à moi. Il prend ma main et la pose sur le rebord de la toupie. Je tente une réponse à cette sollicitation en effectuant des vibrations puis m'arrête pour voir si c'était bien cela qu'il demandait. Il reprend alors ma main et la repose sur la toupie. Je recommence les vibrations en appréciant ce moment car jamais je n'avais eu jusqu'à présent une demande aussi claire de sa part sans que cela passe par les pictogrammes. Cela me fait prendre conscience à quel point en quelques mois il a grandi, évolué, s'est ouvert à la relation et à la communication.

1.4. Adaptation et évolution de ma posture

Pour conclure ce premier exemple clinique, je dirais que la relation entre Hélios et moi a évolué favorablement grâce à plusieurs facteurs. Tout d'abord, il me paraît important d'avoir pris le temps de se rencontrer et de ne pas avoir tenté une approche hâtive et directe dès le début. J'y suis allée progressivement en respectant son rythme, en étant à l'écoute de ses allers et retours dans la relation. J'ai essayé de le rejoindre là où il en était pour l'accompagner au plus près de ses besoins. En me mettant moi-même à son niveau, nous avons pu avancer ensemble, en nous découvrant et en nous apprivoisant l'un et l'autre. Cela s'est surtout traduit par une adaptation à son rythme. Adaptation notamment au niveau de ses possibilités motrices et de concentration concernant les parcours moteurs, que j'ai souvent mis de côté pour faire un travail plus sensoriel et centré sur la prise de conscience du corps plutôt que sur la performance recherchée par les agrès mis à disposition dans ce dispositif. Selon moi, il n'était pas encore prêt et j'ai préféré repartir aux bases de l'étayage psychomoteur, à savoir le tonus et la sensorialité. Par ailleurs, je me suis également adaptée à son besoin d'anticipation en verbalisant énormément en amont et pendant les événements et activités, pour qu'il puisse aborder et intégrer au mieux ces situations.

Ma posture a également évolué en m'affirmant plus dans notre relation, en ayant une attitude confiante vis-à-vis de ce que je lui proposais pour qu'il puisse se sentir lui-même en confiance lors de nos échanges. Je me suis en outre engagée davantage dans mon corps et dans ma voix pour qu'il puisse avoir un appui pour s'engager à son tour. J'ai remarqué que sans un enthousiasme et une motivation marquée

de ma part, il était beaucoup moins réceptif à ce que je pouvais amener. Je me suis donc adaptée à ce fait en donnant à ma voix une intonation plus enjouée et en lui faisant ressentir dans mon corps et mon attitude que j'étais stable, dynamique et investie envers lui. Cela a, je pense, grandement contribué à ce qu'il s'investisse en retour auprès de moi et dans sa prise en soin.

Enfin, j'ai énormément mis en mots ce que je percevais chez lui, que ce soit au niveau des manifestations toniques, émotionnelles ou du faciès, afin de lui donner de la matière pour intégrer ses ressentis et le mener vers les affects et les représentations.

Je développerai plus précisément ces différentes notions dans la deuxième partie de ce mémoire en vue de montrer leur importance dans la relation thérapeutique.

2. Rencontre avec Aubin ou comment danser sur un fil

2.1. Première rencontre

Aubin est le premier enfant que je rencontre en séance individuelle avec ma maîtresse de stage. Elle me prévient que cet enfant est très souvent dans le refus, teste le cadre, crie beaucoup et puissamment. J'ai donc déjà des *a priori* avant même notre première rencontre qui ne sont pas des plus positifs. Je suis presque inquiète et me demande s'il va bien accepter ma présence. Florianna me demande de rester dans la salle pendant qu'elle va le chercher.

Finalement, cela se passe plutôt bien : il monte après quelques minutes, accepte d'enlever son manteau et son sac à dos mais refuse d'ôter ses chaussures. Florianna me présente en lui expliquant que je suis ici pour apprendre son travail et que je serai là tous les mercredis pour jouer avec eux. Elle lui propose de me dire bonjour, chose qu'il fait en expulsant le mot hors de sa bouche et avec une articulation peu précise.

Il commence par vouloir monter à l'espalier mais Florianna lui rappelle la règle concernant cet espace : les chaussures doivent être enlevées. Cela génère alors des décharges motrices et vocales impressionnantes que Florianna traduit : « Oh Florianna me dit non ! Cela m'embête ! ». Néanmoins, cela ne le déborde pas et il se cale dans un coin de la salle pour jouer avec les Swissball®. Son mouvement se fait dans un axe vertical, avec de forts rebondissements et par le biais de fortes poussées toniques se transmettant à l'ensemble de son corps. De temps en temps, il se pose pour me regarder longuement, d'un regard pénétrant qui finit par me mettre légèrement mal à l'aise.

De temps à autre dans la séance, il émet des sons rauques ou bien des cris stridents, en mettant parfois ses mains devant sa bouche, comme pour retenir ces émissions orales. La séance se termine

calmement, Aubin me regardant du coin de l'œil pendant le rangement et la sortie de la salle.

2.2. Conclusion de cette première rencontre

Aubin semble m'avoir relativement bien acceptée malgré les inquiétudes premières de ma maître de stage. Cependant, ma présence nouvelle a semblé le restreindre dans ses explorations et dans l'investissement des jeux et de la salle. En effet, il a passé la totalité de la séance au même endroit, à rebondir sur son ballon, semblant intrigué par ma présence, à tel point que je devenais une personne dont il fallait régulièrement vérifier la continuité de la présence, voire surveiller du regard pour s'assurer qu'il était en sécurité et que je n'allais pas l'attaquer. Ce sont bien évidemment de pures spéculations : ce sont les images et les ressentis qui m'ont traversée. Cependant, je me demande si ces difficultés d'exploration et d'investissement de la salle ne pourraient pas venir du contexte particulier de cette séance. En effet, la reprise des séances était récente et s'effectuait après une longue coupure dans la prise en soin, due à la situation sanitaire. Cela a donc pu le bloquer dans ses déplacements et générer peut-être un besoin de reprendre confiance avant de pouvoir se réengager.

Lors de cette séance, je repère qu'Aubin présente une carapace tonique importante ainsi qu'une grande rigidité psychocorporelle. L'accès au relâchement paraît très difficile pour lui : à aucun moment il n'accède au sol ou à des postures de détente, ce que ma maître de stage confirme au regard de tout son suivi. Il semble en hypervigilance permanente, ce qui se repère notamment par sa posture et sa manière de se situer dans l'espace : bordé par les coins du mur, à un endroit où il peut avoir un contrôle visuel de son monde environnant. Ce point d'ancrage semble alors lui apporter une relative sécurité interne pour pouvoir être dans un espace partagé.

Il présente également de nombreux agrippements toniques : au niveau du ventre qu'il saisit de ses mains, au niveau des orteils qu'il met en griffe, ou bien encore au niveau de la bouche. De même, je peux repérer un agrippement à la zone de la gorge par les sons très gutturaux qu'il produit et ses dents serrées, comme pour contenir toutes formes de sons qui pourraient sortir de sa bouche.

Par ailleurs, son regard était difficilement soutenable car trop intense, il ne cillait pas et ce contact oculaire m'a semblé durer indéfiniment. Son visage était également impassible la majorité du temps, ce qui rendait difficile l'interprétation subjective des affects pouvant le traverser. Cette première entrée en relation est donc teintée d'étrangeté et quelque peu d'intrusion pour ma part mais peut-être également pour lui car ma présence sortait du cadre habituel de sa séance.

2.3. Evolution de la relation

Je note ces premières observations mais la complexité du profil de cet enfant est telle qu'elles ne

me suffisent pas, dans un premier temps, à faire rapidement évoluer la relation. Mes analyses psychomotrices se feront donc au fil des rencontres. Je tenterai de les lier à ce que je peux apprendre de lui au travers des échanges avec ma maître de stage ainsi que des écrits rédigés depuis son arrivée dans l'institution.

Les séances suivantes sont peu propices à l'établissement d'un lien spécifique entre Aubin et moi. En effet, il ne m'investit pas plus que cela. Il me regarde de temps à autre du coin de l'œil mais il se tourne essentiellement vers Florianna. Dans cette triangulation, ma fonction est majoritairement d'amener du tiers dans leur relation duelle. En effet, à certains moments, Aubin est si intensément pris dans la relation avec elle qu'il faut amener quelque chose pour les séparer. Une fois, par exemple, alors qu'il se jette au sol pour toucher et sentir les pieds nus de Florianna, celle-ci a l'impression qu'il n'a plus vraiment la sensation de deux corps différenciés mais que ses pieds à elle sont devenus les siens. Elle m'intègre alors dans la scène en lui indiquant que moi aussi j'ai des pieds, pour mettre du tiers et de la distance entre eux deux, ramener de la différenciation. Un peu plus tard dans la séance, elle lui délie ses doigts tout recroquevillés et les lui tapote un à un. Toutefois, à nouveau, quelque chose dans le corps d'Aubin qui semble tendre vers elle et son regard fixé sur leurs mains sans pouvoir s'en détacher, lui fait ressentir le besoin de remettre de la distance entre eux, ce qu'elle fait en me réintégrant de nouveau dans l'échange.

Cependant, même si j'ai à l'esprit cette fonction de tiers, j'ai au début beaucoup de mal à le comprendre, à trouver ma place et mon positionnement vis-à-vis de lui. Effectivement, il explose régulièrement dans des colères, décharges motrices, vocales et pleurs très impressionnants, dès qu'il est surstimulé, que l'on pose un interdit ou que nous ne faisons pas ce qu'il désirerait. Je suis donc en permanence sur un fil, à ne pas savoir quand je suis trop près de lui, quand le toucher est adéquat ou non, quand le contact oculaire est trop long..., ceci marquant une hypersensibilité à son environnement. Il me met régulièrement mal à l'aise mais je le trouve si fascinant qu'il m'anime. Ses différents comportements m'intriguent, ses réactions ne semblent répondre à aucun schéma spécifique et ses crises peuvent se déclencher à n'importe quel moment. En outre, même lorsqu'il n'est pas en crise, sa manière de se mouvoir, de regarder, d'agir est très particulière et j'ai des difficultés à mettre du sens dessus. Par exemple, une fois alors que je l'accompagne au repas, je l'invite à débarrasser son assiette pour passer au fromage. Il se lève pour rejoindre le chariot mais il est le premier à avoir fini donc il n'y a aucune pile d'assiettes sales. Complètement perturbé, il ne sait pas où la mettre et refuse de la poser sur le plateau ou de nous la donner. L'agente de restauration arrive avec deux assiettes sales et les lui présente. Il peut alors la déposer sur le dessus. A la fin du repas, il veut un morceau de pain et me le montre du doigt. Je lui présente la corbeille en lui disant d'en prendre. Il refuse de le prendre lui-même mais continue d'en réclamer par un geste insistant au-dessus de la barquette. Je l'invite à s'en saisir seul mais il s'obstine à refuser et me fait bien comprendre que je dois le faire en prenant ma main et en la mettant dans la

corbeille. Je campe sur ma position et continue de l'encourager à se servir lui-même. Il ne capitule pas et va jusqu'à prendre un morceau, le mettre en contact avec son assiette sans le lâcher et le remettre dans la corbeille, comme pour me dire : « Voilà, c'est cela que je voudrais que tu fasses ». J'ai beau insister, il ne veut pas. J'essaie donc de faire un pas vers lui en prenant un morceau de pain et le lui tend pour qu'il le prenne de mes doigts. Il refuse toujours et monte son assiette au niveau de ma main pour que j'y dépose le morceau. Cette situation me questionne beaucoup. Je ne comprends pas pourquoi il s'entête à ne pas vouloir prendre ce morceau de pain, qu'il désire ardemment et qu'il est amplement capable de saisir. Il préfère même se priver et peut se mettre à taper du pied ou dans les chaises plutôt que de faire de lui-même. Peut-être est-ce un besoin de maîtriser le monde ? De vérifier qu'il a le contrôle sur tout ce qui se déroule dans son environnement et lorsque ce n'est pas le cas, son illusion de toute-puissance s'effondre et il s'effondre avec elle ?

De même, lorsqu'il est en crise, j'éprouve beaucoup de difficultés à trouver la bonne posture. Par exemple, lors d'une fin de séance, Florianna lui indique que la séance est bientôt terminée, nous allons ranger et redescendre. Elle lui laisse quelques minutes pour digérer l'information puis elle récupère le ballon avec lequel nous jouions en disant que c'est fini pour aujourd'hui. Il commence alors à crier et taper du pied. Florianna lui répète que c'est fini, qu'il ne peut pas crier et taper. Il attrape une chaise et la projette à travers la pièce. Compte tenu de cette grande désorganisation, Florianna se dirige vers lui et debout, l'enveloppe de ses bras, dos au radiateur, pour canaliser sa colère. Il se débat en hurlant et donne des coups de pieds, tellement fort qu'il en casse le robinet du radiateur. Il la gifle ensuite, elle finit donc par le mettre au sol, en l'asseyant, son dos contre son ventre et lui ramène ses jambes contre lui, comme un tout petit. Il résiste, hurle et donne des coups de tête mais il finit par se calmer et soudainement nous pouvons redescendre, comme si rien ne s'était passé : tout va bien, son visage est calme, presque souriant et sa démarche tranquille. Pendant tout ce temps je m'étais mise à l'écart, à genoux, calme, à essayer de faire sentir ma présence comme rassurante mais sans les regarder avec insistance pour qu'il ne se sente pas observé. Cependant, je n'étais pas certaine que ce fût la bonne posture à adopter, je me sentais démunie et simple spectatrice sans pouvoir faire quoi que ce soit pour venir en aide à ma maître de stage et à Aubin, ne sachant pas quoi faire de plus que ce qu'elle faisait déjà. Ce sentiment d'impuissance me questionne et je me demande comment je vais parvenir à établir un véritable lien entre lui et moi.

Je réfléchis à cette question régulièrement et après quelques semaines pendant lesquelles j'étais surtout en observation lors des séances individuelles, je commence à essayer de construire quelque chose en dehors de la salle, sur les temps informels du groupe. En effet, je voulais qu'il puisse m'investir en séance comme il investit Florianna, qu'il puisse me repérer comme un pilier, comme une personne sur laquelle s'appuyer pour faire du lien entre les espaces. Pour cela, il fallait qu'il ait du plaisir à partager des moments avec moi. En revanche, étant avant tout future psychomotricienne je ne voulais pas tomber

dans l'occupationnel et simplement chercher à le satisfaire et l'amuser. Mon objectif est avant tout de le comprendre et de lui proposer un accompagnement pour qu'il puisse s'adapter au monde qui l'environne. Le rencontrer plus spécifiquement sur son groupe éducatif, sans ma maître de stage, me semblait être un premier pas.

Un matin donc, alors qu'il est adossé au radiateur dans la salle de son groupe éducatif, son manteau toujours sur le dos, il a son petit sourire qu'on pourrait qualifier de provocateur chez un enfant neurotypique. Il refuse d'enlever son manteau, comme à son habitude sur le groupe, malgré les demandes des différents professionnels. Je m'adresse à lui de loin : « Aubin, je sens que tu es motivé pour faire ton emploi du temps ! »⁴. Je sais bien que c'est toujours difficile pour lui de faire son emploi du temps, il refuse les sollicitations des soignants et ne souhaite pas qu'on lui demande de faire des choses. Je vais néanmoins chercher les deux pictogrammes de sa matinée (ce jour-là ils ne sont accueillis que pour le matin) et les lui présente : « Aujourd'hui, tu as multisports et ensuite, tu vois Alina, ta psychologue. Tu viens les accrocher ? ». Il regarde les images du coin de l'œil, sourit mais ne fait pas mine de les prendre. Je lui propose d'y aller ensemble, sachant qu'il a souvent du mal à faire les choses lui-même. Il me fait comprendre son refus en tournant ostensiblement la tête sur le côté. Je lui propose alors d'en prendre un chacun mais il maintient son refus. J'essaie de tourner la situation en jeu en lui glissant un pictogramme dans sa poche de manteau ouverte et l'encourage à venir en lui disant qu'il peut le faire. Comme l'image est dans sa poche, pour me le redonner il est obligé de s'en saisir. Il essaye de me le rendre mais je refuse et continue de l'encourager, lui dis qu'il va réussir, que nous le faisons ensemble, je l'accompagne. Je me dirige avec le pictogramme qu'il me reste vers son emploi du temps, ce qui l'oblige à me suivre pour remettre le sien dans ma main. Arrivé au bon endroit, il se met en opposition dans son corps en s'arc-boutant quand d'une main dans le dos je l'invite à se rapprocher pour accrocher son image. Je récupère donc l'objet et il s'en retourne au radiateur. Je le suis et mets en mots cette situation. Je lui dis que je sais que c'est difficile de faire les choses tout seul, qu'il a encore besoin de l'adulte mais que nous pouvons le faire ensemble, je suis disponible pour lui, pour l'aider. Je mets le pictogramme dans sa poche, il le reprend et tente de me le rendre. Je lui répète que nous pouvons le faire tous les deux, que je peux même faire avec lui en prenant sa main (après tout, ce serait déjà un premier pas). Il traverse alors la pièce sans préambule, accroche son image et revient au radiateur. Je le félicite. Il est moins souriant qu'au début mais il n'est pas débordé et ne semble pas avoir mal vécu la situation. Je continue donc de le féliciter et je finis par le laisser tranquille.

A l'issue de cette première tentative d'interaction, je suis partagée. D'un côté j'ai un petit goût de victoire car il a accepté de faire seul, il a même tout simplement accepté de faire quelque chose, que ce

⁴ Le matin, tandis que les enfants arrivent au fur et à mesure, nous les accueillons et chaque professionnel essaye de prendre le temps d'aider un enfant à faire son emploi du temps. Cela consiste à accrocher les pictogrammes des activités qu'il aura sur une bande de scratch verticale.

soit seul ou avec moi. Or, il est en constante opposition avec tous les professionnels, ils sont donc régulièrement obligés d'user de la force et de hausser le ton pour obtenir quelque chose de lui. Il le fait alors par contrainte, voire crainte, sans qu'une réelle volonté émane de lui. Avoir obtenu une action de sa part, sans opposition par des cris ou une grande agitation, me fait penser que j'ai pu trouver un canal pour parvenir jusqu'à lui, ce qui me réjouit. D'un autre côté, j'éprouve des difficultés à saisir réellement les éléments qui ont fait que cela a pu fonctionner. N'était-il pas tout simplement dans un « bon jour » ? Est-ce que cela a vraiment été le début de la construction d'un lien ? Je conserve ces interrogations en moi et tente de les avoir à l'esprit pour les futures interactions.

Le matin suivant, il vient me voir, m'enserme de ses bras et inspire fortement, le nez dans ma poitrine. Je lui dis « Bonjour » en souriant, puis l'éducateur l'appelle pour retirer son sac à dos. Quelques minutes plus tard, je suis installée sur un canapé et il s'assoit soudainement sur mes genoux, rigole et zozote. J'accueille volontiers cette entrée en relation en me mettant dans une humeur légère et décontractée, me disant que peut-être a-t-il vraiment perçu mon désir de le rencontrer et non pas de le forcer à participer aux activités pédagogiques. Forte de cette disponibilité de sa part, je lui propose de nouveau de faire son emploi du temps. Il se lève et va s'asseoir en face de moi, sur les genoux de l'éducateur. Ne souhaitant pas le brusquer et voulant lui faire comprendre que mon but est réellement de construire quelque chose avec lui, je lui souris, lui montrant que c'était une simple proposition et qu'il n'y a aucun problème à ce qu'il ne soit pas prêt. Je le relance une minute plus tard et lui amène sa pochette de pictogrammes. Je lui parle avec une voix douce et enveloppante, je lui raconte sa journée sur un ton léger et il accepte de les accrocher seul. Ce jour-là, j'ai vraiment tenté de ne pas laisser transparaître trop d'attente dans ma voix et dans mes paroles pour qu'il ne se sente pas envahi par la charge émotionnelle que pourrait représenter celle-ci. Je fais alors l'hypothèse qu'il est extrêmement sensible à l'attente qu'il peut percevoir chez l'autre, ce que mon attitude a permis de contourner. Je fais également l'hypothèse d'une importante anxiété interne, liée à des éprouvés corporels peut-être diffus et peu représentés pour lui, ce que la tessiture de ma voix a possiblement permis d'apaiser le temps d'un instant.

Je garde donc en tête d'utiliser une voix enveloppante et de peu manifester mes attentes. Ainsi, je pourrais m'essayer à vérifier cette hypothèse lors des futurs échanges. Je parviens à mettre cela en application le midi suivant, juste avant de manger, lorsque les enfants sont en train de se laver les mains pour aller au réfectoire. Aubin ne veut pas y aller et reste assis sur sa chaise. Je m'accroupie alors devant lui et lui propose, avec une voix posée et chaude, en lui présentant mes mains, que nous le fassions ensemble. Il les repousse et tourne la tête en riant. Cela ne semble donc pas fonctionner. J'insiste gentiment car comme il s'agit d'hygiène, mon but est ici de parvenir à ce qu'il se lave les mains. Je tente donc différentes approches. Je varie les tonalités de ma voix : je chuchote, j'adopte un ton plus ferme, je

chantonne, je le dis en riant... Il finit par me frapper au visage en rigolant. Je hausse alors la voix et lui dis que cela, ce n'est pas possible, on ne frappe pas. Je lui indique que j'ai bien compris qu'il n'est pas d'accord mais pour aller manger, il faut se laver les mains. Je radoucie ensuite ma voix et lui dis que je peux faire avec lui, que nous y allons ensemble. Comme il continue de me repousser, je le tire doucement par les bras mais il résiste. Je suis donc face à une impasse, car les hypothèses émises antérieurement ne se vérifient pas, ou bien je ne parviens pas à réellement les mettre en œuvre. Je me dis alors que je peux essayer autrement, en en faisant un jeu de poussées/résistances et le pousse donc gentiment dans le dos, comme deux enfants qui s'amuseraient. Il résiste toujours, je l'encourage, je lui dis qu'il peut le faire. Je ris, il rit, je lui dis que je crois en lui. Je mets ensuite mon genou entre le dossier de la chaise et son dos et continue de le pousser tout en l'encourageant, toujours dans une sorte de jeu. Il continue de rire, je ris toujours également et il finit par se lever et se diriger vers la salle d'eau. Je le suis, il se lave les mains. Je me mets à côté de lui et nettoie mes propres mains en lui indiquant, comme il peut le voir, que nous le faisons ensemble, comme promis. La méthode du jeu a donc fonctionné. Néanmoins, cela ne veut pas dire que mes hypothèses précédentes étaient erronées. Peut-être qu'elles ne s'appliquent simplement pas dans tous les contextes. Je m'essaye donc par la suite à mieux le comprendre, pour pouvoir m'adapter au mieux en fonction des situations.

Cet enfant me paraît tellement complexe et ne parlant pas, ayant un regard et un visage peu expressifs, je commence à m'intéresser plus profondément à ses comportements. En effet, je me dis que mieux le comprendre permettrait un meilleur ajustement de ma part et donc une qualité de lien plus importante. Un jour donc, en fin de séance, pendant que nous rangeons, Aubin, comme à son habitude, veut ranger les trois Swissball® en les empilant les unes sur les autres. Le souci est qu'elles sont rondes donc faire tenir en équilibre trois sphères n'est pas une mince affaire. Avec ma maître de stage, nous tentons de lui dire que ce n'est pas possible, elles ne pourront pas tenir comme cela, il faut les ranger autrement. Aubin s'obstine, cela semble l'angoisser que cela ne tienne pas en équilibre, il ne parvient pas à quitter la salle tant que cela ne tient pas. Malgré notre accompagnement verbal, il renifle bruyamment, s'agite un peu et continue ses tentatives. A ce moment-là je me dis que cela peut vraiment traduire ce qu'il vit dans son corps. Les trois ballons me font penser aux trois sphères que représentent la tête, la cage thoracique et le bassin. Le fait qu'elles ne tiennent pas l'une sur l'autre me renvoie à ce corps qui semble exploser en permanence et ne pas avoir de lien unificateur entre les parties. Cet acharnement à vouloir que cela s'empile pourrait traduire une forte angoisse que son corps s'écroule, ne tienne pas. De même, il n'y a pas une séance où il a accepté de retirer ses chaussures. Je me questionne sur les raisons de ce refus. Considère-t-il qu'elles fassent partie de lui ? S'il les enlève, a-t-il l'impression qu'on lui arrache une partie de lui-même ? Avec toutes ces hypothèses à l'esprit, je me mets à adopter une nouvelle attitude et à le recentrer sur son corps lors de nos échanges pour tenter de le rassurer sur ces possibles angoisses.

La fin d'une séance de multisports, et notamment le moment venu de remettre les chaussures, constitue un exemple intéressant. Habituellement, il est dans le premier groupe de multisports, dans lequel je ne suis pas, et lorsque j'arrive avec Hélios pour le deuxième groupe, il part en séance avec Alina. Cette fois-là, Alina est absente et Aubin reste sur le deuxième groupe. Nous sommes donc dans les vestiaires et les enfants doivent enfiler leurs chaussettes et leurs chaussures. Aubin est dans l'opposition donc je n'insiste pas et vais m'occuper d'un autre enfant. Je reviens vers lui par la suite, prends ses chaussettes et les pose sur ses genoux mais il les jette. Je les pose à côté de lui, sur le banc et lui demande s'il veut bien me donner son pied mais il le garde cloué au sol. J'appuie sur ses pieds, je lui en détaille les différentes parties et lui dis que nous allons remettre les chaussettes. Je prends son pied, il résiste, je réessaye et il accepte. Il me laisse lui remettre la première mais il l'enlève aussitôt pour l'enfiler lui-même. Il effectue ce manège trois fois, puis tire très fortement dessus vers le haut. Je lui enveloppe le pied de mes mains et tente de le rassurer en lui disant, d'une voix toujours douce et enveloppante, que la chaussette est bien mise, son pied est bien serré tout entier à l'intérieur, que cela va aller. Il accepte que je lui mette la chaussure. Je parviens à lui rhabiller l'autre pied et pour éviter qu'il réenlève le tout, j'appuie bien fort sur ses pieds pour qu'il les sente, tout en le rassurant sur le fait qu'ils sont bien là, bien enveloppés et attachés à son corps. Peut-être que les mots que j'ai mis sur ces angoisses ne sont pas les bons, peut-être que ce n'est pas cela qui l'inquiète. Toutefois, il ne semble pas pouvoir mettre de sens sur ce qui le traverse et je me suis dit qu'il valait mieux proposer une interprétation que le laisser seul face à son désarroi, et cela semble avoir d'ailleurs plutôt bien réussi à l'apaiser.

L'évolution de la relation s'est donc faite en essayant de le rencontrer sur son groupe éducatif, où j'ai pu être dans une relation plus duelle. Je me suis régulièrement questionnée, j'ai tenté d'adapter mes approches en fonction de mes hypothèses et cela fonctionnait relativement bien. Nous allons maintenant voir comment ma posture a plus concrètement évolué par la suite.

2.4. Adaptation et évolution de ma posture

Ma posture a évolué conjointement avec celle de ma maître de stage. En effet, nous nous sommes toutes deux ajustées au fur et à mesure des séances, notamment en laissant à Aubin des temps de récupération pour pouvoir intégrer les expériences proposées, car elles semblaient régulièrement le déborder. Il a même fini par trouver ses propres moyens de récupération. Par exemple, un jour où la somme de toutes les stimulations commence à l'engloutir, il se met dans le tonneau en plastique que Florianna referme avec une Swissball®. Nous attendons quelques instants, puis je gratte contre la paroi avec mes ongles. Il fait tourner le ballon et parfois cela laisse passer un jour dans lequel je glisse mon regard mais il referme aussitôt l'ouverture. Nous respectons donc ce besoin de mise à l'écart le temps qu'il faut pour qu'il puisse être de nouveau disponible.

De même, lors d'une séance durant laquelle il est assis sur une Swissball®, Florianna lui fait le tour du corps à l'aide d'un ballon mou et léger. Elle nomme simultanément les différentes parties contactées et Aubin s'agrippe à son pénis en manifestant une grande excitation. Ma maître de stage ne le regarde donc pas pour ne pas augmenter celle-ci mais elle lui parle, le berce et l'enveloppe d'un bain de parole en mettant du sens sur ce qu'il vit. Elle finit néanmoins par sentir que c'est trop : il se penche en avant pour se coller et se serrer fort contre elle. Elle s'éloigne donc tranquillement et vient me donner le ballon pour que je me fasse moi-même le tour du corps. Je reprends le même modèle en associant la mention des parties du corps au geste. Aubin est très attentif, il observe et écoute. Puis, l'excitation revient, il s'accroche de nouveau à son pénis, effectue de grands sauts et claque fort des pieds en souriant et émettant des cris. Nous décidons alors de nous allonger sur le sol pour nous récupérer. Nous respirons et verbalisons les flux d'air. L'air entre par les narines puis ressort par la bouche. Aubin se saisit de cette proposition de récupération et se met spontanément dans le tonneau qu'il ferme avec une Swissball®. Florianna commente la détente en parlant du dos bien appuyé contre la paroi du tonneau, des jambes regroupées, du fait d'être tout enveloppé comme dans le ventre de maman. En effet, cela nous renvoie aux circonstances particulières de la grossesse : il s'est développé dans un utérus cloisonné, ce qui offrait moins d'espace pour la mobilité. Il était par conséquent dans une posture d'autant plus regroupée et enroulée qu'un fœtus grandissant dans un utérus de taille classique. Je fais donc l'hypothèse que cette recherche de contenance manifeste pourrait être une sorte d'écho de son vécu psychocorporel intra-utérin.

Après quelques temps, il sort et va s'installer sur un tapis mou, dans les coussins. Nous continuons de commenter en lui disant que l'on peut également se détendre sur le mou car le corps tient aussi. Ce qui est à l'intérieur du corps reste à l'intérieur du corps. Il commence ensuite à s'intéresser aux pieds de Florianna. C'est pour nous le signe que cela commence à faire beaucoup d'expériences et qu'il vaut mieux écourter la séance pour qu'il puisse l'intégrer plutôt que de respecter le temps d'une séance complète où Aubin part en crise. Nous le préparons donc à la fin de la séance en rangeant, ce qu'il accepte bien et nous pouvons sortir sans soucis.

Lors d'une autre séance, Aubin est assis en travers du hamac et se balance d'avant en arrière, comme sur une balançoire. Florianna me propose de le rejoindre, ce que j'accepte en essayant de le préparer à mon arrivée. Je le préviens, je commente tous mes gestes : « Attention, j'arrive, je m'assois ». Il tourne la tête, me regarde et accepte ma présence. Nous sommes en contact par nos flancs et nous continuons le balancement. Il essaye d'aller plus vite mais je ralentis discrètement le mouvement en laissant mes pieds frotter le sol. Nous finissons par adopter un rythme particulièrement lent, ce qui l'incite à poser sa tête dans la toile. Nous le laissons profiter de cet instant de détente à laquelle il a tant de mal à accéder. Au bout d'un moment, il me pousse légèrement par l'épaule, me signifiant qu'il en a assez et

qu'il souhaiterait que je sorte. Pour ne pas simplement obéir comme s'il pouvait être maître de mon corps, je lui dis : « C'est fini ? C'est trop pour toi maintenant ? D'accord, je comprends, je descends. » Ce jour-là encore nous anticipons la fin de la séance avec un quart d'heure d'avance pour qu'il puisse s'y préparer et ne pas se désorganiser quand vient le moment.

Néanmoins, toutes les séances ne se déroulent pas sans accroc. Régulièrement, face à une règle imposée (comme pas de chaussures sur l'espalier) ou un refus de faire à sa place, il s'énerve et cela prend des proportions gargantuesques. Il se met au sol, donne des coups de pieds dans les murs et les portes, hurle à pleins poumons, se regarde pleurer dans le miroir en essayant violemment ses larmes. La difficulté avec cet enfant est que cela arrive sur tous les lieux du centre : lors des activités, sur son groupe de vie, dans la cour... Les professionnels sont bien souvent démunis et impuissants face à la puissance de ces crises. Nous avons donc estimé avec Florianna qu'il était important de pouvoir lui offrir un espace dans lequel vivre cette colère et cette frustration, pouvoir lui en dire quelque chose et l'aider à traverser ces états d'âme. Un jour donc, alors qu'il est allongé au sol sur le dos à hurler et pleurer, elle va chercher les pictogrammes des différentes émotions en lui disant qu'elle pense qu'il ressent plein d'émotions en même temps dans son corps et que c'est difficile à gérer pour lui. Il y a la colère de ne pas avoir ce qu'on veut, la tristesse aussi et peut-être la peur de ne pas être compris, de ne pas pouvoir tout contrôler. Elle ponctue ses paroles en lui présentant une à une les images. Cela permet de le calmer, il ne hurle plus mais continue de pleurer et il gémit. Ses yeux sont mouillés et cela semble le déranger car il appuie fortement sur ses yeux et tire sur ses paupières. En continuant de donner du sens sur ce qu'il vit, il finit par se calmer.

Pour conclure ce second exemple clinique, je dirais que l'adaptation de ma posture s'est faite grâce à une attention soutenue envers les éléments ayant tendance à le désorganiser. Mon analyse des situations s'est affinée au cours du temps et une danse s'est installée entre lui, ma maître de stage et moi. Nous lui proposons des stimulations et des activités en restant toujours vigilantes au trop plein que cela pouvait générer. Nous modulions et régulions en permanence la distance entre lui et nous, les expériences proposées, l'intensité des stimulations, la frustration et la satisfaction. Nous effectuons des allers-retours, un pas vers lui puis en retrait dès que c'était trop. Nous avons pris le temps de le laisser vivre ses émotions et nous lui avons fait un retour avec nos propres interprétations. Nous avons aménagé le temps de séance pour qu'il puisse anticiper la fin et ne pas se désorganiser. Enfin, nous avons fait attention à ne pas manifester trop d'attentes envers lui pour qu'il ne ressente pas la pression de devoir satisfaire l'adulte ou la détresse d'échouer. Nous avons d'ailleurs pris le temps d'échanger après les séances dans le but de nous ajuster au mieux lors des suivantes.

3. Conclusion clinique

Je vous ai donc partagé mon vécu auprès de deux enfants diagnostiqués avec un trouble du spectre autistique et qui de surcroît n'ont pas acquis la production du langage oral. Nous avons vu à quel point il peut être difficile d'entrer en relation avec eux mais cela est tout de même possible. A travers ces exemples cliniques, nous avons suivi l'évolution de cette relation en remarquant que certaines modifications de postures et d'attitudes de ma part ont permis une meilleure adhésion de l'enfant à l'interaction et à l'offre de soin. La communication et la compréhension mutuelle ne sont pas toujours aisées mais nous avons pu relever des progrès concernant les qualités relationnelles développées par les patients. Avec le recul, je remarque également des améliorations de mon côté concernant la communication : au début, je parlais beaucoup, j'essayais de mettre du sens sur ce que l'enfant pouvait traverser, mais j'avais peut-être tendance à en dire trop, à faire des phrases trop complexes. Comme j'ai pu me rendre compte que la temporalité chez ces enfants n'est pas la même (tout semble aller trop vite), j'ai appris au fur et à mesure à continuer de donner du sens mais en modulant mes propos : pas trop de langage, une seule consigne à la fois, syntaxe moins absconse... Ainsi, mes paroles semblaient être plus compréhensibles par l'enfant, ce qui lui permettait de pouvoir mieux y répondre, de pouvoir mieux s'investir dans notre relation.

A l'issue de ces rencontres, quelques questions me taraudent : ces difficultés relationnelles sont-elles spécifiques aux enfants que j'ai rencontrés ou inhérentes au trouble du spectre autistique et dans ce cas quels sont les facteurs de ce trouble qui induisent ces interactions mal ajustées ? Y a-t-il des méthodes ou des alternatives au langage verbal pour pouvoir mieux communiquer avec ces enfants ? Quels sont concrètement les éléments qui ont permis à notre relation d'évoluer et qu'aurais-je pu mettre en place pour que cela soit d'autant plus thérapeutique ? Le fait que je sois stagiaire a-t-il eu un impact dans notre capacité à interagir et par conséquent dans la construction de notre relation ?

Nous allons tenter de répondre à ces interrogations en commençant par lier ces exemples cliniques aux théories existantes sur les troubles du spectre autistique pour aborder d'un point de vue plus général l'organisation psychomotrice de ces enfants. Nous verrons ensuite les différents modes de communication à notre disposition pour entrer en relation avec eux. Enfin, nous étudierons les piliers de la relation thérapeutique pour comprendre ce qui permet la construction de celle-ci et son importance dans le processus soignant. Nous reviendrons sur la question de la posture de stagiaire dans une partie discussion pour mettre en évidence les influences que cela a pu avoir.

Partie II : Théorico-clinique

1. L'organisation psychomotrice des enfants autistes

1.1. Généralités sur l'autisme

Il existe différentes échelles de classification pour diagnostiquer les troubles psychiatriques. L'autisme étant une entité très complexe, faisant l'objet de beaucoup de recherches depuis de nombreuses années, les critères varient, plus ou moins, d'un manuel à l'autre. En France, depuis 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande l'utilisation de la cinquième version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM 5) pour diagnostiquer l'autisme. Cette classification étant la plus récente et celle recommandée par la HAS, je me référerai à celle-ci pour me situer au plus près des dernières études et découvertes.

Le DSM 5 parle de Troubles du Spectre Autistique (TSA), eux-mêmes appartenant à la grande catégorie des Troubles Neurodéveloppementaux (TND). Les critères diagnostiques sont répartis en deux dimensions symptomatiques, à savoir :

- ✚ Des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés
- ✚ Le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités.

Les symptômes doivent être présents depuis la petite enfance et, combinés, altèrent le fonctionnement quotidien. Les premières anomalies apparaissent toujours avant trois ans. Elles sont parfois visibles dès le début de la vie ou progressivement. D'autres fois, l'apparition est plus brutale et se fait en quelques mois après une période de développement normal. Les premiers signes sont plutôt constitués par l'absence de mise en place de certaines fonctions plutôt que par l'existence de réels symptômes.

1.1.1. Anomalies de la communication et des interactions sociales

On retrouve très souvent un **déficit de la réciprocité sociale ou émotionnelle**, c'est-à-dire qu'ils présentent des difficultés à exprimer et comprendre les émotions et les affects. Cela donne lieu par exemple à une absence de sourire réponse, ils ne répondent pas lorsqu'on les appelle, ils ont des difficultés à avoir accès à l'implicite...

Les **comportements de communication non-verbaux** utilisés au cours des interactions sociales sont également **déficitaires**. Cela se traduit par une absence ou une pauvreté de l'usage des gestes

instrumentaux à valeur sociale : l'enfant ne fait pas oui ou non de la tête, « coucou » avec la main, ne lève pas les bras pour demander le portage... Il y a en outre une absence ou une pauvreté de l'utilisation du pointage, le contact oculaire est rare ou fluctuant, la prosodie est étrange, les expressions faciales sont faibles et peu variées...

L'enfant présente par ailleurs des **anomalies des relations sociales** que l'on repère par une absence ou une anomalie du jeu : il ne participe pas à des jeux sociaux réciproques (les comptines par exemple), il ne joue pas à faire semblant (avec la dinette, ne crée pas de scénarii avec les jouets). Les anomalies se traduisent également par des difficultés de compréhension des conventions sociales qui aboutissent à une maladresse sociale (ne prend pas en compte le point de vue de l'interlocuteur), un isolement relationnel (difficultés à se faire des amis) et un déficit de motivation sociale (l'enfant est peu intéressé par les relations sociales avec ses pairs).

1.1.2. Caractère restreint et répétitif des comportements et des activités

Les enfants porteurs de TSA présentent majoritairement des **comportements répétitifs et stéréotypés** comme les stéréotypies motrices (mouvements répétitifs du tronc, de la tête, du buste...) ; l'utilisation répétitive d'objets tels que l'alignement des jouets, faire tourner la roue d'une petite voiture ; les stéréotypies verbales (l'enfant produit des sons de manière répétitive sans intention de communication, c'est ce qu'on appelle les écholalies : l'enfant répète un son ou un mot après l'avoir entendu, immédiatement ou en différé) ; le langage idiosyncratique (inventé par l'enfant et utilisé de façon stable).

Ces enfants manifestent également une **adhésion inflexible à des routines** et une grande **intolérance au changement**. Ils ont besoin de faire les mêmes itinéraires chaque jour, de manger la même nourriture, de porter la même couleur de vêtements... Leurs comportements sont ritualisés avec, par exemple, des questionnements répétitifs, des vérifications autour de la lumière (bien éteinte ou bien allumée). L'intolérance au changement, ou besoin d'immuabilité, se remarque par la détresse qu'ils affichent à la suite d'un changement, même mineur, dans leur environnement (changement de position d'un vase, modification de trajet).

« Le changement perpétuel qu'il fallait affronter partout ne me donnait jamais le temps de me préparer. C'est pourquoi j'éprouvais tant de plaisir à faire et refaire toujours les mêmes choses. »
(Williams, 1992, p. 72)

De même, leurs **centres d'intérêts sont restreints et fixes**, anormaux soit dans leur intensité, soit dans leur but. L'enfant peut faire montre d'un attachement idiosyncratique à des objets insolites comme

une casserole, une tige métallique ou un caillou. Ses peurs sont par ailleurs souvent inhabituelles au regard de l'âge chronologique : il peut avoir peur de quelqu'un qui tousse ou qui chante, peur de se faire couper les cheveux ou d'enlever ses chaussures. Ses intérêts sont fréquemment excessivement circonscrits ou persévérants (intérêt extrême pour les chiffres, les lettres, les lignes de métros, les dinosaures...).

On relève également des **particularités sensorielles** dans l'autisme. Celles-ci s'expriment par une hypo ou une hyperréactivité à certaines stimulations ou par un intérêt inhabituel pour les aspects sensoriels de l'environnement. L'enfant peut avoir une apparente indifférence à la douleur ou à la température, une irritabilité excessive aux bruits mêmes ténus, des comportements de flairage des objets ou un accrochage aux stimuli lumineux.

Il y a beaucoup de choses que je trouvais difficiles, comme me brosser les dents. Le son rêche des dents que l'on brosse m'était physiquement pénible et quand je passais près de la salle de bain, il fallait que je me bouche les oreilles et que j'attende que le bruit s'arrête avant de faire autre chose. (Tammet, 2009, p. 114)

Tous ces points sont des généralités, chaque enfant présente ses propres particularités. Il ne remplira donc pas tous les critères car il est unique en son genre. Je vais maintenant m'intéresser aux particularités de l'autisme d'un point de vue davantage psychomoteur et centré sur ce que j'ai pu observer sur mon lieu de stage.

1.2. Le tonus et les habiletés motrices

Le tonus est l'état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité de nos muscles. Il maintient les postures et les attitudes et constitue la toile de fond des activités motrices et posturales. Chez les enfants autistes nous retrouvons des discordances toniques :

Le fond tonique sur lequel la motricité se déploie se révèle d'une instabilité extrême, variant d'un côté entre des effondrements toniques (marqués par une hypotonie remarquable) et de l'autre des mouvements de raidissements poussés à leur paroxysme, nous introduisant à une formidable mise en tension dichotomique entre le mou et le dur, la liquéfaction et la solidification, la mort et la survie. (Boutinaud, 2013, p. 78)

Nous pouvons aussi fréquemment observer ce qu'on appelle le tonus pneumatique. Cela correspond au maintien du buste en position redressée par la rétention du souffle. « Le blocage de la respiration est une conduite fréquente lorsque les coordinations entre les deux hémicorps ne peut [sic] s'opérer. L'équilibre entre flexion et extension n'est pas atteint et la position en cyphose domine. » (Bullinger, 2013, p. 16)

Ce « tonus pneumatique », s'il s'installe au détriment de l'équilibre entre musculature de flexion et d'extension, entraîne des complications orthopédiques, limite les interactions avec autrui à la durée de l'apnée et ne permettra pas des coordinations entre les espaces gauche et droit du corps. (Bullinger, 2006, p. 133)

J'ai rencontré Annabelle en stage, qui a construit sa verticalité par tonus pneumatique et y a toujours recours. Physiologiquement, cela l'a conduite à une posture en hyperextension avec une lordose lombaire très marquée et des difficultés dans la marche. En séance, lorsqu'elle est très intéressée par un objet ou une interaction avec moi ou ma maître de stage, elle bloque complètement sa respiration pour maintenir le lien et ses capacités instrumentales. C'est très impressionnant et parfois je me rends compte que moi-même, en réponse, je retiens également mon souffle. Si je ne reste pas vigilante à cela, je peux ressortir de la séance complètement essoufflée.

Toutes ces dysharmonies de tonus ont un retentissement sur la sphère motrice de l'individu dont la motricité aura fréquemment une apparence disharmonieuse, voire désarticulée. En psychomotricité, nous utilisons des échelles d'évaluation pour objectiver le stade de développement auquel en est l'enfant. Or, en ce qui concerne les échelles des conduites motrices de base et la coordination, « l'ensemble des items et des épreuves qu'elles comportent provoquent ... tout un ensemble de réponses plus ou moins bien réussies mais souvent caractérisées par une maladresse certaine, voire une impossibilité à réaliser les demandes du clinicien » (Boutinaud, 2013, p. 79).

Nous pouvons scinder la motricité en deux grandes catégories : la motricité globale et la motricité fine. La motricité globale se réfère au contrôle de l'ensemble du corps (marche, course, saut, lancer...) et la motricité fine aux mouvements fins et précis, en général de la main et des doigts.

En ce qui concerne les coordinations dynamiques générales, il y a parfois une bizarrerie dans la démarche. Le sujet autiste a une attitude figée, une pauvreté des mouvements synchronisés et

peu de ballant des bras. Les coordinations et dissociations des mouvements impliquant les deux hémicorps sont aussi difficiles. Régulièrement, les enfants autistes ont une marche sur la pointe des pieds. (Madrennes, 2021)

Concernant la motricité fine et même plus précisément les praxies (mouvements coordonnés dirigés vers un but, fruits d'un apprentissage complexe automatisé), « les gestes réalisés sont incomplets, simplifiés, abrégés, maladroits, voire même complexifiés ou parasités (par des syncinésies [(mouvements involontaires accompagnant de manière non nécessaire un mouvement volontaire)], voire des bizarreries) » (Boutinaud, 2013, p. 80).

Les compétences motrices des enfants TSA apparaissent toutefois variables tant dans leur expression que dans leur intensité. Ainsi, l'hétérogénéité des niveaux de développement observée chez ces enfants se traduit sur le plan moteur par un continuum allant de difficultés praxiques majeures fréquentes à des compétences motrices exceptionnelles mais rares (manipulation d'objets, construction de dessin). Par ailleurs, il est courant de constater au sein du domaine de la motricité une grande variabilité des habiletés motrices. On peut ainsi, chez un même individu, observer des difficultés spécifiques dans le domaine de la coordination associée à des compétences en dextérité manuelle supérieures à son niveau de fonctionnement voire supérieures à celles attendues compte tenu de son âge chronologique. (Perrin, 2019, p. 132)

1.3. L'exploration de l'espace et des objets

Concernant l'exploration de l'espace et des objets, nous pouvons tout d'abord remarquer que les repères spatiaux ne sont pas bien construits et intégrés. Par ailleurs, l'investissement de l'espace est particulier. En effet, l'enfant peut être figé, entretenant une stéréotypie unisensorielle spécifique (comme lorsque le regard est accroché à la lumière du plafond), ce qui indique une perception de l'espace unidimensionnelle. Il peut également être accroché à deux canaux sensoriels (comme la vision et le son), indiquant une perception de l'espace bidimensionnelle. Bien souvent, les enfants accueillis à l'hôpital de jour sont « bifaces », sans cette perception de profondeur, sans accès à la tridimensionnalité.

Je pense notamment à Hélios, qui lorsque nous montions en séance, était pris dans les sensations visuelles, fixant les lumières du plafond. Cela le ralentissait dans son déplacement, voire le faisait se rapprocher dangereusement des murs.

Je pense également à Gary, lors des moments de détente dans le hamac. Il se perdait dans les reflets du soleil que l'on pouvait observer sur les grilles des lampes plafonnières éteintes. Cela avait le mérite de l'aider à se poser et se détendre mais bien souvent, cela le coupait de la relation.

On peut également retrouver des comportements d'adhésivité aux murs, avec des enfants collés aux parois, comme s'ils cherchaient à se fondre dans le décor. Leurs trajectoires vont généralement être linéaires et sans fond. Nous pourrions les comparer à des courants d'air, ces enfants qui fusent comme s'il n'y avait aucune limite qui pourraient les arrêter dans leur course. Des enfants qui, quand une porte s'ouvre, semblent être aspirés dans cette ouverture.

Par ailleurs, l'investissement des objets est lui aussi insolite : soit il n'y a pas de conduites exploratoires soit l'objet est utilisé de manière peu conventionnelle (faire tourner un verre comme une toupie par exemple).

1.4. Les angoisses corporelles

Les personnes présentant un TSA sont sujettes à de violentes angoisses centrées sur le corps. Certains qualifient ces angoisses d'archaïques, c'est-à-dire très anciennes, qui renvoient au début du développement. Elles ne sont cependant pas en lien avec l'âge et peuvent être convoquées à tout moment de la vie. Ces angoisses sont également identitaires car elles renvoient aux bases de l'identité (« Qui je suis ? Comment je fonctionne ? »). Elles sont très souvent difficilement transcriptibles au niveau du langage. Les patients traversent des ressentis qu'il est extrêmement ardu de mettre en mots.

Les types d'angoisse que l'on retrouve majoritairement dans l'autisme sont les vécus de chute sans fin (sensation de ne plus être porté, que ce soit par son propre corps ou le sol), de liquéfaction (à la fin d'une séance de pataugeoire, ils peuvent avoir des réactions de terreur quand on enlève la bonde et que l'eau s'en va, on imagine qu'ils ont la sensation de partir avec l'eau) ou encore de désintégration (certains disent avoir l'impression que certaines parties de leur corps disparaissent, tombent ou implosent).

Tous ces vécus posent la question de la façon dont ils se défendent face à ces ressentis. J'aborderai plus loin ces mécanismes de maintien, de survie, car pour se sentir exister, ces enfants alimentent un

certain nombre de conduites qui permettent de garder l'illusion d'un repérage et la possibilité de limiter un dedans et un dehors. Ce sont, selon moi, des façons de rentrer en contact avec leur corps, de changer leur rapport au corps.

1.5. La problématique de l'enveloppe corporelle

D. Anzieu pose l'hypothèse d'un Moi-peau qui serait « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps » (1995, p. 119). Cette notion de Moi-peau cherche à éclairer la construction du sentiment d'existence, d'identité du bébé. Elle explique comment le très jeune enfant se constitue son Moi, c'est-à-dire une entité à part entière, différenciée d'autrui. Selon D. Anzieu, cette construction identitaire, ce sentiment d'unité et de différenciation s'étaye sur la peau.

La peau est une enveloppe physiologique qui délimite l'intérieur et l'extérieur de notre corps mais pour D. Anzieu, elle a également une fonction psychique qui permet de contenir, envelopper, protéger l'appareil psychique. Cette fonction psychique s'étaye sur la fonction corporelle car selon lui, « tous les processus de pensée ont une origine corporelle. C'est donc la spécificité des expériences corporelles qui va se traduire par la spécificité des processus de pensée et par les angoisses et les inhibitions correspondantes » (1995, cité dans Sechaud, 2007, p. 23).

Il postule également que ce Moi-peau est composé de deux feuillets : la face externe, que l'enfant va distinguer par les soins corporels reçus, et la face interne, qu'il va identifier par les signaux internes perçus. Ce double feuillet va permettre la distinction dedans/dehors du corps ainsi que la notion de volume. Le Moi-peau s'étaye donc sur trois fonctions de la peau :

- ✚ C'est le sac qui retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, le soin et le bain de parole y ont accumulé,
- ✚ C'est la barrière qui protège des agressions en présence des êtres ou objets (qui commence à déterminer un Moi/non-Moi),
- ✚ C'est un lieu et un moyen primaire d'échange avec autrui, comme la bouche (perméabilité).

En revanche, cette fonction de Moi-peau ne se serait pas ou mal constituée chez les enfants autistes, ce qui donne des conduites qui viseraient à pallier le manque d'enveloppe et de contenance corporelle. Ainsi, cela peut se traduire par une recherche de fusion avec le psychomotricien, en venant se coller fortement à lui. On pourrait se demander si cette recherche de fusion ne renvoie pas au besoin de l'enfant de retrouver l'enveloppe utérine, protectrice et nourricière. Ce serait donc une fixation, définie en psychanalyse comme la « persistance d'une recherche de satisfactions libidinales liées à un objet

disparu » (Larousse en ligne, s. d.).

Les fixations et régressions à cet état verront donc l'expression de la tendance à la fusion avec l'objet idéal et tout sera mis en œuvre pour maintenir l'illusion de se sentir comme « hébergé » dans la psyché de l'autre ; les patients présentant ces pathologies vont exprimer comme une nécessité impérieuse de se loger à l'intérieur de l'autre, (fantasmes de peau commune) pour se défendre d'une extériorité extrêmement menaçante, « et pour préserver un moi fragile et dur à la fois qui est toujours en danger de se casser en morceaux ». (Jacob, 2001, p. 57)

En outre, les enfants autistes, comme nous l'avons vu, manifestent des stéréotypies motrices mais ont également une tendance à la raideur musculaire qu'A. Veesser interprète ainsi :

Le mouvement participe à une tentative de prise de conscience d'une enveloppe corporelle unifiée : il stimule les récepteurs de sa peau ainsi que les propriocepteurs. Rigidifier son tonus musculaire peut apparaître comme une défense face à des angoisses extérieures, défense permettant de se former une carapace rigide, tonique, une sorte de « seconde peau musculaire » décrit par E. Bick (1967). (2015, p. 140)

J. Boutinaud partage également ce point de vue en avançant que « les sursauts toniques et le maintien d'une certaine raideur nous font penser à une tentative pour maintenir une cohésion corporelle » (2013, p. 78)

Tous les éléments cliniques que l'on repère chez ces enfants nous font donc dire que l'enveloppe corporelle est défaillante. Cependant, J. Boutinaud présume que les limites dedans-dehors sont établies, seulement elles ne sont pas solides ou stables :

Notons tout d'abord que, si les limites dedans-dehors sont présentes, elles sont par contre mal assurées : la frayeur chronique qui ne peut dès lors que saisir l'enfant concerne l'effacement ou l'explosion de cette séparation, ce qui le menace de se diluer avec le monde extérieur. L'enveloppe corporelle peut dès lors être appréhendée comme poreuse ou même trouée, menaçant de céder, d'exploser et de voir les contenus corporels se répandre à l'extérieur. La fonction contenante du Moi Peau (tel qu'a pu le décrire Anzieu) ne paraît pas ici établie. (2013, p. 116)

Les comportements qu'Aubin a pu manifester en refusant d'enlever ses chaussures (cf. I.2.3 et I.2.4), en tirant fort sur ses chaussettes, en cherchant à se faire tout petit et se recroqueviller dans le tonneau me font penser à une tentative de création de seconde peau, pour pallier ce manque d'enveloppe psychique.

En outre, Aubin semble s'inscrire dans une confusion importante entre ce qui vient du dehors et du dedans de son corps. Les enveloppes sensorielles qu'il crée, ainsi que la recherche d'une forme d'immuabilité de son environnement, pourraient être une manière de se sécuriser face à cette confusion. Aubin manifeste également un besoin de contenance en s'intéressant particulièrement aux objets creux et cloisonnés dans lesquels il s'installe replié sur lui-même. Tous ces éléments me renvoient donc à cette notion d'enveloppe, qui serait peu établie chez lui.

De même, lorsque Hélios est sujet à un trop plein de stimuli sonores et de mouvements autour de lui, cela peut générer des moments importants d'agitation et des cris. Ceux-ci lui permettent peut-être de se recréer une enveloppe jusque-là intrusée par les flux externes de son environnement.

1.6. La sphère sensorielle

La nouveauté du DSM 5 par rapport au DSM IV est la prise en compte des particularités sensorielles dans les critères diagnostiques. En effet cela concernerait 70% des personnes TSA.

L'intégration sensorielle est un processus neurophysiologique grâce auquel l'individu va filtrer, organiser et traiter les informations sensorielles issues de son organisme et de l'environnement pour produire une réponse adaptée. Une hypothèse aujourd'hui est que l'autisme serait un « trouble d'intégration sensorielle dans lequel le cerveau est incapable de donner un sens aux sensations afin de pouvoir les organiser en perception puis finalement arriver au concept (Ayres, 1979) » (Bogdashina, 2012, p. 33).

Selon W. Dunn, nous réagissons aux stimuli en fonction de notre seuil d'activation neurologique qui « fait référence au niveau de stimulation nécessaire pour obtenir une réponse d'un neurone » (2010, p. 7). Elle dégage ainsi trois profils : ceux avec un seuil élevé, ceux avec un seuil bas et ceux avec un seuil correct. Un seuil élevé entraîne une hyposensibilité aux stimuli (l'enfant ne les perçoit pas assez) qui engendre soit une absence ou une faible réactivité si l'enfant reste dans cette hyposensibilité, soit une recherche de sensations pour atteindre le seuil d'activation. Un seuil bas entraîne, quant à lui, une hypersensibilité aux stimuli (l'enfant les perçoit trop) qui engendre une réactivité plus rapide et plus intense et peut conduire à un évitement des sensations.

Le traitement de l'information sensorielle repose sur trois processus :

- ✚ La **modulation** qui permet de faire le tri entre les informations pertinentes et non-pertinentes par activation ou inhibition des messages nerveux du système nerveux central. C'est un filtre essentiel pour pouvoir adapter son comportement.
- ✚ L'**habituation** qui est le fait que dans une situation familière à l'individu, les capacités attentionnelles ne vont pas être mobilisées. Le schéma est connu, reconnu comme habituel et donc l'activité des cellules neuronales est moins importante.
- ✚ La **sensibilisation** qui est le mécanisme du système nerveux qui permet d'amplifier les stimuli qui peuvent apparaître comme importants. Il est essentiel dans les situations de danger.

Des perturbations peuvent apparaître au sein des trois processus. Nous pouvons donc aisément comprendre que des troubles de l'intégration sensorielle puissent engendrer des troubles du comportement ou un retrait dans les interactions sociales. En effet, « des perceptions anormales pourraient donner lieu à des degrés d'anxiété très élevés, qui auraient pour résultats des comportements obsessionnels et compulsifs faisant ainsi partie des critères les plus communément acceptés, des problèmes secondaires du développement (DELATO, 1974) » (Bogdashina, 2012, pp. 33-34).

Repensons à Aubin qui semble présenter une hypersensibilité tactile : le toucher peut générer des réactions ambivalentes chez cet enfant. Il peut à la fois l'éviter à cause des réactions d'irritations tactiles (orteils en griffe, recrutement tonique) que cela peut générer, mais d'autre part, il peut activement le rechercher, de manière très intrusive (comportement de collage à autrui), provoquant alors une grande excitation chez lui.

Nous le retrouvons également dans de nombreuses stimulations sensorielles : vestibulaires, par le mouvement permanent et les activités de rebondissement (Swissball®, trampoline, sauts) ; visuelles par ses agrippements au miroir ; et olfactives par son attirance pour les odeurs fortes comme celles des pieds ou de la poitrine.

Ces particularités sensorielles peuvent néanmoins être un appui dans la rencontre. En effet, l'attirance d'Hélios pour le sonore et le vibratoire (sensibilité profonde) a représenté un canal d'entrée en relation. J'ai pu me reposer sur cet intérêt pour interagir avec lui, au travers du rythme et des percussions osseuses notamment.

1.7. La sphère relationnelle

Comme nous avons pu l'évoquer avec les critères diagnostiques du TSA, la sphère relationnelle est particulièrement impactée dans l'autisme. Les autistes ont tendance à être dans le retrait de la relation ou dans une tentative d'interaction bien mal ajustée. Mais ces comportements ont une raison d'être.

Cette rupture relationnelle a un rôle protecteur par rapport à la désorganisation interne qui s'exprime bien souvent par l'intermédiaire du corps. Le corps est le seul élément de réalité dont le sujet ne peut pas se défaire, à moins qu'il ne choisisse la mort. Il est saisissant de voir à quel point le corps se trouve être le moyen d'expression de la déstructuration de la pensée. On assiste même parfois à une véritable apocalypse psychocorporelle. (Defiolles-Peltier, 2010, p. 9)

Les attitudes de l'enfant peuvent alterner entre la fusion, la recherche d'interpénétration et l'attaque envers le clinicien. Nous pouvons être parfois perçus comme bienfaisants, comme une figure maternelle à laquelle se raccrocher et par le même enfant être plus tard considéré comme mauvais et persécuteur à la suite d'un interdit posé par exemple.

Dans une confusion constante et source d'excitation, l'enfant apparaît ici comme repoussant le monde extérieur tout en l'investissant simultanément, le haïssant puis l'aimant tour à tour, l'attaquant et le protégeant, l'introjectant et le rejetant dans d'interminables mouvements de « va-et-vient » qui parasitent toute possibilité d'établir une vraie relation. (Boutinaud, 2013, p. 106)

Par ailleurs, « la majorité des auteurs considère que le fonctionnement cognitif autistique est caractérisé par un retard de développement de la théorie de l'esprit et des troubles de l'intersubjectivité » (Tanet-Mory, 2014, p. 106). La théorie de l'esprit est la « capacité d'attribuer des états mentaux à soi-même et aux autres, et à interpréter le comportement d'autrui en termes d'états mentaux. Elle permet d'identifier l'émotion, de comprendre les intentions communicatives d'autrui » (Tanet-Mory, 2014, p. 107). Cette aptitude serait donc déficitaire dans l'autisme, ce qui engendrerait des troubles de l'empathie. Ils peuvent parfois apparaître comme insensibles face à un événement émouvant car ils sont en réalité en pleine analyse cognitive et intellectuelle de la situation. Or, pour les personnes porteuses de TSA, il semblerait que les facultés de penser et de s'émouvoir ne puissent être concomitantes. Il n'y aurait donc que deux polarités possibles : ressentir mais être alors envahi par les émotions sans possibilité de mise à distance, ou penser et dans ce cas, il n'y a pas de place disponible pour expérimenter les sentiments qui

y sont liés. Cette apparente insensibilité peut entraver le lien relationnel qui tenterait de s'établir mais « l'enfant autiste, nous dit D. Houzel, en fait, est très sensible, trop sensible au désir et à l'attente d'autrui, mais cette attente est pour lui source d'angoisse... » (Boutinaud, 2013, p. 128). Avoir trop d'attente vis-à-vis de l'enfant serait donc angoissant pour lui et cette angoisse se manifesterait par les différents troubles relationnels que nous avons évoqués.

Cela me renvoie à Suzie, qui dès que nous lui demandons de faire quelque chose (comme enlever son manteau ou mettre des jetons dans une tirelire) et que nous laissons transparaître notre désir qu'elle réussisse, se laisse tomber au sol en affichant un sourire ou encore baisse son pantalon et ses dessous, provoquant (à dessein ?) chez le professionnel des réactions d'exaspération, d'impatience, de mécontentement...

En outre, la difficulté que l'on peut éprouver dans la relation avec l'enfant TSA est la confusion que nous pouvons ressentir face à une manifestation émotionnelle dont nous n'arrivons pas à déterminer la nature.

Il arrive que l'enfant présente une excitation extrême (pouvant se manifester par des cris, une agitation psychomotrice) qui marque non pas l'absence d'affects mais bien son incarnation sous une forme très primitive et indifférenciée : au vide émotionnel se substitue alors le jaillissement d'un proto-affect (voir F. Joly, 1997) qui saisit l'enfant « à bras le corps ». Il est alors difficile de savoir si sa nature le situe du côté du plaisir ou de l'angoisse, tant sa tessiture reste embryonnaire et inaboutie. (Boutinaud, 2013, p. 127)

Lors de certaines séances Snoezelen, cela arrivait à Hélios de grimacer fortement en regardant les fils lumineux ou de partir dans de grands cris qui parfois s'interprétaient aisément comme du plaisir quand d'autres fois je n'étais absolument pas certaine de ce qu'ils pouvaient véhiculer comme message.

Comment dans ces moments être sûrs de comprendre ce que traverse l'enfant et pouvoir mettre en mot ce qu'il vit ? Nous pouvons être dans une impasse relationnelle et ne pas savoir comment répondre aux affects de l'enfant.

Enfin, il n'est pas rare que l'enfant nous investisse comme une prolongation de son propre corps

et qu'il se serve de nous comme d'un objet capable de satisfaire ses moindres désirs. Il peut alors nous prendre la main pour attraper l'objet qu'il convoite ou refuser d'être acteur de ses mouvements et exiger que l'on fasse à sa place (cf. 1.2.3). Être ainsi réifié ne facilite guère les interactions et l'entrée en relation.

1.8. Les mécanismes de défense

Nous allons maintenant voir les diverses stratégies mises en œuvre par l'enfant autiste pour pallier les défauts de constitution psychique qui expliqueraient les comportements que l'on peut observer.

➤ **Le clivage**

Le clivage désigne « la coexistence, au sein du Moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle » (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 67), ces deux attitudes « persistant l'une à côté de l'autre sans s'influencer réciproquement » (Boutinaud, 2013, p. 110).

M. Klein, quant à elle, parle de clivage de l'objet qui est le mécanisme scindant l'objet pulsionnel en un bon et un mauvais objet ne donnant pas accès à l'objet total, qui lui, est à la fois bon et mauvais. Cliniquement cela donne les attitudes décrites précédemment d'idéalisation et d'attaque du thérapeute. Cela peut aussi nous amener à avoir affaire à un enfant qui nous donne à voir des comportements complètement différents d'un espace à l'autre, d'une séance à l'autre ou même au sein d'une même séance.

Pensons ici à Aubin qui accepte d'enlever ses chaussures en groupe de motricité fine mais que cela semble terroriser et vraiment mettre à mal en séance de psychomotricité. De même, lorsqu'il est en crise, il suffit parfois de sortir de la pièce dans laquelle elle s'est déclenchée pour que soudainement tout aille mieux, comme si rien ne s'était passé.

Nous avons aussi l'exemple de Gary, très sensible aux bruits et aux mouvements. Dès que son seuil de tolérance (extrêmement bas) est atteint, il se met à pleurer, frapper et jeter des objets à travers la pièce. Cela prend des proportions démesurées qui nous obligent à l'éloigner de l'élément déclencheur et des autres enfants qu'il pourrait blesser. Même si nous ne sommes pas à l'origine de la perturbation, il peut nous attaquer, même une fois le souci écarté. Puis, brusquement, le débordement cède et il repart en sautillant, tranquillement, parfois même en nous prenant par la main pour nous inviter à jouer.

Ce clivage peut être lu comme une « protection provisoire pour éviter d'être... [submergé] par des

vécus trop intenses et inélaborables quand des troubles sensoriels dépendant de leur hypersensibilité, ne leur permettent pas de filtrer des expériences trop complexes, trop intenses ou trop imprévisibles » (Lheureux-Davidse, 2015, p. 93). L'écueil rencontré avec ce clivage est qu'il entraîne « une perte de liaisons entre les éléments psychiques et ne... [favorise] pas la faculté de se relier aux autres » (Lheureux-Davidse, 2015, p. 96).

➤ **Le démantèlement**

« Le démantèlement est un mécanisme envisagé par D. Meltzer et ses collaborateurs (1980) comme un processus tout à fait central dans l'autisme. » (Boutinaud, 2013, p. 129) La théorie en question est que ces enfants ne parviendraient pas à faire la synthèse de toutes les données issues de leurs sens. Dans le fonctionnement psychique neurotypique, un processus permet de détricoter les flux sensoriels pour les articuler entre eux et rendre possible la compréhension des phénomènes se déroulant en lui et dans le monde extérieur.

Le démantèlement est donc une opération subie par l'enfant autiste qui amène ses différents sens à errer et à s'attacher aux objets les plus attractifs de la façon la plus dispersée qui soit et qui finit par aboutir à la dissociation et à la dissolution des composantes sensorielles du Soi. (Boutinaud, 2013, p. 129)

Les personnes porteuses d'autisme auraient donc de grandes difficultés à percevoir l'objet comme total, car les différents détails formant l'objet total sont perçus comme désolidarisés.

Il en résulte une appréhension du monde à la façon d'une succession de données sensorielles plus ou moins attractives et entre lesquelles l'enfant erre, fixant son attention sur celle qui retiendra le plus son attention sur le moment pour s'en détacher ensuite et se diriger vers une autre. (Boutinaud, 2013, p. 130)

Cette labilité dans l'intérêt et dans l'attention peut engendrer des difficultés dans l'établissement de la relation car il faut pouvoir proposer à l'enfant des stimulations pouvant capter son intérêt et parvenir à nous considérer comme une personne entière et pas simplement une source dissociée d'informations sensorielles.

➤ **L'identification projective**

L'identification projective est un mécanisme par lequel la personne « introduit sa propre personne en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder et le contrôler » (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 192). Cela consiste plus concrètement en la perception chez autrui d'idées, de sentiments ou de pulsions antipathiques qui sont en fait les propres caractéristiques du Soi de la personne qui projette. Ce mécanisme est inconscient et normal lorsqu'il s'agit simplement de projeter sur l'objet ses propres spécificités pour pouvoir se reconnaître. Dès lors qu'une tentative de possession ou de destruction apparaît, le mécanisme devient pathologique. Or, dans l'autisme, ce mécanisme se manifeste souvent de manière pathologique.

Néanmoins, ce processus peut permettre d'identifier les affects qui traversent l'enfant. En effet, par ce mécanisme, il arrive que nous ressentions nous-mêmes les états affectifs et les représentations que l'enfant projette en nous. Il s'agit alors de reconnaître ici que ce n'est pas notre fonctionnement psychique habituel et que c'est très probablement celui de l'enfant. Ainsi, cela amène une certaine compréhension de celui-ci.

L'identification projective est un concept qui nous permet d'appréhender la qualité de certains états psychiques qui traversent le thérapeute engagé dans la relation avec l'enfant psychotique : il peut en effet ressentir à l'intérieur de lui de violentes émotions tandis que certaines représentations étranges peuvent s'imposer à lui. Le soignant peut se sentir possiblement parasité par ces pensées, ces affects et ces images dans lesquelles il ne reconnaît pas sa façon de fonctionner comme à l'ordinaire : il se trouve alors devenir le réceptacle de tous ces éléments introduits à l'intérieur de lui par le biais de l'identification projective. (Boutinaud, 2013, p. 112)

Ces mouvements psychiques peuvent être un frein à la communication et à la relation car la violence des ressentis éprouvés peuvent nuire à l'installation d'une relation thérapeutique. En effet, face à ce tumulte, le thérapeute peut avoir un désir de retrait ou une sensation d'être dépassé.

Il y a par exemple Julio, auprès duquel il m'arrive d'avoir des images violentes qui me traversent ou bien une sensation de vide profond qui me désespère. Cela génère parfois une certaine appréhension à être à proximité de lui. C'est en discutant en groupe d'analyses des pratiques avec d'autres étudiants et une psychomotricienne docteur en psychologie que j'ai pu réapproprier ces affects à l'enfant.

1.9. Les représentations corporelles

Commençons par établir quelques définitions. Dans les représentations corporelles j'inclus les notions de schéma corporel et d'image du corps, toutes deux étroitement liées. Ces deux items présentent des définitions différentes selon les auteurs, certains vont même jusqu'à remettre en question leur légitimité. Personnellement, je trouve que ces deux distinctions permettent de bien se figurer deux manières différentes d'aborder le corps et ses représentations. Par schéma corporel j'entends donc la représentation du corps que l'on se fait, fondée sur les données sensorielles et proprioceptives que nous discernons. C'est une représentation du corps dans ses dimensions spatiales, anatomiques et physiologiques, une sorte de carte topologique du corps qui est notre référence constante à l'espace, au temps et à l'environnement. L'image du corps, quant à elle, est la représentation subjective de notre corps. C'est l'idée en perpétuel remaniement que chacun se fait de son corps. Cette représentation s'étaye dans la relation à l'environnement, en lien avec nos expériences affectives et émotionnelles.

Chez l'enfant autiste, « la représentation du corps est souvent floue. Il y a fréquemment de graves perturbations du schéma corporel ... Il semble avoir une perception partielle du corps » (Madrennes, 2021). De plus, une étude comparative (Kosuke et al., 2018) dirigée sur dix-sept hommes autistes et dix-sept hommes neurotypiques d'un âge moyen de 17 ans sans déficience intellectuelle a établi que les représentations corporelles chez les personnes autistes sont en décalage avec la réalité. Cela concerne notamment la capacité à estimer les mesures des différentes parties du corps qui sont plus éloignées de la valeur exacte que chez les personnes neurotypiques. Certaines personnes autistes mentionnent par ailleurs avoir des difficultés à discerner certaines parties du corps qui ne sont pas dans leur champ visuel ou que la représentation qu'ils se font de leur corps n'est pas en adéquation avec la réalité.

En outre, le travail clinique avec les enfants TSA montre à quel point les premières bases de l'image du corps sont atteintes voire inexistantes. Nous ne parlons pas de déconstruction ou de régression de l'image du corps, car nous sommes plutôt du côté de sa non-constitution. Ils ne se sentent donc pas habiter leur corps et cela les livre à des ressentis et des perceptions complètement énigmatiques. Les ressentis ne sont pas identifiés, ce qui crée des effets de désorganisation/non-organisation de l'appareil psychique. Cela donne lieu aux angoisses corporelles et aux troubles de l'enveloppe dont nous avons parlé précédemment. Le schéma corporel souffre de ces « distorsions de l'image du corps, faisant perdre à l'enfant ce cadre de référence qu'il est censé offrir, les vécus angoissants touchant le corps venant parasiter son étayage » (Boutinaud, 2013, p. 114).

1.10. Conclusion

Les difficultés relationnelles rencontrées chez Hélios et Aubin semblent donc être inhérentes à

leur trouble du spectre autistique et notamment dues aux angoisses corporelles que l'on peut retrouver, aux défaillances de l'enveloppe psychique et corporelle, au défaut d'intégration sensorielle et aux accrochages ou irritations sensoriels dans lesquels ils peuvent être pris ainsi qu'aux divers mécanismes de défense mis en place qui peuvent mettre à mal la relation.

Tous ces facteurs tendent à un retrait de l'enfant dans les interactions, limitant les possibilités relationnelles ainsi que l'adhésion de celui-ci aux soins. Les enfants accueillis à l'hôpital de jour étant par ailleurs non-verbaux, cela rajoute une difficulté dans l'établissement de la relation. En effet, l'absence de production de langage nuit à la compréhension des affects ou des besoins de l'enfant, cela ajouté à leur manque de dispositions naturelles pour les relations humaines, comment alors instaurer une relation thérapeutique ?

Ce défaut de communication a pu me déstabiliser au début de mon stage mais je me suis attelée à trouver des stratégies pour contourner cette difficulté. Nous allons maintenant voir, ce sur quoi je me suis appuyée pour mieux comprendre ces enfants et ainsi favoriser une relation thérapeutique.

2. La communication

2.1. Définition

La communication, c'est l'action de communiquer, de transmettre, d'informer. Cette fonction désigne l'étude générale du langage sous trois aspects :

L'expression (celui qui utilise ce type de communication cherche à communiquer une intention, une émotion, un état de conscience) ;

La représentation (donne des informations sur les événements, retransmet un savoir) ;

L'action sur autrui (cherche à convaincre, à séduire, à influencer autrui, transmet des ordres, intime des interdictions). (Joly, 2009, p. 7)

La communication met donc en relation deux personnes (ou plus). Or, nous avons vu précédemment que la communication chez l'enfant porteur de TSA est défaillante. S'il ne peut communiquer, comment alors entrer en relation ? Seulement, la communication ne s'effectue pas uniquement par le langage verbal, et l'être humain, qu'il parle ou non, est un être de langage. Il véhicule également des messages par son corps, c'est ce qu'on appelle la communication non-verbale.

2.2. La communication non-verbale

J. Corraze définit la communication non-verbale comme « l'ensemble des moyens de communication existant entre des individus vivants n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrits, langage des sourds-muets, etc.) » (2005, p. 15). Ce sont donc les messages transmis par notre corps, consciemment ou inconsciemment, qu'autrui va percevoir et interpréter lui-même consciemment ou inconsciemment. En effet, « nous réagissons aux expressions, aux attitudes, avec une sensibilité extrême, en accord avec un code secret qui n'est écrit nulle part, connu de personne mais compris par tous » (Contant & Calza, 1993, cité dans Defiolles-Peltier, 2010, p. 177). Notre rôle de psychomotricien est de repérer ces messages, en nous appuyant sur notre formation, et de les utiliser à bon escient dans notre approche de soin.

2.2.1. Le regard et l'attention conjointe

Le regard est une première forme de communication non-verbale et un premier mode d'entrée en relation. Par le regard, nous pouvons véhiculer nos émotions, nos intentions et moduler son intensité. Il peut être qualifié différemment en fonction de l'interprétation que nous lui donnons : fuyant, insistant, fixe, perçant, méfiant, amoureux... C'est ce regard, celui d'autrui, que les personnes porteuses d'autisme ont tendance à éviter ou au contraire à traverser comme si nous étions transparents, ou encore dans lequel ils peuvent plonger sans plus cligner des yeux, comme s'ils sondaient nos pensées. Le regard a donc toute son importance dans l'établissement de la relation. Il va participer à mettre l'autre à l'aise ou à l'incommoder. « Le regard prend toute sa signification lors des rituels de rencontre, qu'il serve à fixer l'autre ou au contraire à l'éviter. » (Corraze, 1988, p. 118)

Aubin est ici un très bon exemple. En effet, lors des séances, des jeux de regards s'installaient entre nous. Il me fixait parfois très intensément ou, d'autres fois, me regardait du coin de l'œil avec un petit sourire, comme pour me signifier qu'il avait le désir d'interagir mais que c'était trop difficile de croiser mon regard frontalement.

Grâce à notre regard, nous allons pouvoir montrer notre présence à l'enfant, porter notre attention sur lui et par ce biais, avoir une fonction de portage et de soutien dans l'intégration des ressentis ainsi que dans sa construction psychocorporelle.

Par ailleurs, « c'est le regard qui permet au soignant de voir et au soigné d'exister parce qu'il se sent regardé et vu » (Sabourin, 1995, p. 112). Un regard pleinement présent et contenant permet à l'enfant de se sentir exister en unifiant son corps. « Dans les moments intenses d'interrelation, le regard

joue un rôle unificateur, intégrateur des autres modalités sensorielles, toniques et kinesthésiques » (Haag, 2008, p. 17). Mais il peut également être perçu comme envahissant et alors amener une confusion dans la perception des limites corporelles, entre le Soi et le non-Soi. Le rôle du psychomotricien est à ce moment-là de repérer ce cas de figure et de s'adapter, par la déviation du regard et la mise en mots, pour ramener une différenciation entre les deux sujets.

Par le regard, on peut mettre en place l'attention conjointe qui est la « capacité à s'intéresser à ce qui intéresse l'autre » (Nadel, 2016, p. 81). C'est le fait d'attirer l'attention de l'autre sur un événement ou un objet qui suscite notre intérêt et que l'on souhaite partager affectivement avec l'autre. Cela nécessite donc d'attribuer à l'autre des états affectifs, ce qui peut être défaillant dans l'autisme, mais par notre initiation récurrente de cette modalité d'interaction, l'enfant va progressivement user de cet outil lui aussi.

L'attention conjointe est un précurseur au pointage, qui est « l'acte de montrer un objet, un lieu, une personne avec son index tendu » (Fingerhut, 2020). Deux types de pointage existent :

- ✚ Le **pointage proto-impératif**, utilisé par l'enfant dans le but d'obtenir quelque chose
- ✚ Le **pointage proto-déclaratif**, utilisé par l'enfant pour partager avec l'adulte ce qu'il voit. Le pointage est ici d'ordre social, en cherchant à instaurer un moment d'attention conjointe.

Chez Hélios, le pointage était présent mais proto-impératif : lors du repas, il pouvait demander de l'eau ou de la nourriture en tendant la main vers l'élément désiré. C'est une forme de communication, car ainsi je comprenais ce dont il avait envie.

Chez Aubin, nous avons également pu repérer ce pointage proto-impératif, lorsqu'il demandait du pain par exemple. En revanche, chez aucun des deux enfants je n'ai pu déceler de pointage proto-déclaratif.

Cependant, l'attention conjointe a pu être mise en place, notamment avec Hélios, en cherchant à utiliser des objets qui l'intéressaient ou en variant l'intensité et le ton de ma voix pour lui donner envie de s'intéresser à ce vers quoi je voulais l'amener.

2.2.2. Le dialogue tonique

Une autre modalité de la communication non-verbale est le dialogue tonique. J. De Ajuriaguerra développe cette notion à partir des travaux d'H. Wallon. Notre tonus réagit à nos émotions et inversement. Ainsi, lorsque nous sommes tristes, cela influence notre tonus et notre posture (nous avons

les épaules qui tombent, les muscles plutôt relâchés) et lorsque nous sommes joyeux, notre posture est redressée et nous ressentons plus d'énergie. De même, lors d'un état de relaxation où nous cherchons à abaisser notre tonus, cela se répercute sur notre psychisme qui s'apaise. Le tonus nous permet donc d'exprimer notre malaise tout comme notre bien-être, ce qui va être perçu visuellement par l'autre (par notre posture, nos contractions visibles) ainsi que par le tact, ce que je développerai par la suite.

« Agissant sur un mode vibratoire, le tonus assure une fonction de communication, à la fois consciente et inconsciente avec des variations qui, par étayage, se chargent d'affects et de représentations » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 175).

Le dialogue tonique est en premier lieu défini dans le contexte de la relation entre la mère et le nouveau-né. Celui-ci va exprimer ses états internes par une augmentation ou une diminution de son tonus, variations que la mère va percevoir grâce à son propre tonus et y répondre du mieux qu'elle peut (parole, nourrissage, change, sommeil). Elle peut également transmettre à son enfant son propre état tonique, volontairement ou non, qu'il va percevoir et adopter. Cette communication s'effectue par « les variations toniques qui passent dans le corps et le visage, par les tonalités de la voix, par les vibrations des gestes, par la lumière du regard, par les silences, les postures, les saisies, les soins quotidiens, le portage » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 178). Ce dialogue a pour but un ajustement tonique des deux protagonistes.

Ce premier modèle primaire de communication est ici très utile avec les enfants autistes sans langage. Il permet au psychomotricien de déceler les états psycho-affectifs de l'enfant, qui sans autre mode de communication que la parole ne pourrait l'en informer, et d'y répondre sans le laisser dans un état d'alerte désorganisant. Par ailleurs, il arrive que la communication tonique se fasse mal. L'enfant peut par exemple n'être réceptif à aucune des tentatives d'apaisement ou être complètement indifférent à la recherche d'interaction. Le psychomotricien aura alors comme objectif de restaurer cet outil de communication pour « renouer un dialogue fructueux avec l'enfant ... [et] relancer le processus intégratif » (Robert-Ouvray & Servant-Laval, 2015, p. 181).

Cela m'est arrivé en stage de faire face à ce défaut de communication tonique, notamment avec Suzie. Celle-ci était parfois prise d'angoisses de chute que je tentais d'apaiser en la prenant au sol dans mes bras et en essayant de la mettre dans une posture de regroupement. Cependant, cela lui arrivait fréquemment de répondre à cette tentative par une hyperextension ou d'essayer de s'y soustraire en se laissant couler. Je me sentais à ce moment-là bien impuissante et changeais de stratégie en posant seulement une main sur elle et en y associant une respiration profonde. Quand la première solution était infructueuse, celle-ci fonctionnait relativement bien. Ce qui nous amène sur la question du toucher.

2.2.3. Le toucher

Le toucher est relatif à l'organe sensoriel qu'est la peau (cf. notion d'enveloppe vue au II.1.5). Celle-ci est la barrière qui sépare l'intérieur et l'extérieur du corps et le protège des agressions extérieures. Elle a donc un rôle protecteur mais assure également les échanges avec le milieu. Les pores permettent par exemple l'évacuation de la transpiration vers le dehors mais empêchent les objets étrangers d'y pénétrer. La peau est donc une interface, une surface d'échange et par conséquent un support de communication, notamment grâce au toucher. En effet, le toucher est vecteur de multiples messages selon la qualité qui lui est attribuée :

Un toucher peut être sécurisant ou menaçant, érotique ou tendre, caressant, enveloppant, piquant, collant, repoussant, il peut être ressenti comme brusque, maladroit, agréable et excitant, ou agréable et apaisant, invitant, séducteur ou bien superficiel, absent, ou encore chargé de présence et de respect. (Savatofski & Prayez, 1989, p. 105)

Il y a différentes manières de toucher mais en psychomotricité, nous utilisons un toucher thérapeutique qui permet le relâchement des tensions, l'intégration du schéma corporel, de rassurer le patient, de le recentrer sur ses sensations, le tout avec bienveillance. Le toucher est un geste rassurant, réconfortant, maternant et accueillant. Nous accueillons la souffrance du patient et par la même nous tentons de lui communiquer un apaisement, en réponse à celle-ci.

Par ailleurs, le toucher est une modalité bidirectionnelle : lorsque nous touchons, nous sommes nécessairement touchés en retour. Cette caractéristique de réciprocité est un véritable support d'échange et de communication sur lequel nous pouvons nous appuyer. Par le toucher, qu'il s'agisse d'un contact cutané direct ou indirect, nous pouvons apprécier par nos sensations l'état, la consistance, le tonus, la chaleur de la personne et grâce à ces informations, nous modulons notre toucher dans le but de reconnecter le patient à son corps, à son environnement, d'apporter un mieux-être ainsi que des sensations corporelles restructurantes.

Cependant, le tact peut être une modalité sensorielle affectée chez les personnes TSA. Certains vont l'investir de manière élective en cherchant à tout toucher ou à s'intéresser de très près au corps de l'autre, voire à rechercher un contact fusionnel avec nous, comme si les limites de nos deux corps n'étaient plus et qu'ils cherchaient à se fondre en nous, ou pour tenter de se réappropriier leur propre contour en se confrontant au dur de notre corps. D'autres encore vont développer une hypersensibilité aux textures, aux contacts peau-à-peau. Toutes ces particularités sensorielles sont à repérer pour pouvoir adapter notre toucher, trouver le bon ajustement et être dans une démarche thérapeutique.

J'ai ici l'exemple des deux modalités de réception du toucher. Il y a Laurane qui réclame systématiquement en séance des massages très profonds sur l'ensemble du corps. Cette recherche de stimulation profonde et appuyée peut faire penser à une tentative de sentir son corps exister et les différentes parties reliées les unes aux autres.

Betty, quant à elle, ne supporte pas que l'on touche sa bouche ou même son contour. Elle y réagit par une augmentation importante de son tonus, des mouvements de reculs et des grimaces. Cela impacte en conséquence son alimentation. En effet, elle peut refuser pendant une longue période de se nourrir à cause de cette irritabilité tactile. Des séances autour de l'oralité ont donc été initiées pour travailler la désensibilisation de cette zone.

2.2.4. La respiration

La respiration est le fait de laisser entrer et sortir l'air de nos poumons par nos voies respiratoires. A première vue nous pouvons imaginer qu'elle a uniquement pour rôle cette fonction vitale d'apporter de l'oxygène à l'organisme. Cependant, j'ai remarqué qu'en psychomotricité la respiration est un outil précieux pour communiquer et entrer en relation.

On pourra l'utiliser comme test de la réceptivité du patient à une éventuelle communication infra-verbale qui pourrait se traduire par écouter l'autre respirer, se sentir respirer et laisser l'autre écouter que l'on respire. Se sentir respirer, c'est être attentif à cet échange permanent qui existe entre le dedans et le dehors du corps. (Defiolles-Peltier, 2010, p. 189)

Le mouvement inspiratoire correspond corporellement à une ouverture du buste. Cette ouverture peut être mise en lien à une ouverture à l'autre. Certains enfants dont le tonus axial n'est pas efficient vont bloquer leur respiration après l'inspiration pour maintenir cette extension du tronc et cette dynamique d'ouverture relationnelle (cf. II.1.2). Nous pouvons donc dire que la respiration est effectivement un outil pour favoriser l'entrée en relation.

Au-delà de cette ouverture à l'autre, la respiration est un précieux indicateur de l'état émotionnel du patient. En effet, « le rythme respiratoire, dans sa forme et dans sa fréquence, sera le témoin d'un certain vécu corporel aussi bien pour le patient que pour le psychomotricien » (Defiolles-Peltier, 2010, p. 189). Nos émotions ont une influence sur notre respiration qui va s'accélérer dans les états d'agitation, d'angoisse et au contraire se ralentir et devenir profonde lorsque nous éprouvons un certain bien-être. La lecture de la respiration du patient va donc pouvoir nous informer sur ses états affectifs de plaisir ou de

déplaisir.

La respiration peut également servir dans une seconde polarité, pour communiquer un nouvel état à l'enfant. Lorsqu'il est agité et a du mal à se poser, avec une respiration saccadée, nous pouvons poser notre main sur sa poitrine et souffler de façon audible et profonde pour l'inciter à respirer lui-même de cette manière. Nous pouvons également y associer un son grave qui, par la vibration, va venir contenir en apportant une enveloppe sonore.

Lors des séances au sein du groupe « enveloppe-toi », nous commençons par nous installer en silence et écouter une musique douce, enveloppante. A la fin de celle-ci, les trois encadrants - Florianna, un infirmier et moi - effectuons des vibrations avec notre voix par l'intermédiaire d'un « O » grave et profond. Cela crée de la contenance et aide les enfants à se poser. Nous pouvons également ajouter de légères percussions osseuses sur notre poitrine pour amener encore plus de vibrations et les inviter à venir les sentir en mettant leur main dans notre dos ou sur notre sternum. Nous les incitons aussi à expérimenter cette sensation en émettant eux-mêmes ce son et en reproduisant les mêmes gestes de percussion. Cela favorise la prise de conscience du volume du corps ainsi que le sentiment de sécurité et de contenance.

Nous pouvons par ailleurs utiliser cet outil comme un jeu, en soufflant sur l'enfant, ce qui va éveiller ses sensations tactiles, ou en amenant une alternance de respiration : je souffle, tu souffles, tout en variant la fréquence et la forme. En revanche, les circonstances sanitaires dans lesquelles se sont inscrites les rencontres avec les enfants ne m'ont pas permis d'expérimenter réellement ce mode de communication. Cela représente selon moi un manque car cela aurait pu favoriser de nouvelles expériences relationnelles.

En conclusion, la respiration est un véritable allié dans la rencontre et la communication avec l'enfant.

2.2.5. Les mimiques et expressions corporelles

Les mimiques sont des mouvements du visage, parfois très discrets, indiquant les émotions et ressentis de l'interlocuteur. Qu'elles soient volontaires ou non, elles traduisent le vécu intérieur et nous permettent de détecter les états affectifs de l'autre. Elles concernent essentiellement les yeux et la bouche, qui sont les parties les plus mobiles du visage mais intéressent le visage entier de manière générale : froncement de nez ou de sourcils, yeux fuyants, sourire, haussement de sourcils, bouche béante, diamètre des pupilles s'agrandissant ou rétrécissant... Nous interprétons ces expressions d'après notre propre expérience, en fonction des situations dans lesquelles nous les avons nous-mêmes

présentées par exemple, et auxquelles nous avons associé un affect. Plus nos expériences sont riches, plus nos interprétations ont de chances d'être justes. En revanche, elles restent une simple interprétation et par conséquent subjectives. Il vaut donc mieux être vigilant et ne pas tenir pour véridique ce que l'on pense lire chez l'autre.

Néanmoins, elles peuvent avoir leur utilité avec les enfants TSA sans langage pour comprendre leur vécu émotionnel. Ainsi, avec une grimace associée ou non à un froncement de sourcils, nous pouvons supposer une douleur ou un mal-être auquel nous allons pouvoir réagir. Cependant, le biais avec ces enfants-là est que certains ont du mal à identifier leurs émotions ou à lire celles d'autrui et peuvent donc les exprimer de manière paradoxale. Il faut donc rester prudent quant à l'analyse de ces mimiques.

Par exemple, il arrive régulièrement à Hélios d'afficher de fortes grimaces au bout de quelques minutes d'observation d'un objet ou d'écoute d'un son produit par lui-même. Au premier abord, nous pourrions penser que la sensation lui est désagréable mais à force d'être confrontée à ce phénomène, j'ai plutôt associé cela à une intense concentration. En effet, dans ces moments-là, Hélios pouvait approcher l'objet très près de ses yeux ou de son oreille, comportement assez paradoxal si la stimulation était effectivement source de désagrément.

Nous pouvons également nous appuyer sur d'autres éléments corporels que les mimiques faciales tels que la posture. Celle-ci est notre manière de nous tenir dans l'espace et elle répond bien souvent à notre état affectif. Comme nous l'avons vu plus haut avec le dialogue tonique (cf. II.2.2.2), la posture s'étaye sur le tonus qui est lui-même en lien avec nos émotions. En lisant une posture nous pouvons donc interpréter le vécu intérieur d'autrui. Une posture ouverte est par exemple souvent synonyme de disponibilité pour la communication et la relation.

2.2.6. L'imitation

L'imitation est définie par le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales comme l'« action d'imiter (un bruit, un comportement, une personne ou bien un animal en essayant de reproduire les attitudes, les façons de s'exprimer) » (CNRTL, s. d.). L'imitation implique de porter son attention sur l'autre, sur son attitude, ses états manifestes, c'est lui signifier qu'il nous intéresse et que nous cherchons à entrer en relation avec lui. En effet, par l'imitation nous piquons la curiosité du patient et lui montrons que nous nous préoccupons de lui. Quand l'imitation devient un jeu - l'un est imité, l'autre imitateur et les rôles ensuite échangés – une rythmicité s'installe, un échange s'instaure. L'alternance, « je parle, tu écoutes, puis j'écoutes, tu parles » est à la base de la communication et nous retrouvons ce tour de rôle dans l'imitation, même si elle est uniquement corporelle ou vocale sans parole. L'attention est également

dirigée vers l'autre, celui-ci est pris en considération et l'imitation lui est adressée. Il y a donc interaction. L'imitation peut donc effectivement être un support à la communication et à l'entrée en relation.

Par ailleurs, le fait d'imiter le patient permet de lui renvoyer, à la manière d'un miroir, une image de lui. Il peut alors se rendre compte de la façon dont il se tient, dont il bouge, dont il s'exprime. Comme cela le renvoie à lui-même, cela crée de la subjectivité et cette subjectivité peut progressivement devenir de l'intersubjectivité par une imitation échangée. Or, l'intersubjectivité est à la base de la relation.

Cependant, il faut rester vigilants face à certains points. Tout d'abord, il y a un phénomène retrouvé fréquemment chez les enfants autistes que l'on nomme échopraxie. L'échopraxie est la reproduction automatique et involontaire des gestes effectués par autrui. Il ne faut donc pas la confondre avec l'imitation car il n'y a pas de sens associé au mouvement. Dans l'imitation il y a bien une volonté de reproduction, que l'on ne retrouve pas dans l'échopraxie.

Ensuite, chez les enfants autistes, comme nous avons pu le voir chez Hélios, l'imitation peut se faire en différé. Par conséquent, si l'enfant ne répond pas à la tentative d'interaction que l'on initie par cette modalité, cela ne veut pas dire qu'il refuse la communication. Le temps de traitement de l'information, puis d'initiation du geste s'effectue simplement avec un temps de latence.

Par ailleurs, ce canal de communication peut être limité par le répertoire moteur du patient. En effet, certains peuvent ne pas avoir conscience d'un hémicorps ou ne pas avoir les connexions synaptiques permettant la reproduction du geste. Ce n'est donc pas parce qu'il n'y a pas d'imitation que l'enfant n'est pas dans la communication. Il faut par conséquent utiliser ce mode d'interaction avec prudence. Il peut être un bon support mais en vérifiant au préalable qu'il est accessible au patient.

Enfin, il n'y a parfois pas d'imitation car l'enfant peut être pris dans les sensations et la découverte. Nous avons pu voir que les enfants autistes présentaient des particularités de la sphère sensorielle (cf. II.1.6). Ainsi, si nous proposons une imitation par l'utilisation d'objets, le but de l'action peut être secondaire à l'intérêt pour la texture et les détails.

2.3. Les communications alternatives

Le corps n'est pas le seul moyen à notre disposition pour communiquer avec les enfants sans langage. Il est effectivement extrêmement important et indispensable mais peut être soutenu par d'autres outils. Je vais détailler ci-après deux dispositifs qui m'ont été fort utiles lors de mon stage auprès de ces enfants : les signes et les pictogrammes.

2.3.1. Les signes

Les signes sont des productions gestuelles relatives aux mains, au visage et au corps dans son ensemble ayant une signification établie et admise par les personnes y ayant recours dans un but de communication. Sur mon lieu de stage, l'institution les a installés il y a quelques années, en s'inspirant de la Langue des Signes Française et du Makaton, pour faciliter l'apprentissage du langage des enfants et les aider à exprimer leurs demandes. Le fait de signer a de nombreux avantages que je vais exposer.

Premièrement, les signes servent à capter l'attention de l'enfant. En effet, celui-ci porte un grand intérêt au geste. Il va le comprendre, l'imiter sans intention puis l'imiter dans un but de communication. Ensuite, les signes permettent de mieux comprendre le langage oral car ils sont autant que possible iconiques, ce qui fait que l'enfant va mieux se représenter le sens du mot et du geste sans nécessiter la démonstration réelle de l'action. Ils ont également l'avantage de contourner l'obstacle du langage oral en ce qui concerne l'articulation du mot et la discrimination auditive car la possibilité de signer est plus vite acquise que celle de parler. Cela facilite donc la communication, favorise les interactions et par conséquent, établit de meilleurs échanges. Enfin, le signe simplifie l'apprentissage et la mémorisation des mots et améliore l'intelligibilité.

Cependant, il y a un point que je souhaiterais souligner car il est pour moi essentiel : le langage gestuel ne remplace pas la parole. En effet, le geste s'associe obligatoirement au mot, c'est un support pour entrer dans l'oralité et non une substitution du langage. Pour apprendre à parler, l'enfant a nécessairement besoin d'entendre les mots associés aux gestes pour acquérir le vocabulaire. Signer n'est qu'un support complémentaire pour l'amener vers le langage oral.

Néanmoins ceux dont l'appareil phonatoire n'est pas et ne sera jamais efficient pour la parole ou dont les aires cérébrales associées au langage sont lésées, n'auront probablement jamais accès au langage oral. Les signes prennent alors effectivement un rôle de substitution de la parole, ce qui leur permet de pouvoir interagir avec leur entourage. En revanche, en ce qui nous concerne, nous devons maintenir l'association de la parole aux signes face à ces enfants.

En outre, un intérêt de signer est que les enfants qui n'ont pas, ou pas encore, accès au langage oral ont, nous l'avons vu, des difficultés à exprimer leurs besoins ou envies. Cela peut mener à de la frustration, un retrait dans les interactions ou des interactions conflictuelles. Mettre en place le langage gestuel avec ces enfants leur permet de mieux nous communiquer leurs désirs, ils sont ainsi mieux compris et donc moins frustrés. Il en est de même avec les enfants dont le développement est bon mais qui ont des envies de communiquer alors que la prononciation de certains mots compliqués leur est encore inaccessible. Signer leur permet alors de se faire comprendre en attendant de pouvoir prononcer ces mots.

En ce qui nous concerne, soignants, l'utilisation des signes va spontanément ralentir notre débit verbal et améliorer la qualité de la parole, ce qui ne peut être que bénéfique pour l'enfant apprenant. Par ailleurs, quand nous signons, nous ne signons que le ou les mots importants de la phrase, on les appelle « mots-clés ». Cela permet de les accentuer et de capter l'attention de l'enfant sur la partie vraiment essentielle de la phrase.

Un autre point que je souhaitais souligner est le fait que, lorsque l'on commence à installer le signe dans la communication avec l'enfant, il faut être vigilant à donner du sens à toute émission gestuelle pour encourager l'enfant à continuer et pour ne pas manquer une occasion de le comprendre et de répondre à ses demandes.

A l'hôpital de jour, beaucoup d'enfants se saisissent de ce dispositif et nous pouvons les voir signer pour demander de l'eau ou un gâteau par exemple. Nous chantons le matin à l'accueil et avant d'aller manger, en accompagnant les comptines de gestes et je trouve que cela les pose, capte leur attention. Ils ne peuvent pas tous signer car ils n'ont pas l'organisation psychocorporelle pour le faire mais le simple fait que nous signions me donne l'impression qu'ils comprennent mieux ce qu'on leur dit.

Ensuite, signer les émotions me semble être un point important dans la mise en place des gestes car ces enfants sont très angoissés et ne peuvent pas nous l'exprimer autrement que par des cris ou une extrême agitation motrice. Le signe leur permet alors de nous indiquer ce qui les traverse. Ils ont notamment très rapidement appris le signe pour la peur, qu'ils utilisent très bien dans les situations correspondantes.

Par ailleurs, je trouve que signer avec les enfants de l'hôpital m'a apporté une autre qualité de présence. Cela me permet de me poser au niveau de ma posture et de peser mes mots. Je vais à l'essentiel et je n'encombre pas l'espace sonore avec des tournures de phrases alambiquées ou des compléments de phrases pas particulièrement nécessaires. De plus, le signe nécessite un engagement corporel pour bien manifester le sens ou l'émotion que l'on souhaite exprimer. Avec le signe je respire, je m'ouvre, le corps est au premier plan et permet une autre rencontre avec l'enfant. De même, lorsque je suis face à des enfants dont je peux attendre une réponse ou une demande signée, je prends le temps de leur dire que je voudrais une phrase, phrase que je leur montre. Ainsi, ils prennent eux aussi le temps de se poser et de demander. Cela les ralentit dans leur agitation constante.

2.3.2. Les pictogrammes

Les pictogrammes sont un autre outil favorisant la communication. Le pictogramme est un « dessin figuratif ou symbolique reproduisant le contenu d'un message sans se référer à sa forme linguistique » (Larousse en ligne, s. d.). C'est un support visuel favorisant la communication chez les personnes ayant des difficultés dans ce domaine. Cela étant le cas dans les troubles du spectre autistique, c'est un véritable soutien pour illustrer les propos de leur interlocuteur dont les subtilités langagières sont bien souvent mal comprises. Cela sert d'appui également pour l'expression.

Grâce à ces images les enfants peuvent facilement se représenter et comprendre les attentes d'autrui mais ils peuvent également mieux faire comprendre leurs besoins. Ils ont la possibilité de faire des demandes grâce à un panneau de pictogrammes parmi lesquels ils peuvent choisir l'objet ou l'activité qu'ils convoitent. Cela participe donc à la diminution de la frustration et des comportements fâcheux voire dangereux induits par la difficulté à communiquer.

Nous distinguons donc deux types de communication grâce aux pictogrammes : le mode expressif et le mode réceptif. L'expressif correspond à une demande de l'enfant : il nous donne un pictogramme pour signifier une envie ou un besoin ; tandis que le réceptif correspond à une réponse à notre sollicitation : nous lui présentons par exemple le pictogramme « bol » et il rapporte en réponse l'objet correspondant. L'utilisation répétée des pictogrammes permet à l'enfant d'automatiser cette fonctionnalité pour que cela devienne un mode de communication privilégié, facilitant les interactions.

Par ailleurs, les pictogrammes sont créés à partir de photographies des lieux, personnes ou objets connus de l'enfant et présents dans sa vie quotidienne. Par exemple, lorsqu'il confectionne son emploi du temps le matin, s'il a une prise en soin en orthophonie dans la journée, le pictogramme correspondant est représenté par une photo de l'orthophoniste. De même, le pictogramme représentant la salle Snoezelen correspond à une photo de cette salle, bien connue des enfants. Il en va ainsi pour les jouets dont les images sont réalisées à partir des photos d'objets réellement présents sur les lieux. Cela permet de faire du lien, d'amener du concret ainsi qu'une meilleure compréhension.

Cependant, il faut faire attention au travers que cela peut engendrer. Si le pictogramme est trop conforme à la réalité, l'enfant pourrait s'enfermer dans cette association. Par exemple, si le pictogramme « ballon » est confectionné à partir d'une photographie du ballon bleu, l'enfant pourrait ne vouloir jouer qu'avec le ballon bleu. Or, le pictogramme est censé représenter le concept « ballon » et permettre de demander le ballon bleu comme le ballon vert. L'utilisation du pictogramme doit donc être conçue comme une généralisation d'une fonctionnalité de l'objet, qui peut ainsi être utilisée dans ses différents lieux de vie.

Sur mon lieu de stage, on trouve également des pictogrammes créés à partir de dessins

contrastés, notamment ceux représentant les émotions ou les actions de la vie quotidienne (se laver les mains, repas, toilettes...). Ainsi, ils sont adaptés aux différentes préférences visuelles des enfants. En effet, certains se saisissent plutôt de photos quand d'autres s'orientent plutôt vers des dessins contrastés. Cela permet également de tendre davantage vers la généralisation grâce au fait qu'il n'y ait pas que des photographies.

A l'hôpital de jour, les pictogrammes sont par ailleurs très utilisés pour le travail autour des émotions. Ils sont très représentatifs et permettent à l'enfant de mettre du sens, des affects, sur ses ressentis.

2.4. Conclusion

Au début de mon stage, la non-accessibilité à la parole de la majorité des enfants accueillis m'apparaissait comme un obstacle. Or, j'ai réalisé au fur et à mesure que le langage verbal n'est qu'une faible partie de la communication. Nous pouvons nous appuyer sur tellement d'autres éléments pour les comprendre et interagir, comme le regard, le dialogue tonique, le toucher, la respiration, les mimiques, la posture, l'imitation ainsi que sur des outils inventés spécialement dans le but de faciliter la communication, comme les signes et les pictogrammes.

Grâce à cela nous avons pu plus aisément nous rencontrer et c'est une fois la relation établie que j'ai commencé à m'interroger sur ce qui faisait d'elle, déjà ou pas encore, une relation thérapeutique. Nous allons donc maintenant étudier les éléments qui permettent la construction de celle-ci et voir la place qu'elle détient dans le processus soignant.

3. La relation thérapeutique

3.1. Définitions

3.1.1. La relation

Pour comprendre ce qu'est la relation thérapeutique, il faut d'abord s'intéresser à la question plus large du terme relation. Qu'est-ce que la relation ? Le dictionnaire Larousse (s. d.) nous propose plusieurs définitions mais celle qui retient mon attention est la suivante : « Lien d'interdépendance, d'interaction, d'analogie. ».

La relation représente donc un lien établi entre deux Objets, et dans notre situation, entre deux personnes. Ce lien se nourrit d'échanges qui viennent de l'une et de l'autre partie et installe une interdépendance entre elles. Cette notion d'interdépendance me semble importante à souligner car cela

pose les bases de la relation. En effet, une relation n'est pas à sens unique, cela indique donc que, même dans une relation qui se dit thérapeutique, tout ne vient pas du psychomotricien. Le professionnel se nourrit du patient et le patient se nourrit du psychomotricien. Cette posture d'accueil et d'échange m'a vraiment marquée lors de mes années d'études et notamment lors de ce stage. Je trouve important de ne pas se positionner face à notre patient en tant que détenteur du savoir mais plutôt comme un guide qui se laisse lui-même guider par ce que le patient lui amène. Comme l'indique A. Gatecel (1998), « ce qui importe dans la rencontre avec un thérapeute ce n'est pas que celui-ci se place du côté du savoir mais du côté de l'être avec » (p. 15).

La relation est donc, comme nous venons de le voir, le lien tissé entre deux personnes mais ce lien peut être de différente nature. Pourquoi en psychomotricité peut-on qualifier ce lien de thérapeutique ? La relation établie entre le patient et le psychomotricien se fonde sur deux grands types de relation : la relation d'aide et la relation de soin que je vais maintenant détailler.

3.1.2. La relation d'aide

C.R. Rogers (1970) nous explique que :

Les relations d'aide sont une forme des relations interpersonnelles où l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie. (p. 29)

Ceci s'effectue au moyen d'une « appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources. » (Rogers, 1970, p. 29)

Cela me semble très bien correspondre à notre rôle de psychomotricien qui est de permettre à l'individu de prendre conscience de ses capacités ou de lui fournir les moyens de trouver ses capacités pour s'adapter au mieux à son environnement. Nous pouvons donc dire que la relation thérapeutique psychomotrice est une relation d'aide.

3.1.3. La relation de soin

Cette relation est celle que l'on retrouve le plus en milieu hospitalier. Selon M. Formarier (2007), c'est ce qui permet l'échange avec le patient ou sa famille. C'est le rapport qui s'installe avec celui-ci pendant les soins techniques ou de confort, ciblé sur l'acte réalisé et tout ce qui s'y rattache : traitement, confort, douleur, planning des soins... Elle est centrée sur le moment présent. (p. 37) C'est cette notion de moment présent que l'on retrouve dans la relation thérapeutique psychomotrice. En effet, nous

travaillons dans l'ici et maintenant, avec notre état du jour, avec les capacités du patient ainsi que les nôtres à cet instant précis.

Maintenant que nous avons défini les différents types de relation, qui intriqués forment les fondements de la relation thérapeutique psychomotrice, nous allons voir les concepts qui permettent de construire une bonne relation thérapeutique.

3.2. Le cadre thérapeutique

Le premier ingrédient qui me paraît le plus important pour que la relation soit thérapeutique est le cadre thérapeutique. En effet, un cadre bien construit, clair pour le psychomotricien et le patient, permettra à ce dernier, grâce aux fonctions contenant, sécurisantes et de stabilité de ce cadre, de faire ses expériences dans un espace physique et psychique sécurisant. Il pourra ainsi intégrer correctement ces expériences et investir positivement la relation.

Le cadre thérapeutique est défini par C. Potel comme « ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée » (2012, p. 321). Il est constitué d'éléments concrets et psychiques.

3.2.1. Les éléments concrets

➤ **Le cadre spatio-temporel**

Le cadre spatial est pensé pour pouvoir contenir les expériences sensorielles et motrices du patient. Il est donc fixe - la thérapie a toujours lieu dans la même pièce - et peut devenir un repère pour le patient. Il est également pensé comme sécurisant pour accueillir les différentes expériences de l'enfant. Cela concerne aussi bien sa sécurité physique, en ne laissant rien qui puisse porter atteinte à son intégrité, sa sécurité psychique, en veillant par exemple à ne pas être dystimulant dans les propositions que nous lui faisons, que notre propre sécurité physique et psychique.

Le cadre spatial que nous proposons se doit d'être adapté au type de prise en soin ainsi qu'au patient que nous recevons. Ainsi, si nous connaissons une hypersensibilité visuelle chez notre patient nous allons veiller à ce que la luminosité ne soit pas trop importante et qu'il n'y ait pas un nombre trop important de stimulations visuelles. De même, si nous souhaitons proposer de la relaxation, nous allons offrir un espace qui invite au relâchement : des coussins, un hamac, une luminosité faible, de la musique, des couvertures, des sensations olfactives apaisantes, que nous ajusterons en fonction de ce que nous renvoie le patient.

Les différents espaces de la salle sont également bien délimités avec un espace de motricité

globale, un bureau pour la motricité fine, un endroit qui est toujours le même pour enlever ses chaussures et démarrer la séance, un placard qui rassemble les différents objets de parcours, un autre qui contient le matériel de motricité fine (peinture, crayon, perles...). Ces différents espaces deviennent eux-aussi des repères au sein d'un plus grand espace lui-même repéré. Cela participe au sentiment de contrôle et de sécurité du patient, favorisant le bon déroulement de la prise en soin.

Le cadre temporel, quant à lui, offre une durée de séance suffisamment longue pour permettre l'émergence des expériences, et de la régularité entre les séances pour que celles-ci s'intègrent comme des repères. (Potel, 2012, p. 322)

Le cadre temporel est également constitué des différents rituels que l'on met en place. Le rituel, par son caractère répétitif s'apparente au rythme. Il permet de structurer la séance et de rassurer l'enfant. En effet, nous expérimentons la rythmicité dès la vie in utero et celle-ci se poursuit à la naissance (rythmes veille/sommeil, nuit/jour, faim/satiété, cardiaque, respiratoire...). Ces rythmes sécurisent l'enfant, c'est pourquoi, bien souvent, ils sont en demande de rituels et de répétition. Selon A. Ciccone, la rythmicité des expériences est nécessaire à la construction de l'enveloppe de l'enfant et de l'intériorisation de la fonction contenant : « La rythmicité permet l'anticipation et donne une illusion de permanence, de continuité ; la rythmicité participe à constituer le sentiment d'enveloppe en ce qu'elle produit comme illusion de continuité. » (2001, p. 92)

Cette régularité permet à l'enfant d'accéder à une certaine stabilité psychique et émotionnelle. Elle donne également à l'enfant un sentiment d'être, grâce à cette illusion de continuité et de permanence.

Le cadre spatio-temporel est donc fixe mais ajusté à chaque patient. On peut parler d'invariants du cadre thérapeutique auxquels J. Boutinaud donne le rôle de pare-excitant : « L'unité de lieu, la régularité des séances sur la durée, la fixité du ou des jours de rencontres ainsi que des horaires fournissent le cadre spatial et temporel de référence qui offrira la première ébauche d'un contenant. » (2013, p. 170)

➤ **Le matériel et les médiations**

Le psychomotricien place son corps et le corps du patient au centre de la thérapie mais il peut également s'appuyer sur des médiations ou des médiateurs pour étayer son travail. C'est pourquoi les salles de psychomotricité sont bien souvent des lieux très fournis en matériel divers et varié (balles et ballons, foulards, bâtons, jeux de société, tapis, couvertures, hamac, crayons, peinture, etc). Ce matériel participe à l'intégration des expériences et constitue un support pour l'imaginaire. Il est d'ailleurs préférable qu'il soit toujours rangé à la même place pour devenir lui aussi un repère pour le patient. Nous

pouvons bien sûr faire quelques modifications dans ce cadre pour amener de la nouveauté mais la dose de nouveauté doit être ajustée au patient pour qu'il ne soit pas dans un état d'alerte permanent non-propice aux expériences et apprentissages. Particulièrement avec les enfants TSA, il est important de soutenir cet apport de nouveauté du fait de leur grande intolérance au changement. Il en va de même pour les différents intervenants de la prise en soin. En effet, si nous voulons accueillir une nouvelle personne dans la thérapie, ce changement doit être réfléchi, préparé avec l'enfant et accompagné. De même, il peut nous arriver de nous absenter pour une raison ou pour une autre. Il est nécessaire d'accompagner cette absence auprès de l'enfant qui la subira, car il pourrait y voir un abandon de la part du thérapeute, ce qui l'amènerait à ressentir une profonde angoisse voire à désinvestir la relation ou la prise en soin.

« 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. » (Veesser, 2015, p. 143)

Il est arrivé à ma maître de stage d'être absente et dans ces cas-là les enfants que nous étions censées voir en individuel restaient sur leur groupe de vie. Lorsque cela arrivait avec Aubin, généralement la semaine suivante, il refusait de monter en salle de psychomotricité et partait en courant dans la cour. C'était peut-être sa manière de manifester son désaccord voire son anxiété dus à la rupture qu'il avait vécu la semaine précédente. Une autre hypothèse est qu'avec la régularité des séances (une fois par semaine, toujours à la même heure), un phénomène d'habituation s'était mis en place. Or, avec cette absence, nous avons brisé le rythme, ce qui a pu générer chez lui un sentiment d'effondrement, de lâchage. Il fallait donc rétablir ce rythme pour qu'il puisse y retrouver de la contenance et de la réassurance. Avec de la patience, de la considération et un certain engagement psychocorporel, nous parvenions à lui faire retrouver l'envie de monter en séance.

➤ **Les règles et les interdits**

Les règles et les interdits sont un autre élément ayant une fonction de pare-excitation. En effet, ils vont permettre à l'enfant de ne pas rester englué dans une activité pulsionnelle et de pouvoir rencontrer une limite structurante. (Boutinaud, 2013, p. 170). Ils sont principalement le respect de son propre corps, de celui de l'autre et de celui du matériel qui ne doit pas être cassé mais cela implique

également les différentes règles imposées par le thérapeute concernant l'espace ou les médiations, elles-mêmes ajustées en fonction du patient.

Ces règles vont venir structurer le cadre en donnant des limites spatiales, temporelles et sociales. Elles sont essentielles car elles vont venir contenir et rassurer l'enfant qui va sans cesse venir les solliciter pour vérifier la solidité de ce cadre. En revanche, si nous interdisons, c'est que nous pensons qu'ils ont les capacités de le supporter, il faut donc être attentif à ne pas poser ces limites trop tôt et les penser pour qu'elles aient une véritable fonction structurante. Si l'enfant est apte à les recevoir, ces interdits vont venir contenir les émotions et les comportements des patients, tant du côté du trop plein d'émotions positives que des pulsions destructrices.

Je repense ici à Aubin, qui en séance refusait d'ôter ses chaussures. Le rituel, avant de commencer la séance de psychomotricité, est pourtant de les retirer car cela marque l'idée de rentrer dans la salle et favorise les sensations tactiles plantaires par la suite. Cet espace pouvant exciter certains enfants, cela leur permet également de se poser. Néanmoins, avec Aubin, nous pouvons repérer une souplesse de ce côté, en acceptant qu'il garde ses chaussures, tout en maintenant un espace où l'interdiction perdure (l'espalier), pour lui permettre de dépasser ses angoisses.

Cependant, avec les enfants porteurs d'autisme, ces règles doivent être exprimées un peu différemment d'avec les enfants neurotypiques. En effet, tout ce qui concerne la syntaxe, la négation et l'établissement de liens entre les mots représente une difficulté. Ainsi, il faut veiller à formuler nos phrases pour qu'ils en comprennent bien le sens et cela passe notamment par l'évitement de la négation. Par exemple, si nous lui disons qu'aujourd'hui nous n'allons pas en Snoezelen, l'enfant va entendre « aujourd'hui » et « Snoezelen » et donc se mettre à trépigner devant la porte dans l'attente d'y aller car il n'aura pas compris la négation.

➤ **Le fonctionnement institutionnel**

Un cadre thérapeutique s'intègre dans une institution qui a un projet global pour les patients, s'appuie sur le travail d'une équipe où chacun est censé avoir sa place et sur un certain nombre de règles qui lui permettent une cohérence de fonctionnement et de pensée. (Potel, 2012, p. 323)

L'institution fait partie intégrante du cadre thérapeutique car tous les éléments cités précédemment sont mis en place au sein de l'institution. Celle-ci se compose d'une équipe soignante

pluridisciplinaire qui œuvre pour le soin psychique en participant notamment à l'effet de contenance. Cependant, le travail en équipe n'est pas toujours évident et nécessite des réunions pour mettre au travail ce qui se joue au sein de l'équipe, entre l'équipe et l'institution, ainsi qu'entre les professionnels et les patients.

Plusieurs espaces permettent de faire ce travail d'élaboration comme les réunions de synthèses cliniques, les réunions plus spécifiques entre plusieurs thérapeutes et les temps de supervision, conduits par un intervenant extérieur à l'institution, qui sont souvent d'un grand soutien pour repérer les enjeux interpersonnels au sein de l'équipe (Billard & Costantino, 2011, p. 62).

L'enjeu institutionnel est donc de « réfléchir, à partir des représentations de chacun, ce qui se joue entre les professionnels de différentes disciplines, avec des orientations théoriques parfois très différentes, dans le but d'élaborer et de soutenir à plusieurs une pratique du soin psychique » (Billard & Costantino, 2011, p. 63). Les acteurs de l'équipe pluridisciplinaire agissent donc selon leur champ de compétences mais en interaction et en collaboration constante les uns avec les autres afin de soutenir l'évolution du patient dans sa globalité.

3.2.2. Les éléments psychiques

➤ **Les postulats théoriques**

« Ils sont nécessaires pour garantir une mise en pensée de notre travail auprès des patients, quels qu'ils soient. Ces postulats s'acquièrent dans notre formation initiale, mais aussi par les formations complémentaires qui jalonnent nos parcours professionnels. » (Potel, 2012, p. 323).

Nous allons analyser le comportement de nos patients à partir de ces théories et proposer un soin qui se réfère également à ces postulats. Notre pratique n'est donc pas neutre mais à partir du moment où celle-ci est conscientisée et que nous savons dans quel champ disciplinaire nous nous situons et pourquoi, cela participe à l'établissement d'un cadre solide et pertinent. L'important est surtout d'adapter ce cadre théorique au patient pour respecter cette pertinence et non pas chercher à tout prix à faire concorder la clinique à notre théorie.

➤ **La disponibilité, réciprocité et tranquillité**

C. Le Menn-Tripi (2019) détaille les trois règles d'or pour de bonnes bases thérapeutiques. Il y a tout d'abord le principe de **disponibilité** qui consiste à assurer la sécurité du patient, le rassurer, l'aider à trouver de meilleurs appuis pour ses expériences, le soutenir et enrichir les ébauches d'initiative relationnelle et sensorimotrice dont il peut faire preuve ainsi qu'avoir des attentes ajustées (p. 312).

On trouve ensuite le principe de **réciprocité** dont l'intérêt est de soutenir la prise en compte de l'autre, l'échange et l'imitation (Le Menn-Tripi, 2019, p. 312). Ainsi, chacun est acteur dans la relation et y met de sa sensibilité. Comme nous l'avons vu avec le dialogue tonique, l'enfant est un protagoniste à part entière du phénomène en influençant sa mère ou le thérapeute ainsi qu'en s'y adaptant. Dans la thérapie, chacun est interdépendant l'un de l'autre. Sans patient, le psychomotricien ne soigne pas et sans psychomotricien, le patient reste confronté à ses difficultés. Les deux sont donc pris dans une boucle relationnelle et réciproque que chacun nourrit à sa manière et qui fait partie intégrante du cadre.

Le dernier principe est celui de **tranquillité** dont le but est d'induire une ambiance la plus calme possible, les jeux pouvant provoquer des dysrégulations émotionnelles qu'il va falloir contenir (Le Menn-Tripi, 2019, p. 312). Pour cela, le psychomotricien doit mobiliser ses propres ressources internes pour rester un pilier solide sur lequel les enfants vont pouvoir s'appuyer pour s'apaiser et réguler leurs émotions envahissantes.

➤ **La fonction contenante**

Le cadre thérapeutique a également pour rôle de contenir les manifestations du patient. En cela, on peut l'apparenter à la notion d'enveloppe. Le terme envelopper est défini comme le fait de « contenir quelque chose, quelqu'un, dans quelque chose ; englober, inclure » (Larousse en ligne, s. d.). Un synonyme pourrait être entourer.

Ainsi, le rôle du psychomotricien et du cadre est donc de contenir mais également d'entourer. Si cela entoure, cela crée également une délimitation, une séparation entre un dedans et un dehors. La solidité du cadre, de cette délimitation, que l'enfant va venir tester, va peu à peu lui donner un sentiment de sécurité externe qui l'aidera à organiser sa propre sécurité interne.

Cependant, cette enveloppe ne doit pas être rigide. En effet, le cadre requiert de la souplesse pour que l'enfant se sente libre de s'exprimer et de faire ses expériences. La souplesse du cadre et du psychomotricien va lui permettre de s'ajuster au plus près des besoins de l'enfant. D. Houzel propose une explication sur le caractère que doit posséder l'enveloppe, et donc le cadre, qui m'a beaucoup parlé et que je trouve pertinente :

L'enveloppe psychique doit être déformable de sorte qu'elle puisse subir les influences des rencontres avec les objets, mais elle ne doit pas être déformable à l'envi. Elle doit garder une consistance qui maintient sa cohésion. On peut qualifier d'élasticité la combinaison de ces deux qualités : malléabilité et consistance. (2010, p. 37)

Cette enveloppe sécurisante va protéger l'enfant des agressions extérieures tout en le protégeant de ses propres débordements psychiques. En effet, le psychomotricien va pouvoir recevoir et contenir les expressions psychiques de l'enfant sans lui-même se désorganiser. L'enfant va donc réaliser que le thérapeute tient, que le cadre tient et se sentir en sécurité pour créer des ressources internes face à la désorganisation.

Cette fonction contenante s'assimile également au holding de D.W. Winnicott. Le holding, de l'anglais « to hold : tenir, maintenir, soutenir, supporter » correspond au portage de la mère, et ici du psychomotricien, à la façon dont elle porte son enfant, tant physiquement que psychiquement. La qualité de ce portage participe au sentiment de sécurité que l'enfant va ressentir. C'est en ayant une attention toute particulière à la qualité de notre présence corporelle que nous pourrons assurer un bon holding. Cette présence corporelle ajustée du psychomotricien prend en compte « son positionnement dans l'espace, ... ses propres appuis, ... sa tonicité, [les] inflexions de sa voix, sa mélodie, son rythme » (Potel, 2012, p. 329).

➤ **L'arrière-fond**

Le premier espace, l'espace utérin, a des caractéristiques sensorimotrices particulières. Les signaux sensoriels qui parviennent au fœtus entraînent le plus souvent des réactions toniques. Elles se manifestent par une extension de tout le corps, qui trouve un appui sur le placenta et la paroi utérine. (Bullinger & Delion, 2008, p. 7)

Cet appui dorsal que le bébé trouve constitue un arrière-fond sécurisant qui s'ajuste à ses mouvements et contient ses extensions. Mais à la naissance il perd ce contenant et doit le retrouver dans le milieu humain. En effet, « un arrière-fond est indispensable pour qu'un espace d'actions instrumentales se déploie et se spécifie » (Bullinger & Delion, 2008, p. 8). Notre rôle de psychomotricien est de lui apporter cet arrière-fond tant physique que psychique jusqu'à ce qu'il soit capable de le trouver seul.

Physiquement cela se traduit par une installation adéquate avec des coussins, des supports d'assises adaptés qui vont lui apporter un soutien dorsal et périphérique ainsi qu'une posture où le bassin joue son rôle de stabilité et de disponibilité.

Cela se joue également dans notre psychisme par le biais de notre projet thérapeutique. En effet, lors de nos séances il faut constamment avoir en arrière-fond nos axes de travail : « Pourquoi je propose ce jeu, quel est l'intérêt, la pertinence ? Quelle est la meilleure réaction à avoir face à ces manifestations pour que cela ait un intérêt thérapeutique ? ». Nous ne sommes pas là simplement pour jouer avec

l'enfant mais pour le faire grandir, se développer au travers du jeu. Cet arrière-fond est donc primordial pour que le cadre thérapeutique ait une cohérence.

3.2.3. Conclusion

Pour conclure, j'ai relevé deux citations qui selon moi résument plutôt bien ce que nous venons de développer. Le cadre est donc un « lieu où nous accueillons les enfants pour travailler avec eux mais aussi le propre positionnement du psychomotricien en tant que garant de cet espace » (Boutinaud, 2013, p. 169).

[II] désigne l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajustées aux possibilités du patient, permettent un processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés – un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils – mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit du soin. (Alberne & Bourgeois, 2012)

3.3. L'alliance thérapeutique

Un deuxième point essentiel à la construction d'une relation thérapeutique est l'alliance thérapeutique. « L'alliance thérapeutique est cette relation que thérapeute/soignant et patient construisent ensemble dans le cadre de leur travail thérapeutique. » (Bévalot, 2020) Cela « correspond à la "qualité et à la force de la relation collaborative entre le client et le thérapeute en thérapie" (Horvath & Bedi, 2002) ; "la qualité de l'alliance est un élément important dans une thérapie efficace et réussie" » (Bozarth & Motomasa, 2014, p. 65).

Cette alliance a pour but le mieux-être du patient et se fonde sur plusieurs principes. Tout d'abord, le psychomotricien doit instaurer un climat de confiance pour que le patient et lui-même œuvrent ensemble pour atteindre un objectif commun. En effet, cette alliance « repose sur le désir conscient ou inconscient de coopération de la part du patient et sur le fait qu'il est prêt à accepter que le thérapeute l'aide à surmonter ses difficultés internes » (Sandler et al., 1975, p. 33). Mais pour cela, le patient doit se sentir en confiance.

Pour ressentir cette confiance, le patient doit sentir qu'il n'est pas jugé et que le psychomotricien est dans une attitude d'écoute bienveillante, la bienveillance étant une « disposition d'esprit inclinant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui » (Larousse en ligne, s. d.).

L'alliance thérapeutique se construit également sur les capacités d'ajustement du

psychomotricien au patient. Un ajustement pour mettre l'enfant à l'aise mais pour se sentir lui-même à l'aise et en confiance pour pouvoir se reposer sur ses propres aptitudes et sur les aptitudes de l'enfant, en vue de construire un parcours commun.

La relation que le psychomotricien va instaurer avec son patient n'est évidemment pas neutre car empreinte de toutes ses représentations et des sentiments que l'enfant va générer chez lui. Cependant, pour que l'alliance soit la plus forte, il doit tenter de maintenir une relative objectivité et ne pas trop se laisser influencer par ce que leur relation vient générer chez lui. Être à l'écoute et en tenir compte oui, mais garder en tête les objectifs thérapeutiques et son rôle de thérapeute.

L'alliance thérapeutique a donc pour but d'entraîner une adhésion du patient au soin proposé. Elle repose essentiellement sur les compétences relationnelles du psychomotricien car sans cela, les meilleures méthodes et compétences techniques n'auront pas une efficacité optimale. Une alliance thérapeutique solide pourra s'installer à partir du moment où le cadre thérapeutique est lui-même posé et solide.

3.4. L'empathie tonique

L'empathie tonique est une modalité participant à la construction d'une relation dite thérapeutique. L'empathie est une aptitude psychologique à percevoir et comprendre ce que vit une autre personne ainsi que ce que l'on va renvoyer à autrui de cette compréhension. Le psychomotricien, dans sa relation au patient fait preuve d'une empathie spécifique à sa profession qu'on appelle empathie tonique.

L'écoute du psychomotricien s'étaye sur l'échange d'émotions à partir de canaux tonico-posturaux. C'est une forme d'écoute qui se veut empathique : nous mettons à disposition tous nos sens afin d'être à l'écoute des manifestations psychocorporelles de notre patient. Il est nécessaire, pour ce faire, d'être attentifs à tous les indices non verbaux (postures, déplacements, mimiques, regards, changements toniques, engagement ou désengagement corporel, émissions sonores et réponses apportées aux diverses stimulations et manipulations d'objets) permettant de comprendre ce qui se joue et ainsi de pouvoir adapter notre propre posture. Ceci permet d'identifier les moments opportuns pour interagir, échanger ou au contraire laisser explorer le patient de façon autonome. L'engagement corporel, les propositions, les stimulations et nos mises en mots peuvent ainsi s'ajuster à la disponibilité ainsi qu'aux demandes et aux capacités d'intégration de nos patients. (Veesser, 2015, p. 146)

L'empathie va donc permettre au psychomotricien de déceler les états émotionnels de son patient, sans toutefois partager cette émotion et la ressentir lui-même. Il va percevoir l'émotion, l'identifier et pouvoir en restituer quelque chose au patient et ainsi l'aider. Ce phénomène me paraît indispensable à la construction de la relation thérapeutique car c'est en étant au plus près des émotions de notre patient que nous pourrions être le plus à même de le guider vers une polarité plus saine. L'empathie va permettre cet ajustement bienfaiteur dont nous avons compris l'importance.

3.5. La congruence

L'authenticité est également un facteur de qualité de la relation thérapeutique. C. Rogers considère que le thérapeute doit être « ce qu'il est, authentique, sans 'masque' ni façade » (1970, p. 48). Il appelle ce savoir-être la « congruence ».

Celle-ci correspond à un état d'accord interne entre ce que le thérapeute est réellement, ce qu'il perçoit, pense, ressent, comme intention et ce qu'il communique. Cette notion indispensable s'appuie sur le vécu corporel et sensible du thérapeute, ses expériences et son identité propre. (Rogers, 1970, p. 48)

En d'autres mots, la congruence est la concordance entre ce que l'on ressent et ce que l'on renvoie au patient de manière infra-verbale. Cette authenticité nécessite d'être disponible pour recevoir les manifestations émotionnelles de nos patients sans laisser transparaître de réactions non-ajustées qui sous-tendraient un jugement. La congruence est donc l'adéquation entre nos émotions, nos pensées, nos paroles et nos actes. Elle révèle une qualité de présence qui va participer à l'instauration du climat de confiance nécessaire à l'engagement du patient dans la relation.

3.6. La fonction alpha du psychomotricien

W.R. Bion (1979) a formulé une théorie : celle de la fonction alpha. Il postule qu'à la naissance, le bébé a des pensées mais n'a pas d'appareil à penser. Selon lui, les pensées du nourrisson sont des « choses en soi ». Ce sont des éléments bruts non-intégrés, des impressions sensorielles non assimilables tels quels par le psychisme (notamment la frustration, la culpabilité, la dépression, la persécution et la douleur physique).

W.R. Bion conceptualise la fonction alpha comme un processus de mentalisation du monde. C'est le processus qui permet de faire de la pensée, de passer de l'expérience sensorielle/corporelle, à la forme

mentale de cette expérience. Les ressentis violents du nourrisson sont reconnus et recueillis par la mère, transitent par son psychisme afin d'y être transformés en éléments alpha, affects moins violents, réintégrables par le nourrisson. S'il n'est pas supporté psychiquement – c'est-à-dire si les impressions brutes ne sont pas accueillies et digérées – l'enfant reste dans le rien, le manque. La fonction alpha de la mère est donc là pour recevoir les éléments bruts vécus par l'enfant, les intérioriser et les digérer. Ainsi elle détoxifie la psyché de l'enfant en remplaçant les éléments bêta impensables par des éléments alpha, permettant la pensée.

Pour ce faire, la mère use de sa capacité de rêverie, c'est-à-dire sa capacité à rêver autour de l'enfant, en verbalisant ses impressions, en mettant des mots sur un vécu sans se laisser prendre dans la détresse de l'enfant. Elle donne du sens aux expériences corporelles du nourrisson. Cette fonction alpha a un rôle primordial dans l'établissement de la capacité de penser du petit enfant et peu à peu, une barrière de contact se forme, constituée d'éléments alpha, séparant les fantasmes et émotions d'origine interne, des perceptions de la réalité.

Une fois que le sujet possède cette fonction alpha, il peut lui-même effectuer ce travail de transformation de l'impensant en assimilable. Mais cette fonction n'est pas innée, elle s'acquiert. C'est pourquoi le psychisme maternel assure dans un premier temps cette fonction pour le psychisme immature de l'enfant, mais petit à petit, il construit sa propre fonction alpha interne qui prend le relais du psychisme maternel.

Le psychomotricien, en mettant à disposition de l'enfant son appareil à penser, reprend à son compte cette fonction alpha. Il accueille, met en mots, donne du sens, verbalise les émotions et informations corporelles perçues chez son patient pour que celui-ci puisse les intégrer, se les représenter et construire sa propre fonction alpha intériorisée, ce qui amène la distinction du Soi et du non-Soi. Cette distinction permet de mieux s'individualiser et d'ainsi mieux aller à la rencontre de l'autre et pouvoir anticiper. En effet, lorsque l'enfant perçoit des stimuli, en les catégorisant et en formulant des hypothèses nous l'aidons à décrypter ses états et à y mettre du sens. Par exemple, lorsqu'il est face à un chien, grâce au sens que nous, ou la mère, avons pu mettre sur les expériences précédentes, l'enfant sait qu'il peut aboyer. Il peut donc se préparer à cette éventualité. La situation devient ainsi moins angoissante et par la même, plus contenant. En transposant cette fonction en séance, nous pouvons amener le patient à anticiper de la même manière les stimuli qui pourraient le perturber (une porte peut s'ouvrir, une bulle de savon peut éclater, une chaise en tombant peut faire beaucoup de bruit...).

3.7. La distance thérapeutique

Un dernier élément capital dans le cadre de la démarche thérapeutique est le choix de la distance que l'on met entre le patient et nous-même. Cette distance thérapeutique est la distance qui permet au psychomotricien de recevoir les expressions et émotions du patient sans en être affecté et qui permet à l'un et à l'autre d'éprouver un sentiment de sécurité interne. Cette distance doit permettre l'entrée en relation sans être intrusive. C'est une juste distance qui s'adapte à chaque patient en le rejoignant là où il est, dans l'ici et maintenant. Elle n'est cependant jamais fixe et nous devons la réajuster au fur et à mesure de ce que nous percevons de notre patient et de ses besoins, ainsi que de nos propres ressentis.

En groupe « enveloppe-toi » j'ai beaucoup expérimenté ce concept de distance thérapeutique avec Suzie. En effet, celle-ci éprouve des difficultés à lâcher prise et se détendre et génère chez moi une envie de l'aider à trouver cet état de relâchement par le contact et le dialogue tonique. Or, elle est extrêmement sensible au fait de rentrer dans son espace proche et j'ai remarqué qu'il fallait plutôt la laisser venir vers nous, que nous aller vers elle. Ainsi, je m'asseyais contre le mur, sur un tapis, jambes tendues et ouvertes, mains posées sur les cuisses, paumes de mains tournées vers le ciel. Je la regardais de temps à autre mais ne lui faisais pas particulièrement comprendre que je l'invitais à venir. J'essayais simplement de lui manifester ma tranquillité et ma disponibilité à l'accueillir.

Cette posture d'accueil a certainement dû lui convenir car chaque fois que je l'adoptais, après quelques instants, elle venait s'asseoir entre mes jambes, son dos contre mon ventre. Je pouvais alors refermer mes bras sur elle, la contenir et lui communiquer une respiration profonde. Au bout d'un moment, j'avais la sensation que cette proximité et la détente que cela lui procurait généraient chez elle de l'anxiété qu'elle manifestait par un début d'agitation. Dès lors, je rouvrais mes bras et lui laissais la possibilité de sortir de cette situation. Elle se relevait alors, effectuait quelques déambulations ou allait se poser seule dans un pouf, loin de moi. Je reprenais ma posture d'accueil dès qu'elle s'en allait et quand elle se sentait de nouveau prête, elle revenait vers moi. Nous pouvions alterner dans ces deux situations pendant un long temps de la séance.

3.8. Conclusion

A la lumière de tous ces éléments, nous pouvons conclure que la relation psychomotrice est une relation à la fois d'aide et de soin qui prend en compte l'individu dans sa globalité. Elle s'étaye sur un cadre thérapeutique solide et malléable, pensé spécifiquement pour chaque patient. Elle permet l'alliance thérapeutique grâce à ses différentes composantes, notamment les qualités d'empathie,

d'authenticité, de verbalisation et d'ajustement corporel du psychomotricien.

C. Potel considère d'ailleurs le lien thérapeutique comme étant à la base du travail entre le psychomotricien et son patient (2012, p. 314). Ce lien peut s'apparenter à celui qui s'installe entre la mère et son enfant au début de la vie, par les fonctions contenante et alpha appartenant originalement à la mère et retransposées dans le cadre de la thérapie.

La relation thérapeutique psychomotrice est donc une relation se nourrissant du patient et du psychomotricien, qui par ses savoirs, savoir-faire et savoir-être peut accueillir les mouvements relationnels existant entre eux deux. Il peut ainsi s'appuyer sur ce lien pour favoriser le développement harmonieux de l'enfant ainsi qu'une adaptation optimale à son environnement.

Par son écoute sensible des manifestations psychocorporelles du patient et sa propre implication psychocorporelle, le psychomotricien se situe au plus près des besoins et désirs du patient et y répond ainsi de manière la plus adaptée possible, tout en se laissant surprendre et porter par ce que l'évolution de la relation peut spontanément amener. Ainsi, le psychomotricien intègre « son *savoir-faire* et son *savoir-être* dans l'*instant* de la relation thérapeutique (Stern, 2005) » (Bonvin, 2006, p. 192) et compose « avec les modulations imprévisibles et singulières de la relation, avec le champ clinique de la rencontre, avec ses représentations personnelles et savoirs théoriques, avec l'incertitude et avec les réponses auxquelles il ne s'attend pas » (Bonvin, 2006, p. 192).

A la suite de cette étude, je comprends mieux les fondements de la relation thérapeutique et ce qui s'est joué entre Hélios, Aubin et moi. Cependant, la question que je me suis posée au début de ce mémoire continue de se manifester : ma posture de stagiaire a-t-elle pu influencer ma rencontre avec ces enfants ? A-t-elle pu jouer un rôle dans l'établissement de notre relation ? Si c'est le cas, cela a-t-il eu une influence positive ou cela a-t-il plutôt desservi notre lien ? Nous allons maintenant tenter de répondre à ces interrogations en étudiant les influences que ma place de stagiaire a pu amener. Nous terminerons cette discussion par un retour sur la relation établie avec ces deux enfants.

Partie III : Discussion

Dans cette partie, j'aborderai la spécificité de la posture de stagiaire et reviendrai sur les relations établies avec Hélios et Aubin au regard de ce que j'ai développé dans ce mémoire.

La place de stagiaire est une place toute singulière par le fait que nous sommes à la fois apprenants et soignants.

Le stage revêt en effet une fonction bien particulière par la position d'entre-deux dans laquelle il place le stagiaire, à la fois dedans et dehors, inclus dans un travail d'équipe, y compris dans la saisie de subtilités, mais exclu de responsabilités formelles, en l'absence d'un contrat de travail, y compris avec une convention de stage. (Ballouard, 2011, p. 164)

Nous avons donc des responsabilités tout en étant protégés de celles-ci. Trouver sa place sur son lieu de stage n'est par conséquent pas chose aisée. Nous allons voir que cela peut jouer un rôle dans la communication et la construction de la relation thérapeutique, rôle parfois bénéfique quand d'autres fois il peut être limitant.

1. Les influences de la posture de stagiaire dans la communication

1.1. Les bénéfiques

En étant stagiaire, nous sommes également étudiants allant à l'université. Or, dans notre emploi du temps, nous avons des cours de pratiques corporelles comme la conscience corporelle ou encore l'expressivité du corps.

Grâce à la pluralité, à la diversité et à la richesse des thèmes proposés, le psychomotricien va développer une conscience du corps et une expressivité corporelle de plus en plus vastes et de plus en plus variées, il va également développer sa capacité à observer finement les attitudes corporelles, à moduler et à s'adapter à toutes les situations rencontrées. (Giromini, 2012, pp. 257-258)

Ces expériences nous invitent à être en relation les uns par rapport aux autres, à communiquer

par le corps, à être dans une rencontre sensible, à l'écoute de nos ressentis et des messages véhiculés par le corps d'autrui. Elles sont suivies d'une verbalisation pendant laquelle les étudiants relatent leurs vécus subjectifs, les confrontent et s'en nourrissent mutuellement. Ainsi, au fur et à mesure des expériences, nous adaptons nos mouvements, la distance entre nos corps, nos expressions faciales, à l'aune de ce que nous percevons chez l'autre. Grâce à ces exercices, nous héritons d'une habilité à mettre notre expressivité au service de la communication. En étant stagiaire, nous sommes encore imprégnés de toutes ces sensations, de toutes ces impressions et de tous ces vécus, ce qui enrichit la communication et la compréhension des patients. En effet, par ces mises en situation, nous nous faisons une idée plus concrète, plus précise et plus subjective de ce que peuvent vivre nos patients, ce qui facilite l'ajustement de notre posture par la suite.

En revanche, lorsque nous sommes professionnels expérimentés, il arrive qu'avec toutes les tâches du quotidien, la frénésie du travail ou encore le manque de moyens de l'institution pour donner accès à des formations, il soit compliqué de se réserver du temps pour continuer d'enrichir son vécu par des pratiques corporelles. L'avantage ici à être stagiaire est donc ces heures dédiées à ces pratiques, mises en place par la faculté, qui nous permettent de toujours plus expérimenter et de développer notre sensibilité.

De plus, la présence nouvelle d'un stagiaire, préalablement anticipée pour préparer l'enfant à ce changement, si elle n'est pas vécue comme intrusive, peut représenter un allié dans la communication. En effet, les interactions nécessitent un intérêt mutuel et une attention portée à l'autre. Or, ce qui est nouveau attire l'œil, déstabilise, questionne, interroge... Ainsi, il peut y avoir une incompréhension entre les nouveaux protagonistes qui amène à créer de nouveaux modes de communication pour interagir et se comprendre, et du côté du stagiaire plus spécifiquement, cela entraîne une nécessaire adaptation.

Enfin, en tant que stagiaire, nous avons la possibilité, en prise en soin triangulaire, de prendre des temps d'observation durant lesquels nous nous mettons en retrait et pouvons prendre du recul sur la dynamique relationnelle. En étant à l'extérieur de la relation, nous pouvons être plus à l'écoute des signaux corporels, des interactions entre le patient et le psychomotricien et par la suite adopter des stratégies d'approche différentes, instaurer de nouvelles formes de communication, ce qui est plus compliqué à faire lorsque l'on est pris dans la relation, dans l'intuition du moment et dans nos réactions spontanées, sans recul permettant cette meilleure analyse.

1.2. Les limites

Une difficulté que j'ai rencontrée auprès des enfants est qu'ils ne font pas la distinction entre professionnels de santé sous contrat et stagiaires. Pour eux, nous sommes grands, nous semblons avoir

la possibilité de répondre à leurs attentes comme n'importe quel autre adulte donc ils nous considèrent de la même manière.

Cependant, lors des premières semaines, je n'étais pas encore au fait de toutes les règles et modalités. Ainsi, lorsqu'ils me sollicitaient pour obtenir un jeu ou faire une activité, je n'osais pas répondre positivement à leurs demandes. En effet, je n'étais pas sûre que le moment fût adéquat, ou si l'enfant était autorisé à utiliser l'objet voulu. De plus, expliquer cela, même avec des mots simples, ne fonctionnait pas très bien. Ils ne comprenaient pas la teneur de mes propos et se retrouvaient démunis face à cet adulte qui ne voulait pas satisfaire leur désir alors qu'ils se faisaient habituellement très bien comprendre par ce geste de pointage (entre autres). Cette première entrée en matière, se traduisant par un souci de communication, me mettait dans l'impuissance et cela aurait pu amener l'enfant à ne plus me solliciter, à ne plus venir vers moi si cela était venu à se répéter. Cette entrée en relation me semblait difficile et c'est probablement cette posture de nouvel arrivant qui me mettait dans cette situation. Néanmoins, la rencontre avec un nouvel adulte peut être bénéfique pour l'enfant car, du fait de mon incompréhension, il doit apprendre à ajuster ses demandes. Cela permet également aux adultes référents de prendre du recul sur leur posture, car ce qui est compréhensible pour eux, par le lien déjà établi avec les enfants, n'est pas une évidence pour des personnes venant de l'extérieur. En tant que stagiaire, nous apportons donc un peu de « dehors », souvent utile pour les habitués qui sont pris dans le « dedans ».

2. Les influences de la posture de stagiaire dans la construction de la relation thérapeutique

2.1. Les bénéfices

Tout d'abord, l'hôpital de jour étant soucieux de la formation des futurs professionnels de santé, de nombreuses places sont réservées aux stagiaires. Ainsi, leur nombre est conséquent, ce qui participe probablement au bon fonctionnement de l'institution. Le stagiaire est ainsi sollicité pour les soins du quotidien, tout au long de la journée et se retrouve rarement sans accompagnant ou sans activité à encadrer. L'institution est ouverte aux propositions que l'on peut amener et nous sommes invités à participer à la réflexion clinique de l'équipe. Cette reconnaissance ne va pas sans un sentiment de responsabilités données qui nous engage à nous investir tout particulièrement auprès des enfants pour en quelques sortes faire nos preuves et montrer notre professionnalité. Cette envie de vouloir bien faire et de mériter cette reconnaissance d'emblée offerte entraîne une réflexion et une remise en question poussée de notre manière de faire et ne peut qu'avantager la relation qui se tisse entre les enfants et nous. De plus, le fait d'être reconnu donne confiance en soi, l'envie et surtout la possibilité de s'investir.

Ensuite, bien que certains enfants ne fassent pas la différence entre professionnels et stagiaires, voire entre le Soi et le non-Soi, d'autres le comprennent très bien. A notre arrivée, ils viennent donc retester le cadre et les limites pour voir si les règles et les réactions sont les mêmes. Cela leur permet de vérifier la solidité de celui-ci et si ces règles et réactions sont sensiblement les mêmes, cela peut les rassurer dans ce besoin d'immuabilité. Ainsi, cette posture de nouvel arrivant permet de renforcer et de stabiliser le cadre thérapeutique, élément primordial à l'instauration de la relation thérapeutique.

En outre, lors des prises en soin individuelles, j'ai pu représenter un point d'appui par mon rôle défini de tiers dans la dyade patient-psychomotricienne, que certains enfants investissaient sur un plan fusionnel. Nous avons pu voir, notamment avec Aubin qui mettait en avant la question de l'individuation, ce rôle de tiers séparateur pour empêcher la confusion des limites corporelles. Ainsi cela participait à soutenir le sentiment d'existence de l'enfant comme personne à part entière, en dehors de la relation avec la psychomotricienne. Cette triangulation lui permet donc de se différencier, de s'individualiser et surtout de s'ouvrir aux autres. De plus, ce rôle de tiers permet de désamorcer une situation dans laquelle l'adulte pourrait être perçu comme persécuteur par sa présence ou son regard par exemple.

Par ailleurs, la posture de stagiaire amène une certaine forme de liberté. En effet, ma tutrice me rappelait régulièrement que lorsqu'elle me proposait de mener moi-même les séances, j'avais la possibilité de refuser. Lorsque je m'engageais donc auprès des enfants, c'était un choix effectué en toute liberté, un libre engagement. Par conséquent, cela impliquait une dynamique relationnelle dans laquelle je n'allais pas à reculons, ce qui, si cela avait été le cas, aurait pu avoir un impact délétère sur l'aspect thérapeutique de la relation.

Ensuite, l'avantage d'être stagiaire est que si nous ressentons un malaise dans une situation, nous pouvons rester en observation et apprendre en regardant. En troisième année, nos tuteurs nous laissent beaucoup de possibilités pour être acteurs dans la prise en soin mais ils nous laissent également la liberté de nous écouter et de prendre de la distance lorsqu'on a la sensation de ne plus pouvoir maîtriser la situation. Cette liberté permet de se sentir à l'aise dans la prise en soin car savoir que nous avons le droit de repasser la main à son maître de stage, si nous en ressentons le besoin, permet de s'engager dans la relation sans anxiété et donc d'offrir un lien plus confiant et plus sécurisant à l'enfant. Par ailleurs, cela participe à notre construction de professionnel par la prise en considération de cette écoute de nos sensations, de nos limites et cela favorise la confiance en nous.

De plus, le fait de passer d'un thérapeute à deux thérapeutes présente plusieurs avantages pour la prise en soin. En effet, la dynamique n'est pas la même et cela offre davantage de possibilités comme des activités de portage plus aisées, des échanges de balles en triangulation, un soutien de l'arrière-fond tout en pouvant maintenir le lien par le regard (par un positionnement devant et derrière l'enfant), et d'autres choses encore.

Enfin, par les interrogations que l'on amène en questionnant la pratique de notre maître de stage ou les comportements des enfants, cela incite à repenser sa pratique ou se requestionner sur une hypothèse considérée comme acquise. Ces remises en question permettent de réfléchir ensemble autour de l'enfant pour lui offrir un meilleur soin. Le métier de psychomotricien considère le patient dans sa globalité et croiser les regards cliniques accentue selon moi ce phénomène. La relation qui en découle par la suite ne peut en être que plus thérapeutique.

2.2. Les limites

Le fait d'être stagiaire présente donc quelques intérêts au regard de la construction de la relation thérapeutique mais peut être limitant sous certains aspects.

Comme nous l'avons vu, construire une relation thérapeutique commence par l'instauration d'un cadre thérapeutique. Or, lorsque j'arrive, il est lui aussi déjà construit et je me dois de l'intégrer. Cela a donc une influence sur la rencontre entre l'enfant et moi car le cadre a beau être thérapeutique, ce n'est pas le mien. Bien que je sois en accord avec la forme que prenait celui-ci, le fait de ne pas l'avoir construit seule a pu changer la façon dont l'enfant m'a investie ou dont moi je l'ai investi.

Ensuite, la posture de stagiaire entraîne de nombreuses influences, notamment sur l'engagement relationnel. En effet, étant en apprentissage, nous pouvons douter du bien-fondé de nos actions, hésiter sur la manière de formuler nos pensées, sur la justesse d'un toucher ou d'une prise de position dans la pièce... Ce manque de confiance en nous, surtout présent au début, peut entraver l'entrée en relation. L'enfant peut percevoir cette timidité, ce qui pourrait le déstabiliser. Quant à nous, cela peut constituer un frein pour nous engager pleinement. Néanmoins, au fur et à mesure de l'année, nous prenons confiance en nous et cette influence se ressent moins.

Par ailleurs, le manque d'expérience professionnelle peut engendrer des difficultés à prendre du recul sur une situation. Par exemple, lors des moments de fusion relationnelle expérimentée avec certains enfants, sans le recul et les analyses de ma maître de stage, j'aurais pu ne pas percevoir la dynamique qui se jouait ici.

En outre, le fait d'être stagiaire peut jouer sur la disponibilité psychocorporelle. La disponibilité est notamment définie comme le « fait pour quelqu'un d'être libre pour telle ou telle activité, d'être libre de toute préoccupation » (Larousse en ligne, s. d.). Cela implique donc de ne pas être parasité par des pensées qui ne sont pas en lien avec le moment ou par des tensions/douleurs corporelles qui pourraient nous détourner de l'instant présent. Ainsi la disponibilité psychocorporelle est la faculté que l'on a à se détacher de tout ce qui pourrait nous distraire pour être à l'écoute, dans une posture d'accueil.

Le fait d'être stagiaire peut avoir un impact sur cette disponibilité. Nous avons vu précédemment que grâce à nos cours de pratique, les professeurs nous apprennent à nous rendre disponibles mais selon certaines périodes de l'année, cela peut être moins aisé. En effet, être étudiant signifie que nous avons – en plus du stage – des cours, des examens, des écrits à rendre, autant de choses qui peuvent nous fatiguer et générer de l'anxiété. Cet état de fatigue et d'anxiété va jouer sur notre disponibilité psychocorporelle. Nous pouvons parfois avoir le sentiment d'être submergés par la dose de travail et la fatigue accumulée, ce qui limite les capacités d'accueil du propre mal-être du patient. En revanche, être conscient de ce manque de disponibilité est important car il faut en tenir compte lors des séances pour ne pas proposer des activités ou s'engager sur un axe thérapeutique qu'on ne sera pas capable d'assumer ce jour-là. Ainsi, il est nécessaire d'être à l'écoute de soi-même, de ses émotions, de ses ressentis pour pouvoir noter le degré de disponibilité dans lequel nous sommes. Cette prise de conscience va permettre de moduler cet état et de trouver des stratégies pour se rendre plus présent à la relation au patient, stratégies que nous apprenons également grâce à ces cours.

Enfin, en tant qu'apprenante, lors des séances avec ma maître de stage, je n'osais parfois pas m'impliquer. Je préférais rester plutôt observatrice qu'actrice, par crainte de mal faire ; car bien que bienveillante, elle était aussi là pour relever ce que je faisais, bien ou moins bien, pour me pousser à m'améliorer. Ce regard observateur modifiait ma disponibilité car une partie de moi était constamment dans l'analyse de mes gestes et de mes paroles. Certaines de mes pensées me ramenaient au fait que j'étais observée et cela pouvait avoir un impact sur l'investissement de la séance. En effet, j'essayais de faire fi de cette situation et de me concentrer uniquement sur l'enfant mais ce n'était pas chose aisée. Ainsi, même si une grande partie de mon attention était centrée sur le patient, la partie manquante aurait pu faire une différence. En tous cas, j'ai pu remarquer que lors des groupes dans lesquels il y avait plusieurs enfants, j'étais plus à l'aise car nécessairement moins observée et d'autant plus les fois où j'étais complètement seule avec eux.

3. L'apport du maître de stage dans la construction de la relation patient-stagiaire

3.1. Les verbalisations et remises en question

Une personne qui m'a été d'une grande aide dans la construction des différentes relations thérapeutiques avec les enfants est ma maître de stage. En effet, nous avons régulièrement des temps d'échanges pour verbaliser, discuter autour des séances qui venaient de se dérouler ou des moments que j'avais sans elle avec les patients. Ces temps de parole m'ont permis de prendre du recul, d'analyser ma pratique, ma posture et d'élaborer autour de ces éléments pour les penser et les ajuster.

Par ailleurs, elle me donnait de temps en temps quelques tâches comme noter les éléments

cliniques observés lors des séances ou réfléchir à des activités à proposer pour pouvoir évaluer les différentes sphères psychomotrices d'un enfant ou encore réfléchir à des aménagements pour faciliter le quotidien de certains enfants, très anxieux vis-à-vis de certaines situations. Tous ces éléments m'ont incitée à me poser et réfléchir de manière professionnelle, concrète et cela a permis de clarifier mes idées, mes observations ainsi que ma pratique. Prendre ce temps pour prendre du recul pour bien analyser et comprendre les problématiques qu'amenaient les enfants ainsi que pour penser ma posture et ma manière de faire, ont permis un ajustement au plus près des besoins de l'enfant, favorisant l'aspect thérapeutique de la relation.

De plus, le fait de verbaliser, de mettre en mots, invite à se positionner et à clarifier sa pensée. Devoir expliquer ce que l'on a perçu dans la relation avec l'enfant, dans son corps, dans ses mouvements et autres manifestations psychocorporelles, favorise la structuration de son analyse et la mise en lien des différents éléments relevés. Cela amène de la cohérence dans son discours ainsi que la possibilité de changer de point de vue. Tout ceci permet d'avoir une vision réellement globale et précise de l'enfant et ainsi de mieux le comprendre et pouvoir s'adapter au niveau de la distance thérapeutique, du mode de communication le plus adéquat, etc.

En outre, verbaliser permet un échange productif car le tuteur de stage peut rebondir sur les éléments amenés par le stagiaire pour aider au développement de sa pensée, et réfléchir ensemble au meilleur accompagnement possible pour le patient. Bien évidemment, cette verbalisation représente une interprétation subjective mais elle permet toutefois de chercher à améliorer sa compréhension de l'enfant, ce qui ne peut être que bénéfique pour la prise en soin.

Enfin, les propres verbalisations du maître de stage permettent d'enrichir le vocabulaire psychomoteur et les observations cliniques ainsi que d'affiner les analyses du stagiaire. Cela aide également à la symbolisation des éprouvés de l'étudiant qui peuvent parfois être confus du fait du manque d'expérience et de l'intensité des événements qui se déroulent au sein d'une séance.

3.2. Un modèle auquel s'identifier

Pour construire sa propre pratique, il faut façonner son identité professionnelle. Or, en observant ma maître de stage pendant et en dehors des séances, j'ai pu retrouver dans sa manière de faire ce que j'avais apprécié et compris du métier de psychomotricien en relation. Je me suis donc progressivement identifiée à elle et j'ai essayé de tendre vers cet idéal qu'elle était devenue. Ainsi, quand j'étais en interaction avec les enfants, je tentais d'imaginer quelles seraient les réactions de ma tutrice, de quelles manières elle aborderait l'enfant, comment s'adapterait-elle. Cette identification m'a permis de bien comprendre le déroulement d'une prise en soin, ce qui fonctionnait et permettait au patient de progresser. Peu à peu, j'ai pris de l'assurance dans ma pratique et j'ai pu me détacher progressivement de

ce modèle pour y mêler ma propre sensibilité et construire mon identité professionnelle.

Ainsi, commencer par une sorte d'imitation et de calque de ma maître de stage a permis l'élaboration d'une relation globalement adaptée avec les enfants. Par la suite, mon individuation progressive a amené plus d'authenticité dans cette relation, ce que nous savons être un des piliers de la relation thérapeutique grâce à la réflexion menée précédemment (cf. II.3.5).

3.3. Conclusion : un guide dans le développement de sa pratique

En somme, le maître de stage possède un rôle primordial dans la formation du futur psychomotricien. Il oriente et affine le regard clinique de l'étudiant, l'aide à développer sa pensée ainsi que sa place de professionnel. Il prête également son appareil psychique, de la même manière que nous avons évoquée au II.3.6, pour permettre au stagiaire de mettre du sens sur sa pratique et sur ce qui se joue en séance. Tout cela favorise la construction de son identité professionnelle ainsi qu'une entrée en relation avec les enfants que l'on pourra qualifier de thérapeutique. Au cours du stage, l'étudiant se forge donc, gagne en confiance et devrait à l'issue se sentir préparé pour prendre en soin ses propres patients.

Nous avons ainsi mis en évidence les bénéfices et les limites de la place de stagiaire dans la communication et l'établissement de la relation thérapeutique. Nous avons également repéré l'importance du rôle de maître de stage dans ces mêmes éléments ainsi que dans la construction de l'identité professionnelle de l'étudiant. Nous allons maintenant terminer cette discussion par un retour sur les deux rencontres qui ont servi de fil rouge à la rédaction de ce mémoire.

4. Retour sur la relation thérapeutique établie avec Hélios et Aubin

4.1. L'apport de l'institution et de l'équipe

Si le métier de psychomotricien n'est pas toujours bien reconnu au niveau institutionnel voire au sein des équipes médicales et paramédicales, celui-ci trouve toute sa place sur mon lieu de stage. Chaque enfant bénéficie de sa prise en soin en psychomotricité dont les intérêts sont admis. Des retours sont demandés après les bilans, les indications des psychomotriciennes sont écoutées et mises en application du mieux que possible. De même, lors des réunions de synthèse ou d'informations, le point de vue et les remarques des psychomotriciennes sont pris en compte et jugés pertinents. Cela a donc grandement facilité mon insertion dans la dynamique institutionnelle. Les relations qui se sont installées entre Aubin, Hélios et moi ont par conséquent pu se mettre en place notamment grâce à cette institution. Elle fut un soutien bienveillant dans ce processus.

Par ailleurs, j'étais régulièrement amenée à être seule avec l'équipe éducative du groupe 3,

Florianna étant en prise en soin dans un autre groupe. Or, les éducateurs et infirmiers m'accompagnant manifestaient un réel intérêt pour ce que je pouvais amener de différent, avec mon regard de future psychomotricienne. Je me sentais donc considérée, soutenue et j'avais la sensation de pouvoir apporter ma pierre à l'édifice. Cela constituait par conséquent des conditions favorables à l'entrée en relation avec les enfants.

En outre, dans certains espaces, la présence des éducateurs et infirmiers connus des enfants leur ont probablement permis de se sentir en sécurité. Il arrivait que nous soyons en duo, autour d'Hélios en multisport par exemple, pour lui faire des propositions : l'un l'accompagnant debout en le tenant par la main sur une poutre, l'autre lui rappelant de poser ses talons par des stimulations plantaires directes. De même, lors de certaines activités sur le groupe éducatif avec Aubin, l'un pouvait border l'enfant par sa présence sur un côté, pendant que l'autre menait plus spécifiquement la proposition. Cet accordage en binôme a pu participer à mettre l'enfant en confiance tout en me permettant à moi-même d'être soutenue.

L'institution et l'équipe ont donc représenté un bon appui à la mise en place de ces relations.

4.2. Mes ressentis

Au regard de ces deux prises en soin, je suis satisfaite de ce que j'ai pu mettre en place avec Hélios. Un véritable lien s'est forgé entre nous et j'ai pu voir une évolution notable de son organisation psychomotrice entre le moment où je suis arrivée dans l'institution et la fin de la prise en soin. Je pense que différents paramètres ont permis de le dynamiser et de le mettre en confiance. Les temps de reprise avec ma maître de stage et le fait de croiser les regards avec les autres professionnels notamment m'ont paru essentiels. Par ailleurs, la continuité que nous avons installée par ma présence les mercredis sur les temps du groupe et les jeudis matins, et par les retours que Florianna pouvait lui faire lors du repas des vendredis, ont, selon moi, également contribué à cela.

Ce lien qui s'est installé avec Hélios fut un moteur pour sa prise en soin, tant du côté de mon propre investissement que du sien, par le plaisir que nous avons à être ensemble. Bien qu'il fût long à rencontrer, la relation qui s'est construite me paraît faire écho à tous les éléments que j'ai pu développer sur les piliers de la relation thérapeutique, ce qui me conforte dans le positif que je tire de cette rencontre.

Concernant Aubin, la discontinuité dans laquelle il s'est présenté rend difficile le retour que je peux faire sur cette rencontre. J'aurais aimé bénéficier de davantage de temps pour développer et consolider notre relation. Il nous a fallu un long moment afin de trouver l'ajustement nécessaire pour être en interaction. Nous avons dû mutuellement nous apprivoiser pour nous sentir tous deux en confiance et en sécurité dans cette relation. A la fin de la prise en soin, les séances et les temps partagés restaient

fluctuants et fragiles, suivant l'état émotionnel d'Aubin. Des deux rencontres, cet enfant est celui qui a soulevé le plus de questions et d'incompréhension, ce qui a rendu notre accordage moins évident. Par ailleurs, le plaisir parfois généré par nos interactions pouvait susciter une montée d'excitation chez Aubin ainsi que des difficultés de régulation tonico-émotionnelle, notamment lorsque le contact tactile était trop présent. Nous avons donc dû, avec Florianna, lui proposer des jeux autour de la distance pour lui permettre de faire cette expérience partagée dans un cadre le plus apaisé possible. Or, spontanément, j'ai plutôt tendance, après un temps de rencontre nécessaire, à vouloir être dans le rapprochement physique voire dans le toucher thérapeutique. Cela n'étant pas l'indication pour cet enfant, cela m'a quelque peu bousculée dans mes prédispositions naturelles, j'ai donc dû explorer de nouveaux moyens de communication. Avec le recul, je trouve intéressant cet aspect de notre relation car j'ai pu également apprendre de lui.

Au regard de ces deux rencontres, je dirais que la relation duelle facilite la spontanéité dans l'entrée en relation mais la prise en soin triangulaire a présenté ses avantages, notamment avec Aubin. J'ai néanmoins remarqué une différence dans mon engagement relationnel entre les moments en dyade avec Hélios et les moments en triade. En effet, j'ai eu l'impression qu'il était plus facile pour Hélios d'investir une personne à la fois. Dans nos moments partagés à trois, je laissais la main à ma maître de stage, il se tournait donc plus naturellement vers elle. La salle où nous nous rencontrions était par ailleurs un lieu habituellement privilégié pour leurs séances duelles, ce qui devait probablement l'inciter à se diriger davantage vers Florianna. Dans le cadre de cette prise en soin, je me sentais par conséquent plus assurée lorsque nous étions en duo. En revanche, concernant Aubin, j'étais nettement plus à l'aise dans les propositions initiées par ma maître de stage, à cause de l'énigme qu'il représentait ainsi que de l'incertitude et la déroute dans laquelle il me plongeait. Néanmoins, c'est en essayant de l'approcher individuellement sur les temps en dehors des séances que j'ai pu mieux le rencontrer et entrer dans une interaction plus privilégiée. J'en conclus donc que la dyade et la triade sont deux configurations intéressantes et complémentaires.

4.3. La fin de la prise en soin

Pour terminer cette discussion, je souhaiterais aborder la fin de la prise en soin de ces deux enfants. En effet, celle-ci a constitué une rupture nette dans notre relation. Tout d'abord, j'ai dû m'absenter pendant cinq jours (étant présente deux jours par semaine, cela correspond à trois semaines), puis l'hôpital a fermé pour deux semaines de vacances. Il y a donc eu une coupure de cinq semaines et lorsque je suis revenue, Aubin était parti en stage d'observation dans un IME⁵ pour une éventuelle

⁵ Institut médico-éducatif

admission par la suite. Finalement, il s'est avéré que son départ était définitif, ce dont Florianna n'avait pas été informée.

La prise en soin est donc terminée. Je ne reverrai plus Aubin, ni en séance, ni sur son groupe éducatif. Je n'ai pas pu lui dire au revoir et nous n'avons même pas eu la possibilité de le penser, ni de l'évoquer avec lui. Quant à lui, il est parti de façon anticipée, à la demande des parents. La décision fut prise rapidement, conformément aux processus d'admission mais qui furent eux-aussi accélérés. Aubin a donc quitté l'établissement sans réelle fête de départ, sans non plus dire au revoir aux différents professionnels qui l'accompagnaient. La rupture me semble brutale et je suis stupéfaite, complètement désarçonnée. Je considère qu'avec un enfant présentant une telle problématique de différenciation Soi/non-Soi et toutes les dynamiques fusionnelles que l'on a pu repérer, la question de la séparation est un élément primordial à préparer. Sans ce travail, je me demande s'il n'a pas vécu cette fin comme un abandon, un lâchage de notre part. Par ailleurs, cette séparation me laisse un goût d'inachevé, je n'ai pu envisager la fin de sa prise en soin et donc m'y préparer. Le jour où je reviens sur le groupe 3 après son départ, je constate son absence et la pensée que je ne le reverrai plus sautillant dans son coin, près du radiateur, me traverse. L'effervescence du lieu continue comme à son habitude, les activités se poursuivent sans changement, comme si Aubin n'était plus qu'un fantôme, voire comme si rien de notre rencontre n'était arrivée. C'est très étrange. Pourtant tous mes souvenirs me restent en mémoire et j'imagine que les adultes mentionnent cette absence aux autres enfants, leur expliquent qu'il a grandi, qu'il est parti dans une autre institution et qu'il ne reviendra pas. Cependant, n'étant pas témoin de cette mise en mots, j'ai moi-même du mal à intégrer ce départ.

Concernant Hélios, la même semaine, il part également en stage d'observation dans une autre structure. Nous ne sommes pas sûres qu'il reviendra, par conséquent, lors de sa séance individuelle, nous envisageons que cela puisse être la dernière. Florianna lui fait donc un retour sur son évolution à l'hôpital de jour et lui parle de ce nouveau lieu qu'il va découvrir. Elle lui explique que cette séance est la dernière avant qu'il aille quelques semaines dans un autre espace, et que peut-être nous allons même nous dire au revoir, car il pourrait rester là-bas. Cette séparation a donc l'avantage d'être préparée mais sur une seule séance et après une longue absence. Cependant, étant incertaines du caractère définitif de cet au revoir, nous n'osons explicitement affirmer cette fin. Lors de la rédaction de ce mémoire, je suis toujours dans cet entre-deux, à ne pas savoir si j'aurais l'occasion de poursuivre avec lui les séances. Cela me situe dans une sorte de temporalité dans laquelle le temps semble s'étirer. Je suis dans le doute, je ne peux pas encore considérer cette prise en soin comme terminée car il pourrait revenir, mais je ne peux pas non plus me projeter dans la suite de ses séances, me laissant dans une confusion.

Ces deux situations me font me questionner sur le système actuel d'admissions et de sorties des patients. Selon Florianna, elles se préparaient davantage auparavant, tandis que désormais, lorsqu'une

place se libère dans un établissement, celle-ci doit rapidement être comblée. Ce système ne nous ferait-il pas oublier la réalité du terrain ? A mon sens, le patient doit être accompagné dans sa globalité, avec l'ensemble de ses problématiques, comprenant la question de la séparation. En effet, ces deux situations me font réaliser l'importance de préparer la fin du suivi et la séparation, tant pour le patient que pour le thérapeute, pour éviter cet aspect inattendu et brutal auquel nous pouvons être confrontés. Par ailleurs, je prends également conscience de la nécessité de tous ces temps de réflexion en équipe que nous avons eus, permettant un espace pour penser ensemble, ainsi que des transmissions effectuées lors des points infos. Lorsqu'ils sont manquants, cela impacte grandement l'accompagnement individuel et les affects que peuvent ressentir les différents protagonistes de la relation.

Conclusion

Les enfants présentant un Trouble du Spectre Autistique paraissent au premier abord inaccessibles, par leurs troubles de la communication et des interactions sociales. Ces difficultés, dues aux particularités sensorielles de ces enfants, ainsi qu'au défaut de constitution de leur enveloppe psychique et corporelle, donnent lieu à des angoisses massives et le tout combiné peut engendrer un retrait de l'enfant dans les interactions ou un comportement relationnel mal ajusté.

Le fait que les enfants accompagnés durant ce stage ne parlent pas accroît la difficulté d'entrée en relation. L'étude ainsi effectuée sur les diverses possibilités de communication se détachant du langage verbal permet de mettre en lumière la possibilité d'interaction avec ces enfants en contournant l'obstacle de la parole grâce à toutes les communications non-verbales et aux outils à notre disposition pour interagir plus aisément.

Concernant la question de la relation thérapeutique, j'en ai étudié les fondements, ce qui permet maintenant de mettre en avant son importance dans le processus soignant. Ainsi, en psychomotricité, la relation devient thérapeutique dès lors que le patient est considéré dans sa globalité, qu'est reconnu son caractère unique et que l'on retrouve les éléments suivants au sein de la prise en soin : un cadre thérapeutique cohérent - ferme mais malléable -, le caractère empathique et authentique du psychomotricien, sa capacité à verbaliser - c'est-à-dire mettre des mots et du sens sur un vécu - ainsi que son aptitude à trouver la juste distance par rapport à son patient. L'ensemble de tous ces éléments permet une alliance thérapeutique solide qui entraîne la meilleure adhésion aux soins possible du patient. Cela contribue à l'harmonisation de ses fonctions psychomotrices et une meilleure adaptation à son environnement.

Enfin, aborder ce travail sous l'angle de la place de stagiaire permet de remettre en question cette élaboration en montrant les influences que cela peut avoir sur la communication et la mise en place de cette relation thérapeutique. J'en conclus donc que la posture de stagiaire joue un rôle sur les éléments cités précédemment mais n'entrave pas le lien qui peut se tisser entre le patient et moi. Elle peut même parfois être un appui dans la relation.

La question de la relation thérapeutique est un vaste sujet que l'on ne cessera jamais d'explorer. Ce qui se joue entre le psychomotricien et son patient a un caractère ineffable qu'il est ardu de mettre en mots. Saisir les tenants et les aboutissants des processus relationnels dans le soin est un travail qui nécessite de se regarder de l'extérieur et de tenter de mettre du concret sur une situation qui relève bien souvent de l'abstrait et de l'intuition. Par conséquent, la tâche ne fut pas aisée mais a participé à construire la psychomotricienne que je serai demain.

Bibliographie

Albernehe, T., & Bourgeois, D. (2012). Le cadre thérapeutique. *Santé mentale*, 172, 19-73.

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq ; 5^e éd.). Elsevier Masson.

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (2^e éd.). Dunod.

Ballouard, C. (2011). *L'aide-mémoire de psychomotricité*. Dunod.

Bévalot, A. (2020, 15 avril). L'alliance thérapeutique.... Pour quoi faire ? *Aurorebevalot*.
<https://www.aurorebevalot.com/alliance-therapeutique/>

Billard, M., & Costantino, C. (2011). Fonction contenante, groupes et institution soignante. *Cliniques*, 1, 54-76.

Bion, W. R. (1979). *Aux sources de l'expérience*. PUF.

Bogdashina, O. (2012). *Questions sensorielles et perceptives dans l'autisme et le syndrome d'Asperger : Des expériences sensorielles différentes, des mondes perceptifs différents*. AFD éditions.

Bonvin, É. (2006). Pour une initiation propédeutique à la relation thérapeutique. Transmettre l'art de l'influence. *Psychothérapies*, 26(4), 187-196.

Boutinaud, J. (2013). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* (3^e éd.). In Press.

Bozarth, J. D., & Motomasa, N. (2014). La relation thérapeutique : Enquête sur l'état de la recherche. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 19, 58-76.

Bullinger, A. (2006). Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. *Contraste*, 25, 125-139.

Bullinger, A. (2013). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Erès.

- Bullinger, A., & Delion, P. (2008). Approche plurielle en psychomotricité. *Contraste*, 28-29, 5-16.
- Ciccone, A. (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : Modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17, 81-102.
- CNRTL. (s. d.). Imitation. Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Consulté le 10 avril 2021 sur <https://www.cnrtl.fr/definition/imitation>
- Corraze, J. (2005). *Les communications non-verbales*. PUF.
- De Ajuriaguerra, J. (1970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Masson et cie.
- Defiolles-Peltier, V. (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* (2^e éd.). Vernazobres-Gregio.
- Dolto, F. (1984). *L'Image inconsciente du corps*. Le Seuil.
- Dunn, W. (2010). *Profil sensoriel : Manuel*. ECPA - Editions du centre de psychologie appliquée.
- Fingerhut, C. (2020, 23 mars). Attention conjointe et pointage : Comment développer ces compétences essentielles à la communication ? *SOS, mon orthophoniste est confinée !* <https://sos-ortho.org/2020/03/23/attention-conjointe-et-pointage-comment-developper-ces-competences-essentielles-a-la-communication/>
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42.
- Gatecel, A. (1998). Acte thérapeutique ? Intervention thérapeutique ? Effets thérapeutiques ? *Thérapies psychomotrices et recherches*, 114-115, 14-20.
- Giromini, F. (2012). La médiation en psychomotricité. Dans B. Lesage (dir.), *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 253-264). Erès.
- Haag, G. (2008). De quelques fonctions précoces du regard à travers l'observation directe et la clinique des états archaïques du psychisme. *Enfance & Psy*, 41, 14-22.
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. In Press.
- Jacob, C. (2001). Les transferts archaïques. *Imaginaire & Inconscient*, 2, 47-69.

Joly, B. (2009). Présentation de la communication. Dans *La communication* (p. 7-10). De Boeck.

Kosuke, A., Yoshikuni, T., Koichiro, H., Atsuko, S., Toshikazu, H., & Shinichiro, K. (2018). Body Image in Autism : Evidence from Body Size Estimation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(2), 611-618.

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.

Larousse. (s. d.). Bienveillance. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 6 avril 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bienveillance/9179>

Larousse. (s. d.). Disponibilité. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 20 avril 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/disponibilit%c3%a9/25949>

Larousse. (s. d.). Envelopper. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 9 avril 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/envelopper/30128>

Larousse. (s. d.). Fixation. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 5 avril 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fixation/33906>

Larousse. (s. d.). Pictogramme. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 12 avril 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pictogramme/60760>

Larousse. (s. d.). Relation. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 29 mars 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844>

Larousse. (s. d.). Sensorimoteur. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 03 mai 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sensori-moteur/72124>

Larousse. (s. d.). Stéréotypie. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 03 mai 2021 sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/st%c3%a9r%c3%a9otypie/74657>

Le Menn-Tripi, C. (2019). Psychomotricité et thérapie d'échange et de développement : Expérience d'un groupe thérapeutique auprès de jeunes enfants avec autisme. Dans J. Perrin et T. Maffre (dir.), *Autisme et psychomotricité* (p. 311-319). De Boeck.

Lheureux-Davidse, C. (2015). *Autisme, rencontre et narrativité*. 90-100.

Madrennes, A. (2021). Autisme. *Psychomotricienne à Marseille*. <http://psychomot-marseille.fr/enfance-adolescence/autisme/>

Nadel, J. (2016). *Imiter pour grandir : Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Dunod.

Perrin, J. (2019). Le développement moteur dans les TSA. Dans J. Perrin et T. Maffre (dir.), *Autisme et psychomotricité* (p. 127-174). De Boeck.

Potel, C. (2012). *Etre psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès.

Robert-Ouvray, S., & Servant-Laval, A. (2015). Le tonus et la tonicité. Dans P. Scialom, F. Giromini et J.-M. Albaret (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Concepts fondamentaux*. De Boeck Solal.

Rogers, C. R. (1970). *Le développement de la personne*. Dunod.

Sabourin, R. (1995). *Les cinq sens de la vie relationnelle*. Erasme.

Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1975). *Le patient et le psychanalyste*. PUF.

Sechaud, É. (2007). La pensée de Didier Anzieu. *Le Carnet PSY*, 117(4), 18-23.

Tammet, D. (2009). *Je suis né un jour bleu*. J'ai Lu.

Tanet-Mory, I. (2014). Troubles de la théorie de l'esprit et de l'intersubjectivité dans l'autisme sans déficit intellectuel : Description et perspectives thérapeutiques. *Enfances & Psy*, 62(1), 106-115.

Veeser, A. (2015). Contenance en psychomotricité. Dans E. Pireyre (dir.), *Cas pratiques en psychomotricité* (p. 136-153). Dunod.

Williams, D. (1992). *Si on me touche, je n'existe plus*. Robert Laffont.

Résumé

La relation qui s'installe entre le psychomotricien et son patient constitue la base de toute prise en soin de qualité. Mais comment entrer en relation avec des enfants porteurs d'un Trouble du Spectre Autistique (TSA) quand ils semblent si difficiles à rencontrer, et quand, de surcroît, ils ne parlent pas ? Comment ensuite faire en sorte qu'une relation thérapeutique aboutisse de cette rencontre ?

Je tente de répondre à ces interrogations en exposant l'évolution de ma relation avec deux jeunes garçons : Hélios et Aubin. Cette étude met ainsi en évidence les possibilités d'interaction se détachant de la parole, en abordant notamment les composantes de la communication non-verbale et l'intérêt des communications alternatives (signes, pictogrammes).

Ces rencontres me guident ensuite jusqu'aux fondements de la relation thérapeutique (cadre, distance, qualités relationnelles du psychomotricien, alliance, verbalisation...), montrant toute son importance dans le processus soignant.

Pour finir, je confronte mon élaboration aux influences que peut entraîner la posture de stagiaire.

Mots-clés : Relation thérapeutique, communication, autisme, cadre thérapeutique, accordage

Abstract

The relationship that develops between the psychomotrician and the patient is the basis of any quality care. But how to establish a strong relationship with children with an Autistic Spectrum Disorder (ASD) when they seem so difficult to meet, and when, moreover, they do not speak? How can we then ensure that a therapeutic relationship results from this encounter?

I attempt to answer these questions by describing the evolution of my relationship with two young boys with ASD: Hélios and Aubin. This study highlights the possibilities of interaction that are detached from speech, notably by addressing the components of non-verbal communication and the interest of alternative communications (signs, pictograms).

These encounters then guide me to the foundations of the therapeutic relationship (framework, distance, relational qualities of the psychomotrician, alliance, verbalization...), showing its importance in the care process.

Finally, I compare my elaboration with the influences of being an intern.

Keywords: Therapeutic relationship, communication, autism, therapeutic framework, tuning