



**HAL**  
open science

# Au-delà des mots : l'impact de l'intervention psychomotrice sur la communication non verbale des enfants porteurs de Trouble du Spectre de l'Autisme

Justine Huguet

## ► To cite this version:

Justine Huguet. Au-delà des mots : l'impact de l'intervention psychomotrice sur la communication non verbale des enfants porteurs de Trouble du Spectre de l'Autisme. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04774249

**HAL Id: dumas-04774249**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04774249v1>**

Submitted on 8 Nov 2024

**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.

## **Au-delà des mots**

L'impact de l'intervention psychomotrice sur la  
communication non verbale des enfants porteurs de  
Trouble du Spectre de l'Autisme

*Mémoire présenté par Justine Huguet  
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien*

Référent de mémoire : Chloé Moreau

Session de Juin 2024



# Remerciements

Je voudrais dans un premier temps remercier, ma directrice de mémoire Chloé Moreau, pour sa disponibilité et surtout ses précieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Psychomotricien (IFP) de la Pitié-Salpêtrière et les intervenants professionnels pour leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques qui ont guidé mes réflexions.

Je tiens aussi à remercier tous les maîtres de stage qui ont pris le temps de m'accueillir, durant ces trois années d'études, et qui m'ont fait découvrir leurs pratiques avec bienveillance et jovialité ; ainsi que leurs patients et leur famille auprès desquels j'ai pu apprendre ma future profession. Je remercie particulièrement Nina Boitel pour sa disponibilité, son investissement et ses conseils qui m'ont beaucoup aidé pour la rédaction de ce mémoire.

Je remercie ma famille et mes amis, pour leur soutien constant et leurs encouragements, en particulier ma maman pour les nombreuses relectures attentives de mon mémoire.

Enfin, je remercie mes amies et futures collègues Camille et Léna pour ces trois années passées à leurs côtés. Ravie d'avoir découvert la psychomotricité en si bonne compagnie, merci pour ces moments de stress, de doute mais aussi de rire.

À tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

# Sommaire

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>6</b>
<b>II.</b>	<b>LA COMMUNICATION NON VERBALE DE L'ENFANT SAIN</b>	<b>8</b>
A.	DEFINITION DE LA COMMUNICATION	8
B.	LES INTERACTIONS PRECOCES	9
1.	<i>Les apports de Winnicott</i>	10
2.	<i>Le dialogue tonique</i>	10
C.	LES PRECURSEURS A LA COMMUNICATION	11
1.	<i>Le regard</i>	11
2.	<i>L'attention conjointe</i>	12
3.	<i>Le pointage</i>	13
4.	<i>L'imitation</i>	13
5.	<i>Le tour de rôle</i>	14
D.	LA COMMUNICATION NON VERBALE	15
E.	LES OUTILS DE COMMUNICATION	17
1.	<i>La langue des signes</i>	17
2.	<i>Le Makaton</i>	17
3.	<i>Le PECS</i>	18
<b>III.</b>	<b>LE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME</b>	<b>20</b>
A.	HISTORIQUE	20
B.	CLASSIFICATION	22
C.	CRITERES DIAGNOSTIQUES	24
D.	ETIOLOGIE ET HYPOTHESES CAUSALES	26
E.	EPIDEMIOLOGIE	27
F.	SEMILOGIE PSYCHOMOTRICE	29
1.	<i>Motricité fine et dominance manuelle</i>	29
2.	<i>Motricité globale</i>	30
3.	<i>Stéréotypies motrices</i>	30
4.	<i>Sensorialité</i>	31
<b>IV.</b>	<b>LA COMMUNICATION DES ENFANTS PORTEURS DU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME</b>	<b>33</b>
A.	LES INTERACTIONS PRECOCES	33
B.	LE LANGAGE ET LA COMMUNICATION NON VERBALE	34
<b>V.</b>	<b>CAS CLINIQUE EN CRECHE</b>	<b>37</b>
A.	PRESENTATION DE LA STRUCTURE	37
B.	LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE EN CRECHE	39
C.	PRESENTATION DU PATIENT	40
D.	BILAN PSYCHOMOTEUR	40
E.	MEDIATION SNOEZELLEN	43
1.	<i>Le concept snoezelen</i>	43
2.	<i>Séances snoezelen</i>	44
3.	<i>Evolution</i>	47
F.	L'APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LA COMMUNICATION D'ILYAS	48
<b>VI.</b>	<b>CAS CLINIQUE EN CABINET LIBERAL</b>	<b>50</b>
A.	PRESENTATION DU CABINET LIBERAL	50
B.	PRESENTATION DU PATIENT	50
C.	BILAN SENSORI-MOTEUR	51
D.	PROJET THERAPEUTIQUE	54
E.	PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE	54

F.	EVOLUTION.....	56
G.	L'APPORT DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LA COMMUNICATION D'ADAM .....	58
<b>VII.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>60</b>
A.	LA PSYCHOMOTRICITE .....	60
B.	LA LEGITIMITE DE LA PSYCHOMOTRICITE DANS LA COMMUNICATION NON VERBALE .....	61
C.	LES OUTILS DU PSYCHOMOTRICIEN .....	63
1.	<i>Les outils du psychomotricien pour observer et comprendre la communication non verbale .....</i>	<i>63</i>
a)	Le bilan psychomoteur .....	63
b)	La relation thérapeutique .....	64
2.	<i>Les outils du psychomotricien pour développer la communication non verbale .....</i>	<i>67</i>
a)	Le cadre thérapeutique .....	67
b)	L'étayage psychomoteur.....	69
c)	Le toucher .....	70
D.	L'UTILISATION DES PRECURSEURS A LA COMMUNICATION .....	71
1.	<i>Le regard .....</i>	<i>72</i>
2.	<i>L'attention conjointe.....</i>	<i>72</i>
3.	<i>L'imitation .....</i>	<i>72</i>
4.	<i>Le pointage.....</i>	<i>73</i>
5.	<i>Le tour à tour.....</i>	<i>73</i>
E.	LES LIMITES.....	74
1.	<i>Le défaut de généralisation.....</i>	<i>74</i>
2.	<i>La démarche pluridisciplinaire .....</i>	<i>74</i>
3.	<i>Le risque d'épuisement professionnel .....</i>	<i>75</i>
<b>VIII.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>76</b>
<b>IX.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>78</b>
<b>X.</b>	<b>ANNEXES.....</b>	<b>I</b>
<b>XI.</b>	<b>RESUME .....</b>	<b>IV</b>
<b>XII.</b>	<b>SUMMARY .....</b>	<b>IV</b>

# I. Introduction

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. » Françoise Dolto, les étapes majeures de l'enfance, 1998.

La communication, va bien au-delà des mots. Nos gestes, nos expressions, tout notre être devient une toile sur laquelle se peignent nos pensées et nos émotions.

Dans le cadre de la dernière année d'études en vue de l'obtention du Diplôme d'État de psychomotricien, j'ai choisi de réaliser mes stages dans deux mondes distincts mais intrinsèquement liés. Une journée par semaine, je suis dans un cabinet en libéral aux côtés d'une psychomotricienne qui prend en charge des enfants avec différentes pathologies notamment ceux souffrant de Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA). Mon deuxième jour de stage se déroule dans une crèche qui accueille également un enfant avec TSA.

Cette expérience a été le point de départ de ma réflexion. J'ai remarqué que les enfants avec TSA ont des modes de communication différents. Cette observation a suscité en moi une interrogation sur la manière dont les psychomotriciens peuvent accompagner et soutenir cette population. C'est ainsi que mon mémoire s'est orienté vers l'étude de ce trouble.

Une observation particulièrement marquante durant mes premiers jours en crèche a suscité ma réflexion : la plupart des enfants communiquent verbalement, tandis que cet enfant TSA n'utilise pas le langage verbal. Cela m'a amené à me demander s'il existe d'autres formes de communication, différentes mais tout aussi importante. Les spécificités sensorielles, motrices et cognitives de ce trouble peuvent-elles influencer la manière dont ces enfants communiquent ?

C'est ainsi que j'ai choisi de me focaliser sur la communication non verbale dans le Trouble du Spectre de l'Autisme, en explorant le rôle que peut jouer la psychomotricité dans ce contexte. Ce sujet fait référence aux principes fondamentaux de la psychomotricité, mettant en lumière l'importance du corps dans la relation.

De cette réflexion émergent plusieurs hypothèses :

- La possibilité de communiquer sans recourir au langage verbal
- La particularité de l'entrée en relation chez les personnes avec TSA
- Le rôle de la psychomotricité dans la compréhension et l'établissement d'échanges adaptés

Ces hypothèses guident ma réflexion et m'amènent à poser une question centrale : quel impact peut avoir l'intervention psychomotrice sur le soutien à la communication non verbale dans le champ du Trouble du Spectre de l'Autisme ?

Dans mon mémoire, j'ai choisi de me focaliser sur la communication non verbale. Comme Freud l'a souligné en 1929, "le moi est avant tout corporel", mettant en avant le rôle du corps dans la communication avant même l'utilisation des mots. De plus, la psychomotricité se concentre principalement sur le corps, laissant le domaine du langage à l'orthophonie. Cette approche souligne l'importance de la collaboration pluridisciplinaire et la complémentarité des différents professionnels.

Pour aborder cette problématique, j'ai structuré ma réflexion en plusieurs parties. Tout d'abord, je traiterai des composantes principales de la communication non verbale. Ensuite, je proposerai une définition globale du Trouble du Spectre de l'Autisme. Les particularités de ce trouble et ses implications relationnelles seront ensuite abordées. J'illustrerai ces concepts théoriques à travers deux études de cas issus de mes stages respectifs. Afin de répondre à la problématique, je terminerai par une partie discussion avec la description des différents outils du psychomotricien.

## II. La communication non verbale de l'enfant sain

Il semble important de définir dans les grandes lignes la communication pour ensuite se centrer sur la communication non verbale.

### A. Définition de la communication

On trouve diverses définitions de la communication, telles que "l'action ou le fait de transmettre quelque chose" ou encore « l'action d'entrer en contact avec quelqu'un, d'interagir avec autrui, généralement par le langage, impliquant un échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur sollicitant une réponse » (Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne). Ces définitions soulignent l'importance des échanges entre plusieurs individus, avec une précision sur le rôle crucial de l'émetteur et du récepteur dans le processus de transmission de l'information.

Claude Shannon et Warren Weaver (1949) ont développé un modèle de communication générale<sup>1</sup> dans lequel une "source d'information" crée un message, qui est ensuite encodé par un "émetteur", transmis à travers un "canal", puis décodé par un "récepteur", avant d'être reconstruit en un message compréhensible et envoyé au "destinataire". Ainsi, la communication requiert à la fois une production de message et une réception de celui-ci par une autre personne, qui doit être disponible et attentive pour que la communication puisse s'opérer, reposant sur une relation et un engagement mutuel.

La communication a été largement étudiée dans le contexte du développement des nourrissons, mettant l'accent sur l'évolution du langage et des interactions sociales. Ce processus implique une série d'actions et de réactions qui favorisent la création et la synchronisation des interactions entre individus, grâce à l'échange de messages d'une personne à l'autre.

---

<sup>1</sup> Cf *infra*, « modèle de communication de Shannon et Weaver » annexe I p. I

Maintenant que nous avons posé les bases de la communication à travers ces définitions, il est essentiel d'examiner de plus près l'individu et les multiples facteurs qui influent en permanence sur les échanges. Dès la grossesse, le bébé interagit avec sa mère, et cette interaction perdure avec d'autres individus tout au long de sa vie. La communication accompagne chaque étape de notre existence, et les interactions précoces avec les parents jouent un rôle crucial dans cette évolution.

Ces interactions, qui commencent dès la naissance, sont bien plus que de simples échanges de regards ou de gestes. Elles sont les premières expériences où la communication non verbale se développe, offrant au bébé ses premiers moyens d'interaction avec le monde qui l'entoure. Dès ses premiers jours, le nourrisson apprend que ses pleurs, ses regards, ses sourires sont des moyens de communication efficaces pour attirer l'attention et obtenir une réponse de ses pairs. C'est dans ce contexte d'interactions précoces que se forge le fondement même de la communication. Le bébé découvre le pouvoir de sa propre communication non verbale et apprend progressivement à interpréter les signaux non verbaux des autres. Ainsi, les interactions précoces ne sont pas simplement des moments de soins et d'affection, mais aussi des occasions d'apprentissage intensif de la communication.

Dans la partie suivante, nous explorerons en détail comment ces interactions précoces influencent le développement de la communication chez le nourrisson.

## **B. Les interactions précoces**

Dès la naissance, le nouveau-né est pourvu de compétences qui lui permettent d'entrer en relation avec son environnement et ses pairs. Pour qu'une interaction ait lieu, la réciprocité est essentielle. Si le bébé émet une information sans que personne ne la perçoive, l'interaction ne se concrétisera pas, privant ainsi le nourrisson d'une expérience cruciale pour son développement et sa construction. Ainsi, l'influence entre l'environnement et le nourrisson est réciproque et le bébé occupe une place centrale qui engendre des changements significatifs dans son entourage.

Explorons maintenant comment ces interactions précoces façonnent le développement de la communication, en examinant les apports de Winnicott et de Ajuriaguerra qui sont des figures importantes dans ce domaine.

## 1. Les apports de Winnicott

Les échanges corporels entre le bébé et son entourage jouent un rôle crucial, permettant à ce dernier de communiquer avec le nourrisson. Le pédiatre et psychanalyste Donald Winnicott, a introduit le concept de « la mère suffisamment bonne » caractérisée par deux actions essentielles : le holding et le handling. Le holding a une valeur affective lié au portage, qui correspond à la façon dont on porte le bébé, de manière rassurante, contenant... Ce moment privilégié favorise l'interaction, permettant un échange visuel entre la mère et son enfant. Le handling, selon Winnicott concerne la manière dont la mère prodigue les soins à son enfant, en le touchant et le mobilisant (Winnicott, 2006). Ces deux actes proposés par la mère sont des moyens de communication et d'interaction avec le bébé, englobant à la fois la communication verbale, qui correspond à la parole de la mère qui peut mettre en mot ce qu'elle fait, et la communication non-verbale, comprenant les touchers, les mobilisations et les regards.

## 2. Le dialogue tonique

Julian de Ajuriaguerra, psychiatre, psychanalyste et considéré comme étant le père de la psychomotricité, parle des premiers modes émotionnels de communication tel que les cris, les pleurs, les sourires, les rires, les regards, et les vocalises. Ces modes font partie de la communication non-verbale jouant un rôle essentiel dans le développement et l'accompagnement de la communication verbale. Ajuriaguerra développe la notion de « dialogue tonico-émotionnel » inspiré par Henri Wallon, philosophe, psychologue, neuro-psychiatre. (Auzias, 1993). Ce dialogue basé sur les variations du tonus du bébé en réponse à son environnement, anticipe le dialogue verbal. Ces variations sont dues à des états de frustration (comme la faim) et de satisfaction (rassasié). Le tonus traduit donc les émotions du nourrisson, offrant ainsi

une communication envers son entourage qui donne des réponses à ces variations, les comprendre, s'y ajuster et y met du sens. Cette interaction tonico-émotionnelle illustre la transmission des émotions entre le bébé et son entourage, établissant une communication totale à travers le tonus, le regard et la voix. En lisant et analysant le comportement de sa mère, le bébé établit avec elle une relation d'influence mutuelle, jetant ainsi les bases fondamentales pour son développement et pour la construction du sentiment d'exister.

Ainsi le holding et le handling créent un contexte favorable pour le dialogue tonique du bébé. Ces interactions entre la mère et son enfant, tant physique qu'émotionnelles, constituent les premières expériences de communication non verbale, où il apprend à exprimer ses émotions et à interagir avec son environnement à travers les variations toniques. Ces concepts s'entrelacent pour former une base solide pour le développement précoce de la communication chez le nourrisson.

Maintenant, passons à l'exploration des précurseurs à la communication, des compétences essentielles qui se développent chez les enfants dès leur plus jeune âge.

## C. Les précurseurs à la communication

Chez un enfant, nous pouvons observer le développement de plusieurs précurseurs à la communication, dès son plus jeune âge. Ce sont des prérequis nécessaires à des échanges réciproques qui constituent une base indispensable de la communication.

### 1. Le regard

Le regard (ou contact visuel) est aussi un des moyens employé par les nourrissons pour interagir avec leur environnement. Dès les premiers instants de la vie et malgré leurs capacités visuelles très faibles, les bébés sont capables de suivre du regard des

cibles contrastées par exemple, initiant ainsi une forme primitive de communication visuelle. Au fil des mois, cette capacité évolue passant de simple observation à un vrai langage à part entière. Par exemple, les bébés apprennent rapidement à utiliser leur regard de manière intentionnelle en établissant un contact visuel avec leurs parents. Le regard partagé devient donc un outil pour renforcer les liens affectifs entre le nourrisson et son parent. Ces échanges visuels ne sont pas seulement des moments de connexion, ils permettent le partage d'informations, le maintien ou l'interruption du contact. Le regard, au travers de ses nuances, devient un langage silencieux.

Maintenant, passons à un autre précurseur important : l'attention conjointe.

## 2. L'attention conjointe

L'attention conjointe est définie comme la capacité à partager un événement avec autrui, à attirer et maintenir son attention sur un objet ou une personne en vue d'obtenir une observation commune et conjointe. Cette aptitude commence à se manifester vers l'âge de neuf mois et continue de se développer tout au long de la deuxième année de vie de l'enfant. A travers cette attention, les enfants montrent une intention de communiquer en s'accordant avec leur partenaire pour leur partager quelque chose ou pour s'investir dans les préoccupations de leur partenaire. Ce processus marque l'émergence de la socialisation ainsi que l'émergence d'un triangle référentiel qui permet à l'enfant de se décentrer de son point de vue égocentré afin de favoriser la compréhension des actions d'autrui. Par ailleurs, grâce à l'attention conjointe, l'enfant parvient à lier l'objet au discours de l'adulte rendant ainsi la signification du mot plus accessible et donc l'acquisition du langage par la suite.

Explorons maintenant un autre élément du développement de la communication chez les enfants : le pointage.

### 3. Le pointage

Le geste de pointage émerge au cours de la première année de vie. Dès l'âge de huit mois, le bébé commence à tendre sa main vers des objets qui l'intéressent. Ce geste s'inscrit dans le cadre de l'attention conjointe où l'enfant associe le mouvement de désignation de l'index au regard dirigé vers une personne. Le pointage peut se diviser en deux catégories :

- Le pointage proto-impératif pour obtenir quelque chose
- Le pointage proto-déclaratif pour le partage et/ou l'échange

Ce geste a une importance particulière, il traduit la capacité de l'enfant à comprendre que son geste peut avoir un sens pour son interlocuteur et demande aussi à l'enfant de pouvoir suivre le pointage de l'autre. Ces compétences marquent l'installation de la capacité à attribuer des pensées, des intentions et des émotions aux autres et à soi-même.

Continuons avec un autre aspect clé : l'imitation.

### 4. L'imitation

L'imitation est un processus fondamental dans le développement humain. Il joue un rôle important dans l'acquisition des compétences sociales et des compétences de communication. Dès les premiers mois de vie, les nourrissons commencent à imiter les expressions du visage, les gestes ou encore les sons de leur entourage. Cette capacité à imiter permet aux individus de reproduire des comportements ou des actions de ceux qui les entourent, renforçant ainsi les liens sociaux. L'imitation permet aussi d'intégrer les règles sociales en vigueur ainsi que les schémas comportementaux et linguistiques qui nous permettent de nous intégrer dans notre environnement social. Ce processus est un mécanisme clé dans l'apprentissage des normes sociales et des codes de communication. En imitant les autres, nous

acquérons des compétences pour interagir avec notre entourage, renforçant ainsi notre lien social avec ce dernier.

Enfin, explorons le dernier précurseur à la communication : le tour de rôle.

## 5. Le tour de rôle

Le tour de rôle se manifeste de manière naturelle lorsque les individus alternent entre l'action et l'observation au cours d'une interaction. Ces interactions contribuent à établir un modèle de communication réciproque. Dès l'âge de trois/quatre mois, les échanges de tours de rôle sont établis par l'imitation des vocalises du bébé par un adulte ou encore au cours de jeu partagé entre l'enfant et son parent. Cela nécessite pour l'enfant de prendre l'initiative tout en s'ajustant aux demandes d'autrui. Ce mécanisme n'est pas inné, c'est pourquoi les enfants nous coupent souvent la parole et s'impatientent lors d'une conversation. En grandissant, ils vont apprendre à attendre leur tour et respecter celui des autres. Ce processus devient peu à peu important dans la construction des compétences sociales et communicatives, enseignant aux individus à s'adapter, prendre des initiatives et respecter les désirs des autres.

Ces précurseurs à la communication jouent un rôle fondamental dans le développement social et émotionnel des individus. Les compétences telles que le regard, l'attention conjointe, le pointage, le tour de rôle et l'imitation sont des étapes clés pour établir les fondements de la communication. Ils permettent aux individus de transmettre des émotions, des intentions, des besoins et des informations sans utiliser de mots. Ces compétences se développent dès les premiers mois de vie et sont cruciales pour établir des liens sociaux, partager des expériences et construire des relations.

## D. La communication non verbale

Selon Jacques Corraze, les communications non verbales englobent les gestes, la posture, l'orientation du corps, les caractéristiques somatiques naturelles ou artificielles, ainsi que les arrangements d'objets et les distances entre individus, à travers lesquels une information est transmise. Il les définit également comme tous les moyens de communication entre individus n'utilisant pas le langage humain ou ses dérivés non sonores (comme l'écriture, le langage des signes, etc.). Ce phénomène social implique des codes et des règles qui influent sur les interactions entre individus appartenant à la même culture.

L'étude des interactions sociales se concentre sur l'évolution des compétences communicatives tout au long du développement psychologique de l'enfant. La psychologie contemporaine considère que le bébé possède dès le départ des capacités interactionnelles innées envers les personnes humaines. Selon Wallon (1935), le nouveau-né exprime ses émotions à travers des mouvements impulsifs et des contractions toniques, fournissant ainsi des informations aux parents sur ses besoins et désirs. Ce stade « d'impulsivité motrice » précède celui de « l'expression émotionnelle », qui commence vers l'âge de trois mois et se caractérise par des échanges interactifs et une sociabilité.

Les recherches sur le développement des interactions sociales et affectives reposent sur l'observation des nourrissons engagés dans des échanges de communication réciproque à deux ou plusieurs personnes. Selon Lehalle et Mellier (2002), ces activités doivent être coordonnées, c'est-à-dire mutuellement orientées et respectant une synchronisation temporelle (regard et vocalisation simultanée ou alternée, expression émotionnelle tour à tour). Le focus peut être soit sur l'interaction elle-même à travers la régulation du dialogue, soit sur un objet externe (attention conjointe et partagée).

Ce n'est qu'à partir de la deuxième moitié du XXème siècle que l'étude scientifique de cette forme de communication a commencé, reconnaissant son importance. Jacques Corraze a identifié plusieurs caractéristiques permettant de classer les communications non verbales, telles que :

- Les caractéristiques physiques ou physiologiques du corps et des mouvements, utilisant les canaux sensoriels tels que la vue, l'odorat, l'ouïe et le toucher pour appréhender un individu.
- Les artefacts, comprenant les modifications corporelles artificielles telles que le maquillage ou les tatouages, ainsi que les objets portés ou tenus par le corps, comme les bijoux ou les vêtements.
- Les relations spatiales, qui incluent les distances interpersonnelles selon la proxémie d'Edward T. Hall, avec des zones allant de l'intimité à la distance publique, en passant par la distance personnelle et sociale, chacune influençant la communication de manière spécifique.
  - La distance intime est réservée aux relations intimes avec un partenaire ou des enfants. Cette distance met en jeu toutes les informations sensorielles produites par l'autre.
  - La distance personnelle correspond à la zone qui marque l'affectivité et la proximité dans la vie publique.
  - La distance sociale permet des relations interpersonnelles directes, sans être ni intimes ni amicales. Cette distance correspond aux rapports professionnels.
  - La distance publique oblige les personnes à forcer un peu leur voix afin de s'entendre. On peut retrouver des changements posturaux pour soutenir le discours verbal.

La communication non verbale joue un rôle crucial dans notre capacité à nous comprendre et à nous exprimer. Néanmoins, dans certaines situations, il est indispensable d'avoir recours à des outils spécifiques pour les personnes qui rencontrent des difficultés dans leur communication.

## E. Les outils de communication

Divers outils spécialement conçus pour la communication existent. Ces systèmes de communication alternatifs exigent une formation et une initiation. Ils ne sont pas instinctifs et résultent d'un processus d'apprentissage.

### 1. La langue des signes

La Langue des Signes Française (LSF) repose sur plusieurs éléments comme l'usage de gestes définis pour représenter des objets, des actions, des émotions mais aussi des gestes d'imitation caractéristiques de certains objets ou action. L'expression faciale joue aussi un rôle très important. La LSF est structurée de manière similaire au langage verbal, ce qui en fait une langue construite et pas simplement une imitation d'actions ou d'objets. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la LSF n'est pas universelle : chaque pays a sa propre langue des signes. <sup>2</sup>

### 2. Le Makaton

Le programme Makaton a été développé en 1973 par Margaret Walker, une orthophoniste britannique, dans le but de répondre aux besoins d'enfants et adultes ayant des difficultés d'apprentissage et de communication. Il a été introduit en France en 1996. Dans ce programme, l'adulte ou l'enfant signe et articule les mots en respectant la syntaxe de la phrase orale.

« Le Makaton favorise le développement du langage oral en proposant plusieurs canaux de communication :

- Gestuel : on utilise des signes dont la plupart sont issus de la LSF
- Écrit : on utilise les pictogrammes qui sont conçus pour représenter des mots, des concepts

---

<sup>2</sup> Cf *infra*, « exemples de la langue des signes française » annexe II p. I

- Oral : tous les mots sont oralisés. » (Centre de Ressources Multihandicap, 2010).

Ce programme se distingue par son caractère multi-modal, combinant la parole, les signes et les pictogrammes. Les signes et les pictogrammes<sup>3</sup> offrent un retour kinesthésique et visuel, tandis que le langage oral, lui, se limite à une trace auditive éphémère. Le vocabulaire est limité pour alléger la charge mnésique, et il est adapté individuellement pour répondre aux besoins spécifiques de l'enfant ou de l'adulte.

Les objectifs du programme Makaton sont :

- D'établir une communication fonctionnelle.
- D'améliorer la compréhension et favoriser l'oralisation.
- De structurer le langage oral et le langage écrit.
- De permettre de meilleurs échanges au quotidien.
- D'optimiser l'intégration sociale.

### 3. Le PECS

Le « Picture Exchange Communication System » (PECS) correspond en Français à un système de communication par échanges d'images. Ce Programme a été élaboré en 1985 à destination d'enfants atteints d'autisme aux États-Unis. Il aborde deux aspects clés des troubles autistiques : la communication et les interactions sociales. Le PECS accompagne le développement du langage en permettant à l'enfant d'apprendre à communiquer en exprimant des demandes à l'aide d'images, puis en lui enseignant comment transmettre des messages spécifiques en utilisant différentes images.

---

<sup>3</sup> Cf *infra*, « exemples de signes et pictogrammes du Makaton » annexe III p. II

Le PECS nécessite un matériel spécifique, notamment des images de taille identique.<sup>4</sup> Selon le niveau des enfants, nous pouvons utiliser soit des symboles, des pictogrammes, des images ou encore des photos, toutes rangées dans un classeur. Les personnes impliquées dans le processus sont le partenaire de communication, qui interagit avec l'enfant en lui faisant face et en encourageant ses demandes, ainsi que l'incitateur physique, qui lui se place derrière l'enfant. Ce dernier attend que l'enfant initie la demande, puis l'encourage physiquement à échanger l'image, réduisant progressivement son aide jusqu'à ce que l'enfant puisse accomplir le geste de manière autonome.

Le PECS est un système qui favorise le développement des compétences de communication chez l'enfant. L'utilisation d'images accompagne le développement du langage oral, le renforce ou le remplace si nécessaire. Il est facilement accessible pour l'entourage de l'enfant. Cependant, sa mise en place nécessite une formation spécifique et doit être utilisée par tout l'entourage de l'enfant pour que celui-ci puisse généraliser ce mode de communication.

Après avoir examiné en détail les divers aspects de la communication non verbale, tels que les interactions précoces, les signes précurseurs de la communication et les outils utilisés dans la communication, il est pertinent d'aborder le Trouble du Spectre de l'Autisme. En explorant l'historique, les classifications, les critères diagnostiques, l'étiologie, l'épidémiologie et la sémiologie du TSA, nous pourrons ensuite comprendre l'impact de ce trouble sur la communication, les interactions sociales et le comportement des individus avec TSA.

---

<sup>4</sup> Cf *infra*, « exemple de matériels du PECS » annexe IV p. II

### III. Le trouble du spectre de l'autisme

#### A. Historique

Le terme d'autisme provient du grec *autos* qui signifie « *soi-même* ». Eugen Bleuler, psychiatre suisse, est le premier à employer ce terme en 1911, dans le cadre de ses études, pour décrire un symptôme (signe clinique qui représente une manifestation d'une maladie) majeur chez des sujets adultes atteints de schizophrénie, qui est défini comme le repli sur soi (qui correspond au retrait sur le monde intérieur) associé à une perte de contact avec la réalité extérieure. Ici, l'autisme est considéré comme un symptôme d'une pathologie plus importante.

En 1943, Léo Kanner, psychiatre autrichien émigré aux États-Unis, reprendra le terme « d'autisme infantile » dans son article « *Autistic Disturbances of Affective Contact* » qui signifie « perturbation autistique du contact affectif ». Il base son étude sur onze enfants âgés de deux ans et demi à huit ans ayant le même type de profil clinique et des caractéristiques communes : une difficulté à développer des relations, une interaction plus facile avec les objets qu'avec les êtres humains, un langage non acquis ou sans valeur de communication, et un besoin d'immuabilité.

« Le trouble fondamental le plus frappant est l'incapacité de ces enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations dès le début de leur vie. » (Kanner, 1943)

Pour ce psychiatre, « l'autisme infantile » est un syndrome (ensemble de signes cliniques et de symptômes qu'un patient est susceptible de présenter lors de certaines maladies). Léo Kanner différencie ce syndrome de la schizophrénie. Pour lui, l'autisme est responsable d'une incapacité innée à établir des relations normales avec les personnes. Il est le premier à faire la description de l'autisme dont les caractéristiques principales sont les suivantes :

- La précocité du trouble
- L'isolement autistique (aleness)
- Le désir d'immuabilité de l'environnement (sameness)
- Les îlots d'aptitudes : ils peuvent avoir des capacités mnésiques et perceptives remarquables
- Un langage atypique : pouvant aller d'un état mutique à un vocabulaire soutenu en passant par un stade uniquement de combinaisons de mots sans fonction de communication.

Léo Kanner utilise les termes anglais « aleness » et « sameness » pour signer d'une part la solitude des autistes et d'autres part leur besoin d'immuabilité.

En 1944, soit un an après Léo Kanner, un psychiatre lui aussi autrichien, Hans Asperger, définit la « psychopathie autistique » comme étant un manque d'empathie, une faible capacité à se faire des amis, une utilisation du langage inadaptée, des centres d'intérêt restreint et une maladresse motrice. Il observe également de fortes capacités intellectuelles et des compétences exceptionnelles dans certains domaines. Lorna Wing, psychiatre britannique, réactualise les travaux d'Asperger en 1981 et il faudra attendre la traduction en anglais de Uta Frith, psychologue, pour reconnaître les travaux qu'avait écrit d'Hans Asperger. Ce qui permet que l'étude soit diffusée mondialement. Le sujet atteint d'autisme dit Asperger désigne donc une personne autiste sans retard mental et de langage associé, mais avec une atteinte des aptitudes sociales.

A partir des années 70, on remarque que l'autisme est fréquemment associé à des troubles d'origine organique tels que des épilepsies, des infections prénatales, ou des anomalies obstétricales, ce qui laisse à penser que l'autisme est en fait un trouble neuro-développemental.

C'est en 1980, lors de la parution de la troisième version du manuel statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie (APA,1980), que la

description de l'autisme devient celle qui, aujourd'hui, est toujours d'actualité. Ce trouble fait dorénavant partie des Troubles Envahissants du Développement.

La complexité de ce trouble a engendré une diversité d'études autour de lui avec un intérêt aussi bien scientifique que médiatique. Il porte d'ailleurs aujourd'hui le nom de Trouble du Spectre de l'Autistique (TSA), le spectre faisant référence aux spécificités personnelles et aux différentes manifestations que peut prendre le TSA chez chacun des sujets le présentant.

Après cette explication historique, nous essaierons de comprendre davantage ce trouble, en exposant ses classifications ainsi que ses critères diagnostiques, son étiologie et ses hypothèses causales, son épidémiologie et pour finir sa sémiologie psychomotrice.

Après avoir exploré l'histoire de l'autisme, depuis les premières observations d'Eugen Bleuler jusqu'aux classifications plus récentes, il est pertinent d'examiner de plus près les classifications du TSA. En effet, l'évolution des définitions et des classifications reflète notre compréhension en constante évolution de ce trouble.

## B. Classification

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA-R) a pour objectif de mettre en lumière la description symptomatique des troubles ainsi que le fonctionnement global de la personne autiste. Néanmoins, son utilisation dans le cadre d'une démarche diagnostique n'est pas recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Il existe aussi la Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> version (CIM-10), qui regroupe les différentes formes d'autismes tel que l'autisme infantile, l'autisme

atypique, le syndrome de Rett, les autres troubles désintégratifs de l'enfance, les troubles hyperkinétiques associés à un retard et à des mouvements stéréotypés, le syndrome d'asperger... Cette classification rassemble ces troubles sous la dénomination de « Troubles Envahissants du Développement ». Recommandée depuis 2005 par la Haute Autorité de santé (HAS), il est désormais préconisé (depuis 2018) d'utiliser le DSM-5 dans l'attente de la publication de la nouvelle version de la CIM-11.

Par ailleurs, le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, géré par l'association américaine de psychiatrie évoque, dans sa 5<sup>ème</sup> version datant de 2013, les « Troubles du Spectre de l'Autisme » (TSA) qui sont intégrés dans la catégorie des « troubles neuro-développementaux ». Le DSM-5 définit ce trouble comme « déficits dans les domaines de la réciprocité sociale, des comportements de communication non verbale utilisés au cours des interactions sociales, et du développement, du maintien et de la compréhension des relations avec des modes de comportements, d'intérêts ou d'activités qui sont restreints ou répétitifs. » (DSM-5, 2013). Dans ce manuel, la description ne se fait plus uniquement en termes purement symptomatique mais aussi en termes de sévérité en fonction du besoin d'accompagnement par trois niveaux :

- Le niveau 1 qui nécessite de l'aide : l'individu a la capacité de s'exprimer avec des phrases complètes mais ne parvient pas à avoir des échanges sociaux réciproques. De plus, les tentatives d'approches sociales sont étranges ou inefficaces. Le déficit de certaines fonctions exécutives (planification et flexibilité mentale) entrave l'autonomie.
- Le niveau 2 qui nécessite une aide importante : l'individu a une capacité réduite d'initiation des relations. Les phrases sont simples et les intérêts restreints limitent les interactions. Présence d'une intolérance au changement et un manque de flexibilité du comportement.
- Le niveau 3 qui nécessite une aide très importante : l'individu a très peu de vocabulaire intelligible. Les interactions sont rarement initiées et les réponses lors des échanges sociaux sont minimales. Une inflexibilité du comportement et une détresse extrême face aux changements sont observées.

Le syndrome désintégratif de l'enfance ainsi que le syndrome de Rett ne font plus partie du TSA, comme indiqué dans la CIM-10, du fait d'une trajectoire développementale différente et/ou d'une étiologie génétique connue. C'est tout de même la classification la mieux actualisées, elle est donc recommandée par la Haute Autorité de santé (HAS) pour élaborer un diagnostic autistique.

Après avoir examiné les diverses classifications du TSA, passant par la CFTMEA-R, la CIM-10 et enfin le DSM-5, nous pouvons maintenant plonger dans les critères diagnostiques détaillés de ce trouble. Ces critères, établis par le DSM-5, fournissent une compréhension plus précise des manifestations cliniques du TSA et de son impact sur la vie quotidienne des individus avec TSA.

## C. Critères diagnostiques

Il a été fait le choix de présenter les critères diagnostiques selon le DSM-5 qui sont exposés en cinq points :

A. « Déficiences persistantes de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Ceux-ci peuvent se manifester par les éléments suivants, soit au cours de la période actuelle, soit dans les antécédents. ».

1. Déficit dans la réciprocité sociale et émotionnelle, difficulté à initier une conversation et à la maintenir, à identifier et comprendre les émotions et les affects des autres.

2. Déficit dans la communication non verbale, absence de contact visuel, d'expression faciale et de langage corporel.

3. Déficit dans les compétences relationnelles, comportements inadaptés et difficultés à se faire des amis.

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

1. Présence de stéréotypies motrices, répétition d'un jeu, écholalie (répétition des derniers syllabes utilisés par l'interlocuteur par exemple).

2. Frustration, intolérance au changement et ritualisation des actes du quotidien.

3. Intérêts très restreints dont l'intensité et la finalité sont aberrantes.

4. Particularités sensorielles (hyposensibilité ou hypersensibilité), comportements inhabituels d'auto-stimulation sensorielle (auditives, tactiles, proprioceptives, vestibulaires etc.)

C. « Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement. ».

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

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

Le diagnostic doit préciser la sévérité du besoin d'accompagnement selon les trois degrés ainsi que la présence ou non de comorbidité (désignant la coexistence de troubles d'évolution parallèle et plus ou moins interdépendants chez le même individu). En France, la prévalence concernant les comorbidités était de 50% pour une déficience intellectuelle (c'est-à-dire un quotient intellectuel inférieur à 70), 15 à 40% pour l'épilepsie (mais plus fréquente en cas de déficience intellectuelle) et 70 à 80% pour les troubles du sommeil. On retrouve aussi de l'anxiété généralisée (13%), un

trouble obsessionnel compulsif (8%), une dépression (11%) ainsi qu'une phobie sociale (29%).

Après avoir examinés les critères diagnostiques du TSA établis par le DSM-5, il est maintenant temps d'explorer les différentes hypothèses sur l'étiologie qui pourraient contribuer au développement de ce trouble. Comprendre les origines potentielles du TSA est essentiel pour une meilleure prise en charge.

## D.Étiologie et hypothèses causales

A ce jour, aucune étiologie n'a été avérée, l'origine du TSA reste vague. Certaines hypothèses vont être décrites ci-dessous.

Différentes études sur les jumeaux ont montré que l'hypothèse génétique n'est pas à mettre de côté. Elles ont confirmé une implication génétique mais pas la distinction d'un gène facilement identifiable comme facteur principal d'étiologie. Un couple de parents ayant déjà un enfant TSA présente un risque de 20% que son deuxième enfant développe un TSA. Le risque de récurrence augmente jusqu'à 40% quand il s'agit du troisième enfant, s'il y a déjà deux enfants atteints. L'autisme serait déterminé par la collaboration de plusieurs gènes et non d'un seul et unique facteur génétique. On retrouverait soixante-cinq gènes étant fortement liés à l'autisme (Zeliadt, 2018). On parle donc de prédisposition génétique, néanmoins d'autres facteurs doivent être présents pour que le trouble puisse se manifester. Les TSA dont la cause principale est génétique concernant uniquement ceux issus d'anomalies monogéniques.

L'autisme découlerait d'une altération et d'une fragilisation neurologique, durant le développement, causées par des facteurs environnementaux tel que la pollution, les agents infectieux, les causes périnatales et prénatales (stress extrême, obésité maternelle, consommation de toxiques et de médicaments, infection virale, anoxie...) ou encore des troubles gastro-intestinaux (Horvath Hsiao, 2014).

Il existe aussi des pistes psychanalytiques qui reposent sur les interactions précoces mère/bébé : « toutes les mères, et pas seulement les mères d'enfants autistes, ont des intentions destructrices à côté de leurs intentions aimantes (...), ce n'est pas l'attitude maternelle qui produit l'autisme mais la réaction spontanée de l'enfant à cette attitude. » (Bettelheim, 1998). Elles s'appuient sur la responsabilité bidirectionnelle des théories de l'attachement ainsi que la responsabilité du lien précoce à sens unique utilisée par Bion, Winnicott, Meltzer et d'autres. Toutefois, la HAS évoque en mars 2010 que « les caractéristiques psychologiques des parents n'entrent pas en compte dans la survenue de l'autisme ». Un enfant ne devient donc pas autiste par faute d'amour ou parce qu'il est carencé.

Chaque sujet TSA est unique et la provenance de son autisme n'est pas définie. Il s'agit d'un assemblage de divers facteurs qu'ils soient génétiques ou environnementaux qui rend vulnérable un bébé et le prédispose au développement d'un TSA. On peut dire que pour chaque sujet, on part d'un socle génétique sur lequel des facteurs environnementaux viennent modifier l'expression épigénétique (Tordjman et al., 2014)

Après avoir exploré les diverses hypothèses sur l'étiologie du TSA, en passant par des facteurs génétiques, environnementaux et psychanalytiques, il est désormais important d'examiner son impact à l'échelle mondiale.

## E. Epidémiologie

Le 2 avril 2009, l'ONU précisait : « Aujourd'hui l'autisme affecte au moins 67 millions de personnes et est, de tous les troubles graves du développement, celui qui connaît la plus rapide expansion dans le monde. On le sait peu mais cette année, plus d'enfants recevront un diagnostic d'autisme que de diabète, de cancer et de SIDA additionnés »

La prévalence sur la population générale des TSA est de 1%. En France, il y a 650 000 personnes ayant un TSA. C'est une prévalence qui est en nette augmentation d'année en année car on élargit de plus en plus les définitions de l'autisme. Il a également plus de diagnostics cela pourrait être expliqué par une amélioration de ces derniers. Le sex-ratio des TSA est de quatre garçons pour une fille. Ce sex-ratio serait cependant faussé car de récentes études ont prouvé qu'il existe un sous diagnostic des TSA chez les femmes. Si le TSA est plus difficilement repérable chez les femmes que chez les hommes, c'est parce que le trouble s'exprimerait de façon différente. En effet, les femmes ont tous les critères diagnostiques mais elles auraient moins de comportements stéréotypés, et elles auraient une meilleure capacité d'adaptation liée au fait que les petites filles jouent à de nombreux jeux de faire semblant et symboliques (comme le docteur, la maman, la maitresse...) contrairement aux garçons qui eux jouent à des jeux le plus souvent portés sur des choses plus concrètes, laissant moins de place à l'imaginaire. Leurs intérêts restreints seraient plus socialement acceptables, et elles seraient plus à même de masquer leurs traits autistiques en copiant les comportements de leurs pairs non autistes. L'autisme est un trouble du développement. Le début est précoce, le trouble commence en général dans la petite enfance, avant trois ans. On ne devient pas autiste à 15 ans !

Après avoir examiné l'ampleur et les nuances de la prévalence du TSA, ainsi que ses différences de manifestation entre les genres, il est essentiel de plonger dans les aspects concrets de la sémiologie psychomotrice associée au TSA. La diversité des profils psychomoteur au sein de la population TSA, rend la définition d'un profil typique complexe, mais l'observation précises sur la motricité fine, la motricité globale, les stéréotypies motrices et la sensorialité nous permettent de mieux comprendre les difficultés auxquelles sont confrontées ces personnes.

## F. Sémiologie psychomotrice

Des anomalies ont été relevées dès les premières descriptions de l'autisme faites par Kanner en 1943 mais pour autant, l'hétérogénéité de la population TSA rend difficile la mise en évidence d'un profil psychomoteur typique de ces personnes.

### 1. Motricité fine et dominance manuelle

La motricité fine correspond à l'ensemble des activités motrice impliquant les membres supérieurs sans déplacement du centre de gravité (Alabaret et Soppelsa, 2007). On retrouve un déficit des compétences de motricité fine chez certaines personnes TSA. Hardan et al (2003) montrent que ces personnes se distinguent des autres tant sur la force et sur la prise que sur la vitesse digitale ou de la dextérité. Elles ont une pince plus faible et sont plus lente pour les tâches de dextérité et pour la vitesse digitale. Il est aussi fréquemment observé une inadaptation de la force utilisée qui rend l'utilisation d'outil difficile tel que le vélo, les crayons, la cuillère... Les habiletés manuelles ont des répercussions importantes pour l'acquisition et la réalisation des gestes d'autonomie et semblent corrélés avec l'accès à l'autonomie dans la vie quotidienne (Jasmin et al., 2009).

Selon Cornish et McMunus (1996), les enfants porteurs de TSA sont latéralisés plus tardivement et de façon moins constante que les enfants sans trouble particulier. Les performances motrices de leur main dominante et celle de leur main non dominante se distinguent peu lors d'une tâche. De plus, 50% des enfants autistes ne choisissent pas spontanément leur main dominante pour réaliser des activités. Ce défaut de latéralisation se retrouve dans les difficultés de coordination bimanuelle observé dans les tâches qui demande une complémentarité des deux mains tel que faire ses lacets, couper de la viande...

Maintenant que nous avons examiné les difficultés rencontrées dans la motricité fine et la dominance manuelle, explorons les aspects de la motricité globale qui jouent un rôle essentiel dans les activités quotidiennes et le développement des individus avec TSA.

## 2. Motricité globale

La motricité globale correspond à l'ensemble des activités motrice impliquant l'intervention et la coordination de plusieurs groupes musculaires. Ces particularités toniques qui sont associées aux difficultés d'ajustement tonique des personnes TSA. Il y a aussi des syncinésies (contraction d'un ou plusieurs groupes musculaires non impliqués dans un mouvement) toniques ou d'imitations. Sur le plan postural, on retrouve des particularités qui peuvent être associées à des déplacements qui permettent différentes sensations tel que marcher sur la pointe des pieds ou encore avec la nuque en extension. Cela correspond à des autostimulations sensorielles.

Après avoir discuté de la motricité globale, il est pertinent d'explorer les stéréotypies motrices, les comportements répétitifs sans but fonctionnel qui font partie intégrante de la sémiologie psychomotrice des personnes avec TSA.

## 3. Stéréotypies motrices

Les stéréotypies motrices relèvent de l'ensemble des comportements répétitifs, rythmés et sans but fonctionnel. Ce domaine comprend également les intérêts restreints et particuliers, l'adhésion à des rituels et les préoccupations non fonctionnelles d'un objet. Ces comportements peuvent mobiliser l'ensemble du corps avec des balancements, des sautilllements ou encore une partie du corps comme le flapping qui utilise les mains.

En poursuivant notre exploration des manifestations psychomotrices du TSA, nous abordons maintenant les particularités sensorielles qui sont un aspect important du diagnostic. Les difficultés sensorielles peuvent impacter divers aspects, de l'attention à la sphère motrice.

## 4. Sensorialité

Les personnes TSA présentent des particularités sensorielles (Stanciu et Delvenne, 2016). Cela fait d'ailleurs parti du diagnostic et correspond à des difficultés dans le traitement de l'information sensorielle par le système nerveux central, et les comportements qui en découlent. Elles peuvent présenter des particularités dans les seuils de réponse neurologique, c'est-à-dire présenter une hypo-réactivité (le système nerveux central a besoin d'une quantité importante de stimulation pour s'activer) ou une hyper-réactivité (le système nerveux central s'active dès l'exposition à un stimulus sensoriel faible) neurologique aux stimulations sensorielles (HAS,2010). Ces seuils sont variables d'un canal sensoriel à un autre (auditif, visuel, proprioceptif...). Deux types de comportements peuvent se mettre en place :

- Soit une recherche sensorielle au travers de comportements stéréotypés
- Soit des évitements sensoriels au travers de comportement de fuite et d'isolement

Ces difficultés pourront impacter la mise en place des co-modalités sensorielles, ce qui correspond à la capacité à gérer plusieurs sensations simultanément. En conséquence, certaines personnes autistes auront tendances à s'enfermer dans une seule et unique modalité sensorielle.

Ces particularités ont des répercussions multiples. Elles peuvent affecter l'attention, la sphère motrice, entre autres les représentations perceptivo-motrice, tel que le schéma corporel, ou encore le contrôle moteur mais aussi l'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne (Jasmin et al., 2009). On comprend aussi que des manifestations comportementales telles que l'instabilité motrice ou encore la rigidité comportementale peuvent être interprétées comme des manifestations sensorielles. (Lelord et Sauvage, 1990)

Par ailleurs, un comportement sur un canal sensoriel n'est pas toujours l'expression d'une souffrance dans ce canal, il peut être le signe d'une souffrance dans un autre

canal car « quand (...) j'ai trop d'informations, alors si je touche quelque chose, ça permet de laisser mes yeux et mes oreilles se reposer » (Bogdashina, 2012). La fermeture sensorielle permet de fermer certains canaux sensoriels afin d'améliorer le niveau de fonctionnement d'un autre. En saturant un canal, ils n'ont plus à traiter les autres sensations.

Bien que l'autisme soit un trouble complexe aux manifestations variées, ses impacts sur la communication sont des aspects importants à explorer. Nous débutons notre analyse par les interactions précises des enfants avec TSA, en examinant comment les signes précurseurs se manifestent dès les premiers mois de vie et peuvent perdurer tout au long du développement.

## IV. La communication des enfants porteurs du trouble du spectre de l'autisme

### A. Les interactions précoces

Les interactions précoces chez les enfants avec TSA peuvent varier considérablement. Certains développent le langage verbal, tandis que d'autres ne le font pas. En général, les difficultés de communication commencent très tôt, dès les prémices du langage avec la communication non-verbale, ce qui peut avoir un impact sur divers aspects de la vie, tels que les relations sociales, familiales, scolaires et professionnelles. Une étude (Brisson & al., 2011) sur les nourrissons de zéro à six mois a montré que les signaux sociaux comme le sourire, les vocalises et les regards vers les parents étaient moins fréquents chez les enfants atteints de TSA. Ces difficultés peuvent aussi être détectées bien plus tard, à l'entrée à l'école, par exemple

Certains signes précurseurs du TSA, tels que le contact visuel, peuvent être observés dès les premiers mois de vie. Certains nourrissons évitent le regard et semblent désintéressés, tandis que d'autres fixent longuement avec un regard périphérique, limitant ainsi leur interaction avec leurs pairs.

Plus tard dans le développement, l'absence de réponse au prénom ou un manque d'expressivité faciale peuvent être indicatifs de TSA. Les personnes autistes peuvent avoir du mal à décoder les expressions faciales et à exprimer leurs émotions de manière appropriée.

Avant d'acquérir le langage verbal, les enfants communiquent par des gestes, mais ceux avec TSA peuvent présenter des difficultés dans ces gestes. Certains sont considérés comme innés tels que le fait de tendre les bras pour se faire porter mais d'autres sont acquis par imitation comme le « au revoir » de la main ou encore le « bravo » par exemple.

Un retard dans l'attention conjointe (capacité à fixer son attention sur la même chose que son interlocuteur), où l'enfant partage son attention avec autrui, est également courant chez les enfants avec TSA. Par exemple, le geste de pointer, qui favorise la communication sociale, peut apparaître tardivement et être utilisé pour satisfaire un besoin personnel (obtenir un objet) plutôt que pour interagir socialement (Carrigou, 2013). Cela est dû au fait que l'accroche du regard est peu investie chez ces sujets, il est donc compréhensible que regarder dans la même direction qu'un pair pour partager une information sur l'environnement soit difficile

Passons ensuite au langage et à la communication non verbale, nous découvrons la diversité des profils langagiers, allant de l'absence de langage à des particularités linguistiques.

## B. Le langage et la communication non verbale

Les profils langagiers dans l'autisme sont divers. Selon l'HAS (2010), 10% des adultes porteurs de TSA n'ont pas acquis le langage. Les difficultés de langage et de communication non verbale sont fréquentes chez les personnes avec TSA. Le développement du langage est généralement retardé chez ces enfants, et des particularités linguistiques ainsi que des difficultés à s'adapter à l'interlocuteur sont souvent observées.

L'écholalie, la répétition de mots ou de phrases, est courante chez les enfants avec TSA et peut persister avec le temps. L'écholalie est observable dans le développement ordinaire autour de dix-huit mois et disparaît progressivement vers trois ans. Chez l'enfant ayant un TSA, l'écholalie arrive plus tard dans le développement et elle persiste dans le temps, même si l'enfant a progressé au niveau langagier (Carrigou, 2013). Elle est parfois la seule forme de communication possible pour l'enfant.

Les individus avec un TSA ont souvent une manière particulière de traiter les messages verbaux, ce qui entraîne fréquemment des difficultés à comprendre le langage verbal. Ils peuvent avoir des difficultés à distinguer les mots lorsqu'ils sont exprimés verbalement. C'est pourquoi certains enfants se sentent plus à l'aise avec le langage écrit, où chaque mot est clairement séparé visuellement par des espaces, ce qui peut les conduire à apprendre à lire plus tôt qu'à parler. (Carrigou, 2013).

Dans le développement typique, il est courant que les enfants inversent les pronoms. Cependant, chez les enfants avec un TSA, cette inversion pronominale est souvent plus prononcée, avec une tendance à inverser les pronoms tels que « je » et « tu », ou « moi » et « toi ». Cela s'explique par le manque de souplesse mentale qui fait souvent défaut dans le TSA (Peeters, 1996).

La prosodie, qui correspond à l'intonation mélodique de la parole, est également affectée dans l'autisme. Les personnes avec un TSA peuvent présenter des troubles prosodiques, se manifestant par un rythme, un ton et une accentuation inhabituels, ainsi que des variations dans la hauteur et l'intensité de la voix (Peeters, 1996). Par conséquent, ils peuvent passer brusquement d'un ton grave à aigu, ou du chuchotement à un cri soudain. De plus, les enfants avec un TSA peuvent avoir des difficultés à comprendre la prosodie des autres, ce qui complique la communication, car ils ne perçoivent pas toujours les indices prosodiques nécessaires pour interpréter les intentions de leur interlocuteur.

Comme mentionné précédemment, les personnes avec TSA présentent souvent des difficultés avec le contact visuel, pouvant être soit fixe, soit fuyant lors d'une interaction. Leurs expressions faciales sont souvent absentes, parfois exagérées ou inappropriées à la situation. De plus, ils ont du mal à interpréter les expressions faciales et les gestes corporels de leurs interlocuteurs, ce qui complique leur compréhension des émotions d'autrui. En outre, ils ont du mal à maintenir une distance interpersonnelle appropriée.

La communication est un élément essentiel de la vie, commençant dès notre naissance et continuant à nous accompagner tout au long de notre existence. Même si les personnes avec TSA peuvent rencontrer des difficultés de communication, qu'elle soit altérée, atypique ou absente, il existe divers moyens pour l'améliorer.

En raison de la diversité des profils et des besoins des personnes avec TSA, il n'existe pas de méthode unique pour améliorer leur communication. Une approche individualisée, utilisant une variété d'outils et de techniques, est nécessaire pour soutenir efficacement et accompagner ces individus dans leur communication.

## V. Cas clinique en crèche

### A. Présentation de la structure

Le stage durant lequel je rencontre l'enfant auquel nous allons nous intéresser dans cette partie se déroule dans une crèche. Cette structure associative a la particularité de pouvoir accueillir 30% d'enfants en situation de handicap, principalement avec des troubles du spectre de l'autisme. Elle vise à favoriser l'inclusion d'enfants en situation de handicap dans un dispositif de droit commun. Grâce à la loi du 21 Novembre 2019, la crèche a accès à un bonus inclusion qui dépend du pourcentage d'enfants en situation de handicap accueillis par la structure et qui permet la création de poste à temps plein d'une psychomotricienne au sein de la structure.

Cet établissement a la capacité d'accueillir jusqu'à quarante-deux enfants qui sont divisés en trois unités de vie : bébés (de dix semaines à un an), moyens (de un à deux ans) et grands (de deux à trois ans). Au sein de la crèche, il y a un espace d'accueil, une section pour chaque groupe, une cour extérieure, des espaces de sommeil (avec un dortoir et une salle de soins dans chaque unité de vie), une salle snoezelen, une salle de motricité, un bureau pour la direction et des espaces techniques tel qu'une biberonnerie, une laverie, un vestiaire ainsi qu'une salle de pause pour le personnel.

Concernant le personnel, on retrouve :

- Une directrice qui est éducatrice de jeunes enfants titulaire d'un CAFERUIS (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale) : elle assure un management de terrain qui doit permettre d'atteindre les objectifs fixés ainsi que l'épanouissement professionnel de l'équipe, elle garantit l'accueil et la sécurité des enfants, elle est aussi garante du projet de la crèche,
- Une infirmière diplômée d'Etat : elle accompagne l'équipe sur le plan médical, tient à jour les dossiers médicaux des enfants, s'assure du bien-être de

l'ensemble des groupes d'enfants, elle est aussi en charge de la livraison des repas des enfants et elle met à jour les protocoles d'hygiène de la crèche,

- Trois Educatrices Jeunes Enfants (EJE), trois Auxiliaires de Puériculture (AP) et trois auxiliaires Petite Enfance (PE) : un trio composé d'une EJE, d'une AP et d'une personne titulaire d'un CAP PE intervient dans chaque groupe. Elles sont des personnes de références au sein des groupes d'enfant, elles accompagnent donc les enfants jusqu'à leur départ de la crèche, au moment de l'entrée à l'école maternelle.
- Une psychomotricienne (voir partie suivante sur la place de la psychomotricité en crèche)
- Une psychologue (qui intervient un jour par semaine) : elle effectue des observations sur des temps de la vie quotidienne et participe aux réunions d'équipe
- Un agent polyvalent : il est en charge de l'entretien de l'ensemble des locaux, de laver et ranger le linge, de vérifier les livraisons des repas quotidiens ainsi que de réchauffer et préparer les repas des enfants,

L'objectif principal du personnel de la crèche est de favoriser le bien-être physique et psychique de chaque enfant en répondant à ses besoins fondamentaux de manière adaptée. Dans ce sens, l'équipe éducative se rassemble autour des valeurs suivantes :

- Accueillir chaque enfant dans un cadre sécurisant
- Accompagner la séparation parent-enfant de façon progressive et bienveillante
- Accueillir les parents à la crèche
- Accompagner l'enfant de manière individualisée et personnalisée à l'intérieur de son groupe de vie
- Encourager l'activité spontanée de chaque enfant
- Favoriser la rencontre avec d'autres enfants et d'autres adultes en verbalisant cette découverte
- Soutenir chaque enfant dans le développement de sa personnalité et dans l'expression de ses émotions.

## B. La place de la psychomotricité en crèche

La psychomotricienne est présente à temps plein dans la crèche. Elle accompagne l'ensemble des enfants en étant présente dans les trois groupes tous les jours. Elle peut les inviter dans la salle snoezelen pour une séance individuelle ou en groupe restreint. Elle met en place des activités sensorielles, des parcours moteurs, des activités de motricité fine dans les sections ou dans la salle de motricité. Elle réalise aussi des observations psychomotrices lorsqu'un parent le demande ou qu'elle en ressent le besoin. Elle est disponible pour des entretiens avec les parents quand ils le souhaitent, quand ils ont des questions sur le développement psychomoteur de leur enfant.

La psychomotricienne est aussi présente pour aider le personnel de la crèche en observant et en donnant des conseils aux professionnels (sur le portage, sur le change par exemple) pour accompagner au niveau du développement psychomoteur des enfants. Son rôle n'est pas de faire de séances de psychomotricité ou même de dépister des troubles, elle est présente pour prévenir ces troubles et surtout aménager au mieux l'environnement (physique comme matériel) des enfants. A la suite de ses observations, la psychomotricienne peut renvoyer vers le médecin traitant ou vers des collègues psychomotriciens en libéral pour des éventuels suivis psychomoteur.

La psychomotricienne participe aux réunions de synthèses qui se déroulent une fois par semaine. Chaque semaine, les professionnels de l'une des trois sections sont invités à cette réunion. Elle permet de discuter des difficultés rencontrées avec certains enfants, de l'organisation des professionnels, de l'aménagement des espaces....

## C.Présentation du patient

Pour permettre l'anonymat du patient nous le nommerons Ilyas.

Il est né le 28 Juin 2020. Il a donc trois ans et deux mois lors de son accueil au sein de la crèche à la fin du mois d'août 2023 dans la section des grands. Il est le benjamin d'une fratrie de trois enfants. C'est un enfant désiré issu d'une grossesse spontanée qui est né à terme. Le bilinguisme franco-kabile est présent à la maison. Il vit avec ses frères chez ses parents. Les aînés n'ont pas d'antécédents notés par la famille. Il était gardé au domicile en alternance par la mère et le père qui sont commerçants, avant l'accueil en crèche.

Les parents évoquent une cassure dans le développement de Ilyas, en particulier au niveau de la parole : il avait un vocabulaire plus étendu lorsqu'il était petit, mais il a cessé de parler par la suite. Il est donc actuellement suivi dans une unité petite enfance et parentalité suite au diagnostic de TSA qui a été posé en Mars 2022. Il a deux séances par semaine d'orthophonie et de psychomotricité en cabinet libéral, les lundis et jeudis matin. Il est donc accueilli en crèche de 11H30 à 17H30 ces jours-là avec un repas à la crèche contrairement au mardi, mercredi et vendredi où il ne prend pas le repas à la crèche car il passe la matinée dans un hôpital de jour. Ces jours-ci, il vient à la crèche uniquement à partir de 13H00 pour la sieste.

## D.Bilan psychomoteur

Un bilan psychomoteur a été réalisé en Juillet 2022 dans le cadre du suivi en psychomotricité en libéral montrant un profil de développement psychomoteur assez hétérogène avec un retard dans les coordinations et notamment la motricité fine ainsi que la sphère relationnelle.

La motricité globale est son point fort. Il a fait du quatre pattes vers six mois, il se mettait debout à dix mois en s'appuyant sur des meubles, des chaises... et à douze mois il marchait. C'est un enfant très agile qui est en constant déséquilibre et qui n'expérimente donc pas la stabilité. Il est capable de descendre et monter seul sur des blocs moteurs ainsi que sur l'espalier. Il joue beaucoup avec son système vestibulaire en se mettant en déséquilibre.

C'est ce manque d'encrage et de posture stable qui ne lui permet pas d'explorer durablement sa motricité fine. Toutefois, lorsqu'il est installé de façon contenante (avec un adulte derrière lui par exemple) il a la possibilité de rester plus longtemps sur une activité.

Ilyas doit être accompagné dans les sensations et la connaissance de son corps, avec des verbalisations et un soutien dans les explorations. Actuellement en période sensible (avec des apprentissages forts), on retrouve des périodes de répétitions pour se conforter et se rassurer qui sont assez longues, ce qui provoque un retard assez conséquent.

Au niveau sensoriel, on retrouve un seuil de réactivité bas chez Ilyas avec une carapace tonique importante. Au niveau visuel, on retrouve une hyposensibilité chez Ilyas qui est en recherche constante de stimulation comme faire tourner un objet devant ses yeux en variant l'intensité, les images du téléphone ou de la télévision, les lumières extérieures... Au niveau sonore, Ilyas est plutôt dans l'évitement. Il n'est pas attiré par les jeux sonores et ne répond pas toujours à l'appel de son prénom. Au niveau du toucher, on retrouve une enveloppe corporelle très fragile et désorganisée. Il aime beaucoup les vibrations et s'enroule très souvent dans des tissus. Au niveau vestibulaire, on retrouve un seuil neurologique haut avec une recherche de sensation constante que l'on retrouve dans des stéréotypies motrices tels que tourner sur lui-même ou encore faire des allers retours en courant. Il recherche continuellement des sensations fortes en montant sur des meubles très haut ou en se positionnant dans des espaces très restreints.

En ce qui concerne sa communication, Ilyas prend la main d'un adulte pour se faire comprendre. Il peut indiquer de façon approximative en pointant et en agitant sa main vers la carafe d'eau, qu'il veut boire. Cependant, en raison de ses difficultés praxiques, il a du mal à pointer précisément avec son index. Il est donc capable d'utiliser certains gestes pour faire des demandes. Ilyas sait également dire plusieurs mots tels que « maman », « non », « boua » (boire), « ia » (vient), « encore », qu'il emploie de manière appropriée, comme lorsque qu'il veut de l'eau ou souhaite réentendre une chanson, par exemple. En cas de frustration, il peut exprimer son mécontentement par des cris et des pleurs, surtout lorsqu'il est confronté à une interdiction. Il a du mal à gérer ces situations seul et a besoin de l'aide d'un adulte pour le contenir et passer à autre chose.

À la crèche, il peut s'approcher des autres enfants, mais son comportement n'est pas toujours adapté. Il a été observé qu'il peut, par exemple, attraper les cheveux des autres enfants ou rire et pousser des cris lorsque d'autres enfants pleurent. Les interactions sociales sont donc difficiles pour lui. Cependant, certains enfants de la crèche peuvent solliciter Ilyas en le prenant par la main par exemple pour l'aider dans un parcours ou pour le ramener dans sa section de la crèche. Dans des moments individuels, il est également capable de sourire de manière appropriée, en regardant sa référente de la crèche ou la psychomotricienne, les yeux dans les yeux.

Les objectifs principaux du projet thérapeutique d'Ilyas en libéral sont :

- De soutenir la mise en place des enveloppes comme fonction contenante et limitante
- De favoriser la régulation et la coordination sensorielle et sensori-motrice pour soutenir son individualisation et sa relation à l'autre au travers de son corps

En ce qui concerne la crèche, l'objectif principal de l'inclusion d'Ilyas est de lui offrir un environnement accueillant avec des enfants bien portants, favorisant ainsi le développement de sa socialisation, de ses relations interpersonnelles et de sa communication. Cette approche lui permettra de progresser en imitant les enfants en bonne santé qui l'entourent.

Après avoir dressé le développement psychomoteur d'Ilyas, révélant ses points forts et ses faiblesses dans divers domaines de son développement psychomoteur, intéressons-nous désormais à la médiation snoezelen, une proposition offerte à Ilyas à la crèche pour lui permettre de prendre des pauses sensorielles et de se ressourcer.

## E. Médiation snoezelen

### 1. Le concept snoezelen

Ce concept, appelé Snoezelen, a été initié aux Pays-Bas à la fin des années 1970 dans des centres accueillant des personnes en situation de handicap, tels que les instituts Haarendael à Haaren, Hartenberg à Ede et Piusoord à Tilburg. Il trouve ses origines dans une expérience américaine appelée « la cafétéria sensorielle » réalisée en 1966, où des personnes en situation de handicap intellectuel pouvaient explorer différentes sensations dans une pièce spécialement aménagée. Des thérapeutes comme Ad Verheul et Jan Hulsegge, travaillant au centre de Hartenberg à Ede, ont observé des changements positifs de comportement et l'émergence de formes de communication en proposant du matériel sensoriel varié (vue, ouïe, odorat, toucher, mouvement) aux résidents. La démarche Snoezelen a réellement pris son essor au centre de Hartenberg à partir de l'été 1978, avec des installations mobiles proposées lors d'une fête estivale, et une première salle sensorielle permanente a été aménagée en 1984, marquant ainsi le début officiel de la pratique.

Snoezelen est un terme créé par Niels Snoek et Klaas Schenk, alors en service civil à l'institut Haarendael, ainsi que par deux membres du personnel, Rein Staps et Ton Heine. À l'origine appelé Snoeselen, il s'agit d'un néologisme formé de deux verbes néerlandais : "snuffelen" (sentir, renifler, explorer, découvrir), qui évoque l'ouverture à soi, à autrui et au monde par la découverte, et "doezelen" (estomper, adoucir), qui exprime le besoin de détente et la réduction du stress ou des tensions pour rechercher le bien-être. Ce concept englobe à la fois une dimension d'exploration sensorielle à travers le jeu, le mouvement et l'interaction directe avec l'environnement, le matériel

et l'accompagnant, ainsi qu'un aspect de bien-être favorisé par la contemplation, le calme, les sensations et la présence réconfortante de l'autre.

La démarche Snoezelen repose sur trois axes distincts (LivreBlanc-snoezelen, 2023) :

- Un axe autour de la sensorialité avec une modulation de propositions sensorielles selon les besoins de l'enfant
- Un axe autour de la relation, de la rencontre, de la communication et du partage
- Un axe autour du bien-être, de la détente, du confort et du plaisir

La pratique snoezelen s'appuie sur différents principes (LivreBlanc-snoezelen, 2023) :

- Une atmosphère adaptée avec la création d'une bulle sensorielle personnalisée
- La liberté de choix qui permet à l'enfant d'explorer selon ses capacités et ses envies
- Le respect du rythme et du temps de l'enfant, sans lui imposer celui d'un adulte
- Une adaptation de la durée avec des transitions fluides au début et à la fin de chaque séance
- L'importance de la répétition qui offre un sentiment de sécurité en fournissant des repères spatio-temporels à l'enfant, facilitant ainsi l'assimilation des apprentissages précédents.
- La sélection des stimulations sensorielles pour éviter une surcharge d'informations qui peut nuire à la perception
- Une attitude appropriée en adoptant des attitudes telles que la sécurisation, l'empathie, la douceur, la chaleur, la proximité, l'affection, l'écoute, l'observation, l'adaptation, la patience, la non-directivité, la disponibilité et le plaisir.
- Un accompagnement adapté en étant pleinement présent physiquement

## 2. Séances snoezelen

Pendant son accueil à la crèche, Ilyas a la possibilité de profiter de séances individuelles ou en petit groupe dans la salle snoezelen, un moment qu'il apprécie

particulièrement et demande régulièrement. Ce cadre individuel ou en petit groupe permet à la psychomotricienne de s'ajuster au mieux au rythme d'Ilyas, favorisant ainsi une meilleure connexion avec l'adulte, ce qui est plus facile à réaliser qu'avec un enfant qui ne peut pas attendre.

La salle snoezelen de la crèche est bien équipée, avec une grande colonne à bulles lumineuses, un projecteur, un grand rideau de fibres optiques colorées, des objets sonores, des balles sensorielles, des coussins de différentes textures, des objets lumineux, et bien plus encore.<sup>5</sup> Aucune règle spécifique ne régit cet espace, à l'exception du temps, qui est structuré par l'adulte présent à l'aide de trois jetons marquant le début, le milieu et la fin de la séance snoezelen, signalant ainsi le retour en section.

Depuis septembre, j'ai eu l'opportunité d'être présente une journée par semaine à la crèche, où j'ai participé à plusieurs séances snoezelen avec Ilyas. Ces moments sont initiés soit à la demande d'Ilyas, soit lorsque la psychomotricienne détecte un besoin particulier. Ces séances interviennent lorsque Ilyas semble fatigué des diverses stimulations extérieures à la crèche, offrant ainsi une pause sensorielle. C'est un moment qui lui permet également de se ressourcer en cas d'angoisses corporelles, lui offrant un espace de contenance pour mieux ressentir ses limites corporelles.

Nous proposons à Ilyas un temps en salle snoezelen, en lui apportant un objet qu'il aime beaucoup et qui s'y trouve déjà : un bâton orné d'hélices lumineuses formant un halo multicolore. Grâce à cet objet médiateur qui lui est familier, Ilyas comprend tout de suite notre proposition. Il prend l'objet et nous suit jusqu'à la salle pour commencer sa séance.

Les séances se déroulent souvent en plusieurs étapes. Ilyas commence par explorer la salle et demande rapidement, en prenant la main de l'adulte présent, un objet qu'il

---

<sup>5</sup> Cf *infra*, « salle snoezelen de la crèche » annexe V p. III

affectionne particulièrement comme le bâton. Il peut passer un long moment à observer les lumières tournoyantes puis abandonner d'un coup l'objet pour aller se regarder dans un miroir, tourner sur lui-même ou courir dans la salle. Ensuite, il peut demander à utiliser l'œuf masseur, un objet vibrant émettant de la lumière, qu'il apprécie particulièrement faire tourner pour se stimuler visuellement. Parfois, il se laisse masser avec cet œuf lorsque l'adulte le lui propose.

Après avoir exploré ces objets, Ilyas aime venir s'installer dans un "bateau", un tapis en mousse où il peut ressentir la pression des parois contre son corps. On peut ajouter une comodalité sensorielle en chantant la comptine « Bateau sur l'eau ». Ilyas aime beaucoup ce moment et peut demander à le répéter en disant « encore ». Cependant, il a parfois besoin de se décharger et peut alors sortir du bateau pour courir ou sauter dans la pièce. Ce bateau peut devenir un espace d'interaction lorsqu'un autre enfant s'y trouve, permettant à Ilyas d'échanger des objets et de partager des moments avec ses pairs. Ilyas peut alors attendre que l'autre enfant lui tende l'objet qu'il a entre les mains et à son tour Ilyas peut tendre son objet (sur demande de l'adulte) vers l'autre enfant. C'est un espace où Ilyas se sent bien et surtout il se sent contenu ce qui lui permet de pas avoir à contrôler son équilibre et de pouvoir plus être dans l'attention conjointe et donc dans l'interaction

En ce qui concerne les objets sonores, Ilyas ne les utilise pas beaucoup. Il ne semble pas être dérangé par les bruits produits par d'autres enfants avec ces objets à proximité, préférant se concentrer sur les stimulations visuelles avec les lumières et parfois tactiles, comme les balles sensorielles qu'il roule entre ses mains.

Dans la salle, certains objets sont placés en hauteur, comme le bâton lumineux que Ilyas apprécie. Les enfants peuvent y accéder en montrant à l'adulte une photo de l'objet souhaité. Bien qu'Ilyas ne puisse pas encore utiliser cette méthode de communication symbolique, il sait où se trouvent les objets et guide souvent l'adulte pour les atteindre. Lorsque plusieurs objets lui sont proposés, Ilyas est capable de faire un choix en disant « non » à ceux qui ne l'intéressent pas.

Lorsqu'Ilyas souhaite un objet détenu par un autre enfant, il sollicite souvent l'aide de l'adulte en lui tirant la main et en poussant des cris plutôt que d'interagir directement avec l'enfant qui le détient. L'adulte est vu comme un médiateur pour se procurer un objet souhaité.

À la fin des séances, nous indiquons la fin en ajoutant le dernier jeton de temps. Cet outil pour marquer le temps ne semble pas avoir de signification pour Ilyas, car il ne s'y intéresse pas et n'y prête aucune attention. Cependant, il nous permet de ritualiser les séances et de marquer différents moments. En plus de cela, nous utilisons un bol chantant, que l'on frappe doucement sur les bords avec un bâton pour produire un son. Tous ces éléments permettent à Ilyas d'avoir des repères temporels en associant des actions symboliques au passage du temps.

Ces séances snoezelen offrent à Ilyas un environnement sécurisé et stimulant pour explorer ses sens et son corps de manière autonome, tout en lui permettant d'établir une relation individualisée avec un adulte. C'est un espace de ressource et de détente, offrant une pause bienvenue dans le cadre parfois trop stimulant de la crèche.

### 3. Evolution

Pendant son année à la crèche, Ilyas a fait d'énormes progrès dans sa communication. Il est désormais capable d'exprimer bien plus de mots et peut demander à un adulte ce qu'il souhaite en le guidant vers l'objet ou l'activité désiré. Il est aussi capable de dire « non » et parvient plus facilement à se poser avec un livre par exemple au sein de la crèche.

Les séances en salle snoezelen et ses séances de psychomotricité ont grandement contribué à cette amélioration. Bien qu'il rencontre encore des difficultés dans ses interactions avec les autres enfants, Ilyas évite moins le contact social qu'auparavant. Il a aussi actuellement une meilleure synchronisation avec les autres. Il peut à présent

attendre avec l'aide d'un adulte pour avoir un objet qu'il souhaite. Toutefois, il a encore des difficultés à prendre l'initiative au bon moment.

Il reste encore essentiel pour Ilyas de travailler sur la représentation de son corps, car ses limites corporelles demeurent fragiles. Il a toujours besoin de se sentir présent en sautant, en bougeant, en courant, en s'enroulant dans des tissus, ou en se cachant dans des espaces restreints.

Bien qu'il comprenne beaucoup de choses, Ilyas éprouve encore des difficultés à formuler un message ou une demande. En revanche, sa communication non verbale est riche, notamment à travers ses expressions faciales. Il apprécie particulièrement les comptines accompagnées de gestes des mains, comme « Meunier tu dors », qu'il peut demander en mimant les mouvements avec ses mains. Ilyas utilise généralement sa vision périphérique, ce qui peut amener des difficultés dans le maintien de l'attention conjointe.

Malgré ses difficultés, Ilyas est un enfant plein de ressources. Grâce à ses progrès remarquables, il va pouvoir entrer à l'école en septembre prochain accompagné d'un(e) Accompagnant(e) d'Élève en Situation de Handicap (AESH)

## F. L'apport de la psychomotricité dans la communication d'Ilyas

Les séances snoezelen offrent à Ilyas un environnement stimulant où il peut explorer ses sens et son corps de manière autonome, favorisant ainsi le développement de sa communication non verbale. Pendant ces séances, il est exposé à une variété de stimulations sensorielles telles que des lumières, des textures, des sons et des mouvements, ce qui lui permet de développer sa conscience sensorielle et sa capacité à interpréter les signaux de son environnement. En interagissant avec les différents éléments de la salle snoezelen, il a également l'occasion d'exprimer ses

besoins et ses préférences de manière non verbale, communiquant ainsi efficacement ses désirs sans avoir besoin de recourir à la parole.

De plus, ces séances offrent à Ilyas un espace sûr pour exprimer ses émotions de manière non verbale. Par exemple, il peut manifester de la joie en explorant activement la salle ou exprimer du mécontentement en se détournant de certains stimuli. Cette expression émotionnelle non verbale lui permet de communiquer ses sentiments de manière efficace.

Les interactions avec les adultes pendant les séances snoezelen jouent également un rôle crucial dans le développement de la communication non verbale d'Ilyas. Il sollicite souvent l'aide de l'adulte pour obtenir un objet désiré, démontrant ainsi sa capacité à utiliser des moyens non verbaux pour communiquer ses besoins. De plus, ces moments privilégiés avec un adulte lui permettent d'établir une relation individualisée, renforçant ainsi sa confiance en lui et sa capacité à interagir avec les autres.

En résumé, les séances snoezelen offrent à Ilyas un environnement riche en stimulations sensorielles où il peut explorer, exprimer et interagir de manière non verbale, contribuant ainsi à son développement global et à sa capacité à communiquer efficacement avec son environnement. Ces séances ont un impact positif sur son développement, comme en témoignent les progrès observés tout au long de son année à la crèche, notamment dans l'enrichissement de sa communication non verbale.

## VI. Cas clinique en cabinet libéral

### A. Présentation du cabinet libéral

Le cabinet libéral se compose de deux salles de psychomotricité. Cinq psychomotriciennes se partagent le cabinet du lundi au samedi avec la possibilité d'avoir jusqu'à deux psychomotriciennes par jour (une par salle de psychomotricité). Au sein du cabinet, on retrouve donc deux salles de psychomotricité, une salle d'attente ainsi qu'une salle de pause avec une cuisine pour les professionnels.

Ce cabinet est présent depuis 20 ans. Il est donc bien reconnu des autres professionnels tels que les médecins, les orthophonistes, les psychologues, les pédopsychologues... Cela permet une bonne communication entre ces différents professionnels de santé et donc une facilité dans l'établissement de liens entre les professionnels qui s'occupent des patients.

### B. Présentation du patient

Pour permettre l'anonymat du patient nous le nommerons Adam.

Il est né le 30 Novembre 2005. Il habite au domicile de ses parents avec son petit frère. Il va tous les jours dans un Institut Médico-Educatif (IME). Il a eu une prise en charge en orthophonie qui a malheureusement dû s'arrêter et les parents n'ont pas réussi à trouver une autre orthophoniste qui souhaite travailler avec Adam.

Adam a des séances de psychomotricité une fois par semaine pendant 45 minutes. A la suite de cette séance il voit un éducateur sportif pendant une heure. Ce sont les seules prises en charge en dehors de l'IME qu'Adam a.

## C. Bilan sensori-moteur

Le bilan sensori-moteur d'André Bullinger constitue un outil d'évaluation global visant à identifier les compétences motrices, posturales et sensorielles dans une perspective cognitive, émotionnelle et relationnelle. Les répercussions sur l'activité psychique, sociale et émotionnelle sont également prises en compte.

Le bilan sensori-moteur a été réalisé en présence des parents d'Adam le 10 juillet 2023, alors qu'il avait 17 ans et demi. Adam, ses parents, la psychomotricienne et un caméraman étaient présents dans la pièce lors de bilan, qui a été filmé. Le bilan s'est déroulé en plusieurs étapes : une heure de passation filmée, une heure de discussion avec les parents, suivie de deux heures de restitution après l'analyse de la vidéo (Un mois après).

Dès son entrée dans la pièce, Adam se dirige vers la caméra, effectue quelques mouvements (tourne autour de lui-même, fait le tour de la pièce) pour s'approprier l'espace, tout en appuyant son index gauche sur le bord externe de son œil gauche. Après s'être assis, il reste stable et disponible aux échanges avec la psychomotricienne pendant les quarante premières minutes. Il ira ensuite se recentrer sur des agrippements tactiles et oraux avec des balles en tenant à distance la psychomotricienne. Sa coopération sera alors difficile à retrouver. Il peut montrer par la reprise de ses déambulations sa fatigabilité.

Sur le plan tonique et postural, Adam maintient souvent ses bras tendus en l'air (« en chandelier ») et présente une hypotonie marquée au niveau des jambes. Son attention est principalement dirigée vers son côté droit, sans rotation de son axe central. Les transitions entre les positions debout et assise sont difficiles pour lui car il ne parvient pas à utiliser ses mains pour transférer son poids.

Sur le plan praxique, Adam montre un temps de latence avant de saisir des objets, mais il peut devenir plus rapide avec la pratique. Cependant, il utilise les objets principalement pour leur aspect sensoriel plutôt que fonctionnel. Malgré tout, il est capable d'imiter certaines actions, comme secouer des castagnettes. Il peut renvoyer un ballon après un temps de latence et rentrer dans un échange ludique et répété grâce à ce ballon. Il saisit des objets et les laisse tomber sur la table en déclenchant ainsi leur résonance. La production sonore des objets l'intéresse. La chute des objets qu'il provoque peut entraîner des « flappys », au niveau des avant-bras, témoins d'une mise en tension provoquée par le son.

En ce qui concerne les aspects sensoriels, Adam se concentre sur les sensations tactiles, en touchant souvent ses doigts ou en manipulant des objets avec le bout de ses mains. Il est également sensible aux stimuli visuels périphériques avec des agrippements visuels.

Au niveau de la motricité buccale, Adam rencontre des difficultés de coordination qui se traduisent parfois par un bavage, notamment lorsqu'il se concentre ou qu'il est en position debout. Cependant, il accepte volontiers qu'on lui essuie la bouche. Il a tendance à toucher fréquemment ses lèvres avec son index et à effectuer des mouvements avec sa bouche, tels que les mettre en tension ou les rapprocher. Bien qu'il ne parle pas, il est capable de vocaliser quelques sons comme « pa-pa » ou « eu pas... ».

En ce qui concerne son exploration visuelle, Adam a une préférence pour l'espace droit et tourne souvent la tête vers la gauche pour utiliser sa vision périphérique avec son œil droit. Il est capable de détecter facilement de petits objets même à distance. Il réagit rapidement aux stimuli visuels latéraux en ajustant sa prise avec la main correspondante. Cependant, sa poursuite visuelle peut être interrompue lors de transitions de droite à gauche.

Adam a tendance à tourner activement sur lui-même et dans la pièce lorsqu'il est submergé par des sensations ou des émotions. Mais il peut rapidement retrouver son calme et reprendre ses activités. Il évite généralement les stimulations passives, telles que monter sur un plancher mobile. Les sensations vestibulaires sont difficiles à gérer pour lui.

Adam est facilement submergé par ses émotions, ce qui se traduit par des comportements tels que l'agitation des bras, la recherche de distance avec la psychomotricienne et des vocalisations. Malgré ces difficultés, il cherche le contact avec les autres et peut exprimer du plaisir, du refus ou de l'intérêt. Il peut jouer avec des vocalisations en miroir avec la psychomotricienne dans une fonction de communication à laquelle il prend manifestement plaisir. Il peut pointer avec sa main dans la direction d'un objet convoité, prendre le bras de la psychomotricienne pour l'emmener vers un centre d'intérêt, ramasser le ballon par terre. Lorsqu'il veut éviter une situation ou n'est pas d'accord, il porte ses mains à son visage en cachant ses yeux et peut aussi vocaliser « eu pas », « nan ». Son équilibre tonico-émotionnel reste fragile.

Ce bilan a révélé d'importantes difficultés sur les plans postural, tonique et sensoriel chez Adam. Son axe corporel ne fonctionne pas comme un lien fluide entre la droite et la gauche, ni son bassin comme un lien entre le haut et le bas du corps. Il présente une préférence marquée pour les stimulations tactiles dans son environnement proche. Les objets qui combinent des sensations tactiles avec des aspects lumineux ou durs, tels que la lampe à fente ou les boules de pétanque colorées, l'attirent particulièrement, ce qui peut entraîner des agrippements. Son activité spontanée est principalement axée sur des explorations sensorielles, tactiles et sonores. Il utilise souvent l'espace de sa bouche pour rassembler les mouvements des deux mains ou des deux hémicorps. Sa sensibilité émotionnelle précaire le submerge rapidement, le poussant à s'éloigner de la tâche et des autres, parfois par des vocalisations, avant de pouvoir revenir pour poursuivre la tâche. Malgré ces difficultés, il reste très réceptif à la présence des autres et peut exprimer des émotions telles que le plaisir, le refus ou l'attention soutenue à travers des mimiques expressives au niveau du visage

## D. Projet thérapeutique

Le projet thérapeutique d'Adam porterait sur :

- Un travail sur la coordination avant-arrière par le passage de postures d'enroulement et de redressement permettant de renforcer l'axe corporel et l'aider à mieux gérer les sensations vestibulaires
- Des massages profonds des bras, mains et doigts pour développer sa proprioception (coordination entre les sens tactile et la sensibilité profonde) et rééquilibrer sa sensibilité tournée vers l'effleurement
- Utiliser son intérêt pour les objets durs et sonores qui lui permet des échanges dans une dimension ludique qu'il apprécie
- Des parcours sensoriels pieds nus pour attirer son regard vers le bas et l'aider à prendre conscience du bas de son corps
- Limiter le nombre des objets mis à disposition, qui entraînent une excitation et une agitation motrice qu'il a du mal à réfréner

## E. Prise en charge psychomotrice

Le bilan sensori-moteur d'Adam a conduit à une prise en charge en psychomotricité dans un cabinet libéral, où j'ai eu l'occasion de le rencontrer. De septembre à juin, j'ai dirigé et assisté à ses séances chaque semaine.

Les séances sont ritualisées pour permettre à Adam de trouver une continuité et d'établir un climat de confiance. Par exemple, chaque séance débute avec Adam assis sur une chaise, ce qui lui permet de se repérer et de marquer son entrée dans la salle de psychomotricité. Adam a bien assimilé ce rituel et se rend directement à sa place attitrée. Cette mise en place favorise un moment où Adam peut se concentrer sur nous, nous regarder et exprimer sa joie de nous retrouver en vocalisant.

Nous entamons généralement les séances par des autopercussions sur son propre corps, afin de l'aider à se recentrer sur ses sensations et à améliorer sa conscience et son unité corporelle. Nous effectuons des percussions osseuses de la tête aux pieds.

Malgré les difficultés d'Adam concernant son axe corporel non intégré, il parvient à suivre nos instructions et à exécuter les mouvements demandés.

Ce travail sensoriel se poursuit avec un massage des mains réalisé par le professionnel. Adam apprécie beaucoup ce moment. Il permet une attention conjointe dirigée vers les mains d'Adam, avec des pressions assez fermes pour développer sa sensibilité profonde et sa proprioception. Ensuite, Adam frotte ses mains l'une contre l'autre et nous cherchons à le guider vers un contact plus profond, car il a tendance à se limiter à des effleurements pour stimuler le bout de ses doigts.

Ce moment est particulièrement apprécié par Adam, qui peut indiquer qu'il souhaite le massage en pointant du doigt le flacon d'huile sur l'étagère. Cela lui permet de travailler la proprioception, les stimulations sensorielles et l'imitation, car nous sommes en face de lui, faisant les mêmes mouvements sur nos propres corps avec des instructions verbales pour l'aider à s'ajuster. Il reste très attentif et travaille bien lorsqu'il s'agit d'imiter l'autre. Comme l'intégration de son axe corporel n'est pas encore acquise, nous travaillons également sur des percussions qui amènent les croisements de son axe, qui restent difficiles pour Adam. Cette activité lui permet de développer des précurseurs à la communication tels que le regard, l'attention conjointe et l'imitation.

Il peut arriver qu'Adam se lève pour déambuler, prendre des pauses, ou tourner sur lui-même en cas de surstimulation. Ces moments lui sont accordés, bien que nous restions présents en le regardant et en lui parlant pour lui indiquer que nous sommes là et que nous l'attendons. Malgré ces moments où Adam a besoin de s'éloigner, il reste en contact visuel avec nous. Il cherche beaucoup le lien et aime être en relation avec les autres. Il sait également exprimer ses désirs en disant "eu non" lorsqu'il ne veut pas faire quelque chose, ou en hochant la tête pour dire "oui", ce qu'il fait particulièrement bien lors du massage des mains.

Ensuite, nous passons à des exercices debout, avec la possibilité de faire un parcours sensoriel pieds nus pour aider Adam à développer sa conscience de son bas du corps, souvent négligé avec une grande hypotonie. Ce travail, à la fois sensoriel et moteur, lui permet d'unifier ses sensations et son unité corporelle. Nous travaillons également sur le regard et la perception de la distance en traversant des obstacles d'un point de

départ à un point d'arrivée, matérialisés par des cerceaux pour créer des repères spatiaux-temporels et favoriser une meilleure orientation dans l'espace. Le pointage, acquis par Adam, est utilisé pour lui indiquer où se placer et quels éléments du parcours franchir.

Généralement, le parcours est d'abord effectué par la psychomotricienne (démonstration), car Adam imite très bien, puis nous le faisons ensemble en lui tenant la main (la psychomotricienne d'un côté et moi de l'autre) pour lui permettre d'avoir un équilibre aussi stable que possible. Grâce à la répétition, en utilisant d'abord les deux mains puis une seule, Adam parvient à aller d'un point A à un point B sans support. Cette activité lui permet de travailler sur des précurseurs de la communication tels que le regard, le pointage et l'imitation.

Nous utilisons également des instruments de musique qu'Adam aime beaucoup. Nous disposons d'un grand bâton de pluie et d'un tambour de vent dans le cabinet. Ce sont deux objets qu'il peut tenir avec ses deux mains et manipuler délicatement pour produire du son. Cela implique également un travail sensoriel avec la production de vibrations. Il s'agit d'un travail progressif d'habituation aux stimulations sensorielles, car Adam peut contrôler l'intensité des vibrations en ajustant ses mouvements.

La séance se termine généralement par un retour à la chaise du début. Il s'agit d'un moment important pour marquer la fin de la séance et permettre à Adam de se préparer progressivement à quitter la salle de psychomotricité pour retrouver sa maman dans la salle d'attente, puis le monde extérieur.

## F. Evolution

Au fil des séances, Adam a considérablement progressé dans sa perception sensorielle. Grâce à une pratique régulière, il a pu étendre ses mouvements, ses percussions et son exploration corporelle. Il parvient désormais à utiliser davantage la paume de sa main plutôt que seulement le bout de ses doigts, ce qui favorise une exploration tactile plus profonde et plus efficace de ses sensations.

De plus, on observe chez Adam une diminution des déambulations et des pauses pendant les séances. Il parvient à maintenir une activité et une attention plus soutenues sur une tâche donnée.

Par ailleurs, de réels progrès au niveau sensori-moteur avec les parcours sensoriels sont à noter. Il ressent de moins en moins le besoin de support avec ses mains pour maintenir sa stabilité lors de ses explorations, et il développe une meilleure conscience de son bas du corps. Cela se manifeste notamment lorsqu'il accorde plus d'attention à son bas du corps lors des autopercussions en début de séance. Cette conscience accrue de son corps est essentielle pour lui permettre de mieux gérer ses sensations pour s'y adapter au mieux.

Dans le travail avec la musique, les progrès d'Adam sont également remarquables. Auparavant, il éprouvait des difficultés à manipuler les instruments avec ses deux mains et se limitait à des touchers superficiels ou des effleurements. De plus, il avait du mal à tolérer les vibrations des instruments, ce qui pouvait entraîner un relâchement ou même un rejet de l'objet à cause de la surstimulation. Grâce à cette activité, Adam a travaillé sur sa désensibilisation aux vibrations et est désormais capable de passer du temps à jouer de la musique avec des instruments tels que le bâton de pluie ou le tambour de vent.

On observe de réels progrès dans la communication non verbale d'Adam. Il démontre une capacité à exprimer ses besoins, comme lorsqu'il pointe du doigt un objet qui l'intéresse, utilisant ainsi cette action comme une forme de demande. De plus, il développe des moyens pour s'exprimer plus clairement : il fait des mouvements d'oscillation de la tête pour signifier « oui » ou « non », et il manifeste sa joie en émettant des cris lorsqu'il apprécie, par exemple, un massage des mains. Ces actions témoignent d'une amélioration significative de sa capacité à communiquer ses émotions et ses intentions de manière non verbale.

## G. L'apport de la psychomotricité dans la communication d'Adam

La psychomotricité vise à favoriser l'intégration sensorielle, motrice et cognitive de l'individu, ce qui peut avoir un impact significatif sur sa capacité à communiquer et à interagir avec les autres, notamment par le biais de la communication non-verbale.

Dans le cadre de la prise en charge psychomotrice d'Adam, plusieurs aspects sont directement associés au développement de sa communication non-verbale. Les séances offrent à Adam des opportunités de développer sa conscience sensorielle à travers diverses stimulations sensorielles, telles que tactiles, proprioceptives et vestibulaires. Une perception sensorielle améliorée lui permet de mieux comprendre son environnement et de réagir de manière appropriée. En favorisant l'intégration sensorielle et motrice, la psychomotricité aide Adam à mieux connaître son corps et ses mouvements. Une telle connaissance de soi est fondamentale pour la communication non verbale, car elle lui permet de contrôler ses gestes et expressions corporelles de manière plus intentionnelle et précise. Une meilleure appréhension de l'environnement, rendue possible par une conscience sensorielle et une intégration corporelle améliorée, contribue à une communication non verbale plus fluide en permettant à Adam de mieux interpréter et adapter ses expressions corporelles en fonction des signaux sociaux et environnementaux.

De plus, les interactions sociales lors des séances lui permettent de développer des compétences relationnelles essentielles pour une communication non-verbale réussie. On observe ainsi des signes tels que le contact visuel et les expressions émotionnelles lorsque Adam manifeste sa joie en vocalisant et en regardant les professionnels. Il utilise également des gestes, comme pointer du doigt pour exprimer ses besoins, ce qui lui permet d'exprimer ses préférences et ses désirs de manière non-verbale. De plus, il imite les mouvements des professionnels, ce qui favorise le développement de ses capacités d'observation et d'imitation.

En résumé, les activités réalisées lors des séances de psychomotricité offrent à Adam des occasions d'explorer et de développer sa communication non-verbale à travers

des interactions sensorielles, motrices et sociales structurées. Dans cet environnement sécurisé de psychomotricité, Adam peut exprimer ses émotions de manière non-verbale, que ce soit en vocalisant sa joie pendant les séances ou en pointant du doigt pour exprimer ses besoins, offrant ainsi un moyen efficace de communiquer ses désirs et ses préférences.

Après avoir examiné en détail les fondements théoriques ainsi que les deux cas cliniques, il est maintenant temps de pousser notre analyse plus loin à travers une discussion approfondie. Cette partie de notre travail abordera divers aspects importants, allant de la légitimité de la psychomotricité dans la communication non verbale à l'analyse des outils utilisés par les psychomotriciens pour comprendre et développer cette communication. Nous nous pencherons également sur les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre de pratiques psychomotrices auprès des personnes TSA. Cette discussion vise à approfondir la perception de la manière dont la psychomotricité peut favoriser le développement de la communication non verbale chez les individus TSA, tout en mettant en évidence les obstacles qui se présentent dans ce domaine de la santé.

## VII. Discussion

### A. La psychomotricité

Selon le Syndicat National d'Union des Psychomotriciens (SNUP), la psychomotricité se concentre sur les diverses fonctions sensorielles, motrices, psychiques, émotionnelles et toniques d'un individu, ainsi que sur leur interrelation et leur organisation pour une meilleure adaptation à soi-même, au monde et à l'environnement.

Lors de la rencontre avec le patient, le psychomotricien évalue son développement psychomoteur et toutes les fonctions citées au-dessus, avec un bilan initial. À travers un accompagnement personnalisé en psychomotricité, adapté aux besoins spécifiques de chaque individu, l'objectif est d'aider le patient à prendre conscience de son organisation psychomotrice, à reconnaître son intégrité corporelle et à la conceptualiser. De plus, il s'agit de prévenir, rétablir ou compenser les dysfonctionnements, qu'ils soient d'ordre psychique ou physique. Il considère le corps et l'esprit comme étant étroitement liés, et cherche à comprendre l'interaction entre la motricité (tonus, mouvement, équilibre, posture) et le psychisme (émotions, inconscient, imagination, intention, compréhension) d'un individu. Ce processus vise également à développer ou restaurer les capacités d'interaction avec l'environnement.

Le psychomotricien intervient auprès de personnes présentant des altérations ou des déficits dans leur relation avec eux-mêmes, autrui ou leur environnement, pouvant être d'origine organique (troubles neurologiques, cognitifs ou physiques) ou psychologique (troubles émotionnels, de la personnalité, de l'humeur).

Pour y parvenir, le psychomotricien doit établir une relation thérapeutique solide avec son patient, et dispose d'une variété d'outils et de médiations à sa disposition, qu'ils soient corporels, manuels, créatifs, ludiques ou de relaxation. Cette approche implique

un engagement physique et psychique du psychomotricien dans la relation thérapeutique avec le patient.

En partant de la compréhension globale de la psychomotricité, où l'interaction entre le corps et l'esprit est au cœur de la pratique, nous allons à présent voir comment cette approche intégrative se reflète dans la communication non-verbale.

## B. La légitimité de la psychomotricité dans la communication non verbale

Dans la partie théorique de mon mémoire, j'ai mis en évidence l'importance de la communication non-verbale en psychomotricité, en particulier dans le contexte des troubles du spectre autistique (TSA). Cependant, j'ai remis en question certains aspects de cette affirmation.

En consultant le décret définissant les compétences des psychomotriciens, j'ai constaté que la communication non-verbale n'était pas explicitement reconnue comme un domaine d'intervention de la psychomotricité. Malgré cela, les psychomotriciens sont autorisés à intervenir dans des domaines étroitement liés, tels que la rééducation des troubles du développement psychomoteur, de la maturation tonique, du schéma corporel et des troubles tonico-émotionnels. Ces domaines ont un impact significatif sur la communication non-verbale, même s'ils ne la mentionnent pas directement.

De plus, les psychomotriciens disposent d'une gamme d'outils et de compétences qui leur permettent d'utiliser la communication non-verbale dans leur pratique thérapeutique (expliqués dans la partie précédente). Ils peuvent ainsi établir et maintenir une relation thérapeutique efficace avec leurs patients TSA, et les aider à développer leurs compétences en communication non-verbale ou à surmonter leurs difficultés dans ce domaine.

La communication non-verbale implique l'utilisation des canaux sensoriels et la relation avec l'environnement et autrui. Étant donné les particularités sensorielles et relationnelles des personnes TSA, ainsi que l'expertise des psychomotriciens dans ces domaines, il est logique que la psychomotricité et la communication non-verbale travaillent en collaboration dans l'accompagnement des personnes TSA.

Bien que la communication non-verbale soit généralement associée à l'orthophonie, elle concerne également des aspects qui relèvent de la psychomotricité, tels que le corps, la psyché et l'environnement. Les psychomotriciens semblent donc être bien positionnés pour contribuer à la prise en charge de la communication non-verbale, en complémentarité avec d'autres professionnels de la santé.

En ce qui concerne l'autisme, les recommandations de la Haute Autorité de Santé reconnaissent le rôle de la psychomotricité dans l'évaluation et la rééducation des personnes TSA. En tant que future psychomotricienne, je suis convaincue que nous pouvons apporter une contribution significative à l'amélioration de la communication non-verbale des personnes TSA, ainsi qu'à leur bien-être global.

Après avoir examiné le lien entre la psychomotricité et la communication non-verbale, il est important de se pencher sur les outils dont disposent les psychomotriciens pour intervenir efficacement dans ce domaine. Explorons donc, en détail, les outils du psychomotricien et leur application dans la pratique clinique pour favoriser une meilleure compréhension et une amélioration de la communication non-verbale chez les personnes TSA.

## C. Les outils du psychomotricien

### 1. Les outils du psychomotricien pour observer et comprendre la communication non verbale

#### a) Le bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur, point de départ crucial du suivi en psychomotricité, comprend une batterie de tests standardisés visant à évaluer les besoins thérapeutiques et à définir des objectifs de traitement. Cette évaluation initiale, souvent la première rencontre en tête-à-tête entre le patient et le psychomotricien, offre une opportunité de comprendre la relation du sujet avec autrui et son environnement, ainsi que sa perception et ses représentations corporelles.

Pendant le bilan, outre l'administration des tests standardisés, l'attention portée à la spontanéité du patient est primordiale. Une observation clinique attentive permet de saisir le niveau de communication non verbale du sujet, élément essentiel pour une évaluation complète de son fonctionnement psychomoteur. La communication non verbale, bien que non standardisée, peut être un précieux outil pour le psychomotricien. Elle facilite parfois le contact initial avec le patient et lui permet de mieux appréhender sa personnalité, d'interpréter ses émotions et de décoder les messages qu'il exprime à travers ses réactions émotionnelles pendant les différentes phases du bilan.

En effet, ce processus offre un aperçu détaillé des capacités, des compétences et des limites du sujet, tout en aidant le psychomotricien à ajuster les objectifs et les axes de travail en fonction de l'évolution du patient. Bien que les tests standardisés couvrent une gamme variée de domaines, notamment le schéma corporel, la latéralité, l'axe du corps, le tonus musculaire, l'espace, le temps, la motricité, la coordination, les déplacements, le langage, les stratégies, et les intentions, aucun n'a encore été spécifiquement conçu pour évaluer la communication non verbale.

Concernant Ilyas, son bilan psychomoteur a été fait par sa psychomotricienne en libéral. Par ailleurs, comme mentionné dans la partie sur le rôle de la psychomotricienne en crèche, aucun bilan n'est pratiqué dans ce cadre. Cependant, des observations détaillées sont effectuées. Du fait que la crèche accueille Ilyas toute la journée, cela implique des observations dans différents moments de la vie quotidienne tels que les repas, la sieste et les changes. Ces observations peuvent être plus approfondies que celles d'un bilan classique. Elles couvrent une période beaucoup plus longue, permettant d'observer ses interactions avec les autres enfants, les adultes et son environnement.

Concernant Adam, il a passé un bilan sensori-moteur dont les résultats révèlent des difficultés de coordination, principalement en raison d'un manque d'intégration de son axe corporel. Cela se traduit par des problèmes de coordination dans ses mouvements. Adam peut avoir des difficultés à utiliser des gestes ou expressions corporelles de manière fluide et cohérente lors de ses interactions sociales, cela peut donc limiter sa capacité à communiquer efficacement ses émotions, ses intentions ou ses pensées. Par ailleurs, le bilan indique un attrait particulier pour les objets qui offrent une combinaison de sensations tactiles avec des éléments lumineux ou durs, tels que la lampe à fente ou les boules de pétanque colorées. Cela peut également influencer la manière dont il interagit avec les autres, par exemple il peut être plus concentré sur des objets de son environnement plutôt que sur les signaux émis par les personnes avec lesquelles il interagit. Ces données peuvent donc avoir un impact significatif sur sa communication non verbale.

Le bilan psychomoteur ou les observations qui peuvent être fait par un psychomotricien permet donc d'observer et de mieux comprendre la communication des individus pour améliorer l'environnement du patient.

## b) La relation thérapeutique

La pratique du psychomotricien repose sur une diversité d'outils et de méthodes, mais son essence réside avant tout dans sa propre personne et la qualité

de la relation qu'il forge avec le patient. En tant que thérapeute en psychomotricité, il représente à la fois le cadre, le modèle, le corps, l'objet pensant, l'intégration symbolique, ainsi que le soutien psychique et émotionnel. Cette relation thérapeutique, fondée sur l'unité, la réciprocité et la collaboration active, nécessite la construction d'une confiance mutuelle dès les premiers échanges.

La relation entre le psychomotricien et le patient est cruciale pour le succès de la thérapie. Le psychomotricien doit être attentif aux signaux et aux besoins exprimés par le patient, tout en adoptant une attitude bienveillante et positive pour favoriser son épanouissement. Cette dynamique relationnelle est influencée par la communication non verbale, où le psychomotricien doit naviguer avec sensibilité entre l'expression de ses propres émotions et la gestion des émotions transmises par le patient. La cohérence entre le langage verbal et non verbal est primordiale pour maintenir une alliance thérapeutique solide, où la confiance et la collaboration du patient sont essentielles au processus de guérison.

Cela renvoie à la notion de transfert et contre-transfert. Selon Le vocabulaire de psychanalyse de Laplanche et Pontalis, la notion de transfert désigne « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécues avec un sentiment d'actualité marqué ». Le transfert correspond donc à ce que le patient communique au thérapeute de ses états psychiques et émotionnels. Il transmet au praticien des expériences et des sentiments vécus dans d'autres situations, de manière similaire à ce qu'il a ressenti face à d'autres personnes. D'autre part, le contre-transfert désigne les réactions éprouvées par le thérapeute lorsqu'il reçoit les communications du patient. Cela lui donne des informations sur son patient, mais aussi sur lui-même. Il est crucial de savoir repérer et analyser le contre-transfert pour maintenir une juste distance avec le patient.

Pour Adam et Ilyas, la relation avec leur psychomotricienne a pu se construire grâce au dialogue tonique, qui fait référence aux concepts de transfert et de contre-transfert. Ces notions impliquent une communication non verbale à travers les tensions musculaires, les postures, les gestes, les regards, et les attitudes corporelles lors de l'interaction entre deux personnes (le thérapeute et son patient, et vice versa).

En observant ce dialogue tonique entre le patient et le thérapeute, on peut détecter des indices sur les dynamiques de transfert et de contre-transfert. Par exemple, Adam peut adopter une posture rigide en déambulant dans la salle en présence du thérapeute, ce qui pourrait refléter un sentiment de défense ou de réticence, signifiant ainsi son refus de la psychomotricienne. De même, Ilyas peut exprimer son désaccord par des cris ou en évitant le contact, donnant ainsi des indications sur ses émotions, désirs, attentes ou peurs.

Cela est possible car le psychomotricien est un expert dans l'interprétation des expressions corporelles de ses patients. Cette compétence lui permet de mieux comprendre les émotions et les besoins du patient à travers ses propres réactions émotionnelles. Cette compréhension peut conduire à une meilleure interprétation des indices non verbaux des patients, une adaptation de l'approche thérapeutique, et un renforcement de la relation thérapeutique. Cela favorise le développement d'une communication non verbale plus riche et efficace dans un environnement thérapeutique plus sécurisant et propice à la productivité.

Dans le contexte de la crèche, lorsque la psychomotricienne identifie le besoin d'une pause sensorielle pour Ilyas à travers des comportements tels que l'évitement des autres, le repli sur lui-même, ou une agitation constante, elle peut alors proposer à Ilyas la salle snoezelen.

Après avoir examiné en détail les outils du psychomotricien pour observer et comprendre la communication non verbale, passons maintenant à une exploration des outils spécifiques qui favorisent le développement de cette communication. En effet,

un fois que le psychomotricien a établi une compréhension approfondie de la communication non-verbale de son patient, il peut ensuite utiliser différents outils pour encourager son développement et son expression.

## 2. Les outils du psychomotricien pour développer la communication non verbale

### a) Le cadre thérapeutique

Au début d'une prise en charge en psychomotricité, l'établissement d'un cadre thérapeutique est crucial. Ce cadre, mis en place et maintenu tout au long des séances, joue un rôle essentiel en définissant les limites physiques et psychologiques de l'intervention. Il offre un environnement structuré, propice à l'instauration d'une relation de confiance et à la communication entre le patient et le thérapeute.

Le lieu où se déroule la thérapie psychomotrice est également fondamental. Il doit offrir un cadre sécurisé et familier, permettant au patient de se sentir à l'aise pour explorer et expérimenter. La configuration de cet espace est pensée pour faciliter les déplacements et favoriser l'interaction entre le patient, le thérapeute et les différents supports utilisés. Par exemple, dans la salle de psychomotricité du cabinet libéral, différents aménagements sont présents pour répondre aux besoins variés des patients : une chaise est positionnée à l'entrée pour le changement de chaussures, un bureau est dédié aux activités manuelles et graphiques, un coin est aménagé avec un pouf et des coussins au sol pour les moments de calme, des espaces de rangement sont disponibles pour les différents matériels (balles, jeux, cerceaux, blocs moteurs...) et un espace libre est prévu pour les activités motrices.

La régularité et la durée des séances sont également importantes pour instaurer des repères et assurer une sécurité émotionnelle au patient. Chaque séance est rythmée par des activités variées, adaptées aux besoins et aux objectifs thérapeutiques. La fin de la séance est préparée avec soin, à travers des rituels qui permettent au patient de

se préparer à la transition et de terminer la séance en douceur. Comme la chaise pour Adam qui est un point de repère pour lui au début de la séance et à la fin.

Le cadre thérapeutique doit être flexible et adaptable pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient et aux évolutions de sa prise en charge. En s'adaptant progressivement, il favorise l'engagement du patient dans la thérapie et sa participation active aux activités proposées par le thérapeute.

Dans le cadre des prises en charge d'Adam, un environnement sécurisant et familier est créé pour lui permettre d'explorer et d'expérimenter au mieux. La salle de psychomotricité conserve toujours la même disposition, offrant ainsi à Adam des repères familiers et constants. Par exemple, il peut retrouver l'huile qu'il apprécie particulièrement sur l'étagère. De plus, sa chaise est un repère pour marquer les transitions du début et de la fin de la séance. Adam vient régulièrement au cabinet une fois par semaine, toujours à la même heure et pour une durée de 45 minutes. Cette régularité contribue également à établir des repères importants pour lui. De plus, sa maman lui montre un petit carton coloré pour préparer son départ pour le cabinet. Cet objet lui est remis à la fin de chaque séance pour indiquer la fin de la séance. Ce médiateur est très utile pour Adam, car il lui permet d'anticiper les événements et de mieux comprendre ce qu'il va faire par la suite.

Pour Ilyas, le cadre est différent car il ne bénéficie pas d'une prise en charge psychomotrice à la crèche. Cependant, il retrouve toujours les mêmes objets dans la salle snoezelen, ce qui lui offre un environnement sécurisant et familier pour explorer et expérimenter. Les séances n'ont pas un rythme régulier car elles dépendent des désirs et des ressentis d'Ilyas. Cependant, ces moments se produisent plus fréquemment en fin de journée. Il est essentiel de maintenir un cadre flexible et adaptable pour répondre aux besoins spécifiques d'Ilyas.

Grâce au cadre thérapeutique propice à l'établissement de repères, un environnement sécurisant se crée, renforçant ainsi la confiance entre le thérapeute et le patient. Cette

relation de confiance permet au patient d'exprimer ses états corporels et psychiques, favorisant ainsi une plus grande ouverture et une meilleure disponibilité. Par conséquent, le patient peut approfondir sa communication non verbale dans un environnement sécurisé.

## b) L'étayage psychomoteur

L'approche centrée sur l'encouragement à l'expression verbale des émotions, des sensations et des ressentis des personnes avec TSA amène à la théorie de l'étayage psychomoteur de Suzanne Robert-Ouvray. Dans cette perspective, le dialogue tonique joue un rôle important.

En incitant les individus à verbaliser leurs émotions, le psychomotricien les guide vers une meilleure prise de conscience de leurs sensations corporelles associées à chaque émotion. Cette prise de conscience, fondamentale dans l'étayage psychomoteur, permet aux individus de mieux comprendre et interpréter leurs réactions corporelles, ce qui constitue une base importante pour le développement de la communication non verbale.

Le dialogue tonique, intégré dans l'interaction verbale, sert de pont entre les émotions exprimées et les sensations corporelles ressenties. En favorisant une expression dynamique et vivante des émotions, le dialogue tonique enrichit l'expérience sensorielle et émotionnelle, aidant ainsi à l'intégration des informations corporelles et émotionnelles.

De plus, la verbalisation des états physiques aide les individus à établir des liens entre leurs sensations et les signaux non verbaux tels que les expressions faciales et les postures corporelles. Cette pratique contribue à améliorer leur compréhension des interactions sociales, ce qui est un objectif clé de l'étayage psychomoteur.

En encourageant les individus à exprimer leurs émotions de manière appropriée, le psychomotricien crée un espace thérapeutique propice au développement des compétences sociales, y compris la communication non verbale. Cette dimension sociale est également au cœur de l'étayage psychomoteur, qui vise à renforcer les interactions sociales et la relation thérapeutique entre le patient et le professionnel.

Ainsi, la verbalisation des émotions et des sensations par un psychomotricien spécialisé dans le travail corporel, s'inscrit parfaitement avec la notion de l'étayage psychomoteur. Elle favorise la prise de conscience corporelle, l'identification des signaux non verbaux, le développement des compétences sociales et le renforcement de la relation thérapeutique, contribuant ainsi au développement global des individus avec TSA.

### c) Le toucher

Le toucher en psychomotricité peut jouer un rôle essentiel dans l'amélioration de la communication non verbale chez les patients avec TSA. Ces individus peuvent avoir des sensibilités sensorielles spécifiques, et le toucher peut les aider à mieux comprendre et contrôler leurs réponses sensorielles. En exposant progressivement les patients à différentes textures, pressions et sensations tactiles, ils peuvent apprendre à s'adapter et à réguler leurs réactions sensorielles, comme c'est le cas pour Ilyas lors de ses séances en salle snoezelen.

De plus, le toucher peut être un moyen puissant de créer un lien émotionnel avec les patients TSA. Les psychomotriciens peuvent utiliser le toucher pour établir un dialogue tonique qui favorise la confiance et le bien-être émotionnel des patients. Pour ceux qui rencontrent des difficultés avec la communication verbale, le toucher peut même devenir un moyen alternatif de communiquer des désirs et des besoins, aidant ainsi les patients à se sentir compris et respectés.

Par ailleurs, le toucher peut jouer un rôle important dans la régulation émotionnelle en aidant les patients TSA à se calmer lorsqu'ils sont anxieux ou agités. Des techniques de toucher contenant peuvent aider à apaiser les sensations sensorielles importantes et à réduire les angoisses corporelles.

Enfin, le toucher en psychomotricité contribue également au développement de la conscience corporelle chez les patients TSA. En explorant différentes sensations tactiles et en apprenant à reconnaître les réactions de leur corps, les patients peuvent améliorer leur compréhension de leur propre corps et de ses limites.

Le toucher en psychomotricité offre donc une multitude d'avantages pour le développement de la communication non verbale chez les patients TSA, en favorisant la sensibilisation sensorielle, en créant des liens émotionnels, en facilitant la régulation émotionnelle et en favorisant le développement de la conscience corporelle.

Après avoir exploré les outils du psychomotricien pour analyser et appréhender la communication non verbale, il est naturel de les appliquer de manière pratique pour favoriser le développement de cette forme de communication chez les patients. En effet, ces outils constituent les fondations sur lesquelles repose l'utilisation des précurseurs à la communication en séance de psychomotricité. En observant attentivement les signaux corporels du patient et en établissant une relation thérapeutique solide, le psychomotricien peut ensuite diriger de façon spécifique l'utilisation de ces précurseurs pour renforcer les compétences en communication non verbale du patient.

## **D.L'utilisation des précurseurs à la communication**

L'utilisation des précurseurs à la communication en séance de psychomotricité permet de développer la communication non verbale. Travailler spécifiquement sur le regard, l'attention conjointe, l'imitation, le pointage et le tour de rôle, qui sont des précurseurs importants de la communication, avec des patients avec TSA en séance

de psychomotricité peut apporter d'importants avantages. Ces compétences sont fondamentales pour la communication et l'interaction sociale, et les renforcer en séance de psychomotricité peut aider ces individus à généraliser ces compétences à d'autres aspects de leur vie quotidienne.

## 1. Le regard

En ce qui concerne le regard, travailler sur le contact visuel et l'attention visuelle en séance de psychomotricité peut aider le patient à mieux comprendre et interpréter les signaux sociaux. Le regard est essentiel pour établir des liens émotionnels et communiquer des intentions. En renforçant le contact visuel pendant les activités quotidiennes, comme lors d'une conversation ou en partageant un objet, le patient peut apprendre à utiliser naturellement le regard pour interagir avec les autres.

## 2. L'attention conjointe

En séance de psychomotricité, l'attention conjointe peut être encouragée par le biais d'activités nécessitant une participation active, telles que jouer à attraper un ballon ensemble. Une fois que le patient a acquis la capacité de partager son attention pendant les séances de psychomotricité, cela peut se transférer à d'autres situations où cette compétence est importante, comme lors de jeux avec d'autres enfants ou par exemple avec Adam lors des massages de ses mains.

## 3. L'imitation

L'imitation est une compétence clé pour apprendre de nouveaux comportements sociaux et moteurs. En séance de psychomotricité, cela peut impliquer d'imiter les mouvements du thérapeute ou d'autres enfants, comme avec l'activité de percussion sur son corps avec Adam. En encourageant l'imitation pendant les séances, le patient peut apprendre à reproduire des comportements et actions dans d'autres contextes, ce qui est essentiel pour l'apprentissage social.

## 4. Le pointage

Le pointage est un moyen important de partager l'attention sur un objet ou un événement. En séance de psychomotricité, le patient peut être encouragé à pointer vers des objets intéressants (par exemple lorsque Adam souhaite l'huile de massage) ou des zones de l'environnement. En apprenant à pointer pendant les séances, le patient peut ensuite utiliser cette compétence pour attirer l'attention sur des objets ou des événements dans d'autres contextes sociaux, facilitant ainsi la communication et le partage d'expériences.

## 5. Le tour à tour

Apprendre à attendre son tour et à participer de manière alternée aux activités en séance de psychomotricité est important pour développer des compétences sociales et de patience. Cette compétence peut être transférée à d'autres situations, comme les jeux avec d'autres enfants ou même les activités en classe qui nécessitent de partager l'attention.

Dans un environnement propice à l'apprentissage, les patients TSA peuvent travailler sur les précurseurs de la communication lors des séances de psychomotricité. Une fois que ces compétences sont renforcées pendant les séances, elles peuvent être appliquées à d'autres contextes de la vie quotidienne. Cela permet aux patients TSA d'améliorer leur capacité à communiquer et à interagir avec les autres.

Après avoir examiné les outils et les méthodes utilisés par les psychomotriciens pour comprendre et développer la communication non verbale, il est également important de reconnaître les limites et les difficultés auxquels les personnes avec TSA ou les psychomotriciens peuvent être confrontés dans leur communication non verbale.

## E. Les limites

### 1. Le défaut de généralisation

Effectivement, la généralisation des compétences apprises représente une difficulté majeure dans le développement de la communication non verbale chez les personnes TSA. Malgré les progrès réalisés dans un environnement contrôlé tel que les séances de psychomotricité, ces individus peuvent rencontrer des obstacles lorsqu'il s'agit d'appliquer ces compétences dans des contextes différents.

Par exemple, une personne TSA peut apprendre à décoder les expressions faciales ou les gestes pendant les séances de psychomotricité, où l'interaction est structurée et prévisible. Cependant, elle peut avoir du mal à généraliser ces compétences à d'autres situations de la vie quotidienne, où les stimuli sont plus variés et imprévisibles. Cette difficulté de généralisation peut limiter l'efficacité des interventions et rendre difficile l'application des compétences acquises dans des contextes réels.

### 2. La démarche pluridisciplinaire

Le développement de la communication non verbale chez les personnes TSA exige une approche qui fait intervenir divers professionnels de la santé. Cette démarche multidisciplinaire implique souvent une collaboration entre les psychomotriciens, les orthophonistes, les psychologues, les éducateurs spécialisés et d'autres experts dans le domaine de l'autisme. Chaque professionnel apporte une expertise spécifique et complémentaire pour répondre aux besoins complexes des individus TSA en matière de communication non verbale.

Cependant, cette approche multidisciplinaire peut présenter des difficultés en termes de coordination et de coopération entre les différents acteurs impliqués. La communication et la coordination entre les professionnels de la santé sont cruciales pour assurer une prise en charge cohérente et efficace des personnes TSA. Cela peut

nécessiter des réunions régulières d'équipe, des échanges d'informations et une planification collaborative des interventions thérapeutiques.

De plus, l'importance de la communication entre les professionnels ne peut être sous-estimée, car elle permet de faire des liens entre les différentes approches thérapeutiques. Le manque de communication entre les professionnels qui entourent la personne TSA peut avoir un impact négatif sur son développement de la communication non verbale. Par exemple, si les stratégies mises en place par le psychomotricien ne sont pas cohérentes avec celles de l'orthophoniste, cela peut créer des confusions pour la personne TSA et entraver son progrès.

### 3. Le risque d'épuisement professionnel

Une problématique supplémentaire rencontrée par les personnes avec TSA est le manque de psychomotriciens disposés à entamer une prise en charge avec elles, en raison de la longueur potentielle du processus de traitement. Cette réticence peut découler de la complexité et de la lourdeur de cette pathologie, qui impacte de nombreux aspects de la vie quotidienne des personnes TSA. De ce fait, les personnes TSA peuvent se retrouver confrontées à des obstacles supplémentaires pour accéder aux services dont ils ont besoin pour améliorer leur communication non verbale et leur qualité de vie globale.

De plus, les psychomotriciens, tout comme les autres professionnels de la santé, peuvent faire face à un risque d'épuisement professionnel. Le TSA, en raison de sa complexité et de son impact sur de multiples aspects de la vie des individus concernés, peut imposer un fardeau émotionnel considérable aux praticiens. Pour maintenir une qualité de prise en charge optimale, il est crucial pour les psychomotriciens de reconnaître leurs propres limites et de savoir quand passer le relais à d'autres professionnels ou équipes spécialisées. Cela permet d'éviter l'épuisement professionnel et de garantir une continuité des soins pour les patients TSA.

## VIII. Conclusion

Ce mémoire met en lumière l'importance fondamentale de la psychomotricité dans le développement de la communication non verbale chez les personnes avec TSA. En explorant en profondeur les difficultés spécifiques auxquels ces individus sont confrontés dans leur communication non verbale, ainsi que les outils utilisés en psychomotricité, il devient évident que cette discipline joue un rôle important dans l'amélioration des compétences sociales et relationnelles des personnes TSA.

Mon expérience lors de mes stages m'a permise de constater que la psychomotricité offre un cadre thérapeutique enrichissant, intégrant des activités sensorielles, motrices et relationnelles adaptées aux besoins uniques de chaque individu. Les interventions psychomotrices visent à promouvoir l'intégration sensorielle, la coordination motrice, la conscience corporelle et les interactions sociales, des éléments essentiels pour une communication non verbale efficace.

Les psychomotriciens sont formés pour percevoir et comprendre la communication non verbale. Tout au long de la thérapie, ils accordent une attention particulière à ces signaux, utilisant le cadre thérapeutique, la relation thérapeutique, le toucher et l'étayage psychomoteur, incluant la verbalisation et le dialogue tonique, pour faciliter la communication. Cette approche démontre qu'il est possible de communiquer sans recourir aux mots.

Les enfants TSA éprouvent souvent des difficultés de communication et d'interaction sociale, ce qui peut les isoler et entraver leur développement. La psychomotricité leur fournit des outils pour améliorer leur communication en adaptant la relation thérapeutique à chaque patient, favorisant ainsi la compréhension et la communication.

L'apport de la psychomotricité dans le développement de la communication non verbale des personnes TSA est évident. En reconnaissant les avantages de cette approche thérapeutique, nous pouvons contribuer à améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes TSA, en leur offrant les outils nécessaires pour s'épanouir dans leur environnement social et relationnel.

Le domaine de la communication non verbale soulève de multiples interrogations, notamment concernant son importance chez les patients polyhandicapés ou ceux atteints de troubles psychiatriques tels que la schizophrénie. De plus, il serait pertinent d'étudier l'impact des pathologies affectant le visage, comme la paralysie faciale, sur la reconnaissance et la transmission des émotions. Une exploration des influences des normes culturelles et sociales sur la communication non verbale serait également pertinente, mettant en lumière la manière dont ces différences peuvent engendrer des malentendus ou des conflits interculturels. Enfin, il serait intéressant d'examiner les répercussions des avancées technologiques sur la communication non verbale et comment ces innovations peuvent faciliter ou compliquer la compréhension et l'expression des signaux non verbaux. Par exemple, l'utilisation de robots reproduisant la voix humaine mais dépourvus d'expressions faciales soulève des questions intéressantes quant à leur impact sur la communication non verbale.

## IX. Bibliographie

- A.B.S.M. - association des praticiens diplômés du bilan sensori-moteur André Bullinger. (s. d.). Consulté 12 mars 2024, à l'adresse <https://www.absm-andre-bullinger.com/>
- Accueil | Craif—Centre de Ressources Autisme Ile-de-France. (2024, janvier 16). <https://www.craif.org/>
- Aubineau, L.-H., Vandromme, L., & Le Driant, B. (2015). L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations. *L'Année psychologique*, 115(1), 141-174. <https://doi.org/10.3917/anpsy.151.0141>
- Autisme. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 16 mars 2024, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3286288/fr/autisme](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3286288/fr/autisme)
- Autisme Info Service | Autisme Info Service. (s. d.-b). Consulté 19 mars 2024, à l'adresse <https://www.autismeinfoservice.fr/>
- Autisme : L'ONU appelle à un monde qui ne laisse personne au bord de la route | ONU Info. (2011, avril 1). <https://news.un.org/fr/story/2011/04/213402>
- Auzias, M. (1993). Julian de Ajuriaguerra, disciple et continuateur d'Henri Wallon. *Enfance*, 46(1), 93-99. <https://doi.org/10.3406/enfan.1993.2047>
- Brisson, J., Serres, J., Gattegno, M. P., & Adrien, J.-L. (2011). Etude des troubles précoces du contact social à partir de l'analyse des films familiaux chez des nourrissons de la naissance à 6 mois ultérieurement diagnostiqués autistes. *Devenir*, 23(1), 87-106. <https://doi.org/10.3917/dev.111.0087>
- Brun, P. (1997). Théo Peeters, L'autisme : De la compréhension à l'intervention, Dunod, coll. « Enfances cliniques », 1996. Introduction : Bernadette Rogé. *Enfance*, 50(2), 313-313.
- Brunet, V. (2017, mai 27). La communication, de Shannon et Weaver à aujourd'hui. LaborAgora. [https://laboragora.com/index.php/2017/05/27/communication\\_shannon\\_et\\_weaver/](https://laboragora.com/index.php/2017/05/27/communication_shannon_et_weaver/)
- Brunschwig, H. (2001). Transfert et contre-transfert, deux leviers solidaires et puissants du travail analytique. *Imaginaire & Inconscient*, 2(2), 91-100. <https://doi.org/10.3917/imin.002.0091>

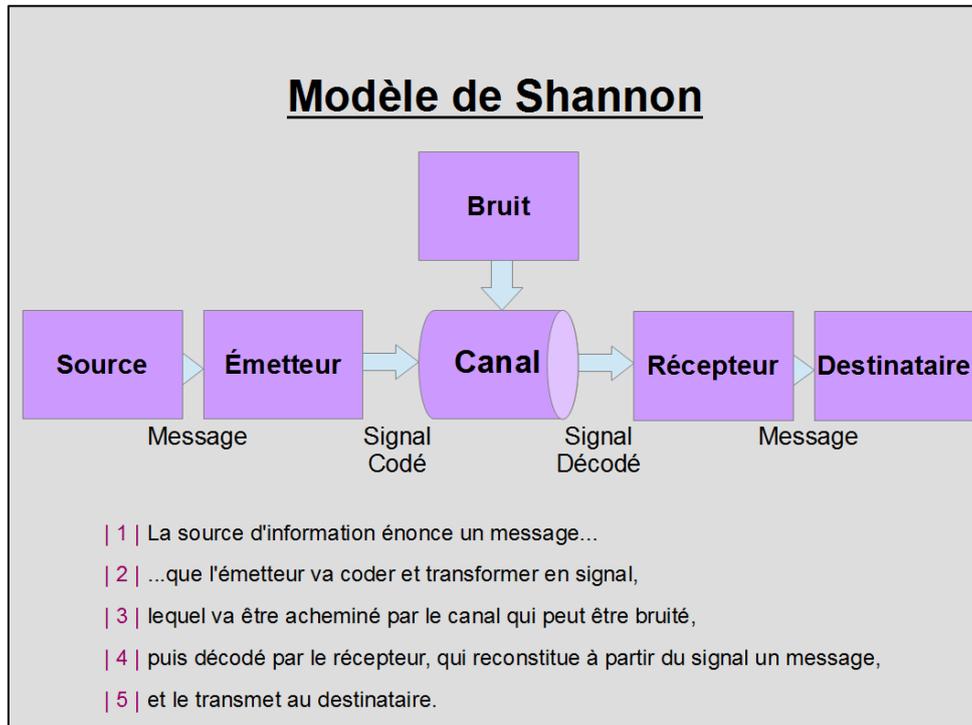
- Carlier, S. (2021). Chapitre 3. Le dépistage des troubles du spectre de l'autisme. In Troubles du spectre de l'autisme chez l'enfant (p. 77-109). Mardaga. <https://www.cairn.info/troubles-du-spectre-de-l-autisme-chez-l-enfant--9782804720124-p-77.htm>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd). Elsevier Masson.
- Das Mercedes, M. (2021). Le Trouble du Spectre de l'Autisme. Les Cahiers de l'Actif, 546-547(11-12), 37-60. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/caac.546.0037>
- Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, 88-659 (1988).
- Dictionnaire français—Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingues en ligne. (s. d.). Consulté 8 mars 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>
- Dolto Françoise. (1998). Les étapes majeures de l'enfance / Françoise Dolto ; textes recueillis et annotés par Claude Halmos ; présentés par Catherine Dolto-Tolitch. Gallimard.
- Fraisse, L. (1997a). Échanger sans parler : Quelle place tient la communication non-verbale au sein de la relation entre un enfant ayant un Trouble du Spectre Autistique et un(e) psychomotricien(ne) ?
- Garrigou, C. (2019). Chapitre 7. Le développement de la sphère socio communicative dans les TSA : Prise en compte de la dimension pragmatique. In Autisme et psychomotricité : Vol. 2e éd. (p. 93-112). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.perri.2019.01.0093>
- Gauteyron, M. (s. d.). Communication non verbale & polyhandicap : La psychomotricité en soutien à la communication non verbale auprès de sujets présentant un polyhandicap.
- Gheshlagh, S. A. (s. d.). `` Imite, assimile, et ensuite innove... '' : Réflexion sur l'utilisation de l'imitation pour entrer en relation avec l'enfant porteur d'autisme.
- Hall Edward Twitchell. (2014). La dimension cachée / Edward T. Hall ; traduit de l'anglais (États-Unis) par Amélie Petita ; postface de Françoise Choay. Éditions Points.

- <https://www.makaton.fr/>. (s. d.). Consulté 6 mars 2024, à l'adresse <https://www.makaton.fr/>
- Joubert, É. (s. d.). L'art de communiquer : L'apport de la psychomotricité dans la communication chez les enfants porteurs de Troubles du Spectre de l'Autisme.
- Lapasset, J. A. (2013). Julien Perrin & Thierry Maffre (Éds.), Autisme et psychomotricité, Bruxelles : De Boeck-Solal, coll. « Psychomotricité », 2013, 510 p. *Développements*, 15(2), 44-48. Cairn.info.  
<https://doi.org/10.3917/devel.015.0044>
- Laplanche Jean. (2007). Vocabulaire de la psychanalyse / Jean Laplanche et J.-B. Pontalis ; sous la direction de Daniel Lagache ([5e édition Quadrige]). Presses universitaires de France.
- Larbán Vera, J. (2016a). L'évolution historique du concept d'autisme. In *Vivre avec l'autisme, une expérience relationnelle* (p. 143-144). Érès; Cairn.info.  
<https://www.cairn.info/vivre-avec-l-autisme-une-experience-relationnelle--9782749250434-p-143.htm>
- Larbán Vera, J. (2016b). *Vivre avec l'autisme, une expérience relationnelle. Guide à l'usage des soignants* (A. Lozano Tornadijo & S. S. Seguí, Trad.). Érès; Cairn.info. <https://www.cairn.info/vivre-avec-l-autisme-une-experience-relationnelle--9782749250434.htm>
- Le Corre, G. (2007). La langue des signes française (LSF). *Enfance*, 59(3), 228-236. <https://doi.org/10.3917/enf.593.0228>
- Meurin, B. (2022). Chapitre 15. Les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA) et l'approche du psychomotricien. In *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Vol. 2e Éd.* (p. 165-177). Dunod; Cairn.info.  
<https://www.cairn.info/le-grand-livre-des-pratiques-psychomotrices--9782100824984-p-165.htm>
- Misès, R., Bursztejn, C., Golse, B., & Portelli, C. (2020). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent—R2020. Correspondances et transcodage—CIM10. Presses de l'EHESP; Cairn.info.  
<https://www.cairn.info/classification-francaise-des-troubles-mentaux-de-l--9782810908011.htm>

- Montoya, D., & Bodart, S. (2009). Le programme Makaton auprès d'un enfant porteur d'autisme : Le cas de Julien. *Développements*, 3(3), 15-26.  
<https://doi.org/10.3917/devel.003.0015>
- Participate! (s. d.). Consulté 16 mars 2024, à l'adresse <https://www.participe-autisme.be/fr/index.cfm>
- Perrin, J., Maffre, T., & Le Menn-Tripi, C. (2019). *Autisme et psychomotricité* : Vol. 2e éd. De Boeck Supérieur ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/autisme-et-psychomotricite--9782807320260.htm>
- *Psychologie du développement*—Henri Lehalle, Daniel Mellier | Cairn.info. (s. d.). Consulté 8 mars 2024, à l'adresse <https://www.cairn.info/psychologie-du-developpement--9782100824076.htm>
- *Psychomotricité & Autisme (TSA) – Cabinet de Psychomotricité à Rennes*. (s. d.). Consulté 13 janvier 2024, à l'adresse [https://www.psychomotricite-rennes.com/?page\\_id=169](https://www.psychomotricite-rennes.com/?page_id=169)
- *Qu'est-ce que le PECS ? - Pyramid PECS France - Autisme*. (s. d.). Pyramid PECS France. Consulté 6 mars 2024, à l'adresse <https://pecs-france.fr/picture-exchange-communication-system-pecs/>
- Réveillé, C., Paquet, A., Le Menn-Tripi, C., Laranjeira-Heslot, C., & Perrin, J. (2018). Chapitre 9. Sémiologie psychomotrice du Trouble du spectre de l'autisme (TSA). In *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (p. 515-545). De Boeck Supérieur; Cairn.info.  
<https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2017.01.0515>
- Ross, L. (1981). Jacques Corraze. *Les communications non-verbales*, 1980. *Communication. Information Médias Théories*, 4(1), 159-161.
- *Section 1 : Actes professionnels. (Article R4332-1)—Légifrance*. (s. d.). Consulté 19 mars 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006914164/2998-12-31/#LEGIARTI000006914164>
- SNUP - Syndicat National d'Union des Psychomotriciens. (s. d.). Consulté 15 mars 2024, à l'adresse <http://snup.fr/>
- Winnicott Donald Woods. (2006). *La mère suffisamment bonne* / D. W. Winnicott ; traduit de l'anglais par Jeanine [i.e. Jeannine] Kalmanovitch, Madeleine Michelin et Lynn Rosaz ; préface de Gisèle Harrus-Révidi. Payot.

# X. Annexes

## Annexe I : modèle de communication de Shannon et Weaver



## Annexe II : exemples de la langue des signes française





Annexe V : salle snoezelen de la crèche



## XI. Résumé

Ce mémoire explore l'impact bénéfique de l'intervention psychomotrice sur la communication non verbale des enfants avec un Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA). Il débute par une analyse de la communication, mettant en évidence les interactions précoces, les éléments précurseurs de la communication et les outils qui y sont liés. Ensuite, il offre une vue détaillée du TSA, en abordant son historique, sa classification, les critères diagnostiques, son étiologie et sa sémiologie psychomotrice. À travers l'étude de deux cas cliniques, Ilyas et Adam, nous explorons le rôle essentiel que peut jouer le psychomotricien auprès de ces enfants, chacun dans un environnement différent. Formé pour interpréter, comprendre et développer la communication non verbale, le psychomotricien peut ajuster sa thérapie en fonction des expressions corporelles de ses patients, en utilisant des outils concrets de la psychomotricité qui seront développés dans ce mémoire.

Mots- clés : Troubles du Spectre de l'Autisme ; Particularités sensorielles ; Psychomotricité ; Communication ; Langage corporel

## XII. Summary

This dissertation explores the beneficial impact of psychomotor intervention on the non-verbal communication of children with Autism Spectrum Disorder (ASD). It begins with an analysis of communication, highlighting early interactions, precursor elements of communication, and related tools. Subsequently, it provides a detailed view of ASD, addressing its history, classification, diagnostic criteria, etiology, and psychomotor symptomatology. Through the study of two clinical cases, Ilyas and Adam, we explore the essential role that a psychomotor therapist can play with these children, each in a different environment. Trained to interpret, understand, and develop non-verbal communication, the psychomotor therapist can adjust therapy based on the bodily expressions of their patients, using concrete psychomotor tools that will be developed in this dissertation.

Key word : Autism Spectrum Disorder ; Sensorial features ; Psychomotricity ; Communication ; Body language