



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation

Professeur Xavier PERROT

À la rencontre d'un autre ...

Ou comment l'engagement du psychomotricien peut venir soutenir l'émergence d'une intersubjectivité chez l'enfant autiste

Mémoire présenté pour l'obtention

Du diplôme d'Etat de Psychomotricien

Par : BOUTELOUP Marie

Juin 2017

N° 1371

Directeur du Département Psychomotricité

Mr Olivier BILLIoud

Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
M. CHEVALIER Philippe

Vice-président CA
M. BEN HADID Hamda

Vice-président RECHERCHE
M. VALLEE Fabrice

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. RODE Gilles**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. COCHAT Pierre

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Observatoire Astronomique de Lyon
Mme MEZIERE Béatrice

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et
Sportives (S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE
Yannick**

ESPE
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **Pr LEBOISNE Nicolas**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

REMERCIEMENTS

Je remercie chaleureusement ma maître de mémoire, Magali Chatagnat, pour sa disponibilité et pour le soutien qu'elle m'a apporté dans l'écriture de ce mémoire, par ses conseils riches et avisés.

Merci à mon maître de stage, pour son attention bienveillante et pour tous les échanges qui m'ont permis d'avancer dans mes questionnements tout au long de l'année.

Merci à Gaëtan, pour sa passion et son enthousiasme, merci de m'avoir permis de comprendre un peu plus ce qu'était ce drôle de métier de psychomotricien.

Merci à ma famille proche, mes parents et mes frères, blagueurs infatigables. Pour ces moments chaleureux et pour votre réconfort en toute circonstance. Merci de m'avoir accompagné dans tout ce que j'ai vécu durant de ces trois ans.

Merci à Fernand et Françoise, pour votre enthousiasme et votre générosité de toujours, et pour le temps passé à me relire.

Merci à Carole, Mathilde et Camille pour votre présence au quotidien, votre douceur et votre soutien, je vous dois beaucoup !

Merci à tous les "Aliviens", pour vos encouragements bienveillants malgré mon indisponibilité en cette année bien chargée. Marie, Gabriel, Guillaume, Rémi, Raphaël, Kevin, Clémence, Myriam, Thomas, Camille, Jean-Baptiste, Victorine... Et tous les autres !

Merci à mes amies de promo pour tous ces moments partagés dans cette année aussi fabuleuse qu'éprouvante.

Merci à Maman, Cécile et Camille, pour votre relecture attentive

Table des matières

INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	10
<i>A- L'INTERSUBJECTIVITE</i>	10
I - Qu'est-ce que l'intersubjectivité ?	10
1) Définition de C. Trevarthen	11
2) Définition de B. Golse.....	12
II - De l'indifférenciation primaire à l'intersubjectivité	13
1) À l'aube d'une intersubjectivité	13
2) Une dépendance physique et psychique du bébé	14
a) Un état symbiotique.....	14
b) Mise en place d'une sécurité interne :	15
<i>Par le rythme</i>	15
<i>Par le corps</i>	15
3) Une alternance entre indifférenciation et moments d'intersubjectivité primaire	16
4) Les conditions d'accès à l'intersubjectivité	17
a) La co-modalisation perceptive	17
b) L'accordage affectif et les interactions précoces	18
c) Le rythme des interactions	19
5) Vers une subjectivation	20
<i>B- L'ENFANT AUTISTE</i>	22
I - Autisme, Historique et perspectives	22
1) Définitions et Historique	22
2) Classifications	22
3) L'épineuse question étiologique et les différentes pistes développées	23
4) Approche intégrative et intersubjectivité	25
5) L'autisme aujourd'hui : enjeux et prise en charge	26
II - Autisme et intersubjectivité	28
1) Les interactions précoces	28
a) Un « bébé autiste » ?	28

b) Des difficultés d'interactions	29
c) Une entrave à la différenciation	30
2) La triade autistique, témoin d'une altération de l'intersubjectivité.....	31
a) Altération qualitative des interactions sociales :	31
b) Altération qualitative de la communication	32
c) Comportements, intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs.....	32
3) Autres particularités interférant sur l'accès à une intersubjectivité	33
a) Concernant la sensorialité	33
b) Concernant la cognition	34
c) Concernant l'expression des sensations et émotions.....	35
4) Un corps et une motricité au service d'une lutte contre l'angoisse.....	36
a) Une motricité dans un corps « déserté ».....	36
b) Une pauvreté de la motricité relationnelle	37
c) L'exemple des stéréotypies	37
C- LE PSYCHOMOTRICIEN : UN ACTEUR DANS LA RENCONTRE	
INTERSUBJECTIVE.....	39
I - Une considération du corps particulière	39
II - Du corps à la relation.....	40
III - Les outils d'une approche psychomotrice	41
PARTIE CLINIQUE.....	43
I - Adrien à l'hôpital de jour	43
1) Quelques éléments de description et anamnèse	43
2) Sa prise en charge.....	45
a) À l'hôpital de jour	45
b) En psychomotricité.....	46
<i>Eléments psychomoteurs</i>	46
<i>Projet de soin en psychomotricité</i>	47
<i>Le suivi avant mon arrivée</i>	48
II - Rencontres ... ?.....	49
1) Comment rencontrer Adrien ?.....	49
a) Ma première rencontre	49
b) Deuxième séance.....	51

c) S’habituer au nouvel hôpital de jour : la première séance après le déménagement	51
d) Une agitation motrice importante.....	53
e) Vignette clinique : la voie lactée	54
2) À la <i>rencontre</i> ou à l’ <i>encontre</i> ?.....	55
3) Se séparer et sortir de la séance.....	56
a) Pour Adrien	56
b) Pour moi	57
4) Moment clinique : « <i>respire-moi !</i> ».....	58
III- Comment être ensemble ?	60
1) Quand « être ensemble » est impossible	60
2) Quand « être ensemble » devient possible	60
<i>Un jeu vocal et corporel ... la Balancelle</i>	60
<i>... où notre subjectivité prend sa place</i>	61
<i>.... Jeu vite interrompu :</i>	61
PARTIE THEORICO- CLINIQUE	62
I - Intersubjectivité et psychomotricité : quel engagement du psychomotricien ?	62
1) Les modalités d’engagement du psychomotricien	62
a) Un engagement physique	63
<i>Le holding</i>	63
<i>Prêter son corps</i>	65
b) Engagement psychique.....	66
2) Les qualités d’expérience proposées par le psychomotricien favorisant l’intersubjectivité.....	68
a) La co-modalisation perceptive	69
<i>Un démantèlement</i>	69
<i>Un rassemblement sensoriel</i>	70
<i>Vers une différenciation</i>	70
b) L’accordage affectif	71
c) Le rythme des interactions	72

II - Une rencontre intersubjective ... mais qu'en est-il pour le psychomotricien ?	74
1) Engagement corporel et limites	74
a) Les limites de l'engagement corporel :	74
b) Quand les limites sont dépassées	75
2) Les affects du psychomotricien	77
a) Face à l'autisme	77
b) L'agressivité	78
3) Survivre psychiquement	79
CONCLUSION	81
BIBLIOGRAPHIE	83

INTRODUCTION

Psychomotricien ... drôle de nom pour un métier si passionnant ! Et c'est pourtant bien pour ce métier que j'ai réalisé ces trois ans d'études qui s'achèvent avec l'écriture de ce mémoire. « Psycho quoi ? » ... c'est souvent la réaction que j'ai pu entendre lorsque je parlais de ma formation aux personnes qui ne connaissaient pas le métier. Au-delà de la définition retrouvée classiquement du « praticien qui fait le lien entre le corps et l'esprit », j'ai dû trouver les mots pour expliquer cette profession, trouver une définition qui décrirait avec justesse les enjeux du travail en psychomotricité. Mais si nous dépassons ces considérations sémantiques, ce travail de mise en mots du métier de psychomotricien m'a incitée à m'interroger sur les fondements et les spécificités d'une approche en psychomotricité. La transformation de mon explication au fil du temps témoigne sans doute de mon évolution dans la connaissance et la compréhension du métier, bien que je sois encore loin d'en avoir saisi tous les mystères !

Toujours est-il que c'est au cours de mes différents stages que j'ai pu saisir la diversité, la richesse mais aussi la complexité de la pratique psychomotrice. Par ailleurs, j'ai choisi pour mes stages de troisième année de me tourner vers des cliniques inconnues, voire qui m'effrayaient un peu. J'ai ainsi réalisé mes stages en maison d'accueil spécialisée, auprès d'adultes polyhandicapés, et en hôpital de jour où j'ai rencontré des enfants autistes. Découvrir et approcher de telles cliniques a été, à mon sens, une histoire de rencontre. Rencontre de *l'autre*, d'un *autre* qui ne parle pas toujours, qui nous regarde mais ne nous voit pas toujours comme un *autre* justement. Un *autre* limité dans ses capacités motrices, intellectuelles, relationnelles ... Un *autre* qui peut effrayer par son étrangeté ... L'enjeu a alors été d'aller à la rencontre des patients et d'utiliser nos outils de psychomotricien pour se saisir des différentes manifestations en jeu et tenter de faire naître du lien... J'ai pu me heurter parfois à une incapacité d'entrer en relation avec les patients, tant avec les personnes polyhandicapées, dans leurs moyens moteurs et mentaux limités, qu'avec les enfants autistes, parfois pris dans des stéréotypies incessantes.

Dans la clinique de l'autisme, j'ai rapidement été confrontée à cette difficulté d'entrer en relation et d'exister en tant que sujet auprès de ces enfants. Dans leur manière qu'ils avaient de me mettre à distance, de se couper de la relation ou encore de m'utiliser,

il paraissait parfois impossible de vivre un moment dans lequel nous aurions pu partager quelque chose : une émotion, un jeu... Cette mise à distance, cette sorte de barrière défensive établie entre eux et moi, venait sans doute protéger ces enfants autistes d'une grande souffrance psychique, d'un vécu innommable. Je me suis ainsi souvent demandée comment « aller chercher l'enfant derrière sa muraille » pour reprendre l'expression de J.Boutinaud. Faire naître de la relation, du lien habité d'une énergie psychique pulsionnalisées, libidinalisées, on touche ici tout l'enjeu d'une prise en charge de patients autistes. Créer un espace psychique commun dans lequel il pourrait venir se partager quelque chose, naître une relation... Apparaît alors le concept **d'espace intersubjectif**, espace que partagent deux êtres subjectifs en présence.

En séance de psychomotricité, dans cette rencontre, parfois non-rencontre d'ailleurs, j'ai pu saisir la prégnance de la mise en jeu corporelle du psychomotricien: le contact corporel nous saisit de plein fouet, contact parfois déroutant, sidérant, pouvant atteindre l'insupportable... Et c'est pourtant dans cette disponibilité psychique et corporelle, aussi coûteuse soit-elle pour le thérapeute, que peuvent se jouer parfois des moments de rencontre, d'intersubjectivité.

C'est cette difficulté à créer un espace commun (et d'y rester en toute sérénité) qui s'est imposée à moi en séance avec Adrien, jeune autiste dont je parlerai tout au long de ce mémoire. À travers tout ce qu'a pu me faire vivre Adrien, tant physiquement que psychiquement, j'ai pu approcher la complexité de l'intersubjectivité dans la problématique de l'autisme.

Ainsi, au fil de la réflexion portée par ce mémoire, nous aborderons la question de **l'intersubjectivité**, de son établissement et de son développement chez l'enfant, puis la manifestation de cette intersubjectivité dans la problématique de **l'autisme**, pour enfin articuler cette question avec la problématique suivante : **Comment le psychomotricien, dans son engagement, peut-il venir soutenir, dans sa rencontre avec l'enfant autiste, des moments d'intersubjectivité ? Les faire naître... ? Les rendre possibles ... ? Et jusqu'où mettre en jeu son corps, physiquement et psychiquement, en thérapie psychomotrice auprès d'enfants autistes ?**

PARTIE THEORIQUE

A- L'INTERSUBJECTIVITE

L'intersubjectivité vient parler de relation, de liens, d'une rencontre particulière. Dans cette question de la rencontre, il ne s'agirait pas uniquement d'une mise en présence physique de deux êtres dans leur réalité biologique, mais d'une rencontre et du partage d'un espace psychique commun. En deçà de cette question de la rencontre, l'intersubjectivité pose d'emblée la question de la **subjectivité**. Qu'est-ce qu'un *être subjectif* ? À partir de quand peut-on parler de subjectivité ? Ces questions viennent plus largement toucher la notion complexe de *sujet* : naît-on d'emblée *sujet* ? Le nourrisson est-il doté d'une subjectivité ? Il paraîtrait plus juste d'envisager la subjectivité à partir d'un « processus de subjectivation » pour reprendre les termes de Bernard Golse. Il s'agirait ainsi davantage d'un processus de développement de la subjectivité, en lien avec la différenciation et le développement psychique de l'individu.

Ainsi, nous évoquerons dans cette première partie la question de l'intersubjectivité à partir de différents auteurs, puis, à travers plusieurs mécanismes développementaux mis en jeu dans l'émergence et l'accès à l'intersubjectivité, pour finir avec les conditions nécessaires à son établissement.

I - Qu'est-ce que l'intersubjectivité ?

L'intersubjectivité est une notion autour de laquelle s'articulent de grandes problématiques, tant relationnelles, comportementales, développementales qu'intra-psychiques. De cette manière, l'intersubjectivité a intéressé les psychanalystes aussi bien que les neuroscientifiques ou les psychologues du développement. Certains auteurs ont abordé cette notion, à partir de différents points de vue et perspectives.

1) Définition de C. Trevarthen

Les compétences interactives du nourrisson dans ses premiers temps de vie ont amené des auteurs comme Colwyn Trevarthen (2003) à considérer le bébé non pas comme un être dépourvu de compétences sociales, mais comme un être « manifestant déjà des capacités innées comportementales et perceptives ». Ce dernier définit la subjectivité comme une « conscience individuelle et intentionnelle » dont fait preuve le bébé dès son plus jeune âge. Entre les années 1970 et 1980, C. Trevarthen, associé à d'autres chercheurs comme D. Stern, T.B. Brazelton ou encore G. Bateson, ont étudié de manière très précise les échanges engagés entre le bébé et sa mère. Ces études révèlent un échange réflexif entre les manifestations du bébé (vocales, toniques, émotionnelles, gestuelles ...) et le retour expressif du parent face à son enfant. Cet échange de signes multi-modaux révèle une « proto-conversation » entre le bébé et son parent. Daniel Stern parle d'ailleurs de **synchronisation affective** entre la mère et l'enfant, qui échangent mutuellement leurs affects et leurs émotions, dans une interaction affective.

L'étude descriptive des manifestations comportementales du bébé en réponse aux expressions d'une autre personne montre ainsi que les bébés manifestent ce que C. Trevarthen appelle **l'intersubjectivité primaire**. Cette intersubjectivité primaire s'inscrit dans une relation dyadique : il s'agit de l'articulation entre soi et l'autre, en l'occurrence du bébé et sa mère qui engagent un véritable partage affectif et émotionnel.

Notons d'ailleurs que les travaux de C. Trevarthen entrent en résonance avec des recherches neurologiques montrant que certains systèmes sous-corticaux (notamment le système limbique) jouent un rôle dans la mise en place des mécanismes de communication intersubjective, et ce, avant même la naissance du bébé. (Larbán Vera & Golse, 2016), psychiatre et psychothérapeute espagnol, résume ainsi, dans son ouvrage sur l'autisme : « l'intersubjectivité [...] est liée aux structures limbiques sous-corticales cérébrales qui sont, au niveau embryologique, antérieures au développement du cortex cérébral et fonctionnent comme régulatrices du fonctionnement neural ».

Un peu plus tard dans le développement du bébé (C. Trevarthen situe cette période autour de 9 mois), le bébé accède à **l'intersubjectivité secondaire**, c'est-à-dire à la possibilité d'une triangulation relationnelle entre soi, l'autre et l'objet.

« C'est ainsi que le bébé devient capable, avant le développement de la communication symbolique, linguistique, d'éprouver un intérêt conjoint pour les objets et de réaliser des tâches conjointes, avec l'aisance relationnelle personne-personne-objet de l'intersubjectivité secondaire » (Aitken & Trevarthen, 2003).

Le bébé cherche alors activement à partager ses **intentions** et ses **intérêts** à son partenaire interactif, phénomène qui se manifeste d'ailleurs conjointement à l'acquisition du pointage et de l'attention conjointe, développé autour de cette même période.

Finalement, C. Trevarthen considère le bébé comme un être de **communication**. Il définit cette communication comme une « activité privée consciente, effectuée avec intention. » (Trevarthen & Aitken, 2003). Il relie les notions de subjectivité et d'intersubjectivité avec le partage des **intentions**, et en fait ainsi des conditions nécessaires à la communication. La **subjectivité** est ainsi une question de « conscience individuelle et intentionnelle » et **l'intersubjectivité** désigne la capacité du nourrisson à « ajuster son contrôle subjectif à la subjectivité des autres ».

2) Définition de B. Golse

« Sous le terme d'intersubjectivité, on désigne – tout simplement ! – le vécu profond qui nous fait ressentir que soi et l'autre, cela fait deux. » C'est ainsi que B. Golse (2014) dans son article *De l'intersubjectivité à la subjectivation*, introduit la notion d'intersubjectivité. Celui-ci considère que le développement psychique d'un individu dépend d'un processus de double différenciation : une **différenciation intra-psychique**, par laquelle il désigne la mise en place des différentes instances psychiques, et une **différenciation extra-psychique**. À ce dernier terme, il associe le processus qui permet à l'individu de se dégager d'une indifférenciation primaire pour progressivement se vivre comme un être différencié, non fusionné à la psyché maternelle. B. Golse (2006) résume ainsi : « [le] processus de [...] différenciation extra-psychique [permet] à chaque individu de se vivre comme séparé de l'autre, tout en ressentant l'autre comme un individu capable de se vivre lui-même comme un sujet distinct ». C'est à partir de cette différenciation extra-psychique que se fonde, selon lui, **l'intersubjectivité**. Ainsi, l'intersubjectivité inscrit la découverte de l'autre comme objet extérieur à soi dans un registre **inter personnel**.

II - De l'indifférenciation primaire à l'intersubjectivité

La façon dont C. Trevarthen et B. Golse présentent la notion d'intersubjectivité vient bien parler d'une rencontre qui peut se vivre entre deux êtres. Nous pouvons alors nous demander *quand et comment émerge cette intersubjectivité dans le développement de l'enfant ?*

1) À l'aube d'une intersubjectivité ...

La question de l'émergence de l'intersubjectivité a été travaillée et abordée par différents courants. Si pour certains auteurs comme C. Trevarthen ou D. Stern l'intersubjectivité est **innée**, cette idée n'est pas partagée par tous. En effet, les psychanalystes soutiennent plutôt l'idée que l'intersubjectivité se développe de manière **lente** et progressive, à partir d'un état initial d'indifférenciation psychique du bébé avec sa mère.

Quels que soient les points de vue, nul ne pourrait contester l'état de grande dépendance du nourrisson dans ses premiers temps de vie : « *un bébé tout seul, ça n'existe pas* ». Cette célèbre phrase de D.W.Winnicott révèle que le bébé ne peut exister seul de par son immaturité physique qui ne lui permettrait pas de subvenir à ses besoins, mais aussi de par son immaturité psychique, puisque seul, le bébé n'accéderait pas au développement de son appareil psychique. Le bébé dépend ainsi totalement ou en grande partie de son environnement et notamment de sa mère.

Le bébé a des **compétences** interactives et intersubjectives comme nous l'avons vu avec la notion de proto-conversation, mais son immaturité implique que toutes ses compétences ne peuvent être mises en sens et qu'il n'est, dès lors, pas en mesure de se vivre comme un être **différencié**. Il a ainsi besoin de son environnement pour métaboliser ses pensées, les mettre en forme. En résumé, comme le dit D.Houzel (2014) : « [...] dire que le bébé est équipé pour entrer en relation avec son entourage ne signifie pas qu'il vit le partenaire de cette relation comme extérieur à lui-même ».

2) Une dépendance physique et psychique du bébé

a) Un état symbiotique

Dans les premiers temps de vie, le bébé, dans sa grande vulnérabilité et dépendance à l'environnement, vit un état d'indifférenciation primaire avec sa mère. Margaret Mahler, psychiatre et psychanalyste du 20^{ième} siècle, a décrit cet état sous le terme de « **phase symbiotique** ». Elle emprunte ainsi un terme à la biologie, pour désigner une période durant laquelle l'enfant se vit dans une unité duelle avec sa mère, comme s'ils constituaient un système commun, partageant une même frontière. Selon M. Mahler cette période s'étend environ du 2^{ème} au 9^{ème} mois de vie du bébé. Ce dernier acquiert au fil du temps et des expériences une conscience d'abord confuse de la source de satisfaction de ses besoins comme objet externe (la mère). Le bébé, dans cette phase symbiotique, tend vers un investissement croissant du monde extérieur et une conscience progressive de la séparation physique réelle d'avec sa mère.

La mère vient jouer un rôle primordial dans le développement psychique de son bébé puisque la structuration psychique et la construction du moi de son bébé s'organisent autour d'elle, dans ce fonctionnement initialement symbiotique. La mère vient alors jouer un rôle de *Moi auxiliaire* (terme de M. Mahler) auprès de son enfant, sorte de « tuteur psychique » provisoire avant l'étape de différenciation et de séparation que M. Mahler envisage dans une phase suivante, à partir des 12 mois de l'enfant.

D.W.Winnicott (1956) développe quant à lui la notion de « préoccupation maternelle primaire », comme un état de disposition psychique optimale, une sensibilité accrue de la mère aux besoins de son bébé, et ce, dès la fin de la grossesse et jusqu'à quelques semaines après la naissance du bébé. Cet auteur décrit également la « mère suffisamment bonne », c'est-à-dire une mère dont les qualités révèlent une sorte de savoir instinctif concernant la réponse aux besoins de son bébé. La *mère suffisamment bonne* est dans une adaptation et un ajustement vis-à-vis de son bébé, tout en commençant à « proposer un écart » pourrions-nous dire, entre elle et son bébé, afin d'amener ce dernier, de manière naturelle et sécurisante, vers une différenciation et une séparation. Si dans l'état premier de *préoccupation maternelle primaire*, la mère alimente l'illusion d'omnipotence de son bébé et l'hallucination de former un tout, cet état laisse place à l'état de *mère suffisamment bonne*, traduit de l'anglais *good enough*, c'est-à-dire « juste bonne », sans l'être trop. De fait, les prémisses d'une différenciation deviennent possibles.

Toujours est-il que cet état de *préoccupation maternelle primaire* dans lequel est initialement plongée la mère, garantit au bébé dans ses premiers temps de vie, un « sentiment continu d'exister » nécessaire, sur lequel va s'ériger le « moi » de l'enfant, petit être en devenir.

b) mise en place d'une sécurité interne :

Par le rythme

La continuité nécessaire au bébé est éprouvée notamment à travers la question du **rythme**. En effet, avant sa naissance, le milieu intra-utérin dans lequel il est baigné, offre au bébé une certaine continuité. Cet environnement particulier comporte des éléments éminemment rythmiques : battements cardiaques de la mère, respiration, bruits des organes maternels ... À la sortie du ventre maternel, les parents et notamment la mère, alimente l'illusion d'une indifférenciation ou tout du moins, d'une non-séparation entre elle et son bébé. Cette illusion, qui est d'ailleurs le propre de la *préoccupation maternelle primaire*, vient assurer le maintien d'une rythmicité (notamment à travers les soins de maternage, ou encore le nourrissage) afin que le bébé puisse s'éprouver dans une certaine **continuité** : « la rythmicité des expériences donne une illusion de permanence et garantit un sentiment de continuité » soutient Albert Ciccone (2013) dans son article *Apprentissage, douleur psychique et rythmicité des expériences*.

Ce même auteur soutient que ces expériences rythmiques constituent « une base de sécurité » (Ciccone, 2005) appelée « rythme de sécurité » par F. Tustin, pour l'enfant, lequel pourra ensuite supporter les expériences d'absence, de discontinuité futures et ainsi, tendre vers une différenciation et une séparation psychique. On verra d'ailleurs plus loin comment cette expérience de sécurité fait défaut dans l'autisme.

Selon Daniel Marcelli (1992), l'enfant s'éprouve dans une continuité rassurante à travers ce qu'il nomme les **macrorhythmes**, c'est-à-dire des expériences offrant une certaine répétition, et qui, de par cette caractéristique, sont organisatrices pour l'enfant. Les rituels de soin prodigués au bébé constituent ainsi des macrorhythmes qui « facilitent probablement chez le bébé un sentiment de confiance dans la continuité et la prévisibilité ».

Par le corps

La sécurité interne, si elle peut être éprouvée par le bébé à travers la rythmicité des expériences, doit aussi être vécue corporellement par celui-ci. Pour cela, la mère, dans ses qualités de *mère suffisamment bonne*, doit assurer un portage sécurisant pour son bébé, que

D.W. Winnicott décrit à travers le terme de « holding ». Le *holding* désigne le portage du bébé par sa mère, portage qui répond aux **besoins physiologiques** de l'enfant, notamment à travers une bonne adaptation posturale, un balancement suffisamment ajusté pour apaiser l'enfant, mais aussi aux **besoins psychiques**. En effet, le *holding* permet au bébé de se ressentir dans un environnement suffisamment contenant et sécurisant, alors qu'il n'est pas encore en mesure (tant physiologiquement que psychologiquement) de lutter contre des vécus d'effondrement, de chute, en somme, les angoisses archaïques. R. Roussillon (2014) évoque ainsi les qualités de ce *holding* :

« Être tenu, porté, mais aussi retenu et contenu dans des bras maternels ou, plus tard, dans une forme qui en même temps donne un lieu, une niche, une place, un « cadre » qui situe et étaye l'émergence du sentiment identitaire, me semble être la première forme corporelle de la sécurité. »

C'est par ce fond de permanence et de continuité, assuré à la fois par la rythmicité des expériences et par une qualité du holding maternel que le bébé pourra progressivement accepter la discontinuité et la rupture dans le rythme relationnel. De cet état d'indifférenciation primaire pourront donc émerger des moments de différenciation, nécessaires à la mise en place de l'intersubjectivité.

3) Une alternance entre indifférenciation et moments d'intersubjectivité primaire

B. Golse, dans sa manière d'envisager le processus d'émergence de l'intersubjectivité, est partisan d'un processus non pas lent et progressif comme certains le soutiennent, ni présent d'emblée, mais d'un processus **dynamique et interactif**. Dans son article *De l'intersubjectivité à la subjectivation* (2014) il soutient l'idée d'une alternance dans les premiers temps de vie entre des moments **d'intersubjectivité primaire** et des moments **d'indifférenciation** avec la mère. L'accès à l'intersubjectivité chez le bébé sera possible quand ces moments d'intersubjectivité, au début si discontinus et fugitifs, deviendront plus fréquents, plus stables et plus continus. L'intersubjectivité prendra alors le pas sur cette indifférenciation primaire.

Il propose alors l'exemple de la **tétée** employé initialement par Donald Meltzer pour illustrer un moment d'intersubjectivité primaire. Ce moment de nourrissage du bébé qui tète le sein de sa mère constitue un moment interactif riche, durant lequel le bébé vit différentes sensations et les éprouve dans un rassemblement. Ce « rassemblement » signifie que le bébé perçoit de manière transitoire toutes les sensations, non pas de manière « démantelée », séparées les unes des autres, mais dans un tout « **mantelé** ». Ces stimulations sensorielles sont d'ailleurs perçues comme ne venant pas directement de lui mais de l'extérieur. Ce début de perception d'une source de sensation (le sein) extérieure à lui-même constitue un moment d'intersubjectivité primaire du bébé, car il se joue ici un début de différenciation.

4) Les conditions d'accès à l'intersubjectivité

On a pu voir précédemment que le processus d'accès à l'intersubjectivité était intimement lié à une différenciation extra-psychique du bébé. Pour que cette différenciation puisse opérer, des conditions doivent être réunies, tant du côté du bébé et de ses capacités perceptives, que de l'environnement.

a) La co-modalisation perceptive

Pour aborder la notion de co-modalisation des flux sensoriels que B. Golse considère comme condition nécessaire à l'intersubjectivité, il faut revenir au nourrisson et à ses capacités perceptives. Le bébé, de par l'immaturation de ses systèmes sensoriels et neurologiques, ne perçoit pas encore son environnement dans un ensemble cohérent. Il peut cependant traiter les informations sensorielles en les faisant passer d'un canal sensoriel à l'autre. De cette façon, il perçoit des caractéristiques *amodales* de l'expérience qui peuvent être transcrites selon une modalité sensorielle ou une autre. Dans ce mode perceptif, le bébé ne peut pas encore distinguer les différentes caractéristiques sensorielles dans sa perception de l'expérience. Son système perceptif évoluera ensuite vers une tendance à séparer les sens dans un démantèlement, c'est-à-dire une segmentation des flux sensoriels, pour enfin accéder à une co-modalisation des flux sensoriels, autrement dit une mise en cohérence des caractéristiques sensorielles de l'expérience. Le développement de cette co-modalisation perceptive se fera avec le soutien de l'environnement et notamment

de la mère, offrant des expériences de mantèlement, comme la tétée, dans lesquelles elle joue le rôle d'organisateur de cette co-modalisation.

La co-modalisation des flux sensoriels permet donc à l'enfant de construire une perception d'un autre comme différent de lui-même, ce qui en fait une condition pour l'accès à une intersubjectivité. J. Larbán Vera (2016) le résume ainsi : « la co-modalisation perceptive entre le bébé et son soignant est un élément essentiel pour réussir l'intégration sensorielle et, par conséquent, l'accès à l'intersubjectivité ».

b) L'accordage affectif et les interactions précoces

Dans son livre sur l'autisme, le psychiatre espagnol J. Larbán Vera reprend la notion d'intersubjectivité au sein du développement de l'enfant et de ses interactions. Il évoque une notion développée par D. Stern : la **synchronisation affective**, présente dans les premiers temps d'interaction entre la mère et son bébé, ce qui correspond à l'intersubjectivité primaire de C.Trevarthen. Ainsi, comme le fait remarquer Larbán Vera (2016, p. 128) : « Les interactions affectives permettent à la mère et à l'enfant de se mettre en synchronie sur le plan de leurs affects et de leurs émotions, et de se délivrer mutuellement des informations sur leur état émotionnel et affectif. »

En lien avec cette notion de synchronisation affective, D.Stern (2000, p. 12) définit également **l'accordage affectif** par « [...] un acte d'intersubjectivité dans lequel le parent répond à une expérience affective du bébé en la remaniant d'une autre façon et en la jouant au bébé de sorte qu'il montre qu'il a partagé son expérience subjective interne. » L'accordage affectif apparaît donc comme une modalité d'engagement à la fois corporelle, psychique et affective qui témoigne d'une compréhension affective du bébé. Par cet accordage, le parent ne se contente pas d'imiter les manifestations de son bébé, mais plutôt de les reprendre en les modifiant, en les transposant dans une autre modalité sensorielle, par exemple un geste du bébé peut être traduit en un son dont l'intensité sonore varie. Les comportements de l'enfant sont ainsi remaniés par le parent et retransmis au bébé, en retour. Dans cet accordage affectif sont mis en jeu un partage et un échange d'expressions affectives subjectives. Le parent vient ainsi reconnaître la subjectivité de son bébé, nécessaire au développement de son narcissisme. Ce type d'échange est donc intimement lié à la notion d'intersubjectivité.

Dans son article *Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson*, D. Marcelli (1992) reprend cette notion d'accordage affectif et le met en résonance avec la notion de **microrythme**. Les microrhythmes sont des rythmes à l'intérieur des échanges interactifs, sur une temporalité plus réduite qui viennent créer de la surprise et de la discontinuité (structurantes pour le nourrisson), dans une continuité et une répétition assurées par les macrorhythmes. Il soutient que cet accordage affectif n'intervient pas à n'importe quel moment dans les interactions mère/bébé, mais dans des moments où une résonance fantasmatique peut se jouer entre eux. La qualité de cette interaction sera alors structurante pour l'appareil psychique du bébé : « par l'intermédiaire de cet accordage affectif, des séquences microrhythmiques privilégiées s'inscrivent peu à peu dans les compétences interactives du bébé » (Marcelli, 1992).

Ainsi, cet accordage et cette synchronisation affective apparaissent comme une disposition affective particulière de la mère et constitue une condition au développement de l'intersubjectivité. A. Ciccone (2005) met en lien la notion d'accordage avec la question du rythme : « La potentialité créatrice des expériences intersubjectives d'accordage, d'ajustement, de communication, de compréhension, est dans une large mesure tributaire de leurs caractéristiques rythmiques. » L'inscription de cette disponibilité maternelle dans une **rythmicité** apparaît donc tout aussi importante dans l'établissement d'un échange intersubjectif.

c) Le rythme des interactions

On a vu combien la rythmicité des expériences pouvait jouer un rôle important dans la mise en place d'une sécurité de base. Cette **rythmicité** prend également toute son importance dans les expériences intersubjectives. En effet, la rencontre et les moments de partage intersubjectif s'élaborent et se construisent sur une rythmicité, dans une alternance successive entre moments d'interrelation et moments de retrait. Ces moments de retrait sont d'ailleurs indispensables, nous dit A. Ciccone (2013) dans « l'investissement pour soi de l'interrelation ».

Selon A. Ciccone, le rythme vient « soutenir la rencontre intersubjective, le partage harmonieux et harmonique de l'expérience. » De même, cette rythmicité vient soutenir les

expériences ludiques, à partir desquelles l'enfant peut construire des moments d'intersubjectivité. C'est dans l'alternance des *macrorhythmes* et *microrhythmes*, pour reprendre les termes de D. Marcelli, que vont se jouer progressivement un partage émotionnel, un échange interactif ludique, fondateurs privilégiés **d'intersubjectivité**. Le bébé vit l'altérité, la différenciation dans la rencontre ludique avec un autre à la fois suffisamment prévisible (à travers les macrorhythmes) mais aussi vecteur de surprise (par les microrhythmes).

Finalement, l'accès à l'intersubjectivité peut être considéré, pour reprendre les mots de B. Golse (2014) comme un « deuil développemental nécessaire à faire vis-à-vis de l'objet primaire ». Le bébé peut exister comme être *a minima* différencié grâce au sentiment de sécurité que les relations précoces, rythmiques et sécurisantes ont pu apporter à l'enfant. Cette étape de différenciation a d'ailleurs été décrite par M. Mahler (2001), à travers ce qu'elle définit comme phase de « séparation- individuation » intervenant selon elle, entre les 8 mois et les 3 ans de l'enfant. Dès lors, l'autre peut ainsi être reconnu comme un partenaire interactif subjectif. Cependant, pour que le bébé, petit être en devenir, puisse s'accomplir dans une appropriation de l'expérience, il faut que s'opère le passage d'une intersubjectivité à la subjectivation.

5) Vers une subjectivation

Pour B. Golse, si l'intersubjectivité se joue dans un registre interpersonnel, dans lequel l'objet est découvert comme extérieur à soi, le processus de **subjectivation** quant à lui est associé à une dimension **intrapsychique**. Il s'agit en effet de percevoir l'autre non seulement comme extérieur à soi, mais comme sujet qui peut me percevoir comme partenaire interactif. En d'autres termes, la subjectivation serait une intériorisation de la rencontre intersubjective, par la formation de représentations.

La subjectivation est un processus relativement complexe qui prend sa source dans un état de dépendance du bébé à l'objet (maternel) comme nous l'avons vu précédemment et se déploie tout au long de la vie humaine. La pédopsychiatre Anne Loncan (2016) évoque ainsi cette question : « Le sujet alimentera la maintenance et le renouvellement de sa subjectivation à une double source : d'une part le dialogue autoréflexif qu'il est devenu

apte à tenir, d'autre part, la poursuite des échanges intersubjectifs. ». De fait, ce mécanisme évolue conjointement à l'accès à l'intersubjectivité et va de pair avec la prise de conscience d'une altérité non aliénante.

B. Golse (2006), dans son article *De l'intersubjectivité à la subjectivation*, définit la subjectivation comme une « étape développementale permettant à l'être humain de devenir une personne, soit un sujet capable de se penser tel, et de se nommer comme tel. »

Ainsi, l'acquisition du « je » chez l'enfant pourrait être un indicateur de ce processus de subjectivation : un enfant qui peut dire « je » semble être sur la voie de la subjectivation. Cependant, la subjectivation ne peut être réduite à cette étape de développement, car elle se situe à la croisée de différents registres, tant conscients, qu'inconscients.

Finalement, l'intersubjectivité se joue dans une rencontre entre deux sujets, deux partenaires interactifs séparés, partageant pourtant un espace psychique commun. L'importance de la rencontre est aussi marquée par la nécessité d'être intériorisée, afin que l'enfant puisse prétendre à devenir sujet et à avancer dans son processus de subjectivation. Ce partage interactif est largement mis à mal dans la pathologie autistique, comme le dit D. Houzel (2002): « L'enfant autiste ne peut se confronter à autrui, il échoue à se constituer comme sujet face un autre. » Nous verrons ainsi par la suite comment se joue cette question de l'intersubjectivité chez des sujets autistes.

B- L'ENFANT AUTISTE

I - Autisme, Historique et perspectives

1) Définitions et Historique

Le mot « autisme » a été pour la première fois employé par Eugen Bleuler, psychiatre allemand, dans les années 1910. Refusant l'emploi de l'expression Freudienne « auto-érotisme » qu'il jugeait trop sexuelle, E. Bleuler en créa la contraction : « autisme ». Dérivé du grec *autos* c'est-à-dire « soi-même », l'autisme désigne alors « *le repli du sujet sur son monde intérieur et une absence de tout contact avec l'extérieur pouvant aller jusqu'au mutisme* » (Roudinesco & Plon, 2011)

Puis c'est en 1943 que Léo Kanner, psychiatre américain, dresse un tableau clinique de ce qu'il nomme « autisme infantile ». Une des caractéristiques de l'autisme infantile est alors une difficulté voire une incapacité à établir un contact avec le monde environnant, et ce, dès le plus jeune âge. A cette époque, L. Kanner relève également les caractères spécifiques, retrouvés chez ces enfants, tels qu'une solitude extrême (*aloneness*) et un besoin d'immuabilité (*sameness*).

Depuis, les considérations et définitions de l'autisme ont évolué ainsi que les diverses classifications que nous verrons plus loin. Toujours est-il que l'autisme est aujourd'hui considéré comme un trouble neuro-développemental et s'inscrit dans la catégorie des TED (Troubles Envahissants du Développement), se déclinant en plusieurs sous-catégories suivant les classifications. On parle plus volontiers de TSA (Troubles du Spectre Autistique), classification plus générale qui regroupe les différents types de TED, désignant autant les troubles autistiques typiques que les TED moins spécifiés.

2) Classifications

Deux types de classifications sont à distinguer : **Les classifications internationales** : La CIM10 (Classification Internationale des Maladies 10^{ème} édition), le DSM IV, DSM V (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4èmes et 5èmes éditions) et la **classification française** : CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent). Ces classifications décrivent toutes la notion de TED : Trouble Envahissant du Développement, dont l'autisme fait partie. Les classifications

internationales sont plus communément utilisées aujourd'hui lorsqu'on parle de l'autisme. Les principaux caractères retrouvés dans la pathologie autistique, nommée « triade autistique » par le DSM IV sont :

- Altération des interactions sociales réciproques
- Altération de la communication (verbale et non-verbale)
- Comportements, intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs.

Notons que le DSM V ne distingue qu'un seul type de catégorie autistique : les **TSA** (Trouble du Spectre Autistique) dont les caractéristiques se déclinent en deux points et non plus trois : on parle de **dyade autistique**. Il s'agit alors de déficit des interactions sociales et de la communication d'une part, et d'autre part, d'un caractère restreint et stéréotypé des comportements, intérêts et activités.

3) L'épineuse question étiologique et les différentes pistes développées

De nombreux auteurs se sont penchés sur la question de l'autisme, donnant naissance à différentes théories. Une querelle sur les considérations étiologiques a souvent opposé les partisans d'une **organogenèse** qui expliquerait l'autisme par des causes biologiques exclusivement, et les défenseurs d'une **psychogenèse** à l'origine de la pathologie autistique. Actuellement, malgré un débat rémanent entre théories biologiques et psycho-dynamiques, les chercheurs s'accordent à soutenir la thèse d'une cause **multifactorielle**.

D'un point de vue **biologique**, nombre de domaines scientifiques ont été engagés dans la recherche sur l'autisme : neuro-physiologie, neuro-anatomie, neuro-endocrinologie, imagerie cérébrale ... Ces différents travaux recoupant des approches multidisciplinaires ont permis de comprendre un certain nombre d'éléments concernant le **fonctionnement cérébral**, et d'établir des liens entre fonctionnement neurologique et troubles autistiques. Je ne développerai pas la multiplicité et complexité des théories et hypothèses scientifiques, tant neurologiques, moléculaires, que génétiques, mais j'exposerai simplement un exemple de recherche récente qui témoigne d'une articulation possible entre découvertes neurophysiologiques et symptômes cliniques de l'autisme.

Il s'agit d'un récent rapport de l'INSERM¹ qui révèle un paradoxe dans le fonctionnement des sujets autistes : le neuroscientifique A. Frick (2015) soutient l'hypothèse d'une **hyper-connectivité locale** et d'un **manque de connexion** de certaines zones cérébrales entre elles : « *le cerveau des personnes atteintes de TSA [serait] « hyper-connecté » à un niveau local, mais [...] à une échelle globale, les différentes zones du cortex sont fonctionnellement « déconnectées » les unes des autres.* » Cette hypothèse permettrait d'expliquer un sur-fonctionnement perceptif ainsi qu'un attrait pour les détails, au détriment d'une perception globale de la situation, phénomènes souvent constatés chez les sujets autistes.

La performance dans le domaine de la recherche scientifique et biologique permet de plus en plus de progrès dans la compréhension des phénomènes neurobiologiques de l'autisme, mais ouvre paradoxalement à une complexité croissante, complexité retrouvée notamment dans la question des classifications évoquée plus loin.

La **psychanalyse**, quant à elle, s'intéresse à tous les aspects de la vie psychique et de son développement. Les différentes théories psychanalytiques, développées par des analystes du 20^{ème} siècle tels que F. Tustin, D. Meltzer ou encore M. Mahler soutiennent le fait que l'autisme constitue une structuration psychique bien particulière. La psychanalyse considère l'autisme comme une défense, « *une mesure de protection devant un danger vécu comme catastrophique* » (Ciccone & Lhopital, 2001) et cette organisation défensive permettrait au sujet autiste de lutter contre des angoisses primitives.

La psychanalyse s'est ainsi saisie de la question étiologique de l'autisme, établissant un certain nombre de théories, parfois sujettes à polémiques entre les différents courants de pensée.

Les approches sont ainsi différentes : la neurophysiologie considère l'autisme en termes de déficit ou dysfonctionnement de capacités cognitives particulières (une sorte de « handicap neurologique »), là où la psychanalyse raisonne davantage selon une organisation psychique à l'origine d'un fonctionnement autistique. Malgré ces différents points de vue, il semble nécessaire de dépasser les conflits entre courants théoriques pour davantage envisager un travail convergent vers un même but : mettre à profit les découvertes et éléments de compréhension concernant l'autisme pour favoriser la mise en

¹ INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

place d'un **processus thérapeutique** et permettre aux personnes autistes d'accéder à un mieux-être, tant physique que psychique. C'est d'ailleurs ainsi que des auteurs tels que G. Haag ou B. Golse envisagent le soin des enfants autistes :

« Nous aurions tous intérêt à coordonner nos recherches plutôt que de déclarer chroniquement que « la » découverte scientifique du moment confirmerait l'origine cérébrale ciblée de l'autisme et battrait en brèche toutes les considérations de psychopathologie dynamique. » (Haag, 2008)

« L'autisme infantile ne peut être réduit à un simple trouble développemental et la question centrale est au fond de pouvoir disposer de modèles permettant d'articuler causalité physique et causalité psychique ou plutôt interactive. » (Golse, 2016)

4) Approche intégrative et intersubjectivité

Une convergence entre neurosciences et psychanalyse se révèle toutefois à travers une notion qui nous intéresse : l'intersubjectivité. Dans son article *Pour une approche intégrative de l'autisme infantile*, B. Golse développe cette convergence à travers l'implication du lobe temporal supérieur (LTS) dans les processus responsables de l'accès à l'intersubjectivité. En effet, des recherches scientifiques ont permis d'affirmer que cette zone cérébrale était impliquée dans un certain nombre de mécanismes perceptifs, et particulièrement dans la **co-modalisation des flux sensoriels**. Or, nous avons évoqué plus haut l'importance de ce mécanisme, tant du point de vue psychanalytique que cognitiviste, dans la perception d'un autre comme extérieur à soi-même, autrement dit, l'intersubjectivité.

B. Golse expose également l'intérêt des neurosciences pour le LTS, dont les études ont montré une anomalie fonctionnelle et anatomique chez certains enfants autistes. Il insiste cependant sur l'importance de ne pas réduire la question de l'autisme au dysfonctionnement du LTS. En effet, le phénomène de co-modalisation dépend tout autant du fonctionnement cérébral que de la présence maternelle, dans ce qu'elle propose en terme d'expériences affectives et interactives, organisatrices de cette co-modalisation.

Ce constat vient ainsi rassembler psychanalyse et neuroscience, et montre indéniablement que l'autisme a quelque chose à voir avec la question de l'intersubjectivité.

5) L'autisme aujourd'hui : enjeux et prise en charge

Les Troubles Envahissants du Développement touchent aujourd'hui 1 enfant sur 150 en France (Haute Autorité de Santé-ANESM, 2012) avec une prévalence pour le sexe masculin (sexe ratio de 4,2 :1). De manière plus précise, la prévalence de l'autisme infantile (considéré comme sous-catégorie de TED) est actuellement estimée à 2 enfants sur 1000 en France. Des antécédents familiaux (comme antécédents de TED) ou antécédents dans la période pré ou périnatale (grossesse multiple, prématurité, anoxie périnatale) sont actuellement considérés comme facteurs de risque.

De même, certains facteurs environnementaux comme l'alimentation, l'exposition à la pollution ou encore certains vaccins constituent une piste hypothétique de facteurs de risque, mais rien n'a pu être démontré précisément.

L'autisme et sa prise en charge sont aujourd'hui un enjeu de santé publique. Bien que certains traitements médicamenteux soient aujourd'hui proposés aux enfants autistes, on ne peut pas considérer qu'ils soient curatifs, puisqu'on ne peut pas guérir de l'autisme. Néanmoins, ils permettent de traiter les comorbidités somatiques ou psychiatriques, comme l'épilepsie, la douleur, ou encore certains troubles du comportement (agressivité, stéréotypies ...). Dans la prise en charge des enfants autistes, on reconnaît également l'importance des interventions non-médicamenteuses, c'est-à-dire des approches éducatives et thérapeutiques.

De nos jours, les politiques de santé concernant l'autisme envisagent des mesures pour favoriser la prise en charge des personnes autistes. Ces mesures sont d'ailleurs rassemblées dans un programme nommé « plan autisme », plan d'action à l'échelle nationale. Un des axes de la prise en charge des sujets autistes s'oriente d'abord vers un diagnostic ainsi qu'une prise en charge précoce des troubles autistiques. D'autre part, la priorité est accordée à l'intégration des enfants autistes en milieu scolaire ordinaire, ou du moins, adapté.

Là encore, on remarque une grande diversité dans les types de prise en charge, d'obédiences différentes : certains proposent une approche **psychodynamique** et psychanalytique, (avec toutes les controverses polémiques qu'ont pu engendrer les méthodes telles que le *packing*) d'autres abordent cette question d'un point de vue

comportemental et **cognitif** : les méthodes types ABA², TEACCH³, PECS⁴, Denver... se sont ainsi développées dans les années 1960 aux Etats-Unis, constituant un espoir de méthode efficace dans la prise en charge de l'autisme. Ces méthodes, dites d'« éducation structurée » visent entre autres à développer et améliorer les comportements des enfants autistes pour aller vers une meilleure adaptation. Elles constituent, pour certaines, une aide à la communication (tout particulièrement la méthode PECS).

Ainsi, si l'autisme encore aujourd'hui ne peut être soigné, le développement de la prévention en périnatalité ainsi que la mise en place de prises en charge précoces et globales peuvent permettre à l'enfant autiste de développer différents domaines d'acquisitions, d'accéder à certaines capacités d'interaction, de déployer ses compétences pour atteindre, dans la mesure du possible, une certaine autonomie physique et psychique. Les domaines éducatifs et thérapeutiques œuvrent à la réalisation de ces objectifs, et nous verrons plus loin comment la psychomotricité s'inscrit dans un tel projet de soin.

Mais avant cela, voyons comment se manifeste la question de l'intersubjectivité dans la problématique autistique.

² ABA = Applied Behavioral Analysis (Analyse Appliquée du Comportement)

³ TEACCH : Treatment and Education of Autistic and other Communication-handicapped Children (traitement et éducation des enfants autistes ou souffrant de handicaps de communication apparentés)

⁴ PECS : Picture Exchange Communication System(Outil de communication par échange d'images)

II - Autisme et intersubjectivité

La rencontre avec le sujet autiste est dans la plupart des cas particulière, frappante, déroutante, étrange. Dans cette rencontre, l'enfant autiste se présente à nous par son corps et c'est peut-être à partir de cette présentation corporelle manifeste que tout-un chacun peut se créer ses représentations de l'autisme : stéréotypies, langage incompréhensible, cris, flapping⁵, « effet cyclope », ces images peuvent nous venir en tête lorsque nous évoquons la question de l'autisme. C'est peut-être alors davantage un corps aux manifestations étranges que nous rencontrons, plutôt qu'un enfant, comme être subjectif ...

Nous avons vu que c'est par le corps que l'enfant se vit, au commencement, comme être unifié, rassemblé, qu'il éprouve un portage sécurisant, et c'est finalement à travers le corps que va s'étayer le narcissisme de l'enfant, comme en témoigne l'expression « moi-corporel » énoncée par S.Freud puis reprise par des auteurs comme G. Haag. C'est bien au travers des expériences corporelles telles que le portage, les expériences « d'attraction consensuelle maximum » pour reprendre l'expression de D.Meltzer, que l'enfant va vivre ses premiers moments d'intersubjectivité.

Mais qu'en est-il de l'enfant autiste ? Comment les expériences intersubjectives s'organisent-elles chez un enfant autiste ? Peut-il les intégrer ? Comment peut-il y répondre pour s'inscrire dans une dynamique interactive ?

Nous évoquerons ainsi comment l'enfant autiste, dans l'établissement des relations précoces, manifeste des difficultés interactives et relationnelles, puis en quoi la sémiologie autistique témoigne de telles difficultés.

1) Les interactions précoces

a) Un « bébé autiste » ?

Il est intéressant de se pencher sur le développement précoce de l'enfant autiste et ses particularités. Mais avant que le diagnostic ne soit établi, peut-on vraiment parler de « bébé autiste » ? En effet, il est difficile de détecter l'autisme avant 3 ans, on parle alors plutôt de « risque autistique ». On parle aussi de « processus autistiques », terme développé par Jacques Hochmann pour désigner la période sensible durant laquelle la

⁵ Flapping : geste répété, sorte de secousse des mains et/ou des bras, il s'agit d'une stéréotypie parfois retrouvée chez les enfants atteints de TED.

spirale interactive peut être entravée, sorte de « cercles vicieux qui renforcent inexorablement l'enfermement autistique et la détresse parentale » (Bénony, Golse, & Pedinielli, 2007). Un tel dysfonctionnement dans les relations précoces pourrait plonger l'enfant dans un processus menant à l'autisme.

Il existe un certain nombre de signes cliniques précoces qui laissent supposer un risque de développement autistique. Les signes appartenant au champ communicationnel sont souvent les signes repérés par l'entourage ; ils peuvent être manifestes voire criants autour des 2 ans de l'enfant. Avant cette période, on peut repérer des caractères chez le bébé comme une rareté des pleurs, une absence de sourire, un refus du contact corporel ou encore une indifférence émotionnelle à l'entourage. Ces signes cliniques constituent, selon F. Joly (2016), des « indicateurs plus précoces » situés « du côté tonico-postural, ludique et émotionnel ».

Dans les premiers temps de vie d'un bébé dit à risque autistique, on retrouve ainsi plusieurs particularités. L'ajustement tonique et postural peut être ainsi défaillant avec une alternance hypotonie/hypertonie rendant le portage de ces bébés laborieux (impression de bébé qui « glisse entre les mains ») et le dialogue tonico-émotionnel, primordial dans les relations précoces, difficile. Le rapport de ces bébés au toucher est également singulier, allant de l'hypo à l'hypersensibilité, et dans ce dernier cas, des attitudes d'évitement au toucher peuvent être repérées. D'autres éléments concernant la sensorialité, la motricité, la communication font partie du tableau clinique de l'enfant autiste mais sont souvent remarqués plus tard dans le développement (ces éléments seront explicités plus loin).

Ainsi, si on ne peut pas parler véritablement de « bébé autiste », on peut tout de même constater que chez certains bébés, les premières compétences intersubjectives font défaut, laissant entrevoir de manière plus ou moins criante, des difficultés relationnelles.

b) Des difficultés d'interactions

F. Muratori (2012), dans son article *L'autisme comme conséquence d'un trouble de l'intersubjectivité primaire*, met en perspective les compétences interactives du bébé, en évoquant certaines difficultés des enfants autistes : « Dans des vidéos familiales d'enfants avec autisme, il est possible d'observer des difficultés significatives dans [le] passage de patterns sociaux simples aux interactions affectives plus complexes et de type triadique ».

Autrement dit, chez l'enfant autiste, le passage des **interactions sociales** à la **réciprocité sociale**, opéré normalement chez le bébé autour de 9 mois, ne se réalise pas de manière optimale. Pour F. Muratori, les interactions sociales désignent les interactions avec le parent ou avec l'objet exclusivement et la réciprocité sociale correspond au partage d'expériences incluant parent et objet, dans une coordination de l'attention.

Cependant, il n'est pas impossible de voir se développer une forme d'intersubjectivité primaire chez les enfants qui seront diagnostiqués plus tard TSA, mais ces moments d'intersubjectivité sont souvent rares, peu motivés, labiles. Ce qui marque d'autant plus le développement de l'enfant à devenir autiste est son incapacité à accéder à une intersubjectivité secondaire, c'est-à-dire l'ouverture à une relation triadique, dans laquelle l'attention alterne entre objets et sujets. Cette difficulté peut d'ailleurs être mise en lien avec la préférence significative des enfants autistes aux objets plutôt qu'aux personnes.

Ainsi, si un semblant de *proto-conversation* peut s'établir entre l'enfant à devenir autiste et son parent, il lui est dans la plupart des cas difficile d'accéder à une complexification de ces interactions déjà pauvres. Le développement intersubjectif de l'enfant autiste s'en trouve largement entravé.

c) Une entrave à la différenciation

L'association entre les caractéristiques psychomotrices et notamment toniques du « bébé autiste » évoquées jusqu'ici et la pauvreté de ses capacités interactives ne permettent pas la mise en place d'un accordage affectif et d'une sécurité interne suffisamment étayants. Ces éléments constituent pourtant des conditions nécessaires au développement narcissique, affectif et interactif de l'enfant. Ce dernier se trouve alors en difficulté pour émerger de l'état d'indifférenciation primaire, pour s'éprouver comme « [...] un individu à part entière, non inclus dans l'autre, non fusionné à lui » pour reprendre la formulation de B. Golse (2014). D.Houzel (2002) évoque également cet état dans son article *Les signes précoces de l'autisme et leur signification psychopathologique* :

« L'enfant autiste ne peut se confronter à autrui, il échoue à se constituer comme sujet face à un autre. Il bute sur la première différence que tout psychisme doit affronter : celle de soi et de l'autre. Dans le monde de l'autisme on ne peut différencier un intérieur et un extérieur, rien de distinct ne peut exister, aucun objet

ne peut prendre forme durablement, seules des sensations fugitives et informes y ont droit de cité. »

2) La triade autistique, témoin d'une altération de l'intersubjectivité

Le diagnostic de l'autisme, pour être établi avec certitude, doit répondre aux trois critères, à savoir une **altération des interactions sociales**, une **altération de la communication** et une présence de **comportements et intérêts stéréotypés et restreints**. Or, si nous analysons plus précisément les symptômes de cette triade autistique, nous pouvons aisément repérer des éléments qui vont dans le sens d'une altération des compétences interactives et intersubjectives chez l'enfant autiste. Nous pouvons alors envisager la triade autistique selon ce point de vue.

a) Altération qualitative des interactions sociales :

Dès les premiers temps de vie, les interactions précoces des enfants autistes peuvent être marquées par un évitement du contact corporel (lié à une sensibilité tactile exacerbée), de l'étreinte, des câlins, ce qui peut provoquer un vécu négatif des parents ayant l'impression que leur enfant « ne les aime pas », ou qu'ils sont de mauvais parents. Cet appauvrissement des interactions avec l'environnement est alimenté par un ensemble de conduites de retrait de l'enfant autiste, intolérant à certaines sensations qu'il s'emploie à éviter le plus possible. Cette mise en jeu corporelle pour éviter ces sensations désagréables se manifeste d'ailleurs par des éléments psychomoteurs : on peut parfois observer chez ces enfants la mise en place d'une **carapace tonique** pour se prémunir corporellement de ce qu'ils vivent comme une attaque des différentes sources sensorielles. De même, le défaut **d'ajustement tonico-émotionnel**, que F. Joly (2016) nomme « discordance tonico-émotionnelle » empêche tout accordage affectif dont les qualités ont été évoquées. Ainsi, cette mise en jeu corporelle de l'enfant, organisée pour se prémunir des interactions, la pauvreté des comportements non-verbaux (mimiques, gestuelle, posture, contact oculaire...) ainsi que la difficulté de compréhension des émotions d'autrui, signent une altération significative des interactions sociales.

b) Altération qualitative de la communication

Le langage infra-verbal, prédominant dans les premières années de vie, est un aspect primordial dans les échanges précoces avec les parents. Dans la pathologie autistique, les modalités de communication infra-verbales sont souvent altérées. Cette altération se manifeste notamment à travers des éléments tels qu'une fuite du regard ou au contraire, un regard transperçant, un évitement relationnel, une rareté du sourire, une pauvreté des expressions émotionnelle... Les compétences intersubjectives sont entravées : retard ou absence des conduites d'imitation, absence des différentes formes de pointage dans le développement, défaut d'attention conjointe. Ces éléments signent un échec de l'accès à une motricité relationnelle. Or, de par leur intrication entre aspect affectif, relationnel et corporel, ces éléments constituent des points centraux du développement psychomoteur de l'enfant et de l'accès à une intersubjectivité. Ils font cependant défaut dans le développement de l'enfant autiste, empêchant l'accès à une communication et un partage relationnel.

Plus tard dans le développement, l'acquisition du langage verbal chez l'enfant autiste est tout aussi spécifique : le plus souvent, l'usage du langage verbal (dans les cas où l'enfant autiste y a accès) est stéréotypé, idiosyncrasique⁶, avec un usage des phrases peu incarné, voire parfois en écholalies. La communication verbale est mise à mal dans l'utilisation du langage social, souvent peu adapté, peu ajusté aux codes sociaux, donnant une impression de bizarrerie. L'aspect pragmatique du langage chez le sujet autiste entrave l'accès et la compréhension de la symbolique, ou encore de l'humour.

c) Comportements, intérêts et activités restreints, stéréotypés et répétitifs

S'inscrivant dans la sémiologie autistique, ce caractère est en lien avec la notion de *sameness* initialement décrite par L. KANNER, c'est-à-dire une recherche **d'immuabilité** et une intolérance au changement. Le corps est le vecteur de cette recherche d'immuabilité : les rituels et conduites stéréotypées sont réalisés et centrés sur celui-ci. Le sujet autiste se livre à des comportements stéréotypés et répétitifs, et manifeste un attrait pour un type d'objets ou de sujet de conversation bien défini. Ces restrictions des activités,

⁶ Idiosyncrasique : qui qualifie l'utilisation de mots ou phrases de manière inadaptée dans le contexte d'une discussion par exemple, ou encore une utilisation de néologismes (création de nouveaux mots).

des intérêts et des comportements sont regroupées sous le terme d'« indifférence psychomotrice au monde » par F. Joly (2016). Le sujet autiste, dans ses comportements restreints ou dans la réalisation de stéréotypies, se coupe momentanément de la relation, utilise ces attitudes comme stratégie défensive contre une relation trop « dangereuse » ou en tout cas, trop difficile à supporter, à soutenir, alors que c'est dans de tels moments de relation que se construit le partage intersubjectif.

A partir de tous ces éléments appartenant à la triade autistique, on peut voir comment l'autisme relève non seulement d'une organisation psychomotrice particulière, articulée entre mécanismes corporels de repli, besoin d'immuabilité, conduites essentiellement auto-centrées, mais aussi d'une entrave aux processus permettant l'intersubjectivité. Bien d'autres éléments de la sémiologie autistique ne favorisent pas cet accès à l'intersubjectivité, et entrent en résonance avec cette idée d'une organisation psychomotrice envahie par ce « trouble **envahissant** du développement »

3) Autres particularités interférant sur l'accès à une intersubjectivité

Certaines particularités sont souvent observables chez les enfants autistes, mais il est important de considérer l'hétérogénéité des symptômes retrouvés au sein d'une même forme d'autisme.

a) Concernant la sensorialité

Une hypo ou une hypersensibilité (ou parfois une alternance entre ces deux états) aux stimulations visuelles, auditives, kinesthésiques, tactiles, vestibulaires ou encore douloureuses est souvent observée chez les enfants autistes. Ceci est à mettre en lien avec un défaut **d'intégration sensorielle**, c'est-à-dire l'impossibilité du sujet autiste à trier, et notamment à moduler, discriminer, filtrer les informations provenant des divers canaux sensoriels afin d'émettre une réponse adaptée de l'organisme sur l'environnement. Ce défaut d'intégration sensorielle entraîne ainsi une difficulté **d'interaction** du corps de l'enfant avec l'environnement : de par son hyper ou son hypo sensibilité, l'enfant autiste peut voir son développement moteur et postural largement entravé, donnant naissance à des réactions comportementales et émotionnelles inadaptées.

De plus, une particularité notoire concernant la sensorialité de l'enfant autiste est sa recherche active de stimulations sensorielles, tant visuelles qu'auditives, kinesthésiques ou

vestibulaires. L'HAS (2010) considère cette particularité comme faisant partie des troubles de la **modulation sensorielle**. L'enfant autiste peut être dans une recherche de sensations : enfants qui s'approchent très près d'un haut-parleur, se bouchent les oreilles, font tourner les roues d'une petite voiture près de leurs yeux, tournent sur eux-mêmes ...

Tous ces caractères nous révèlent un aspect de la mise en jeu corporelle de l'enfant autiste, ici au service d'une **recherche de sensations auto-centrées**.

Un manque **d'intermodalité sensorielle** est également une des caractéristiques sensorielles de l'autisme : le sujet autiste manifeste des difficultés à coordonner plusieurs sens entre eux, s'accrochant à un seul canal sensoriel. Cette absence de transmodalité sensorielle est associée à la notion de **démantèlement**. C'est d'ailleurs ce que décrit T. Grandin (2000) dans son livre *Ma vie d'autiste* :

« [...] intensément occupée par le mouvement de la pièce ou du couvercle qui tournait, je ne voyais ni n'entendais rien. Les gens autour de moi étaient transparents. Aucun son ne me détournait de ma fixation. C'était comme si j'étais sourde: même un bruit fort et soudain ne me faisait pas tressaillir hors de mon monde »

Ce récit révèle ainsi une véritable segmentation des flux sensoriels, ce qui peut être mis en lien avec la notion de co-modalisation des flux sensoriels, mécanisme, on le voit bien ici, largement mis à mal dans la pathologie autistique et pourtant essentiel dans l'établissement des compétences intersubjectives.

b) Concernant la cognition

De manière générale, on relève une grande variabilité dans les profils cognitifs des personnes autistes. Il est aussi important de prendre en compte le retard mental qui peut être associé aux troubles autistiques : selon la Haute Autorité de Santé (2010), environ 30% des personnes atteintes de TED (toutes catégories confondues) présentent une déficience intellectuelle.

Le profil cognitif des personnes autistes présente une grande variabilité, tant entre les différentes catégories d'autisme (avec ou sans retard mental associé) qu'entre les compétences cognitives d'une même personne. En effet, les compétences cognitives d'une personne autiste peuvent être très hétérogènes.

Les **fonctions exécutives** sont un des domaines cognitifs particulièrement touchés dans l'autisme. Elles sont définies par l'HAS (2010) comme les « fonctions intervenant dans l'action physique ou mentale pour l'initier, l'inhiber, la diriger et la planifier. Elles incluent l'initiation, l'inhibition, le changement, la mémoire de travail et la surveillance de sa propre performance pour une tâche donnée ». Ainsi, les fonctions exécutives signent une capacité à s'adapter au changement, à anticiper ..., domaines dans lesquels les personnes autistes sont justement en difficulté. D'autres particularités du fonctionnement cognitif peuvent être relevées dans les troubles autistiques :

- La **théorie de l'esprit** : il s'agit de la « capacité d'attribuer un état mental aux autres et à soi-même. » (Haute Autorité de Santé, 2010). Cette habilité révèle un fonctionnement cognitif plutôt élaboré, et participe largement aux interactions sociales. Elle fait défaut dans la pathologie autistique.
- la **cohérence centrale** : c'est la capacité de former un ensemble cohérent à partir d'une combinaison de détails et d'un contexte pour appréhender une situation. La cohérence centrale est souvent faible chez les personnes autistes, qui manifestent souvent un attrait pour les détails, et ont tendance à traiter les informations de l'environnement de façon parcellaire plutôt que globale.

Toutes ces particularités cognitives, même si elles ne sont pas retrouvées systématiquement dans la sémiologie autistique, entravent de manière significative la manière d'être au monde du sujet autiste, et de communiquer avec l'environnement, de s'y adapter, de s'engager dans une interaction. Rencontrer un partenaire interactif et subjectif, le comprendre, anticiper ses intentions, échanger et partager avec lui est donc loin d'être aisé pour les sujets autistes.

c) Concernant l'expression des sensations et émotions

La dimension émotionnelle est une composante importante de la sémiologie autistique et du sujet qui nous intéresse. Les personnes autistes peinent souvent à décoder, saisir, comprendre les émotions dans leur expression aussi bien sur autrui que sur eux-mêmes. La personne autiste a peu accès à l'empathie, et elle est souvent en difficulté dans la gestion et l'expression des émotions. En effet, le sujet autiste peut facilement se retrouver débordé par un vécu émotionnel intense, aussi bien positif que négatif. Ce **débordement émotionnel** peut être mis en lien avec une difficulté à se représenter les émotions vécues. À ce titre, J. Boutinaud (2003) associe ce débordement à une

manifestation d'affects non représentés, non représentables et non traitables par l'appareil psychique de l'enfant autiste, provoquant des réactions vives et parfois violentes. Il considère ainsi que ces manifestations révèlent les affects sous une forme très archaïque : « [...] non liés à des représentations, [les affects] s'expriment de façon anarchiques et se traduisent bien souvent par des réactions d'excitation très intense chez l'enfant, réactions dont le sens et la nature peuvent échapper à l'observateur extérieur ».

L'enfant autiste met alors en place des moyens pour gérer ce débordement émotionnel, et réguler la charge émotionnelle trop forte. Ces mécanismes sont souvent très restreints, il peut s'agir de stéréotypies, balancement, rituels, accrochage sensoriel ou accrochage à un objet...

4) Un corps et une motricité au service d'une lutte contre l'angoisse

a) Une motricité dans un corps « déserté »

De manière générale, la motricité des enfants autistes présente un certain nombre de particularités, parmi lesquelles on relève des démarches atypiques, stéréotypies, postures et attitudes singulières, jeux et comportements moteurs étonnants... À première vue, on pourrait décrire une motricité plutôt performante, les enfants autistes peuvent, pour la plupart, se déplacer, courir, sauter, grimper... avec une agilité parfois surprenante ! Cependant, en analysant plus précisément, on peut observer un manque d'ajustement postural, un défaut de coordination, d'équilibration ou encore une difficulté de régulation tonique, rendant cette motricité peu harmonieuse. Il s'agit finalement d'un défaut **d'investissement** de la motricité chez les sujets autistes, dont le corps peut nous paraître « déserté » pour reprendre l'expression de M. Lemay (2016) avec une sorte de retrait, un vécu désaffectivé et désincarné du corps. Dès le plus jeune âge, on peut d'ailleurs observer une pauvreté des conduites exploratoires spontanées tant des objets que de l'espace. Si nous prenons l'exemple de la marche, l'enfant autiste, n'investirait pas la marche au moment de son acquisition dans le sens d'une exploration du monde et de l'espace environnant, mais plutôt dans le sens d'un ensemble de sensations, d'expériences sensori-motrices auto-centrées.

On peut également noter une **désorganisation motrice**, avec un geste entravé par des difficultés praxiques. Cette altération de l'organisation praxique peut donner lieu par exemple à des troubles de la coordination manuelle, oculo-manuelle ou encore perceptivo-

motrice. On peut ainsi voir combien la **motricité instrumentale** est atteinte dans la pathologie autistique.

b) Une pauvreté de la motricité relationnelle

La **motricité relationnelle** est quant à elle tout aussi altérée. En effet, malgré des compétences motrices apparentes, l'enfant autiste ne met pas son corps et sa motricité au service de la relation avec autrui, dans une dimension interactionnelle. Les expériences motrices interactives et relationnelles sont ainsi peu initiées, et l'enfant autiste ne manifeste pas de curiosité ni d'appétence relationnelle. À ce titre, F. Muratori, F. Apicella et S. Maestro (2016) évoquent dans un article une « difficulté [de l'enfant autiste] à être suffisamment organisé d'un point de vue moteur pour pouvoir utiliser la motricité comme un moyen d'interaction avec l'autre ». On voit bien ici à quel point, l'organisation psychomotrice de l'enfant autiste ne vient pas favoriser la mise en place de liens intersubjectifs. F. Joly (2010) quant à lui, parle d'une « faillite de la motricité ludique en relation » qu'il associe à un « défaut de pulsionnalisation des fonctions comme des expériences motrices ludiques dans la relation à l'autre ».

c) L'exemple des stéréotypies

La motricité de l'enfant autiste est ainsi tournée vers des mécanismes qu'on appelle **auto-calmants**. Un des exemple observables chez l'enfant autiste est la présence de **stéréotypies**.

Les stéréotypies peuvent être motrices, verbales, elles constituent avant tout pour le sujet autiste un **agrippement auto-sensuel**. Flapping, balancements, rotation sur soi, manipulation d'objets sélectifs, tournoiements, répétitions de phrases, ces phénomènes sont des comportements (souvent moteurs) répétitifs, interférant dans les activités.

« Les rythmes incessants, les tournoiements, les autostimulations sensorielles [...] sont les principales stéréotypies tentant de procurer une **maîtrise de ces sensations elles-mêmes**, comme le vertige, tout en accordant une autosensation activement entretenue ; cette autosensation, en deçà de la constitution d'un monde interne avec des capacités de représentation, maintient un minimum de sentiment de continuité d'exister. » (Haag, 1996)

Ces mots de Geneviève Haag révèlent combien les stéréotypies de l'enfant autiste, ont une visée autocalmante, apaisante, mais ne participent pas à la création de représentations (du corps, de la relation, de l'environnement). D'apparence parfois incompréhensible, les stéréotypies évoquent une répétition stérile, parfois morbide, et peuvent nous sembler « figer temps et espace », pour reprendre l'expression de D. Houzel (2002). Ces signes corporels manifestent, selon F. Joly (2016) une « faillite de mentalisation, de subjectivation et [...] [une] pauvreté de l'épaisseur psychique, d'où le maintien envahissant de ces signes corporels, auto-calmants, évitant, absorbants, les accrochages auto-sensoriels ».

Enfin, à travers une telle mise en jeu corporelle, l'enfant autiste utilise son corps et sa motricité davantage en faveur d'une lutte contre l'angoisse (à travers les stéréotypies) et d'un évitement relationnel (conduite de retrait, carapace tonique) qu'au service d'un investissement d'une « motricité ludique en relation » (Joly, 2016). Toutes ces expériences corporelles ne peuvent ainsi pas s'articuler autour d'un processus de mise en représentation et de symbolisation, alors-même que l'intériorisation de la relation participerait au processus de subjectivation, précédemment évoqué.

Si l'autisme est marqué par un « échec majeur de l'accès à l'intersubjectivité » comme le nomme B. Golse (2006), tous les sujets autistes ne présentent pas les mêmes atteintes concernant l'intersubjectivité. En effet, certains sujets autistes, les plus gravement atteints, n'ont « aucune conscience [...] de l'existence d'autrui » (Golse, 2006), tandis que d'autres, perçoivent *a minima* la présence d'un autre comme être différencié d'eux, mais demeurent loin de nous, de par leur impossibilité à reconnaître l'écart intersubjectif. Cet écart intersubjectif est défini par B. Golse comme une distance psychique qui s'établit progressivement dans la relation primaire maternelle et qui permet à chaque sujet de se vivre comme individu subjectif différencié.

Mais abordons maintenant la question du psychomotricien comme partenaire intersubjectif de la relation avec l'enfant autiste.

C- LE PSYCHOMOTRICIEN : UN ACTEUR DANS LA RENCONTRE INTERSUBJECTIVE

Après avoir dressé un tableau de ce qu'est l'intersubjectivité, sa mise en jeu dans le développement de l'enfant, et comment cette intersubjectivité se manifeste dans la pathologie autistique, nous pouvons maintenant nous arrêter sur un des acteurs de la rencontre intersubjective en thérapie psychomotrice, à savoir le psychomotricien.

I - Une considération du corps particulière ...

Le psychomotricien vient s'adresser au corps, dans son articulation singulière entre corps physique et psyché, qui fait le propre de l'humain. Le psychomotricien s'adresse à un corps qui doit trouver constamment l'équilibre entre un fonctionnement aux dimensions physiques, motrices, sensorielles, perceptives, biologiques, éléments objectifs pourrions-nous dire, et la part de subjectivité, exprimée par le corps à travers ses émotions, son expressivité propre, sa sensibilité ... tant d'éléments qui témoignent d'une vie psychique et affective à la fois riche et complexe. Ainsi, comme l'évoque Christian Ballouard (2006) à propos du psychomotricien : « Son domaine est donc celui de la vie psychique, à travers et par la mise en œuvre du corps en mouvement, en expression et en relation »

Catherine POTEL, dans son livre *Etre psychomotricien*, aborde le métier de psychomotricien comme une position intermédiaire entre le corps et le psychisme à travers l'image du funambule, personnage à la fois poétique et audacieux, défiant les lois de la pesanteur :

« Le propre du funambule est de rester debout sur un fil et de garder son équilibre [...]. L'objet du psychomotricien est fait de toute la richesse de ses médiations corporelles et sensorielles: le mouvement, l'espace, la voix, le rythme, le geste, la tonicité... Le psychomotricien a choisi un fil conducteur, difficile à tenir. Ce fil, c'est de contenir à l'intérieur de lui cette articulation fondatrice soma/psyché. »
(Potel, 2010)

En psychomotricité, le corps, dans cette intrication avec la psyché, constitue un « point d'ancrage » pour reprendre l'expression de C. Ballouard, comme à la fois objet et moyen de travail. Ainsi, le psychomotricien travaille *sur* le corps, *grâce* au corps, *en*

*relation avec le corps, avec son propre corps ... et pourtant, à l'inverse d'un médecin, le psychomotricien ne vient pas guérir ni réparer une fonction défaillante ou un désordre somatique. Ce n'est pas tant le **fonctionnement** du corps qu'il traite, mais c'est davantage la question de **l'investissement du corps** que le psychomotricien vient approcher. Cet investissement nécessite d'ailleurs la présence de l'autre dans son activité de penser, de nous penser, de nous reconnaître en tant que sujet. Avant de pouvoir s'investir et investir son corps dans une corporéité, il faut donc avoir été investi d'une énergie psychique et d'une affection suffisante par un autre, par exemple la mère. F. Joly (2010) explicite cette notion de « corporéité » comme une « [...] habitation corporelle et [...] harmonie de la sphère psychomotrice » et en fait la spécificité de notre action en psychomotricité : « La psychomotricité constitue le lieu carrefour d'articulation d'une double dimension induite par notre corporéité : à la fois au pôle psychique et au pôle neuromoteur, inextricablement tressés ensemble. »*

Cette articulation entre fonctionnement et investissement du corps a également été envisagée par J de Ajuriaguerra, un des pères fondateurs de la psychomotricité. Selon lui, les aptitudes et fonctions du corps, reposent avant tout sur un *équipement* (qui s'articule entre capital génétique, biologique et environnemental), mais prend toute sa consistance et son épaisseur dans *le développement des fonctions* et dans *le fonctionnement* de ces fonctions. Le psychomotricien vient rencontrer le corps du patient dans l'articulation entre ces trois éléments, et finalement, nous pourrions dire que le psychomotricien ne vient pas tant s'intéresser aux fonctions dans leurs qualités de fonctionnement, mais plutôt dans la manière dont le sujet les utilise et les investit.

II - Du corps à la relation

Au-delà de cette considération du corps, il ne faut pas oublier un point central dans le travail en psychomotricité, à savoir la mise en jeu du corps dans une **relation**. Ainsi, le psychomotricien vient s'adresser au corps dans sa dimension communicationnelle (tant verbale que non-verbale) et relationnelle car c'est à travers ce corps, *corps en relation* que se dévoilent, de manière plus ou moins manifeste et plus ou moins consciente, les différentes modalités de communication et de relation. C. Ballouard (2006) résume ainsi : « le corps, comme lieu de passage obligé de la communication et de la vie psychique, fournit à la psychomotricité son terrain et les limites de son action, son domaine

d'intervention et l'infini de ses possibilités ». Ce dernier cite également Michel Bernard, rappelant que « la motricité est toujours liée directement ou non à une expérience, émotionnelle, imposée par une relation avec autrui. »

La spécificité ainsi que les appuis théoriques qui étayent sa pratique permettent au psychomotricien, à partir de ses propres modalités psychocorporelles et relationnelles, de s'appuyer sur son savoir-faire, (ou plutôt devrions-nous parler de savoir-être) pour mettre en jeu son corps et sa psyché, ce « tout psychomoteur » et aller à la rencontre du patient.

III - Les outils d'une approche psychomotrice

Dès lors, c'est autour d'un *corps comme relation*, expression de J.de Ajuriaguerra, que se développent les différents éléments d'approche psychomotrice et les outils du psychomotricien. Tonus, motricité, dialogue tonico-émotionnel, temps, espace, expression, émotions sont des éléments intriqués et interdépendants, à travers lesquels et par lesquels le sujet se développe ; mais ils sont aussi et surtout des éléments fondamentaux qui fournissent au psychomotricien un angle à travers lequel il peut saisir et tenter de comprendre le patient. Ces éléments constituent la toile de fond de l'intervention psychomotrice.

Le psychomotricien peut ainsi s'appuyer par exemple sur le tonus et le dialogue tonico-émotionnel, comme supports de la communication pré-verbale pour engager une certaine communication et venir rencontrer le patient. En effet, le tonus, décrit par C.Potel (2010) comme « [...] toile de fond historique du corps, le tissu où s'est imprimée la préhistoire du sujet », témoigne de l'état neurologique du patient, il est impliqué dans le mouvement et la posture, mais vient aussi teinter toute expérience d'une coloration affective particulière. Autour de cette notion de tonus se développe le dialogue tonico-émotionnel, impliqué dans les interactions précoces et particulièrement le portage, et à travers lequel un échange émotionnel et infra-verbal peut se jouer entre la mère et son bébé. Ce dialogue tonico-émotionnel marque une intrication entre tonicité et état émotionnel et vient articuler des dimensions corporelle, psychique et affective dans une relation et une transmission d'un état émotionnel, mis en place dès les premiers temps de vie du bébé. Ces notions prennent donc tout leur sens dans la thérapie psychomotrice.

Le temps et l'espace sont également des éléments autour desquels l'enfant évolue, se construit, et à travers lesquels ses actions prendront sens, dans une motricité que l'on souhaite harmonieuse et investie dans le sens d'une *motricité en relation*. Temps et espace se déploient comme cadre et support dans le soin en psychomotricité, de même que d'autres éléments qui constituent d'ailleurs ce qu'on appelle items dans le bilan et l'observation psychomotrice : le schéma corporel, l'image du corps, les coordinations, la motricité, la latéralité.

Je ne développerai pas tous ces éléments dans la richesse des caractères qu'ils donnent à observer, mais il s'agit de souligner le fait que le psychomotricien, dans ses qualités d'observation et d'écoute, et les outils relationnels qu'il a à sa disposition, peut proposer des expériences de jeu, de mouvement, de continuité, de portage, d'accordage, de relation, d'exploration tant motrices que sensorielles de l'environnement... La diversité de ces expériences vient soutenir et étayer la construction narcissique, le sentiment de continuité d'exister, de sécurité interne, et tant d'autres perspectives qui œuvrent au mieux-être du patient, à une certaine harmonie dans l'habitation qu'il a de son corps.

Finalement, le propre du psychomotricien, dans sa rencontre avec le patient qui est souvent en difficulté dans cette habitation corporelle, est de pouvoir déployer tous ces éléments comme outils relationnels et comme clé de compréhension du sujet, ce que C.Potel (2010, p. 234) désigne par « [...] outils de compréhension des processus corporels mis en œuvre par le sujet, ainsi que leur intérêt pour ces constructions fondamentales corporelles ».

PARTIE CLINIQUE

I - Adrien à l'hôpital de jour

C'est lors de mon stage à l'hôpital de jour que je rencontre un patient que je nommerai Adrien qui a été l'objet de nombre de mes réflexions, et qui finalement, m'a mené à écrire ce mémoire.

L'hôpital de jour fait partie d'un pôle de pédopsychiatrie, assurant des soins polyvalents et individualisés et permettant aux enfants d'être intégrés autant que possible en milieu scolaire. Les enfants accueillis bénéficient d'un accompagnement thérapeutique et d'une prise en charge médicale et rééducative. Le relais est assuré avec les autres prises en charge de l'enfant (milieu scolaire ou soins effectués en dehors de l'hôpital de jour) et les parents participent à des entretiens plusieurs fois par an.

L'équipe est constituée d'infirmières, d'une assistante sociale, d'un médecin psychiatre, de psychomotriciens, d'une orthophoniste, d'une psychologue institutionnelle, d'une secrétaire, d'une maîtresse de maison. Les enfants sont accueillis à la demi-journée ou à la journée entière. Les temps de la journée sont organisés entre soins groupaux, prises en charge individuelles en orthophonie, en psychomotricité, temps individuel avec une infirmière, entretiens ponctuels avec le médecin psychiatre, temps de repas, temps plus libres où les enfants sont regroupés en pièce commune. Cette équipe accueille des enfants de 5 à 12 ans, ayant des troubles psychiatriques. La plupart des enfants rencontrés souffre de troubles envahissants du développement, et plus particulièrement d'autisme.

1) Quelques éléments de description et anamnèse

Lorsque je rencontre Adrien au début de mon stage à l'hôpital de jour, il a 9 ans et demi. C'est un petit garçon brun, aux cheveux frisés, plutôt menu. Adrien est né en France, il est le plus jeune d'une fratrie de trois enfants. Il a un frère de 11 ans et une sœur de 12 ans. Ses parents sont d'origine algérienne, mais vivent et travaillent en France. Le développement anté et périnatal d'Adrien ne comporte pas d'éléments particulièrement inquiétants, selon son dossier. Néanmoins, la petite enfance d'Adrien est marquée par des difficultés de langage et de communication : sa maman parle d'absence de langage oral et

d'écholalies différées. Elle dit également qu'elle le trouve « comme dans sa bulle » et indique un « besoin de contact corporel ». Ces signes sont repérés autour des 3 ans d'Adrien, alors qu'il est gardé en crèche. À cette époque, il débute un suivi en CMP⁷ avec une psychologue pour des entretiens mère/bébé hebdomadaires et un suivi en psychomotricité, à la même fréquence. À 5 ans, Adrien intègre l'hôpital de jour où je le rencontre et où il bénéficie depuis, de plusieurs soins de groupe et de séances individuelles en psychomotricité. Son suivi en psychomotricité au CMP s'achève alors, pour poursuivre avec mon maître de stage en hôpital de jour. Un Bilan CEDA⁸ est réalisé alors qu'Adrien a 6 ans, établissant le diagnostic d'**autisme infantile**.

Aujourd'hui, Adrien est scolarisé la moitié du temps en ULIS⁹ élémentaire et est pris en charge à l'hôpital de jour le reste du temps. Une fois par semaine, il bénéficie d'une séance d'orthophonie en libéral et d'une séance individuelle avec une psychologue en CMP, poursuite de son suivi psychologique débuté à ses 3 ans.

Adrien est un enfant très agile, mais souvent fuyant. C'est particulièrement par son regard qui est fuyant, bien qu'il puisse être en lien par le regard. Par moments, il s'emploie à une sorte de gymnastique oculaire, roulant des yeux et alternant entre clignement des paupières (comme s'il cherchait à se débarrasser d'une poussière) et regard dans la direction opposée de celle de sa tête (comme s'il nous regardait du coin de l'œil). Le contact visuel est ainsi particulier, surtout lorsque nous nous adressons à lui.

Adrien a un bon niveau de **langage verbal**, tant dans l'expression que la compréhension, avec cependant un usage restrictif qui ne favorise pas la communication : il répète souvent des phrases et répliques de dessins animés ou de jeux vidéos avec une grande précision, soliloquant longuement sans pouvoir répondre aux différentes sollicitations des soignants. Le ton de sa voix est neutre voire désincarné, peu empreint d'émotions et labile, surtout lorsqu'Adrien récite ses discours répétitifs. La plupart du temps, son discours et le ton qu'il emploie sont discordants, révélant un aspect presque désaffectivé.

Concernant les apprentissages, Adrien sait lire, écrire et compter, mais met parfois ses compétences cognitives au service d'activités stéréotypées dans lesquelles il peut

⁷ CMP : Centre Médico-Psychologique

⁸ CEDA : Centre d'Evaluation et de Diagnostic de l'Autisme

⁹ ULIS : Unités localisées pour l'inclusion scolaire. Il s'agit d'une classe adaptée pour les enfants souffrant notamment de troubles envahissant du développement.

facilement se perdre, se coupant alors de la relation et des autres. Pour citer un exemple, il demande souvent des feuilles blanches pour dessiner, mais s'emploie à écrire une succession de mots toujours en majuscules, sans logique apparente, puis déchire rapidement la feuille et en demande une autre. Cette activité peut prendre beaucoup d'ampleur pour Adrien et le plonge dans un état de détresse. Son corps manifeste alors une mise en tension tant dans sa voix que dans son tonus, il s'agite parfois jusqu'à atteindre une désorganisation motrice, s'agace, hurle qu'il « veut une autre feuille » et peut même se mettre à pleurer si on lui refuse.

Adrien a longtemps prêté une grande importance aux panneaux de signalisation, aux plans, aux trajets, aux noms de rues... Ces éléments constituaient probablement un repère pour lui quant à sa venue à l'hôpital de jour, mais cet intérêt s'est très peu manifesté durant cette année de prise en charge.

2) Sa prise en charge

a) À l'hôpital de jour

Depuis le début de sa prise en charge à l'hôpital de jour, Adrien a participé à plusieurs groupes thérapeutiques. Aujourd'hui, il participe aux groupes « Expression corporelle » avec un autre enfant (groupe où lui sont proposés une mise en mouvements, afin de l'amener à une prise de conscience de son corps dans l'espace ainsi que des moments de détente) et au groupe « Jeux d'eau » sur un dispositif de *flaque thérapeutique*, avec deux autres enfants.

Les axes de soin menés par l'équipe s'orientent vers une mise en place de supports écrits (notamment les pictogrammes) structurant les différents temps de prise en charge d'Adrien, afin de mieux appréhender la nouveauté et les situations angoissantes, et vers un travail autour de la séparation dans lequel sont également impliqués les parents. Cette question de la séparation est effectivement complexe pour Adrien, nous l'évoquerons plus loin.

Le contexte de la prise en charge d'Adrien durant cette année scolaire a été particulièrement chaotique, puisque l'hôpital de jour a déménagé début novembre. Toute l'équipe et tous les enfants ont ainsi dû s'adapter à un nouvel environnement, de nouveaux

locaux, de nouveaux repères. Cette nouveauté a été très difficile à intégrer pour Adrien, au point que son père parle de « traumatisme » pour qualifier le vécu de son fils vis-à-vis de ce déménagement. Ce changement a été vecteur d'angoisses pour Adrien, et nous avons pu le ressentir de façon prégnante dans les séances de psychomotricité.

b) En psychomotricité

Eléments psychomoteurs

Le dernier bilan psychomoteur d'Adrien a été réalisé par mon maître de stage il y a trois ans. Les éléments qui sont présentés ici sont ainsi issus de mes observations.

Adrien est un petit garçon au contact très fuyant : la poignée de main que nous échangeons à chacune de ses venues reflète chez lui un aspect peu incarné de ce code social. Il serre notre main en nous disant « bonjour » mais regarde dans une autre direction et se dirige déjà ailleurs alors qu'il n'a pas encore lâché notre main. Il regarde très souvent dans une autre direction que celle vers laquelle il se dirige et c'est souvent vers le plafond qu'il porte son regard. Dès notre rencontre et sur tout le trajet jusqu'à la salle de psychomotricité, Adrien se livre presque systématiquement à des discours répétitifs autour de dessins animés ou chansons qu'il entend chez lui et connaît par cœur. Ces éléments prennent beaucoup de place en séance, et peuvent avoir un caractère très enfermant pour lui.

Adrien est très souvent dans un état d'agitation motrice, comme s'il ne pouvait pas rester immobile ou calme ne serait-ce que quelques minutes. Il présente une motricité peu harmonieuse : sa marche est peu déliée, alternant entre une démarche traînante, presque nonchalante et une course très tonique, occasionnant parfois des chutes. Il manifeste paradoxalement des compétences d'agilité et de contorsion assez impressionnantes et parfois dangereuses. En effet, il peut grimper sur des meubles hauts de la salle, se mettre sur la tête, basculer en arrière et tourner, adopter des postures ressemblant presque à des figures de *hip-hop*.

Sa motricité globale et ses coordinations sont plutôt bonnes mais sont investies dans le sens d'une recherche de sensations. Il manifeste également une grande précipitation dans les différents comportements moteurs, entravant tout contrôle du geste. La motricité fine ainsi que la graphomotricité révèlent souvent un intérêt restreint pour l'écriture de mots et les dessins qu'il ne finit pas (comme expliqué précédemment).

D'un point de vue tonique, Adrien alterne entre des attitudes et démarches très toniques, manifestant parfois des décharges motrices au niveau des jambes, et des effondrements toniques importants où il peut se laisser tomber au sol brutalement. On retrouve cet effondrement tonique lors des épreuves de graphisme où Adrien ne tient pas son axe et peut s'avachir sur la table, la tête contre sa feuille. De cette manière, Adrien présente de grandes difficultés de régulation tonique. Ce défaut est d'autant plus prégnant dans le contact corporel.

Concernant le schéma corporel, Adrien peut nommer différentes parties de son corps, nous indiquer où il a mal lorsqu'il vient de tomber par exemple. Il a ainsi une bonne connaissance de son corps, mais la manière dont il l'habite est très particulière : désincarnée, désaffectivée, il peut même employer des expressions témoignant d'une certaine dépersonnalisation de son corps : « j'ai mal au short » ou encore « j'ai mal au bonnet ». De telles expressions, typiquement autistiques, peuvent être mis en lien avec une fragilité de l'image du corps souvent remarquée dans la problématique de l'autisme, et interrogent sur l'investissement et la perception de ses limites corporelles. D'ailleurs, Adrien est très souvent en recherche de contact ; soit du contact de l'adulte en sautant dans nos bras et nous serrant très fort, soit du contact avec des objets ou surfaces durs. En effet, en séance, il peut se jeter au sol avec une force étonnante, ou se lâcher brutalement en se renversant en arrière alors qu'il est dans nos bras. Ce contact corporel est globalement peu adapté et semble témoigner à la fois d'une difficulté de régulation tonique, mais aussi d'une difficulté d'être en lien et d'une certaine manière, révèlent ses angoisses de chutes.

Projet de soin en psychomotricité

À l'issue du premier bilan psychomoteur réalisé par mon maître de stage au début de la prise en charge d'Adrien (il avait alors 7 ans), les axes de travail en psychomotricité ont été définis, orientés vers une recherche de **repères internes** suffisamment stables, en réponse au besoin d'Adrien de prendre appui sur des éléments extérieurs (le portage par l'adulte, les supports extérieurs), un travail autour **des limites corporelles** et une meilleure **intégration des ressentis corporels**, c'est-à-dire ressentir son corps autrement que dans une agitation et dans un registre auto-sensuel. Un travail autour de la distance, particulièrement de la bonne distance à l'autre dans la relation est également une notion au cœur de la prise en charge d'Adrien en psychomotricité, qui vient d'ailleurs jouer un rôle important dans la question de l'intersubjectivité, nous l'aborderons plus tard.

Le suivi avant mon arrivée

Adrien est suivi depuis deux ans par mon maître de stage. Les séances de psychomotricité avec Adrien dans l'ancien hôpital de jour étaient très structurées. Avant le déménagement, mon maître de stage utilisait un support pour définir une sorte de « programme de la séance » : sur un tableau blanc, Adrien traçait des cases dans lesquelles il dessinait quatre symboles correspondant aux quatre temps de la séance. Ce système avait été mis en place pour permettre à Adrien d'appréhender la séparation, moment difficile pour lui. Durant la première année de suivi, il s'accrochait à ce tableau qui permettait une certaine immuabilité dans le déroulé de la séance, mais peu à peu, des changements progressifs ont pu être acceptés par Adrien, laissant place à un peu plus de souplesse et de nouveauté dans les propositions en psychomotricité. L'introduction de nouveaux supports a ainsi été possible.

Les séances se déroulaient ainsi en plusieurs temps, représentés chacun par un objet. À partir des supports symbolisés comme le gros ballon, le tunnel et la toupie, la séance de psychomotricité s'articulait autour de propositions de jeux de **confrontation**, (si on peut parler de jeux, étant donnée la difficulté d'Adrien à mettre son corps au service d'une *motricité ludique en relation*) ou encore de temps de **portage** déclinés sous différentes modalités. Le gros ballon tenu par le psychomotricien et contre lequel Adrien venait s'appuyer ou se jeter, pouvait faire tiers dans la rencontre, établissant une certaine distance dans le contact corporel. Les supports comme la toupie, dans laquelle Adrien appréciait se lover, lui offraient des situations de portage et de rassemblement corporel, le rendant plus disponible à la relation et ouvrant alors une possibilité d'interactions (cet aspect sera développé plus loin).

Les questions de distance, de portage, de limites corporelles ont donc été mises au travail dans le suivi d'Adrien en psychomotricité, et reprises sous une forme un peu différente à mon arrivée. En effet, après le déménagement de la structure, le support du déroulé de séance n'a pas été repris, du fait de l'absence momentanée de tableau. Nous appréhendions particulièrement cette absence de support qui aurait pu être source d'angoisse pour Adrien, mais il n'a pas fait état de ce changement, et n'a, par la suite, pas demandé à retrouver ce support. Nous avons donc progressivement organisé et construit les séances avec lui d'une autre manière, laissant place à plus de spontanéité dans les propositions et faisant naître des moments de rencontre et d'intersubjectivité.

Cette année de suivi en psychomotricité et plus généralement à l'hôpital de jour a ainsi été riche en nouveautés, de par ce déménagement mais aussi de par ma présence, d'autant plus nouvelle pour lui. Ces nouveautés ont été coûteuses pour Adrien ; son besoin d'immuabilité propre à la pathologie autistique a été largement mis à mal, générant souvent une grande angoisse dont je détaillerai les manifestations plus loin.

II - Rencontres ... ?

1) Comment rencontrer Adrien ?

a) Ma première rencontre

Avant de rencontrer Adrien, j'avais eu quelques indications de mon maître de stage : « tu verras, c'est un enfant assez difficile ». J'aborde alors cette première rencontre entre appréhension et curiosité, ne sachant pas trop à quoi m'attendre. Adrien avait été prévenu par le psychomotricien de ma venue et de ma présence future dans les séances. Cette première entrevue se déroule ainsi dans le vestiaire où Adrien pose son manteau, il vient d'arriver à l'hôpital de jour. S'approchant de moi, il serre la main que je lui tends et dit un « bonjour Marie » d'un ton neutre, formel, presque désaffectivé et sans me regarder vraiment. Son visage est lisse, manifestant peu d'émotion, il me paraît d'emblée distant dans la relation. Adrien se met ensuite à déambuler dans la pièce en commençant à s'agiter. Brusquement, sans que je m'y attende, il saute dans mes bras, s'accroche à mon cou, m'enlace et me serre avec une force inattendue. Ses jambes ensèrent mon bassin et il enfouit sa tête dans mon cou. Ce contact frontal est très brutal et intrusif : je le connais à peine et pourtant, il vient se coller à moi et me serre de toutes ses forces ! Je me heurte alors à cette question de distance, distance qu'Adrien réduit, annule même entre nos deux corps. Avec mon maître de stage, nous invitons Adrien à me lâcher et nous nous dirigeons vers la salle de psychomotricité où nous pourrions faire plus ample connaissance. L'avertissement de mon maître de stage concernant Adrien résonne alors dans ma tête et je suis prise d'une grande appréhension concernant le déroulement de la séance...

L'adjectif qui conviendrait le mieux pour décrire cette première séance serait « **chaotique** » : *Chaotique* dans la succession des activités menées par Adrien, qui ne finissait aucune des choses qu'il entreprenait ; *chaotique* dans la motricité d'Adrien qui ne semblait pas tenir en place, ni même tenir debout, pris dans une hyperactivité

tourbillonnaire ; *chaotique* dans les notes que j'ai pu prendre à l'issue de cette première séance ; *chaotique* dans les affects que j'ai pu ressentir durant cette première rencontre, entre effroi et fascination. Et c'est bien tout ce chaos, retrouvé de manière plus ou moins intense dans les séances, qui m'a amenée à me questionner sur cet enfant, sur ce qu'il pouvait bien vivre à l'intérieur de lui, sur ce qui pouvait bien le traverser, et finalement sur *comment le rencontrer ... ?*

Toujours est-il que durant cette première séance, Adrien était dans une grande agitation psychomotrice, et il semblait impossible d'entrer en relation avec lui. Il se répétait beaucoup de phrases, souvent sous forme de questions dont il donnait d'abord lui-même la réponse, avant de s'adresser à nous :

Adrien à lui-même : « De quelle couleur est le mur ? Il est JAUNE FONCÉ »

Adrien au psychomotricien : « À toi !... de quelle couleur est le mur ? »

Le psychomotricien : « Il est ... bleu !? »

Adrien au psychomotricien : « NON !!! Il est JAUNE FONCÉ !!! À toi !... de quelle couleur est le mur ? »

Adrien pouvait ainsi répéter sa question jusqu'à avoir la réponse attendue, en s'agitant et s'agaçant même. Il était alors très difficile d'amener de la différence dans cette tentative d'échange : rien ne pouvait venir de nous, il contrôlait notre discours qui devait être exactement comme il l'attendait. Ce type d'échange et cette manière qu'il avait de maîtriser notre discours avec précision venaient annihiler notre subjectivité : nous ne pouvions aucunement amener de nous-mêmes dans cet échange.

De même, Adrien a recommencé à sauter dans mes bras et ceux de mon maître de stage, plusieurs fois dans la séance. Face à cette sorte d'agrippement j'ai plusieurs fois eu un sentiment de mise en danger corporel. En effet, Adrien me « sautait dessus » par surprise et me déséquilibrait, si bien que nous avons chuté tous les deux plusieurs fois, manquant de nous faire mal. Au vu de ce qu'Adrien me faisait vivre de ce contact corporel, j'étais véritablement sidérée, bloquée dans ma capacité à penser la situation. Il m'a ainsi fallu du temps pour pouvoir me dégager des affects violents que j'avais pu vivre, et notamment ce sentiment d'intrusion, lié au contact corporel si fort et si brutal qu'Adrien m'avait imposé.

A l'issue de cette séance, j'ai associé cette recherche de contact corporel avec ma présence et toute l'angoisse qu'avait pu générer cette nouveauté pour lui. C'est au fil des

séances que j'ai pu affiner ma lecture de ce comportement, pour tenter d'y mettre davantage de sens.

b) Deuxième séance

Durant la deuxième séance, dernière avant le déménagement de l'hôpital de jour, Adrien semble s'habituer à ma présence, peut m'appeler par mon prénom. Il cherche encore à sauter dans mes bras, mais ce comportement est moins présent que la semaine précédente. Le déroulement de la séance suit le « programme de séance » décidé avec le psychomotricien, qu'il a dessiné sur le tableau. Plusieurs temps se succèdent donc. Un premier temps se déroule autour d'un tapis en forme de tunnel : Adrien se jette dedans, mais finit par s'apaiser au bout d'un moment, et nous le berçons alors qu'il est allongé dans ce tunnel. Puis vient un moment où il recommence à se jeter sur le tapis avec une grande force. Nous amenons alors du jeu et jouons à sauter sur ce tapis, chacun notre tour. Il est très difficile pour Adrien d'attendre, il se met à courir et sauter sur la personne à peine relevée du tapis. Il nous met ainsi dans des situations de déséquilibres parfois dangereuses. Toute la séance est habitée du discours répétitif d'Adrien, auquel nous tentons de prendre part en répétant après lui, en amenant de la différence dans notre ton de voix, il accepte pour quelques instants, et cela peut même le faire rire, surtout lorsque cette nouveauté vient de mon maître de stage. Je vois alors apparaître une possibilité d'échange voire même de complicité, mais ces moments sont très brefs, et Adrien s'échappe vite, repart dans une agitation dans laquelle il s'enferme.

c) S'habituer au nouvel hôpital de jour : la première séance après le déménagement

Au retour des vacances d'Octobre, Adrien a dû s'adapter à une nouveauté supplémentaire : le nouvel hôpital de jour. Avec mon maître de stage, nous appréhendions la venue d'Adrien, ne sachant pas quel effet aurait toute la nouveauté de cet environnement. Pour cette première séance dans les nouveaux locaux, nous allons chercher Adrien qui arrive, accompagné de sa maman qui nous attend à l'étage. Nous devons alors prendre un ascenseur, longer un grand couloir pour rejoindre la salle de psychomotricité, située au rez-de-chaussée. Sur le trajet, Adrien court et se jette contre les murs, se heurte au pilier central et aux portes fermées, chutant même sur le chemin. En même temps, il parle beaucoup, pour lui-même et paraît très fuyant. À peine entré dans la nouvelle salle de

psychomotricité, Adrien se jette sur un des tapis devant lui. Nous devons alors le reprendre et l'accompagner à enlever ses chaussures, élément qui marque le début de chaque séance. Adrien déambule, court, se jette de nouveau sur le tapis, se relève... tout va très vite. Durant ce début de séance, Adrien manifeste une logorrhée verbale où il répète, parmi un flot de paroles incluant ce qui me semble être des extraits de dessins animés, la phrase « c'est le nouveau centre de jour ». Par cette phrase, Adrien semble répéter ce qui lui aurait été dit, par sa mère ou par des soignants. Il le répète comme pour se rassurer, mais de manière très neutre, avec un ton de voix désaffectivé. Je sens chez lui une grande angoisse, et j'ai l'impression que par son discours, il recherche une certaine maîtrise : de nous, qui devons répéter exactement ce qu'il nous demande avec autorité, mais aussi une maîtrise de la situation, de la séance en général. Par son discours logorrhéique, il maîtrise la situation, ne laisse pas de place à l'imprévu, à la nouveauté que nous pourrions amener. On voit bien ici à quel point Adrien, dans cette manière de s'enfermer dans ses discours, semble se défendre d'une angoisse massive. Il nous met ainsi à distance, en nous maîtrisant, réduisant ainsi largement notre subjectivité.

Au bout d'un moment, il saute dans mes bras (manœuvre qu'il a déjà réalisée à plusieurs reprises dans ce début de séance), me serrant au niveau du buste et enfouissant sa tête dans mon cou. Je peux sentir et entendre sa respiration haletante, et je ressens alors une importante angoisse chez lui. Est-ce une façon pour moi de supporter ce contact corporel que de me dire qu'il en aurait besoin pour apaiser cet état d'angoisse ? Toujours est-il que dans ce contact, il ne s'agit pas pour Adrien de chercher à se serrer fort contre moi comme il a pu le manifester jusqu'ici, mais il me semble qu'il recherche plutôt un contact et un portage qui m'évoque un aspect maternant. Je me souviens d'ailleurs avoir bercé Adrien à ce moment-là, pour tenter de l'apaiser. Dans ce bercement, alors qu'il n'avait jusqu'ici pu mettre aucun mot sur ce qu'il vivait véritablement, Adrien a pu dire d'une petite voix « *j'ai peur* », de manière très furtive. Cette manifestation plutôt inattendue ne venait-elle pas faire état d'un vécu d'angoisses archaïques pour Adrien ? Une angoisse de tomber sans fin dans cet environnement où rien ne semblait pouvoir le tenir, pas même l'environnement de cet hôpital de jour qui n'était plus au même endroit... ? J'essaye alors de mettre des mots sur ce que je perçois de sa peur, du peu que je puisse en comprendre. Mais mes mots et mes tentatives de le reconforter me semblent illusoire, tant le vécu d'Adrien semble dévastateur : l'agitation et la désorganisation motrice qu'il a manifestées dans ce début de séance en témoignent. Comment établir un contact, créer une relation avec lui alors-même qu'il est aux prises avec de tels vécus ? Comment reconforter Adrien ? Pour reconforter,

encore faudrait-il pouvoir être suffisamment en lien, dans un dialogue, un partage affectif ou chacun peut se reconnaître mutuellement comme être subjectif qui aurait besoin de réconfort ... Mais qu'en est-il pour Adrien ?

Au-delà de cette question d'angoisse, ce moment est aussi venu révéler un autre aspect. En effet, j'ai pu décrire jusqu'ici le contact corporel d'Adrien à travers une certaine brutalité et violence, comme s'il me considérait comme objet plus que sujet. Ici, dans ce contact, une place semble laissée à l'affect pour Adrien et il me semble que je peux exister autrement qu'à travers le choc de nos corps.

En plus de ma présence en séance, la nouveauté du cadre a été tout aussi difficile à intégrer pour Adrien, comme en témoigne cette séance. La relation en était largement mise à mal. Ce mal-être d'Adrien s'est d'ailleurs manifesté dans d'autres espaces que celui de la séance de psychomotricité : l'équipe infirmière note un enfermement de plus en plus fréquent d'Adrien dans ses stéréotypies verbales et dans des comportements restreints :

« Adrien est très absent de la relation depuis plusieurs semaines. Il s'enferme dans des écrits qu'il réalise sans fin (jusqu'à ce qu'il n'ait plus de papier). Il commence à écrire sur un bout de papier, puis va vers une autre feuille, écrit sur celle-ci puis se lève de nouveau et erre dans la pièce. Puis il retourne à sa première feuille »
(extrait d'une relève)

d) Une agitation motrice importante

En sortant de la séance avec Adrien, mon maître de stage et moi avons souvent ressenti une certaine fatigue, voire de l'épuisement. Je mets cette fatigue en lien avec l'énergie physique et psychique que nous demandaient les séances durant lesquelles nous engageons souvent une sorte de course poursuite avec Adrien, tentant de courir après lui pour le rattraper, pour éviter qu'il ne se fasse mal, mais aussi pour contenir son agitation.

Cette agitation motrice à travers laquelle j'ai beaucoup décrit Adrien jusqu'ici, se manifeste justement par plusieurs éléments. Ses déplacements sont réalisés, dans ces moments d'agitation, avec impulsivité et précipitation, dans une démarche désarticulée, avec une tendance hypotonique des membres supérieurs (cela donne une impression qu'il traîne ses bras). Il s'engage alors dans des mouvements de déambulation dans la salle, entrecoupés d'instantanés où il se jette contre un élément de la pièce : les tapis, le trampoline

rangé dans un coin, les portes du placard qu'il tire jusqu'à en arracher la poignée, les tiroirs du bureau qu'il ouvre et referme jusqu'à trouver une feuille qu'on lui a refusée ... Cette agitation donne un aspect tourbillonnaire à sa motricité, c'est comme s'il était aspiré par les éléments de la salle, comme s'il ne pouvait pas rester debout sans bouger, comme s'il ne pouvait pas parler avec nous sans fuir dans des mouvements corporels sans fin. Cette agitation est d'autant plus impressionnante qu'elle met parfois Adrien dans des positions inimaginables, comme j'ai pu le décrire précédemment : lorsqu'il se jette en arrière, lorsqu'il se cambre comme s'il voulait que son front touche le bas de son dos ... tant de situations qui, associées à la force et l'impulsivité d'Adrien, peuvent le mettre en danger. Tout cela nous incite à être vigilants et à contenir Adrien tant que possible, lorsqu'il est dans cette agitation.

Malgré tout, cette agitation tourbillonnaire semble être un moyen pour lui de se tenir, de se sentir exister ou en tout cas, sentir son corps... mais lorsqu'Adrien est dans un tel état, il est très difficile d'aller le rencontrer, de tenter d'être en lien avec lui. Il me donne l'impression d'un enfant qui s'échappe constamment, qui fuit la relation. Cette agitation motrice nous met inévitablement à distance tant il est difficile de l'atteindre dans ces moments-là. Nous verrons justement plus loin que c'est au cours de moments où cette agitation est apaisée, qu'Adrien a davantage pu être en lien avec nous.

e) Vignette clinique : la voie lactée ...

En plus du caractère très agité de sa motricité, Adrien a pu manifester dans ce début de suivi un caractère plutôt « aérien » dans ses comportements moteurs. En effet, il cherchait beaucoup à grimper, à monter, à prendre de la hauteur ... on retrouve bien dans ces recherches de stimulations vestibulaires et de sensations de vertige un caractère autistique. Il cherchait par exemple après avoir grimpé le long d'un cylindre vertical (plus haut que lui !) à se mettre à plat ventre sur la partie supérieure, défiant d'une certaine manière les lois de la pesanteur. J'ai alors pu l'entendre dire : « *il faut monter sur le tapis pour atteindre les étoiles et le ciel* » Ce discours peut être mis en lien avec une particularité de cette nouvelle salle : son double plafond, avec une partie inférieure percée de nombreux petits trous, évoque un ciel étoilé. Adrien pouvait porter son regard sur ce plafond, l'observer lorsqu'il était allongé au sol. Cette image du plafond troué pourrait être associée à la notion de moi-peau développée par D. Anzieu : en effet, là où le plafond vient

constituer normalement une limite spatiale, une butée, cet espace est troué. Cette analogie vient interroger la notion d'enveloppe dans sa fonction contenante chez Adrien : ne serait-elle pas trouée, elle aussi ?

De même, j'ai retrouvé cette recherche de hauteur à travers la répétition d'une réplique qu'il affectionnait particulièrement :

« ...mais la voie lactée est un brouillard tellement épais qu'il est impossible de savoir où nous allons !! Comment allons-nous faire pour retrouver notre route ?! »

Au-delà du ton très plaqué de sa répétition, cette citation m'a paru révélatrice de ce que manifestait Adrien dans l'investissement de son corps dans l'espace et dans sa façon d'être au monde : comme si Adrien était engagé dans une lutte pour tenir dans un espace qui semblait l'aspirer de toute part, comme s'il se perdait dans l'espace, incapable de « retrouver sa route », soumis à une agitation tourbillonnaire, moyen de lutte contre une angoisse dont il ne pouvait pas se prémunir ... Dans ces conditions, comment partager un espace commun, un espace intersubjectif dans lequel se rencontrer sereinement ?

2) À la rencontre ou à l'encontre ?

Les différents récits cliniques que j'ai évoqués jusqu'ici témoignent du contact particulier que manifestait Adrien en séance. Sa recherche de contact corporel en particulier, prenait parfois beaucoup de place et revenait de façon récurrente lors des séances. Avec ou sans élan (Adrien pouvait parcourir la moitié de la salle en courant avant de nous sauter dans les bras), le choc et l'agrippement corporel venaient faire effraction. Adrien se ruait sur nous, le psychomotricien ou moi, venait se coller à notre torse, nous serrant avec une force inouïe. En se serrant à nous de cette façon, Adrien était bel et bien en contact avec nous, mais étions-nous alors *en relation* ?

Cette situation a souvent fait naître en moi un sentiment de perte d'équilibre : je recherchais alors des appuis corporels, dans mes jambes, dans mes pieds pour ne pas tomber avec lui, mais aussi des appuis psychiques, car dans ces moments, j'étais souvent incapable de penser la situation, d'élaborer autour de ce vécu. C'est comme si Adrien m'étouffait corporellement et psychiquement, m'empêchant de le rencontrer. J'ai alors souvent été prise dans un mouvement de sidération et de découragement, face à ce comportement qui ne cessait pas et qui venait véritablement m'envahir.

De fait, je me suis beaucoup demandée si cette recherche de contact corporel était un moyen pour Adrien de venir à ma **rencontre**, ou plutôt à mon **encontre** ... ? Son contact corporel était si brutal et si fort qu'il en devenait parfois insupportable et m'incitait à mettre Adrien à distance, plutôt que de venir le rencontrer. Ce contact corporel était-il un moyen de mettre l'autre à distance en le maîtrisant dans ce collage ou bien au contraire d'annuler cette distance, cette altérité, en ne « faisant plus qu'un », dans une sorte d'indifférenciation ? Ou bien encore, était-ce plutôt une recherche de contact dur pour ressentir une certaine solidité qu'il n'éprouverait pas dans son corps et qu'il rechercherait dans le mien ?

J'ai alors pu amener cette notion de solidité en séance, où j'essayais de lui faire ressentir la solidité de son corps, dans ses os, ses articulations, à travers des percussions osseuses. J'accompagnais cette expérience d'une mise en mots de la solidité de son corps, corps qui le porte mais qui est aussi à l'origine de tant de vécus dévastateurs dans la question de l'autisme...

De plus, ces recherches de contact m'ont amenée à porter une attention plus fine sur leurs moments d'apparition. De cette manière, j'ai pu observer que cet agrippement corporel survenait particulièrement lors des séances au retour de vacances, après un temps de rupture du suivi, ou bien lorsqu'un évènement inhabituel était survenu dans le déroulement de sa journée (annulation du rendez-vous chez l'orthophoniste par exemple). Face aux éléments entravant l'immuabilité et la stabilité dont il a besoin, Adrien ressentait sans doute une grande angoisse contre laquelle il ne semblait pas pouvoir lutter autrement qu'en s'enfermant dans des discours qu'il maîtrise et dans le fait de nous agripper corporellement. En somme, il annulait l'altérité.

3) Se séparer et sortir de la séance

a) Pour Adrien

Le temps de séparation est très souvent chaotique pour Adrien et générateur d'angoisses. Nous avons au fil du temps mis en place un rituel de fin au cours duquel nous chantons une chanson issue du dessin animé *Franklin*, chanson qu'Adrien avait chantée une fois en séance et que nous reprenons depuis. Cette chanson parle justement du fait de rentrer à la maison. Après ce temps de rituel, nous l'invitons à s'habiller pour sortir de la salle puis nous le raccompagnons jusqu'au portail où sa maman vient le chercher.

Durant de nombreuses séances, Adrien a fait durer ce moment de séparation : après la chanson de fin, il pouvait regarder dans toutes les directions ; se jeter en arrière, sauter dans nos bras ou encore s'enfermer dans des stéréotypies verbales de manière importante. J'ai souvent pu ressentir ce moment de séparation comme un **arrachement** pour Adrien, comme si cette séparation le faisait éclater en morceaux. De même, le débordement émotionnel lié à la séparation de fin de séance, mettait Adrien non seulement dans un état d'agitation importante, mais le menait, en alternance avec cette agitation, à une attitude très hypotonique : il se laissait souvent glisser au sol, m'évoquant alors véritablement une poupée de chiffon qui ne tiendrait pas debout. Cette attitude pouvait laisser supposer un vécu de chute, voire de liquéfaction chez Adrien, et j'é mets l'hypothèse que s'accrocher à des répétitions et discours immuables constituait pour lui un moyen de défense contre ces vécus. De cette manière, Adrien s'accrochait à ce qu'il pouvait pour se tenir, pour « rassembler les morceaux ».

Nous avons souvent été contraints d'ouvrir la porte de la salle et mener Adrien à l'extérieur pour ne pas trop faire durer ce moment de séparation. Peut-être espérions-nous surtout que la présence de sa maman au portail l'apaise davantage que nos explications verbales concernant cette fin de séance. Son vécu était sans doute bien en-deçà de toute explication ou de toute mise en mots ; ce vécu parfois incompréhensible dont nous avons pu être témoins, le psychomotricien et moi, était digne d'une « terreur sans nom » (BION), d'angoisses inimaginables, impensables car trop archaïques.

b) Pour moi

Face à l'agitation et la brutalité de certaines séances, j'ai parfois eu un mouvement similaire à celui d'Adrien en fin de séance : un besoin de « rassembler les morceaux. » En effet, j'ai très souvent ressenti un besoin irrépressible de sortir à l'extérieur, une fois la séance terminée. Un besoin de rejoindre les autres enfants et les autres soignants rassemblés dans le vestiaire avant de quitter l'hôpital de jour. Ce vestiaire, véritable sas de décompression où les infirmières, voyant parfois quelques marques rouges sur nos cous, ont pu avoir des regards compatissants et bienveillants. Après ce vestiaire, nous accompagnions Adrien à l'extérieur, pour rejoindre sa maman qui attendait au portail. De l'air ...

Un besoin de respirer, de prendre une bouffée d'air frais, même en plein froid. Souffler, sortir de l'espace de la séance avec Adrien où il s'était parfois vécu des choses difficiles ; c'est souvent cette solution que j'ai choisie comme issue à cette apnée psychique que j'avais pu vivre durant la séance. Car ce que j'ai vécu en séance avec Adrien semble révéler une sorte **d'apnée psychique** : il était parfois impossible pour moi de penser ce qui se passait en séance, ce qu'Adrien manifestait ou me faisait vivre corporellement. Sortir de la séance et prendre cette bouffée d'air me permettait alors de respirer de nouveau, de relâcher une certaine tension, tant corporelle que psychique. Après des séances chaotiques, je ressortais étourdie ; parfois meurtrie corporellement. Souvenirs corporels de cette séance, stigmates pourrions-nous dire, c'est comme si Adrien laissait un peu de lui, non seulement dans notre esprit, mais aussi sur notre corps. Dans cet « après-séance », j'ai parfois eu du mal à échanger avec mon maître de stage, c'est comme si je m'éveillais après une anesthésie, il me fallait remettre mes idées en place, retracer la chronologie de la séance, pour pouvoir réanimer les mouvements psychiques, les pulsions de vie, alors que la pathologie autistique peut si souvent nous ramener du côté des pulsions de mort.

Finalement, cette difficulté de séparation présentée par Adrien ne viendrait-elle pas parler d'un vécu traumatique dans l'expérience de la séparation primitive, à savoir la séparation maternelle, vécu primitivement intolérable chez certains autistes qui se plongent alors dans un retrait autistique ? Et c'est pourtant cette étape de séparation et de différenciation, sous-tendue par l'établissement d'une sécurité dans les liens affectifs, qui fonde l'intersubjectivité tant mise à mal dans la pathologie autistique ...

4) Moment clinique : « respire-moi ! »

Lors d'une séance courant Janvier, Adrien, alors qu'il était dans une grande agitation motrice, passait d'une activité à l'autre, se jetait par terre et nous sautait beaucoup dans les bras, s'est assis sur les genoux du psychomotricien, et d'un ton très calme, lui a dit « Respire-moi ! ». Le psychomotricien a alors respiré profondément, gonflant son ventre contre lequel était appuyé Adrien. Au cours de ces inspirations, Adrien était étonnamment calme et très attentif à ce qui se passait. Il m'a semblé qu'un dialogue tonique était possible entre mon maître de stage et lui, là où le contact est pourtant si dur avec Adrien la plupart du temps. Je me suis alors demandée ce qui se jouait-là ? De son ressenti corporel mais aussi dans son arrière-plan dos ... ?

Ce « respire-moi » au-delà de son caractère étonnant, vient parler du vécu corporel d'Adrien : entre le dedans et le dehors, qu'en est-il de sa conscience corporelle, de ce qui rentre, ce qui sort ? Respirer quelqu'un, serait le faire entrer à l'intérieur de soi, l'inclure dans ses poumons. Dans l'interprétation que nous en avons fait durant cette séance, il s'agissait plutôt de respirer ensemble et de s'apaiser, s'accorder dans un rythme de respiration commune. Cette proposition de « se respirer » a d'ailleurs été reprise dans des séances suivantes, ce moment ayant une vertu plutôt apaisante pour Adrien. Ce moment clinique vient révéler corps à corps un possible, vecteur d'un certain accordage entre le psychomotricien et Adrien, là où ce contact corps à corps se fait si souvent dans la brutalité.

Cette expression « respire-moi » peut également être mise en lien avec notre vécu de l'après-séance avec Adrien puisqu'en retournant dans la salle pour prendre nos notes, mon maître de stage et moi étions toujours frappés par l'odeur qui régnait dans la pièce : une odeur de lessive, l'odeur d'Adrien. C'est comme si on pouvait encore le sentir, le respirer, même après son départ. Nous le pensions, essayions de mettre des mots sur la séance, dans un environnement où il avait laissé comme une trace olfactive.

Ce moment où Adrien et mon maître de stage se « respirent » s'achève très rapidement et très brutalement : par une sorte de décharge tonique Adrien prend appui sur ses jambes et saute en avant, repartant dans une agitation motrice. C'est comme si Adrien avait un besoin irréprouvable de quitter cette immobilité pour retourner au mouvement. Cette immobilité est-elle trop angoissante corporellement ? Ce moment d'accordage était-il trop coûteux psychiquement pour pouvoir être supportable sur une plus longue durée ? Ce moment de rencontre faisait-il éprouver l'autre trop fortement, ravivant la question de la différenciation et de la séparation primaire ?

Cette alternance entre des moments où il est possible de rencontrer Adrien calmement, sans avoir peur qu'il nous fasse mal, et des moments où Adrien s'enferme dans ses déambulations son agitation, ses discours, marque bien la façon qu'a Adrien d'être en lien avec nous, entre « ensemble » et brutalement « plus ensemble ».

III- Comment être ensemble ?

1) Quand « être ensemble » est impossible

À travers les éléments que j'ai pu décrire concernant l'état d'agitation d'Adrien, ses déambulations sans fin, sa désorganisation motrice, ainsi que la façon qu'il a de nous maîtriser dans notre discours par exemple, on voit bien combien il est difficile d'être avec Adrien et d'établir une véritable relation. Nous sommes bien au cœur de la problématique autistique et de notre question sur une articulation possible avec l'émergence d'une intersubjectivité. Dans ces moments d'agitation, Adrien peut se montrer tyrannique envers nous, nous donnant des ordres d'un ton désaffectivé, presque désincarné. Cette attitude donne souvent lieu à un échange stérile et frustrant pour mon maître de stage et moi, où nous pouvons alors nous sentir instrumentalisés. Dans cette situation, nous n'avons pas l'impression d'exister pour ce que nous sommes, comme êtres subjectifs, mais plutôt parce que nous répondons à ce qu'Adrien demande. De même, le ton employé par Adrien m'évoque un **vide émotionnel**, comme si sa voix était robotisée, très peu chargée en émotion et en énergie pulsionnelle. Cette désincarnation émotionnelle n'est-elle pas une façon pour lui de se tenir, à distance d'un vécu émotionnel susceptible de le déborder ?

Je me confronte ainsi à la difficulté d'entrer en contact avec lui. Et pourtant, « en contact », nous le sommes lorsqu'il saute dans mes bras et se serre contre mon buste ... mais sommes-nous alors en lien, dans ce contact corporel ? J'ai plutôt l'impression de ne plus vraiment exister, dans ce collage, nos corps se confondent presque. C'est comme s'il venait étouffer ma subjectivité, m'empêchant d'exister comme être subjectif.

2) Quand « être ensemble » devient possible

Un jeu vocal et corporel ... la Balancelle

Lors d'une séance individuelle, Adrien se dirige d'emblée vers la balancelle (sorte de petit pont en bois positionné à l'envers, partie creuse orientée vers le haut). En se balançant et après quelques minutes d'échange avec mon maître de stage, il lui demande de répéter un mot qu'il affectionne particulièrement « DEVIMISSA ». Dans cette répétition, le psychomotricien fait varier l'intonation, l'intensité de sa voix, fait moduler la formulation qui vient d'Adrien. Ainsi, mon maître de stage fait varier la longueur du son « DEVI... » pour faire attendre la survenue de la suite « MISSA ». Adrien accepte ce

changement, s'en amuse beaucoup et cela le fait rire. Ces variations vocales sont associées à un mouvement de la balancelle, mouvement retenu lorsque le psychomotricien fait durer l'attente du « DEVIII » et mouvement repris brutalement dans la résolution de cette vocalisation « MISSA ». Le psychomotricien est alors dans un engagement corporel et émotionnel important. Adrien est calme, disponible physiquement et peut regarder dans les yeux.

... où notre subjectivité prend sa place

Puis Adrien se tourne vers moi qui m'étais mise sur le côté, et me demande de participer à cet échange : « à toi, Marie ! ». Il peut ainsi véritablement nous différencier « à toi, Guillaume ! » « à toi Marie ! » et nous inclure tous les deux dans une demande : « à toi Marie et Guillaume ! ».

Lors de cette séance, j'ai vraiment pu percevoir un moment où nous étions ensemble, tous les trois, où *l'autre* pouvait exister sans être trop angoissant, la nouveauté dans cet échange est possible. C'est à partir d'un tel jeu que nous parvenons à **être en lien** avec Adrien, et où un semblant de moment **d'intersubjectivité** peut apparaître.

.... Jeu vite interrompu :

Ce moment s'achève néanmoins très rapidement, lorsqu'Adrien se propulse de la balancelle, en sautant en avant, brusquement. Il met fin à ce moment où nous étions pourtant dans un partage interactif riche, agréable et serein. Il s'emploie alors à une grande agitation motrice, déambulant sans fin dans la pièce, grim pant sur le mobilier et répétant ses discours pour lui-même. Ce passage rapide de la relation au repli autistique était très déconcertant pour nous qui nous étions réjouis d'avoir pu partager ce moment autour de la balancelle... Mais c'était alors pour Adrien comme si *être ensemble* était trop coûteux, comme si la rencontre de l'altérité était trop forte et qu'il fallait pour Adrien, une fois de plus, s'en échapper et s'en défendre, tant bien que mal. S'ouvrir à l'autre, le rencontrer ... mais pas trop !

C'est à partir de ce type de moments, pourtant courts mais devenus de plus en plus fréquents au cours du suivi en psychomotricité, que j'ai pu entrevoir un espoir de rencontrer Adrien. C'est aussi à partir de cela que je me suis questionnée sur la place du psychomotricien dans l'émergence de l'intersubjectivité auprès des enfants autistes.

PARTIE THEORICO- CLINIQUE

Nous avons vu que le processus d'accès à l'intersubjectivité dépendait d'un certain degré de différenciation extra-psychique et de qualités d'expériences dans les interactions précoces. De même, des mécanismes tels que la co-modalisation perceptive, l'accordage affectif ou encore la rythmicité des expériences proposées à l'enfant apparaissent comme des conditions nécessaires à l'émergence et au développement de l'intersubjectivité. Dans la problématique de l'autisme, ces expériences ne peuvent pas s'organiser de manière optimale, mettant en difficulté l'enfant dans ses compétences intersubjectives. Nous allons maintenant mettre en perspective cette notion **d'intersubjectivité** avec le soin en **psychomotricité**, à travers l'expérience clinique vécue avec Adrien.

En psychomotricité, un engagement tant corporel que psychique du psychomotricien est nécessaire dans la relation avec le patient. Cette relation, dans la clinique de l'autisme, est loin d'être aisée, comme nous avons pu le voir jusqu'ici. L'engagement du psychomotricien est donc d'autant plus important dans le processus thérapeutique et particulièrement dans la question de l'intersubjectivité.

Ainsi, quelles qualités d'expériences le psychomotricien peut-il proposer à l'enfant autiste qui viendraient participer à l'émergence d'une intersubjectivité ? Et par quelles modalités d'engagement ?

I - Intersubjectivité et psychomotricité : quel engagement du psychomotricien ?

1) Les modalités d'engagement du psychomotricien

Au cours des séances avec Adrien, j'ai pu percevoir la place du psychomotricien comme thérapeute qui engage, qui prête son corps et son psychisme à la relation et, dans une certaine mesure, à l'enfant autiste. Ces deux dimensions –physique et psychique- sont interdépendantes et complémentaires et ne peuvent pas être abordées l'une sans l'autre, puisqu'elles font toute la richesse du corps, outil principal du psychomotricien et « acteur du travail thérapeutique » comme le désigne J. Boutinaud (2013, p. 154). Il paraît ainsi contradictoire d'aborder séparément l'engagement physique et psychique du

psychomotricien, de par l'intrication entre corps et psyché que ce dernier incarne. Cependant, par soucis de clarté, je vais aborder cette question en deux points, afin de détailler davantage les qualités mises en jeu dans chaque dimension de cet engagement.

a) Un engagement physique

Le holding

Dans les séances avec Adrien, le contact corporel s'est vite imposé à moi, comme peut en témoigner notamment le récit de notre première rencontre. J'ai rapidement dû m'adapter au rapport qu'Adrien avait à son corps et au nôtre. Face à ce contact corporel, parfois brutal et intrusif, comment réagir ? Refuser qu'Adrien nous saute dans les bras car ce n'est pas une attitude acceptable en société ? Accepter ce contact au risque de provoquer une certaine excitation chez lui ? Ces deux écueils viennent interroger la place de notre engagement corporel face à ces comportements parfois envahissants. Autrement dit, on peut se demander comment notre engagement corporel peut permettre de transformer la recherche de contact d'Adrien, pour que cette expérience soit structurante pour lui et davantage acceptable pour nous.

Une expérience témoignant d'un engagement corporel structurant se joue dans les premiers temps de vie d'un bébé à travers le *holding*. Cette expression initialement évoquée par D.W.Winnicott, pourrait être traduite par le terme « maintien » et se manifeste essentiellement dans un **portage**, c'est-à-dire le fait de tenir physiquement l'enfant. Par ce holding, nous l'avons déjà évoqué, l'enfant s'éprouve dans un **sentiment continu d'exister**, venant atténuer des vécus d'angoisses archaïques contre lesquelles il est en difficulté pour se défendre. D.W.Winnicott (1992, p. 121) décrit d'ailleurs ce vécu à travers l'exemple de l'angoisse d'annihilation, comme une impression primitive de « [...] *s'en aller en morceaux faire une chute sans fin, mourir, [...] perdre tout espoir de voir le contact se rétablir* ».

Cette qualité d'expérience que constitue le *holding* peut se rejouer en psychomotricité et participer au processus thérapeutique, en particulier auprès d'enfants autistes. Il ne s'agit pas là de jouer le rôle maternel, mais davantage de refaire vivre à ces patients des expériences de portage aux vertus structurantes et rassurantes. J. Boutinaud (2013) évoque la qualité de telles expériences dans son ouvrage *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* : « Dans le cadre des séances de thérapie psychomotrice,

nous pourrions proposer des incarnations matérielles d'un tel « holding » pour pallier les angoisses des enfants ou renforcer un sentiment de cohésion corporelle ».

Je mets cette notion de *holding* en lien avec un moment clinique déjà évoqué, au cours duquel Adrien, confronté à la nouveauté de l'hôpital de jour, était dans un état d'agitation et d'angoisse importante et était venu dans mes bras, en adoptant une position très régressive. Il ne s'agissait pas ici d'un agrippement brutal où Adrien venait se heurter à moi, comme il avait pu le manifester à d'autres moments du suivi, mais davantage d'un besoin de portage presque maternant (c'est ainsi que je l'ai ressenti). C'est d'ailleurs au cours de ce moment qu'il a pu verbaliser quelques mots de son vécu, à travers ce « j'ai peur » aussi juste que surprenant. Il m'a semblé que le portage que j'avais pu lui proposer à ce moment-là, ce *holding*, lui avait permis de s'apaiser, pour un temps. Le *holding* en séance de psychomotricité témoigne ainsi de l'engagement corporel du psychomotricien, qui par ce portage physique et psychique, cherche à contenir, faire sentir au patient autiste qu'il n'est pas lâché, tenter de lui faire éprouver une certaine sécurité interne.

Cette question du *holding* s'est également manifestée d'une autre manière avec Adrien. En effet, la situation clinique qui suit témoigne d'un autre type de portage, tout aussi structurant pour lui :

Au cours d'une séance, Adrien se retrouve au sol, allongé sur le dos. Le psychomotricien vient se positionner à genou, et propose à Adrien un appui pour sa tête. Il accepte. Je me place alors au niveau de ses jambes qu'il a repliées, et je lui tiens les genoux et les pieds. Adrien est ainsi allongé entre mon maître de stage et moi, la tête légèrement surélevée. Il est calme, peut me regarder, ne cherche pas à bondir ou s'échapper, ni même à s'enfermer dans ses discours logorrhéiques. Nous pouvons même engager un échange vocal à partir de ce qu'il amène : une alternance entre deux mots qui semblent être des noms de personnage « Tiboy et Tident ». Nous pouvons alors nous répondre chacun à notre tour en initiant un « Tiboooooy.... ? » qui vient se résoudre par Adrien qui répond « Tident ! ».

Cette séquence clinique vient montrer comment la fonction du *holding* peut nous amener à porter le patient selon différentes modalités corporelles et relationnelles. Dans ces conditions, Adrien est porté physiquement et psychiquement par nous deux. Les caractéristiques de cette expérience réunissent d'ailleurs les conditions évoquées par G.

Haag : interpénétration des regards, contact-dos et enveloppe sonore. Ces conditions assurent un sentiment de sécurité pour le bébé et constituent pour G. Haag des éléments essentiels au développement psychique. Cette dernière insiste d'ailleurs particulièrement sur l'importance du contact-dos dans les premiers temps de vie de l'enfant, élément qui permet à l'enfant de « retrouver la sensation-sentiment de sécurité [...], dans toutes les circonstances de brusque changement de l'environnement » (Haag, 1988). Elle souligne la dimension apaisante de ce contact-dos en prenant l'exemple de bébés de quelques mois, dont le contact du ventre d'un adulte dans leur dos apaise l'état de détresse.

Cette vignette clinique montre également combien l'engagement corporel du psychomotricien vient jouer un rôle primordial dans la relation, puisque ce type de situation, nous l'évoquerons plus tard, est venu favoriser l'émergence d'un échange riche entre Adrien et nous, au cours duquel a pu naître un moment qui m'évoque de l'intersubjectivité.

Prêter son corps

Outre la notion de *holding*, l'engagement physique du psychomotricien passe par une disponibilité corporelle, puisque le psychomotricien prête son corps, dans une certaine mesure, au patient. À travers sa *Grille de repérage clinique de l'évolution de la personnalité chez l'enfant autiste*, G. Haag (2005) associe les explorations du visage de l'adulte par les enfants autistes, explorations de type parfois hétéro agressives, au réinvestissement de la zone orale. Cette reconstruction du moi-corporel va de pair avec toutes les expériences que l'enfant autiste peut faire notamment de l'environnement spatial, mais aussi du corps du thérapeute.

Au cours des séances avec Adrien, j'ai souvent été confrontée au fait de **prêter mon corps** : lorsqu'Adrien sautait dans mes bras, s'accrochait à mon cou, venait parfois porter des coups sur mon ventre ou mon thorax, comme pour en tester la solidité. L'enjeu était alors d'amener ces expériences d'explorations corporelles, si nous pouvons les nommer ainsi, vers une dimension plus symbolique, pour ne pas rester dans l'aspect sensuel de cette expérience. C'est là d'ailleurs tout l'enjeu d'une reconstruction du moi-corporel, évoqué par G. Haag.

b) Engagement psychique

Si l'engagement du psychomotricien prend corps à travers les différentes modalités évoquées, il ne peut être envisagé sans la dimension psychique. En effet, le psychomotricien, avant même de mettre en jeu son corps dans la relation, peut engager son appareil psychique, à travers notamment l'observation. Le psychomotricien peut observer et élaborer des hypothèses sur ce qui se présente à lui en séance, afin d'ajuster son positionnement et de renvoyer à l'enfant autiste une parole, une attitude, une manifestation, qui serait plus symbolisée que le vécu brut du patient.

Dans son ouvrage *Naissance à la vie psychique*, A. Ciccone (2001) évoque justement ce concept introduit par A. Bion en 1962, à savoir la **fonction alpha** (α), pour modéliser le processus de déploiement de la pensée à partir de « **l'appareil à penser les pensées** ». Pour A. Bion, cette fonction α transforme les données reçues par le bébé (sensorielles et émotionnelles) qui, au départ, sont vécues à l'état brut, davantage sous forme « d'impressions », en *éléments* α . Ces éléments α sont donc le résultat d'une transformation en « [...] éléments mnésiques susceptibles d'être emmagasinés, et de remplir les conditions des pensées » (Ciccone & Lhopital, 2001, p. 74). Les éléments bruts reçus par le bébé, s'ils restent inchangés et ne sont pas détoxifiés par la fonction α , ne constituent pas du matériel pour produire des pensées : il s'agit d'« éléments β ». Ainsi, « [...] la fonction α peut être définie comme une fonction symbolique primordiale, permettant à la personnalité d'enregistrer, d'élaborer et de communiquer la somme d'expériences qui la caractérise » (Golse, 2008, p. 106). Dans cette *fonction* α , grâce à laquelle le bébé va fonder sa vie mentale, la **mère** joue un rôle primordial. En effet, la mère reçoit les impressions de son enfant à l'état brut, impressions qu'il n'est pas encore en capacité de traiter au vu de son immaturité psychique et physique. L'appareil psychique maternel transforme finalement les *éléments* β en *éléments* α dont les caractéristiques permettent la formation de la pensée. De cette manière, les impressions brutes vécues ne structurent la pensée naissante chez le bébé que si elles passent par le filtre de l'appareil psychique maternel. La mère, en prêtant son appareil psychique et en transformant et en détoxifiant les *éléments* β , participe à la formation de *l'appareil à penser les pensées* de son enfant, lequel pourra ensuite assurer sa propre fonction α .

Cette fonction de transformation et d'élaboration psychique peut également être assurée par le **psychomotricien** dans son engagement en séance avec des patients autistes.

En effet, le thérapeute prête son appareil psychique à l'enfant dont la structuration psychique ne permet d'assurer ni la continuité d'existence, ni la lutte efficace contre les angoisses, ni la fabrication de représentations internes qui édifieraient son narcissisme. Il me semble ainsi que notre rôle de psychomotricien, au-delà de la mise en jeu de notre corps, est de jouer ce rôle de métabolisation des vécus bruts, encore informes que l'enfant autiste nous manifeste, pour tenter de les mettre en mots, de les transformer, par notre appareil psychique.

À la fin d'une séance, Adrien, qui commençait à s'agiter, réclame une feuille et un crayon pour dessiner. Le psychomotricien lui dit qu'il n'y en a plus dans la salle. Pourtant Adrien a repéré une feuille de papier sur le bureau, que nous n'avions pas vue. Après quelques instants, il se lève et va chercher la feuille, un stylo et s'installe au bureau. Il demande d'abord à mon maître de stage d'écrire le mot FEVRIER en apportant beaucoup de détails sur la façon dont ce mot devait être écrit et placé sur la feuille. Ce que fait le psychomotricien ne lui convient pas, il crie en redonnant ses indications, et, n'étant pas satisfait, déchire en une lamelle de papier le bas d'une autre feuille restée blanche, sur laquelle il entreprend d'écrire lui-même une suite de mots qui ne nous semblent pas avoir beaucoup de cohérence entre eux. Puis vient le temps de fin de séance où il faut se séparer. Adrien entre alors dans une agitation importante, il crie, se jetant contre les murs de la salle, se laissant tomber au sol, si bien qu'il est impossible de l'aider à remettre son manteau et ses chaussures. Il essaye à plusieurs reprises de nous sauter dans les bras. Je me saisis alors de la feuille de papier qu'Adrien a déchirée auparavant, et lui amène, alors que mon maître de stage tente de le contenir en le prenant contre lui, assis tous deux sur le banc. Je lui partage alors mon ressenti : « J'ai l'impression que c'est très difficile pour toi, Adrien, et ça me fait penser à cette feuille de papier que tu as déchirée, c'est comme si ça déchirait de se séparer... »

Cette vignette clinique illustre bien notre tentative en séance de mettre des mots sur le vécu d'Adrien, parfois incompréhensible, mais qui témoigne d'un grand chaos. J'imagine que ce chaos physique était le reflet de son vécu interne... En le ramenant à cette feuille de papier qu'il a déchirée, je propose, certes, une interprétation de la situation, mais je partage surtout mon ressenti, je propose à Adrien un retour en mots et en images de ce qu'il

manifeste. Cette capacité de transformer et détoxifier, à l'image de la fonction α de Bion est reprise très justement par J. Boutinaud (2003):

« Même si les mots, les images que nous proposons sont peut-être par moments forts éloignées et se montrant bien insuffisantes à figurer toute la profondeur et l'intensité de leurs indicibles angoisses, elles fournissent néanmoins un cadre symbolique qui s'essaye plus ou moins heureusement à les endiguer et à les contenir... »

Dans cette tentative de mise en mots, il ne s'agit pas d'imposer notre interprétation, mais de qualifier l'expérience, de proposer un cadre de symbolisation, pour reprendre le terme de J. Boutinaud. Cette mise en mots était d'ailleurs loin d'être vaine, puisqu'Adrien, malgré son agitation, pouvait être étonnamment attentif à mes paroles, les répétant ou les rejouant à sa manière, dans son discours répétitif. Il est arrivé qu'il cesse son agitation pour se mettre en face de moi, me regarder attentivement et répéter la phrase que je venais de dire, de manière très calme. Comme s'il était sensible aux hypothèses que je faisais sur ses manifestations, comme s'il était sensible à ma disponibilité psychique, et finalement, à mon engagement psychique. Le fait de partager mon vécu, mon ressenti et finalement, ma subjectivité, avait créé une réaction chez lui. Etions-nous alors à l'orée d'un partage intersubjectif ... ?

Finalement, le psychomotricien, dans son engagement corporel et psychique, vient se rendre disponible au patient, il accueille, transforme, porte, pense, prépare un espace psychique et physique dans lequel le patient pourra évoluer et venir peut-être nous rencontrer. Comme le souligne J. Boutinaud, (2013, p. 154) « [le psychomotricien] reprend, modifie, transforme certaines propositions de l'enfant plus ou moins gangrenées par la pathologie pour relancer la recherche d'un plaisir à être ».

2) Les qualités d'expérience proposées par le psychomotricien favorisant l'intersubjectivité

Adrien a pu venir nous rencontrer ou en tout cas, accepter que nous venions le rencontrer dans certains moments cependant courts et furtifs.

L'implication du psychomotricien dans son engagement et sa disponibilité tant physique que psychique vient ainsi jouer un rôle dans l'émergence de ces moments

d'intersubjectivité. Certaines particularités des expériences proposées viennent participer au développement de ces moments d'intersubjectivité, particularités que nous allons maintenant aborder, en appui sur une vignette clinique déjà évoquée, qui sera reprise et articulée autour de différents aspects.

Lors d'une séance, Adrien se dirige d'emblée vers la balancelle, située au milieu de la salle. En se balançant et après quelques minutes d'échange duel avec mon maître de stage, Adrien lui demande de répéter un mot « DEVI-MISSA ». Le psychomotricien, positionné en face de lui, se prête à ce jeu de répétition, et fait progressivement varier l'intonation, l'intensité de sa voix, module la formulation qui vient d'Adrien. Ainsi, mon maître de stage fait varier la longueur du son « DEVI.... » pour faire attendre la survenue de la suite « MISSA ». Il joue également cette attente, par des mimiques très expressives. Adrien accepte ce changement, s'en amuse beaucoup et cela le fait rire. Ces variations vocales sont associées à un mouvement de la balancelle, mouvement retenu lorsque le psychomotricien fait durer l'attente du « deviiii » et mouvement repris brutalement dans la résolution de cette vocalisation « MISSA ».

a) La co-modalisation perceptive

Nous avons vu précédemment que la co-modalisation perceptive était vécue initialement par le bébé à travers des expériences de rassemblement sensoriel, dans lesquelles les différents sens entraient en cohérence, et permettaient au nourrisson d'évoluer progressivement vers une différenciation. Cette co-modalisation perceptive est, de fait, un mécanisme nécessaire au développement de l'intersubjectivité.

Un démantèlement

Les moments où Adrien venait sauter dans mes bras et me serrer, se coller à moi comme pour annuler la distance et l'altérité entre nous, m'évoquent la notion de démantèlement. En effet, Adrien, dans ce collage, ne me regardait ni ne m'écoutait, il me semble que la seule modalité sensorielle qui existait était le toucher, comme s'il cherchait à ressentir la pression de son corps sur le mien, en annulant les autres sens. Dans ces moments-là, je n'existais pas dans toutes les modalités sensorielles que composait ma rencontre, mais j'avais plutôt l'impression de n'être qu'une expérience tactile : Adrien, en s'accrochant à moi de cette façon, semblait rechercher une sensation tactile, voire

vestibulaire, lorsqu'il se lâchait subitement en arrière par exemple. Il me semble que ce comportement peut être envisagé comme une façon pour Adrien de séparer les sens, à l'inverse des expériences de co-modalisation perceptives où l'enfant peut s'éprouver dans un tout, dans un ensemble de flux sensoriels cohérent. Dans cette expérience, Adrien réalisait sans doute une segmentation des flux sensoriels, et cela me renvoyait souvent l'idée que je n'existais pas dans ma subjectivité.

Un rassemblement sensoriel

À l'inverse, on peut facilement mettre en lien la situation clinique autour de la balancelle avec les qualités d'une expérience de co-modalisation perceptive. En effet, ce moment offrait un rassemblement des différentes modalités sensorielles. De cette manière, l'expérience rassemblait des flux à la fois sonores, visuels (de par les mimiques de mon maître de stage), et vestibulaires (par ce jeu de balancement). Les sens étaient tous associés entre eux, dans une transmodalité, puisque le jeu vocal que nous engageons avec Adrien, jouant l'attente et la surprise, était transposé dans une autre modalité sensorielle : vestibulaire. Le balancement que nous proposons épousait ainsi le même rythme et les mêmes variations que le jeu vocal. J'é mets l'hypothèse que le rassemblement sensoriel offert par ce type d'expérience, a permis à Adrien de s'éprouver dans un rassemblement sécurisant.

Ce rassemblement était par ailleurs rendu possible par l'orientation de la balancelle en demi-cercle, offrant un enroulement de l'axe. Cette position rappelle les expériences de portage où le bébé, dans les bras de sa mère, est dans une posture d'enroulement et donc de rassemblement corporel.

Vers une différenciation

Dans cette expérience de co-modalisation perceptive, une certaine forme de différenciation a alors pu se manifester.

Au cours de ce jeu vocal, toujours dans la balancelle, Adrien se tourne vers moi et me demande de participer à cet échange : « à toi, Marie ! ». Je m'emploie à ce même échange vocal, apportant de nouveaux paramètres dans la variation du son. Adrien se met à rire. Il demande à nouveau au psychomotricien de prendre la suite : « à toi, Guillaume ! » Puis nous demande à tous les deux : « à Marie et Guillaume ! »

Dans ce moment, Adrien était relativement calme, apaisé. Il était alors possible d'être ensemble, tous les trois et, semble-t-il différenciés. Chacun paraissait pouvoir exister dans sa subjectivité, et dans cette triangulation menée par Adrien, il pouvait se jouer une forme d'intersubjectivité, acceptable pour lui. Cette façon de s'adresser à nous de façon calme et adressée, en nous regardant, était d'ailleurs plutôt rare et contrastait avec les moments d'agitation et de déambulation sans fin dans lesquelles Adrien s'enfermait fréquemment.

b) L'accordage affectif

Outre les qualités de rassemblement sensoriel que peuvent offrir certaines expériences telles que la balancelle, l'accordage entre les deux partenaires interactifs apparaît comme une condition nécessaire à l'intersubjectivité. En effet, nous avons vu que dans cet accordage affectif se joue le partage d'expériences subjectives internes, retransmises au partenaire interactif, non pas en pure imitation mais en la reprenant et en l'habitant d'une coloration affective. D. Stern (2003, p. 185) explicite cette notion : « L'accordage affectif est [...] l'exécution de comportements qui expriment la propriété émotionnelle d'un état affectif partagé, sans imiter le comportement expressif exact de l'état interne ».

Le jeu que nous avons engagé autour de la balancelle, réunissant diverses modalités sensorielles, venait témoigner d'un échange interactif et d'un accordage affectif entre Adrien et nous. Le psychomotricien, positionné en face, reprenait les paroles d'Adrien pour les moduler, amenait de la surprise, en faisant ainsi un jeu multisensoriel. Ce moment m'évoque d'ailleurs le jeu engagé par certains parents avec leur enfant à partir de la chanson « bateau sur l'eau » dans laquelle la tonalité de la voix varie pour faire durer et amener de la surprise, lorsque le bateau « tombe dans l'eau ». Ici, dans cet échange de « DEVI » et « MISSA » une sorte de jeu de question-réponse nous permettait d'amener une dimension ludique et se faisait le support d'un échange affectif, puisque le psychomotricien ou moi exagérons nos manifestations affectives par des mimiques très expressives qui incarnaient l'attente puis la surprise. L'expression émotionnelle passait également par notre voix, puisque notre jeu vocal, de par les variations riches en émotions, venait incarner un échange affectif et faisait également enveloppe dans notre relation à trois. C'est d'ailleurs ainsi que G. Haag (1988) qualifie cette sorte de bain sonore qui peut

venir jouer un rôle d'«enveloppe sonore, porteuse de modulations à fort message émotionnel ».

Face à toutes ces manifestations et ce partage de nos états subjectifs internes, Adrien pouvait alors nous regarder et rire. Ce rire était une manifestation affective plutôt inédite et précieuse. En effet, de manière générale, Adrien riait peu en séance, ou s'il riait, ce rire était peu incarné, peu empreint d'émotions, il s'agissait alors d'un rire forcé, désaffectivé, comme pour reprendre un rôle : ce n'était pas Adrien qui riait, mais plutôt le personnage qu'il imitait dans son discours. Dans le jeu de la balancelle, le rire d'Adrien était sincère, authentique, si nous pouvons le formuler ainsi, il semblait nous partager lui-aussi quelque chose de son vécu interne.

Ce jeu autour de la balancelle, en plus de ses qualités de rassemblement sensoriel, s'est ainsi fait support d'un accordage affectif entre Adrien et nous.

c) Le rythme des interactions

« Les expériences de rencontre, [...] de lien intersubjectif, si elles sont essentielles, si elles nécessitent des ajustements, des accordages, supposent par ailleurs une temporalité particulière. Elles supposent, pour soutenir le contact avec le monde, avec l'autre et avec soi-même, une rythmicité qui assure l'éprouvé de l'expérience » (Ciccone, 2006)

Comme le soutient A. Ciccone, l'accordage affectif est intimement lié à la question du rythme et de la rythmicité des expériences. Cette question a également été abordée par D. Marcelli (1992) qui reprend la notion d'accordage de D. Stern et souligne que cet accordage « [...] s'observe d'ailleurs essentiellement sur des valeurs liées à la temporalité ». Dans les interactions précoces, la réponse transmodale que la mère transmet à partir des manifestations de son bébé permet le développement de l'empathie mais aussi de la « mélodie interactive ». Et c'est précisément cet élément qui fait défaut dans l'autisme, nous l'avons vu précédemment.

À ce titre, le jeu de la balancelle faisait intervenir une certaine répétition dans le balancement, et venait inscrire l'alternance entre rapprochement et éloignement d'Adrien dans une certaine rythmicité. Cette rythmicité se révélait également à travers notre jeu sonore qui se répétait dans une même mélodie. En cela, cette expérience peut être mise en

lien avec la notion de *macrorythme*, puisque ce jeu mettait en scène une répétition suffisamment prévisible, et donc sans doute, sécurisante pour Adrien. Cependant, au sein de cette expérience rythmique, intervenaient des variations et phénomènes inattendus, relevant de la surprise, comme le fait de résoudre brutalement le « DEVI » en un « MISSA » plus rapide et d'incarner une expression affective nouvelle. Toutes les variations amenées progressivement évoquent les *microrhythmes*, dans leur qualité tout aussi structurante que les *macrorhythmes*.

On peut ainsi faire l'hypothèse qu'Adrien, sur un fond rythmique sécurisant, relevant du *macrorythme*, a pu accepter les variations vocales, vestibulaires, affectives, les ruptures rythmiques que nous lui proposons (des *microrhythmes*), dans un partage affectif et ludique.

Cette séquence clinique a ainsi été très riche dans ce qu'elle venait mettre en jeu, tant du côté de notre engagement que du côté des qualités sensorielles, affectives et émotionnelles. Elle révélait ainsi un moment **d'intersubjectivité** possible entre Adrien et nous, au milieu d'une séance parfois très chaotique.

Finalement, le psychomotricien propose des expériences structurantes, notamment à travers la fonction de *holding* qu'il peut assurer auprès du patient. De cette manière, dans son engagement, il porte l'enfant autiste physiquement et psychologiquement. À partir d'un support comme celui de la balancelle, le thérapeute peut proposer des expériences de rassemblement sensoriel, d'accordage, de rythmicité, et bien d'autres encore ... De telles qualités d'expériences sont alors soutenues, alimentées, mises en sens par le psychomotricien, permettant l'émergence d'interactions et d'échanges intersubjectifs avec l'enfant autiste.

Le psychomotricien, dans sa disponibilité, vient ainsi jouer un rôle primordial dans cette question d'intersubjectivité. Et pourtant, assurer un tel rôle ne se fait pas sans peine ... C'est justement ce que nous allons évoquer dans cette dernière partie en s'arrêtant sur la question du vécu du psychomotricien dans cette rencontre intersubjective.

II. Une rencontre intersubjective ... mais qu'en est-il pour le psychomotricien ?

La rencontre intersubjective avec Adrien, si elle pouvait avoir lieu, durerait peu, était furtive et vite remplacée par des mouvements désorganisés, une déambulation incessante d'Adrien dans la pièce ainsi que ses discours répétitifs, comme j'ai pu le décrire jusqu'ici. L'enjeu des séances en psychomotricité a donc été, tout au long de cette année de prise en charge, de faire durer ces petits moments de rencontre, moments où nous pouvions être ensemble. Une telle perspective n'était pas aisée, au vu de ce que nous faisait vivre Adrien durant les séances. En effet, cette rencontre mettant en jeu notre engagement, a parfois été douloureuse : Adrien m'a quelques fois porté des coups, dans son agrippement, il venait se pendre à mon cou, me laissant des douleurs importantes aux cervicales ou au dos. Psychiquement, les séances étaient tout aussi difficiles : j'ai souvent été traversée de différents mouvements affectifs et psychiques, prise parfois dans une ambivalence entre découragement et fascination, entre empathie et agressivité. Le psychomotricien, comme partenaire interactif et intersubjectif, se heurte ainsi à des vécus parfois difficiles dans la clinique de l'autisme.

Les séances avec Adrien, si elles étaient éprouvantes, relevaient parfois-même de l'insupportable... mais cette part d'insupportable ne fait-elle pas partie de la rencontre ? Porter l'enfant autiste (physiquement et psychiquement) ne nécessiterait-il pas aussi de supporter l'insupportable ? L'importance de l'engagement du psychomotricien en séance m'a alors beaucoup questionnée, dans mon positionnement clinique, sur les limites d'un tel engagement. Jusqu'où le psychomotricien peut ou doit-il s'engager dans la relation ? Où mettre une limite dans cet engagement pourtant thérapeutique auprès d'enfants autistes ? Jusqu'où supporter cet insupportable ? Toutes ces questions ont ainsi jalonné mon cheminement dans cette prise en charge, dans laquelle je me sentais souvent approcher mes limites physiques et psychiques...

1) Engagement corporel et limites

a) Les limites de l'engagement corporel :

J. Boutinaud (2013) envisage la limite de l'engagement corporel du thérapeute en abordant la question des rapprochés corporels et du toucher, dans ce qu'elle peut

convoquer du côté de la sexualité ou de la séduction. Ces dimensions pourraient alors entraver le processus thérapeutique : « [...] à tenter l'expérience du toucher avec des enfants autistes et psychotiques, ne risque-t-on pas de se montrer effractant et de faire vaciller l'élaboration du Moi-corporel ? ». Proposer des expériences de toucher à l'enfant autiste doit ainsi être envisagé avec beaucoup de précaution.

Dans le cas d'Adrien, les limites de l'engagement corporel et psychique se sont imposées d'une autre manière, puisque celui-ci nous sollicitait spontanément par un contact corporel fort. Ce contact, dans le cadre du suivi en psychomotricité, pouvait justement être permis, à condition d'être envisagé en vue d'un processus de symbolisation et non de conduites auto-sensuelles. C'est ce que J. Boutinaud (2013, p. 156) évoque lorsqu'il souligne que « [...] la tolérance d'une certaine proximité corporelle entre le thérapeute et l'enfant [...] s'inscrit de façon tout à fait étonnante dans le cadre du traitement et de la relance des processus de pensées [...] ». Mais ce contact corporel imposé par Adrien, malgré ma volonté de lui proposer un portage qui s'inscrive dans un processus de symbolisation, est souvent venu me confronter à mes limites. L'enjeu a alors été pour moi de trouver comment me positionner vis-à-vis de ce contact corporel, pour être suffisamment cohérente, contenante, tout en rendant cette expérience structurante pour Adrien, alors-même qu'il venait toucher à mes limites physiques et psychiques.

b) Quand les limites sont dépassées ...

Adrien est très agité. Allongé au sol, il élance ses jambes dans toutes les directions, dans des sortes de décharges motrices. Il s'y emploie avec beaucoup de force, si bien que si nous ne voulons pas nous prendre des coups, nous devons nous mettre sur le côté. Par moments, il se lève et se dirige vers nous, nous saisit le cou avec force pour prendre un appui pour nous sauter dans les bras. Cette manœuvre, à la fois laborieuse et en même temps réalisée avec beaucoup d'agilité, nous met dans une position très inconfortable : il nous impose son contact, « tire » avec force sur notre cou et se serre à notre torse de façon presque systématique. À un moment, Adrien se jette sur moi avec tant de force que je ne parviens pas à tenir mon équilibre et nous tombons tous les deux sur le tapis. Je me cogne alors la tête avec force. Je n'en peux plus, j'ai le sentiment d'avoir atteint les limites de ce que je peux supporter.

Cette séquence clinique vient bel et bien raconter comment, en séance avec Adrien, j'ai pu être confrontée à la notion de limite dans l'engagement tant corporel que psychique du psychomotricien : jusqu'où donner de soi-même dans la relation ?

J'ai souvent été prise dans un mouvement d'ambivalence entre dire « non » fermement à Adrien parce que je ne pouvais plus supporter ce contact trop fort et trop violent, et repousser mes limites en acceptant ce contact corporel pour accueillir sa souffrance psychique, son angoisse. Mais refuser en bloc le contact d'Adrien aurait été finalement reproduire à ma manière l'évitement relationnel manifesté par Adrien dans sa pathologie autistique et ainsi, reproduire son mode de fonctionnement interactif, pour ne pas dire le renforcer... Le refus de contact dans un manque de cohérence aurait sans doute été déstructurant pour lui. Cependant, tout accepter de ce contact corporel parfois dangereux, ne serait-ce pas finalement me mettre en danger ? Trouver et mettre une limite dans ce qui est supportable et acceptable de la part d'Adrien prend ici toute son importance. Refuser son contact corporel fort pour lui proposer de se rencontrer autrement, par un autre type de contact, ouvre également une perspective plus structurante.

« Non Adrien, c'est trop fort, je ne veux pas que tu nous fasses mal !! » Le ton du psychomotricien vient dire qu'Adrien a dépassé les limites. Je me demande alors ce qu'Adrien perçoit de ces remontrances : n'est-il pas trop ambitieux d'exiger de lui qu'il arrête de nous sauter dans les bras ? N'est-il pas dérisoire de vouloir qu'il comprenne la conséquence de cet agrippement qui semble si irrépessible pour lui ?

La réponse d'Adrien est d'autant plus étonnante lorsqu'il nous dit d'un ton discordant, presque jovial « Oh oui, c'est une très bonne idée ! ».

Cette réponse au milieu de cette situation chaotique en est presque ironique, là où nous aurions presque pu voir de l'insolence. Je perçois alors ici l'articulation entre ce qu'Adrien semble être en mesure de comprendre, grâce à ses compétences cognitives efficaces, et tout ce contre quoi il ne paraît pas capable de lutter, et qui l'entraîne dans ces élans de fusion corporelle avec nous...

Cette mise en mots de mon maître de stage au moment où nous nous retrouvons au sol suite au déséquilibre provoqué par Adrien, interroge la résonance que peut avoir une telle verbalisation pour un enfant autiste. S'il s'agissait de le gronder, ou même de le punir, quel impact cela pourrait-il avoir ? B. Golse (1989) évoque cette question en évoquant la

notion de punition pour l'enfant psychotique. Il relève que « [...] la punition n'a guère de sens pour un sujet dont les instances intra-psychiques sont si peu différenciées. » Il insiste d'ailleurs sur le fait de repérer les limites de l'acceptable et du non-acceptable, de « ce qui est permis et ce qui ne l'est pas » pour l'enfant autiste.

« [le repérage des limites] est au psychotique ce que la punition est au névrotique. [...] L'aide au repérage des limites a, en effet, une fonction essentiellement thérapeutique [...] c'est le contraire même du passage à l'acte puisqu'il est empreint de neutralité et de bienveillance. Il traduit un souci de clarification des frontières, sans confusion due à l'impulsivité ou à la violence. » (Golse, 1989)

En deçà de cette question de la punition, la question des limites est belle est bien primordiale, tant du côté du thérapeute dans ce qu'il engage de son corps et de sa psyché, que du côté de l'enfant autiste et des limites que nous devons lui mettre, sans pour autant, tomber dans une dimension répressive qui ne serait aucunement structurante pour lui.

Cette question des limites entre également en résonnance avec la notion d'intersubjectivité. En effet, « soi et l'autre, cela fait deux » nous dit très justement B. Golse (2014) et dans l'intersubjectivité, être en présence de l'autre ne signifie pas se perdre dans l'autre en s'accrochant à lui comme a pu le faire Adrien à certains moments. Définir les limites permet alors d'adopter un positionnement ferme mais structurant et rassurant pour l'enfant, afin qu'il puisse considérer l'autre comme sujet et non objet, et ce, quelles que soient les angoisses qui le traversent.

2. Les affects du psychomotricien

a) Face à l'autisme

Je me sens rapidement étourdie par le coup que je viens de prendre sur la tête, et découragée par la situation, la difficulté d'entrer en relation avec Adrien, ces mouvements incontrôlés et dangereux pour nous... Je regarde l'horloge, pressée que la séance se termine et appréhendant également le moment de séparation. Je ressors de cette séance endolorie par les quelques coups, le cou marqué par les tentatives d'Adrien de s'accrocher...

Les séances, outre la mise en jeu corporelle qu'elles venaient convoquer, m'ont fait vivre des affects parfois violents et empreints d'ambivalence, comme j'ai pu l'évoquer jusqu'ici. Dans cette tentative d'entrer en relation avec Adrien, dans ces oscillations entre ces

moments de « être ensemble » et de repli autistique où il semblait comme inatteignable, j'ai souvent ressenti un découragement, un sentiment d'inutilité, de solitude. Je pouvais aussi vivre certaines séances à travers la fascination, lorsque les manifestations d'Adrien étaient déconcertantes, ou encore à travers un élan empathique, où j'aurais bien supporté n'importe quel agrippement de sa part, tant sa souffrance psychique semblait grande.

Face à la clinique de l'autisme, le psychomotricien peut être traversé par des affects aussi ambivalents que violents. Parfois confronté à une impuissance et une profonde incompréhension vis-à-vis de l'enfant autiste, il peut être pris dans des mouvements de découragement, de doute ou d'inutilité. Face au vide que peut renvoyer la clinique de l'autisme, le psychomotricien peut mettre en place des mécanismes défensifs, se laissant aller à une certaine forme de dépression et de passivité, ou bien, à l'inverse, à une tendance maniaque qui peut le pousser à entreprendre une multitude de propositions, pris dans une hyperactivité défensive.

b) L'agressivité

J. Boutinaud (2003) évoque la question des affects traversant le psychomotricien en disant que « [...] [le psychomotricien] peut [...] osciller entre des mouvements dépressifs [...] et des sursauts d'agressivité ». Cette question de l'agressivité s'est justement manifestée dans la prise en charge avec Adrien :

Lors d'un jeu que nous avions pu mettre en place, Adrien nous demande successivement à mon maître de stage et moi, de monter sur le banc. Lui est allongé au sol et nous regarde. Il nous demande alors de « lui plonger dedans ». Je me retrouve alors debout face à lui, et nous pouvons jouer ce qu'il nous demande.

Ce jeu demandé par Adrien, au-delà des questionnements sur ses limites corporelles et son image du corps qu'il a pu amener, a mis en scène une situation particulière, où je me suis retrouvée à pouvoir sauter sur Adrien. J'ai alors pris conscience de la dimension violente que représentait le fait de devoir sauter sur cet enfant, alors-même que nous avions pu le jouer et rendre cette demande de jeu un peu plus acceptable (en le transformant et en modulant les façons de venir le rejoindre au sol par exemple).

Ce moment m'a ainsi questionnée sur la place des pulsions agressives chez le psychomotricien en séance avec un enfant autiste. En effet, l'enfant autiste, dans ses mécanismes de replis autistique et dans ses difficultés d'accès à l'intersubjectivité, peut

annuler notre subjectivité, comme en témoignent certains moments de la prise en charge d'Adrien. Ces pulsions agressives pourraient alors exprimer une « [...] envie de faire violence à ces enfants qui paraissent nier notre existence et que l'on aurait presque envie de saisir en leur disant « Regarde, je suis là, j'existe » » (Boutinaud, 2003). Ainsi, c'est bien par la non-reconnaissance de notre subjectivité qui définit en partie notre existence, que l'enfant autiste peut nous déconcerter, faisant naître des pulsions agressives. Cet échec de l'accès à l'intersubjectivité signe la non-reconnaissance de l'autre comme partenaire subjectif interactif, et rend véritablement difficile la rencontre avec l'enfant autiste.

3. Survivre psychologiquement

J. Boutinaud (2003), dans son article *Une psyché en hiver* utilise une métaphore pour modéliser la psyché des enfants autistes : il la compare à un paysage enneigé. En effet, il évoque l'appareil psychique des sujets autistes qui serait resté « en stase », dans une sorte « d'hibernation où la pulsion de mort vient triompher et figer tous les processus de pensée à travers l'expression de mécanismes de défense paralysants ». Il insiste également sur la dimension paradoxale de ce psychisme, à la fois figé, gelé, mais traversé par moments par des mouvements, tels des bourrasques de vents dans cette étendue glaciale, qui signent finalement une certaine activité que l'auteur désigne par « vitalité psychique ».

À partir de cette considération de l'appareil psychique des enfants autistes, on peut établir un lien avec ce que manifestait Adrien en séance. Avant de débiter ce stage à l'hôpital de jour, j'avais en tête la tonalité mortifère que pouvait prendre des séances avec des enfants autistes, des séances silencieuses, sidérantes de par l'étrangeté que nous renvoie cette pathologie, et la difficulté d'entrer en contact avec ces patients. On rejoint bien là l'image de l'étendue glaciale décrite par J. Boutinaud. Mais avec Adrien, ce n'était pas l'immobilité et le vide qui étaient manifestés, mais davantage les mouvements corporels et l'agitation ! Cependant, ces mouvements corporels garantissaient-ils des mouvements psychiques ? Si la séance était riche en mouvements corporels d'Adrien, l'était-elle en mouvements vecteurs de symbolisation et de mise en représentation de la relation et de l'intersubjectivité ?

Face aux manifestations d'Adrien, j'ai pu ressentir une mise en péril de ma sécurité à la fois corporelle, évoquée plus tôt, mais aussi psychique :

Je cherche désespérément des appuis physiques pour ne pas vaciller, me rapprochant du mur en anticipant une éventuelle chute, mais aussi des appuis psychiques pour ne pas être trop sidérée. Mais la sidération s'impose à moi, et mon état est alors de l'ordre de la survie psychique...

Cette survie psychique, J. Boutinaud (2003) l'évoque en parlant du risque pour le psychomotricien de perdre sa vitalité psychique en thérapie avec des enfants autistes : « la propre vitalité de la psyché du psychomotricien peut alors paraître s'immobiliser sous les effets du froid autistique ». Il ajoute que « la dangerosité du phénomène [...] peut venir figer le processus thérapeutique auparavant en mouvement, le plongeant dans un hiver éternel ».

Cette dernière considération entre en résonance avec tout ce qui a pu se jouer en séance avec Adrien, dans une tentative de réanimer des mouvements psychiques, là où la pulsion de mort se manifeste. Tant durant la séance que dans l'après-coup où il nous était parfois difficile d'élaborer sur ce qui s'était passé, nous nous sentions, le psychomotricien et moi, comme en « apnée psychique » de laquelle il fallait émerger pour penser et élaborer autour du suivi. Toute la réflexion et les questionnements que nous avons eus avec mon maître de stage nous ont ainsi permis de nous maintenir dans un travail psychique, dans une élaboration qui venait étayer les séances, maintenir un certain mouvement psychique là où la clinique de l'autisme peut tant nous emmener du côté de la fixité, de l'immuabilité, voire même de la mort psychique. Penser l'enfant autiste dans une perspective de relation et d'intersubjectivité, là où se manifestent la non-rencontre et le repli autistique, nous permet de nous dégager, d'une certaine manière, de cette menace de mort psychique.

Ainsi, si le psychomotricien, de par son engagement, peut participer à l'émergence de moments d'intersubjectivité chez l'enfant autiste, il doit cependant être suffisamment à l'écoute de sa propre subjectivité, en considérant ses propres limites, les affects qui se jouent dans cette rencontre. Être à l'écoute de ses propres vécus nous rend plus disponible à nous-mêmes et nous ouvre à une disponibilité à l'autre. Alors peuvent se tisser des liens intersubjectifs, dans une écoute et respect mutuel de l'autre, comme être subjectif.

CONCLUSION

Comment terminer l'écriture d'un mémoire sans évoquer la richesse d'un tel exercice ... ? Cet effort d'écriture, aussi passionnant que laborieux, m'a incitée à approfondir la connaissance que j'avais de certains concepts concernant la problématique autistique, l'intersubjectivité et plus largement, la thérapie psychomotrice. Écrire pour résumer, pour mettre en lumière, pour retranscrire l'expérience clinique et les questionnements qui ont jalonné cette dernière année d'études.

Cette approche de l'intersubjectivité, en appui sur la question de l'engagement du psychomotricien, vient sans doute parler des questions et réflexions qui m'ont fait avancer durant cette troisième année, sur mon positionnement clinique, et entre autres sur mon engagement dans le soin psychomoteur. Dans ce stage auprès des enfants autistes, les questions de limites et d'équilibre se sont ainsi imposées à moi : limites de ce que j'accepte de l'autre dans la relation de soin, limites de ce que j'engage de moi-même. Connaître ses propres limites apparaît alors indispensable dans le travail de psychomotricien, particulièrement dans la clinique de l'autisme. S'engager à corps perdu, dans un espoir de créer du lien, de la relation, peut être rapidement dangereux pour le psychomotricien, et non structurant pour l'enfant. D'où la nécessité de trouver un équilibre qui pourra être thérapeutique pour l'enfant et favorisera un déroulement des séances plus apaisé.

« *Comment entrer en relation avec lui ?* », « *comment le rencontrer ?* »... Ces questions sont bel et bien au cœur de la problématique autistique, et les séances avec Adrien tout au long de l'année, ont été faites d'interrogations semblables à celles-ci. J'ai ainsi perçu combien il était difficile de rencontrer l'enfant autiste, et combien, lorsqu'un espoir de rencontre se laissait entrevoir, il était coûteux pour ces enfants de s'approcher de cet autre, apparaissant comme menaçant. Ce que certains auteurs définissent comme « sortie de l'autisme », c'est-à-dire une découverte et un investissement du monde, des objets et des sujets, peut parfois être terrorisant pour ces enfants et vecteur d'une importante souffrance psychique. En effet, s'ouvrir au monde n'est pas chose aisée, lorsqu'un fonctionnement de repli autistique maintenait jusqu'ici l'enfant dans une sécurité défensive imparable... Cette rencontre avec l'autre et avec le monde, doit alors se faire progressivement, avec patience et persévérance pour toujours garantir une sécurité

psychique et affective à l'enfant autiste. Cette progression peut donner l'impression au psychomotricien d'être vaine, sans évolution apparente, mais elle se fait finalement, il me semble, dans une lenteur structurante, bien qu'entrecoupée de phases de régression importantes, comme s'il était trop dur de s'ouvrir au monde et que retourner dans sa « bulle autistique » était bien plus réconfortant pour le patient autiste. C'est ce qu'a pu nous faire vivre Adrien, lorsque la rencontre était précieuse, furtive et souvent écourtée par lui, remplacée par ses mouvements et sa déambulation incessante, ainsi que les logorrhées verbales auxquelles il se livrait.

Entre rencontre et non-rencontre, l'autisme vient nous questionner dans notre propre capacité à entrer en relation. Les outils relationnels du psychomotricien prennent alors tout leur sens. Ce dernier, dans son engagement et dans les expériences qu'il propose, peut venir soutenir et favoriser des moments de rencontre et d'intersubjectivité. La thérapie psychomotrice offre alors à l'enfant autiste, dans sa « manière psychomotrice tellement particulière d'être au monde » (Joly, 2010), une possibilité d'ouverture, d'investissement du corps et de la relation autrement que dans un registre auto-sensoriel.

Dans cette expérience clinique, j'ai également saisi toute l'importance de s'appuyer sur l'élaboration en équipe et sur les apports théoriques. Ces appuis me paraissent nécessaires pour sans cesse relancer le mouvement psychique, pour penser les patients, sans quoi il est facile de se laisser entraîner du côté des pulsions de mort, de la mort psychique qui menace sans cesse dans la question de l'autisme.

Finalement, la complexité des mécanismes mis en jeu dans la question de l'autisme est à considérer dans une perspective de soin. Il me paraît important, dans notre position de thérapeute, d'accompagner le patient dans son humanité plus qu'au travers de sa pathologie, en mettant en œuvre un processus thérapeutique parfois long, mais habité d'un ajustement et d'une humilité, particulièrement auprès des patients autistes où l'évolution dans le soin est laborieuse, voire infime. Autrement dit, il s'agit peut-être davantage d'orienter notre savoir-faire psychomoteur vers un savoir-être psychomoteur.

« *After being, doing, but first, being* » D.W. Winnicott

« Après être, faire, mais d'abord, être »

BIBLIOGRAPHIE

- Aitken, K. J., & Trevarthen, C. (2003). L'organisation soi/autrui dans le développement psychologique humain. *La psychiatrie de l'enfant*, 46(2), 471-520.
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2e édition). Paris: Dunod.
- Bénony, C., Golse, B., & Pedinielli, J.-L. (2007). *Psychopathologie du bébé* (Nouvelle présentation). Paris: A. Colin.
- Boutinaud, J. (2003). Une psyché en hiver : à propos de l'accompagnement de l'enfant autiste en thérapie psychomotrice et de quelques repères et bases de travail. *THERAPIE PSYCHOMOTRICE ET RECHERCHES*, 134, 88-105.
- Boutinaud, J., & Delion, P. (2013). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* (3e édition actualisée). Paris: In Press.
- Ciccone, A. (2005). L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 53(1- 2), 24-31.
- Ciccone, A. (2006). Partage d'expériences et rythmicité dans le travail de subjectivation. *Le Carnet PSY*, (109), 29-34.
- Ciccone, A. (2013). Apprentissage, douleur psychique et rythmicité des expériences. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 3(1), 41-57.
- Ciccone, A., & Lhopital, M. (2001). *Naissance à la vie psychique: modalités du lien précoce à l'objet au regard de la psychanalyse* (2e éd). Paris: Dunod.
- Frick, A. (2015). *Connexions défailantes à travers le cerveau, en cause dans certains troubles de l'autisme*. INSERM. Consulté à l'adresse <http://presse.inserm.fr/connexions-defaillantes-a-travers-le-cerveau-en-cause-dans-certains-troubles-de-lautisme/21521/>

- Golse, B. (1989). Comment punir un psychotique ? Punitons et psychopathologies. In *Quand et comment punir les enfants* (p. 99-115). Paris.
- Golse, B. (2006). De l'intersubjectivité à la subjectivation (co-modalité perceptive du bébé et processus de subjectivation). *Le Carnet PSY*, n° 109(5), 25-29.
- Golse, B. (Éd.). (2008). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: compléments sur l'émergence du langage* (4e édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Golse, B. (2014). De l'intersubjectivité à la subjectivation. *Enfances & Psy*, (62), 29- 38.
- Golse, B. (2016). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse. *Figures de la psychanalyse*, (31), 121-134.
- Golse, B., & Delion, P. (Éd.). (2005). *Autisme: état des lieux et horizons*. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Grandin, T. (2000). *Ma vie d'autiste*. Paris: O. Jacob.
- Haag, G. (1988). Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho- motrices dans la première année de vie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 36, 1-7.
- Haag, G. (1996). Stéréotypies et angoisses. *Les Cahiers du CERFEE*, 209-225.
- Haag, G. (2008). Comment les psychanalystes peuvent aider les enfants avec autisme et leurs familles. In *Autisme : état des lieux et horizons* (p. 119-143). ERES.
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement - État des connaissances*.
- Haute Autorité de Santé-ANESM. (2012). *Autisme - Questions/Réponses*. Consulté à l'adresse http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/questions_reponses_vdef.pdf
- Houzel, D. (2002). Les signes précoces de l'autisme et leur signification psychopathologique. *Le Carnet PSY*, (76), 23-26.
- Houzel, D. (2014). L'intersubjectivité: rencontre ou séparation ? *Enfances & Psy*,(62)57-66.

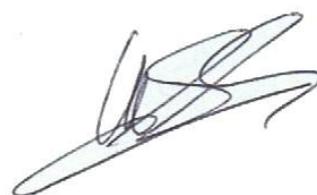
- Houzel, D., Moggio, F., & Emmanuelli, M. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Joly, F. (2010). L'autisme à bras le corps : une approche corporelle et psychomotrice de l'autisme. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, (50), 47-58.
- Joly, F. (2016). Le développement psychomoteur et les signes précoces de l'autisme. In *L'enfant autiste et son corps: une approche psychomotrice de l'autisme infantile*. Paris: Editions In press.
- Joly, F., & Delion, P. (Éd.). (2016). *L'enfant autiste et son corps: une approche psychomotrice de l'autisme infantile*. Paris: Editions In press.
- Larbán Vera, J., & Golse, B. (2016). *Vivre avec l'autisme, une expérience relationnelle: guide à l'usage des soignants*. Toulouse: Éditions Érès.
- Lemay, M. (2016). L'autiste et son corps. In *L'enfant autiste et son corps: une approche psychomotrice de l'autisme infantile* (p. 67-80). Paris: Editions In press.
- Loncan, A. (2016). Introduction. *Le Divan familial*, (36), 7-11.
- Mahler, M. S. (2001). *Psychose infantile: symbiose humaine et individuation*. Paris: Payot.
- Marcelli, D. (1992). Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXV(1), 57-82.
- Muratori, D. F. (2012). L'autisme comme conséquence d'un trouble de l'intersubjectivité primaire. *La psychiatrie de l'enfant*, 55(1), 41-82.
- Potel, C. (2010). *Être psychomotricien: un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse: Érès.
- Roudinesco, É., & Plon, M. (2011). *Dictionnaire de la psychanalyse* (4e édition). Paris: Librairie générale française.
- Roussillon, R. (2014). Le besoin de sécurité. Consulté à l'adresse <https://reneroussillon.com/situations-extremes/le-besoin-de-securite/>

- Stern, D. N. (2003). *Le monde interpersonnel du nourrisson: une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: Presses universitaires de France.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2003). Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*, 15(4), 309-428.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In *La mère suffisamment bonne*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. W., Michelin, M., Rosaz, L., & Spock, B. (1992). *Le bébé et sa mère*. Paris: Payot.

Le 1/05/2017 à Lyon

Vu par le maître de mémoire

Mme Magali CHATAGNAT

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Chatagnat', written in a cursive style.

RÉSUMÉ :

L'intersubjectivité vient régir tout échange humain, à partir du moment où il est question de relation et de partage d'une expérience commune, où chacun peut exister physiquement et psychologiquement en présence de l'autre. Dans l'autisme, la qualité intersubjective de la rencontre semble entravée, mettant à mal toute tentative d'entrer en relation. « Faire rencontre » devient un des enjeux en thérapie psychomotrice auprès des enfants autistes. Le psychomotricien, dans son engagement tant physique que psychique et de par les outils qui font sa spécificité, peut alors soutenir la relation et favoriser l'émergence de moments d'intersubjectivité.

MOTS CLÉS : Autisme, Intersubjectivité, engagement du psychomotricien, rencontre