

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 RÉADAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

Découvrir son corps pour découvrir l'autre

Réflexion autour du travail de la conscience corporelle et du mouvement avec un enfant
porteur d'autisme

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Alice FOURNIER

Juin 2021 (Session 1)

N° 1625

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD LYON 1

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

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

Docteur Xavier PERROT

Découvrir son corps pour découvrir l'autre

Réflexion autour du travail de la conscience corporelle et du mouvement avec un enfant
porteur d'autisme

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Alice FOURNIER

Juin 2021 (Session 1)

N°1625

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

1. UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Doyen **Pr. RODE Gille**

U.F.R d'Odontologie
Directrice **Pr. SEUX Dominique**

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

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

Comité de Coordination des Etudes
Médicales (C.C.E.M.)
Président **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

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

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

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

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

U.F.R. Faculté des Sciences
Administrateur provisoire
M. ANDRIOLETTI Bruno

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences
Administratrice provisoire
Mme GIESELER Kathrin

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education (E.S.P.E.)
Administrateur provisoire
M. Pierre CHAREYRON

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

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T.LYON 1)
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA RÉADAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

DÉPARTEMENT PSYCHOMOTRICITÉ

Directrice du département
Mme Tiphaine VONSENSEY
Psychomotricienne, cadre de santé

Coordinateurs pédagogiques
M. Bastien MORIN
Psychomotricien

M. Raphaël VONSENSEY
Psychomotricien

Mme Aurore JUILLARD
Psychomotricienne

Responsable des stages
Mme Christiane TANCRAÏ
Psychomotricienne

Secrétariat de scolarité
Mme Lynda ABDELMOUMNAOUI

Remerciements

Je remercie dans un premier temps mes maîtres de stages et mes référents qui ont su me faire découvrir le métier de psychomotricien auprès de populations différentes. Vous avez su me guider dans la construction de ma future identité professionnelle tout en m'aidant à prendre un peu plus confiance en mes capacités.

Je remercie ensuite ma maître de mémoire, Margot, pour son écoute, ses conseils et son investissement qui m'ont permis de faire mûrir ma réflexion et de mener à bien ce travail.

Je tiens également à remercier toute l'équipe de la section autisme pour leur disponibilité et leur écoute. Un grand merci à Marc, Audrey et Élodie pour votre accompagnement et vos conseils dans la prise en charge en psychomotricité de ces deux enfants.

Pour finir, je souhaite remercier mes amis et ma famille qui m'ont beaucoup soutenue dans tous mes projets. Vous avez toujours été à l'écoute, me partageant souvent un point de vue extérieur très riche.

SOMMAIRE

LEXIQUE

INTRODUCTION	1
PARTIE THÉORIQUE	3
1 L'autisme : une définition et un parcours complexes	3
1.1 Apports historiques et cliniques	3
1.1.1 Quelques chiffres sur la situation actuelle des TSA en France	3
1.1.2 Évolution historique du concept d'autisme	3
1.1.3 Définition actuelle du TSA.....	4
1.2 Diagnostic.....	6
1.2.1 Critères diagnostiques et comorbidités	6
1.2.2 Diagnostic différentiel	6
1.2.3 Le parcours diagnostique	7
1.3 Prise en charge	8
1.3.1 Une prise en charge précoce et multidimensionnelle	8
1.3.2 Les structures et dispositifs d'accueil et de soins.....	8
1.3.3 Principales méthodes d'intervention recommandées	9
1.4 Psychomotricité et autisme	11
2 Corps et autisme.....	12
2.1 Définitions.....	12
2.1.1 Schéma corporel	12
2.1.2 Image du corps.....	12
2.1.3 Conscience corporelle	12
2.2 Troubles de la sensorialité et conscience du corps.....	13
2.2.1 Des particularités sensorielles inhérentes à la sémiologie des TSA.....	13
2.2.2 Des particularités sensorielles ayant d'importantes répercussions dont une altération de la conscience corporelle	14
2.3 Une altération de la conscience corporelle qui revêt plusieurs aspects.....	14

2.3.1	Un corps désorienté.....	14
2.3.2	Un corps désunifié	16
2.3.3	Un corps dépossédé.....	16
3	Corps et relation	17
3.1	Relation et communication.....	17
3.1.1	Définitions.....	17
3.1.2	Quelques mots sur le développement de la sphère socio communicative..	18
3.1.3	Dans l'autisme	18
3.2	Corps et relation : deux notions profondément intriquées	19
3.2.1	Le corps comme siège de la communication et de la relation	19
3.2.2	L'autre comme acteur essentiel de la construction de la conscience corporelle.....	20
3.2.3	Le corps comme support indispensable au développement de la sphère relationnelle	20
3.3	Altération de la conscience corporelle et troubles de la relation dans les TSA : une interdépendance offrant des pistes de travail	21

PARTIE CLINIQUE

1	Présentation du cadre de mon stage	23
1.1	L'IME	23
1.2	La section autisme.....	23
1.3	L'équipe professionnelle	23
1.3.1	Les professionnels intervenant sur la section.....	23
1.3.2	Formations des professionnels et méthodes utilisées	24
1.4	La place de la psychomotricité.....	24
1.5	Ma place de stagiaire.....	25
2	Le dispositif groupal.....	25
2.1	Le cadre du groupe.....	25
2.2	Axes de travail du dispositif groupal.....	26
2.3	Organisation des séances	26

3	Présentation de Louis	27
3.1	Anamnèse	27
3.2	Synthèse des bilans.....	28
3.2.1	Bilans psychomoteurs et profil sensoriel	28
3.2.2	Bilan orthophonique.....	30
3.3	Emploi du temps et prises en charge	30
3.3.1	Emploi du temps.....	30
3.3.2	Prise en charge éducative et scolaire	31
3.3.3	Prise en charge en psychomotricité au sein du dispositif groupal	31
3.4	Une première rencontre marquante	31
4	Observation de Louis durant les temps de prise en charge en psychomotricité	33
4.1	Des difficultés motrices évidentes.....	33
4.2	Une relation qui évolue	34
4.2.1	Une acceptation de ma présence d'abord médiatisée.....	34
4.2.2	Le contact physique au cœur de la relation	36
4.2.3	Un lien mis à mal par des manifestations agressives.....	36
4.3	Agitation psychomotrice.....	37
4.3.1	Une agitation omniprésente	37
4.3.2	Un besoin de combler l'espace	38
4.3.3	Un corps en recherche de sensations.....	39

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

1	L'activité motrice : entre corps et relation.....	41
1.1	Bouger pour sentir son corps.....	41
1.1.1	Louis, une conscience du corps altérée	41
1.1.2	Le mouvement ou la recherche de sensations.....	43
1.1.3	Expérimenter autrement	44
1.2	Bouger pour s'approprier son corps.....	45
1.2.1	Louis, un corps à unifier.....	45
1.2.2	Et à s'approprier	46

1.2.3	Le mouvement volontaire : de l'agentivité au travail de la conscience corporelle.....	47
1.3	Bouger pour aller vers l'autre.....	49
1.3.1	L'utilisation du corps et de sa gestuelle pour communiquer avec Louis	49
1.3.2	L'imitation : entre corps, mouvement et relation.....	49
2	Les apports de la contenance	51
2.1	Louis et la recherche du contact	51
2.1.1	Une recherche importante	51
2.1.2	Sentir son corps comme unifié et clairement délimité	52
2.2	Un travail de réunification et de différenciation ouvrant à la relation.....	53
2.3	La contenance en séance de psychomotricité	54
	CONCLUSION.....	56
	BIBLIOGRAPHIE	
	TABLE DES ANNEXES	58

LEXIQUE

ABA : *Applied Behavior Analysis*

AMP : Aide Médico-Psychologique

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies, 11^{ème} édition

CRAIF : Centre de Ressources Autisme Île-de-France

DSM-IV TR : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, Texte Révisé

DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition

EDAP : Équipe Diagnostic Autisme de Proximité

EPSA : Échelle des Particularités Sensori-psychomotrices dans l'Autisme

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

HAS : Haute Autorité de Santé

IME : Institut Médico-Éducatif

IMP : Institut Médico-Pédagogique

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

ME : Monitrice-Éducatrice

PECS : *Picture Exchange Communication System*

SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile

SIPFP : Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle

TDAH : Trouble Déficient de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TEACCH : *Treatment and Education of Autistic Children and related Communication Handicapped*

TED : Trouble Envahissant du Développement

TND : Trouble du Neurodéveloppement

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

UEEA : Unité d'Enseignement en Élémentaire Autisme

UEMA : Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme

ULIS : Unité Localisée d'Inclusion Scolaire

VB-MAPP : *Verbial Behavior Milestones Assesment and Placement Programm*

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Avant d'entamer des études de psychomotricité, l'autisme était un trouble très flou pour moi. Je n'en entendais que très peu parler, n'ayant pas de proche touché directement ou indirectement par un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

Je me souviens néanmoins d'un adolescent porteur d'un TSA, scolarisé dans l'Unité Localisée d'Inclusion Scolaire (ULIS) de mon collège. Neuf ans se sont écoulés depuis mais je me rappelle encore ce garçon très grand, très mince, le regard fixé vers le sol, debout dans la cour écoutant de la musique et se balançant inlassablement d'avant en arrière au milieu de la centaine d'élèves qui grouillaient autour de lui. Le hasard a voulu que je fasse la connaissance de son frère lors de mon entrée au lycée qui, une fois la coïncidence découverte, m'avait succinctement présenté le trouble à l'origine de l'étrange comportement de son grand frère.

C'est au cours de ma deuxième année de formation que j'ai commencé à m'intéresser plus particulièrement à ces personnes porteuses de TSA. J'ai découvert la clinique auprès de cette population lors de mon stage en cabinet libéral au cours duquel j'ai eu l'opportunité de rencontrer trois enfants avec autisme ayant un tableau clinique extrêmement différent : l'un présentant un haut potentiel avec des stéréotypies très importantes, un autre sans déficience intellectuelle faisant preuve d'un humour très particulier et un dernier, sans doute celui qui m'a le plus profondément marquée, avec une déficience intellectuelle sévère, pas de langage, aucun regard, suivi en libéral car les parents avaient eu peur de placer leur fils à l'Institut Médico-Éducatif (IME). Cet enfant m'a profondément déstabilisée et a été source de nombreuses interrogations.

C'est ainsi que pour ma troisième année, j'ai demandé un stage en IME autisme, curieuse de découvrir de manière plus approfondie le travail en psychomotricité et la prise en charge institutionnelle de ces enfants porteurs d'autisme avec déficience intellectuelle. Je savais déjà que je souhaitais réaliser mon mémoire sur l'autisme. J'ai eu la chance de trouver un établissement prêt à m'accueillir et un maître de stage spécialisé depuis longtemps dans l'autisme, faisant d'ailleurs parti de l'Équipe Diagnostic Autisme de Proximité (EDAP) du département.

Lors de mon premier jour de stage, j'ai fait la connaissance de Louis. Le comportement de ce petit garçon de 7 ans m'a tout de suite beaucoup interrogée et j'ai

choisi assez rapidement de construire mon mémoire à partir de son cas clinique. Louis a un TSA avec déficience intellectuelle. Il est pris en séance groupale avec un autre enfant ayant lui aussi un TSA avec déficience intellectuelle.

Au fur et à mesure des séances, les deux enfants ont de mieux en mieux accepté ma présence et mon intervention. La relation entre Louis et moi a peu à peu évolué, amenant un certain nombre de questions. Cet enfant manifestait une grande agitation accompagnée d'une prise de risques importante qui m'a d'abord déstabilisée. Elle m'a ensuite poussée à m'interroger sur la façon dont cet enfant appréhendait et habitait son corps. Les réflexions que j'ai pu faire à partir du cas clinique de Louis m'ont ainsi guidée vers cette problématique :

Comment un travail en psychomotricité autour de la conscience corporelle et du mouvement peut-il venir étayer le développement de la relation avec un enfant présentant un TSA ?

Dans un premier temps, je tenterai d'apporter différents éléments théoriques pour définir plus précisément ce qu'est l'autisme, éclairer la notion de conscience corporelle chez les enfants porteurs de ce trouble et du rôle que celle-ci peut avoir dans le développement de la relation. Je m'appuierai ensuite sur mon expérience clinique autour de la prise en charge de Louis au sein d'un groupe thérapeutique dont je ne citerai pas le nom afin de préserver l'anonymat. Je présenterai dans cette partie les observations, les questionnements et les hypothèses que j'ai pu faire et qui m'ont amenée à cette problématique. Enfin, dans une troisième et dernière partie, je m'efforcerai de lier et d'éclairer mes observations et mes hypothèses cliniques avec différents apports théoriques.

PARTIE THÉORIQUE

PARTIE THÉORIQUE

1 L'autisme : une définition et un parcours complexes

1.1 Apports historiques et cliniques

1.1.1 Quelques chiffres sur la situation actuelle des TSA en France

Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM, 2018), environ 700 000 personnes seraient porteuses d'un TSA en France et 100 000 auraient moins de 20 ans. Bien qu'un TSA ne soit pas toujours accompagné d'une déficience intellectuelle, il est source d'un véritable handicap social pour les personnes qui en sont porteuses. En France, il est d'ailleurs reconnu comme tel depuis 1996. (INSERM, 2018).

Les garçons sont plus touchés que les filles avec un sex-ratio longtemps estimé à quatre garçons pour une fille. Cependant, ces chiffres seraient à prendre avec précaution car les outils diagnostics actuellement utilisés ne prendraient pas toujours en compte les spécificités de l'expression des TSA chez les filles. (INSERM, 2018) Ainsi, une étude américaine de 2017 conclut que ce sex-ratio tournerait plutôt autour de trois garçons pour une fille (Loomes et al., 2017).

1.1.2 Évolution historique du concept d'autisme

Avant de proposer une définition actuelle des TSA, il me semble important de revenir succinctement sur l'histoire des TSA afin de mieux comprendre l'origine de ces informations et l'évolution de la compréhension de ce trouble.

L'histoire des TSA débiterait avec Victor, l'enfant sauvage de l'Aveyron recueilli au XIXème siècle par Jean Itard. Celui-ci décrit Victor comme souffrant « d'un défaut initial de « commerce réciproque » » (Tordjman, 2017, p. 8). Plus tard, en 1911, le psychiatre suisse Eugène Bleuler utilise pour la première fois le terme « autismus » afin de décrire la symptomatologie schizophrénique de patients adultes en le rapportant à l'idée d'un retrait social associé à un repli sur soi-même, d'où ce terme dérivé du grec « autos » qui signifie « soi-même » (Tordjman, 2011).

Ce terme est ensuite repris par le psychiatre Kanner en 1943 qui le différencie de la schizophrénie. Il définit ainsi le syndrome autistique comme centré sur les perturbations des relations affectives de l'individu avec l'entourage et le détache d'une inspiration

psychanalytique directe (Tordjman, 2011). En 1944, le psychiatre autrichien Hans Asperger décrit un syndrome qui se rapproche de celui décrit par Kanner mais qui s'en différencie par l'absence de retard significatif du développement cognitif (plus particulièrement du langage) et le rapport à la routine de ces patients. À l'époque, Kanner et Asperger soutiennent d'ailleurs que les deux syndromes qu'ils décrivent respectivement diffèrent radicalement (Tordjman, 2011).

Différents modèles étiologiques ont ensuite été développés (schizophrénie infantile, encéphalopathies post-virales, etc.) et une multitude d'hypothèses étiopathologiques ont été proposées (psychobiologiques, psychodynamiques, génétiques, etc...). Les recherches n'ayant permis ni de retenir un modèle en particulier, ni d'identifier de marqueur biologique ou de processus psychopathologique spécifique, l'utilisation du concept de syndrome s'est révélé comme étant le plus adéquat pour caractériser l'autisme de façon descriptive (Tordjman, 2011).

Au niveau de la classification, le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition, Texte Révisé (DSM-IV TR) et la Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition (CIM-10) placent l'autisme dans la catégorie des Troubles Envahissants du Développement (TED), le considérant ainsi comme un trouble précoce et global du développement. Il y est alors défini comme une altération des interactions sociales, de la communication verbale et non verbale s'accompagnant de stéréotypies comportementales ou idéiques (Tordjman, 2011). Plus précisément, le DSM-IV TR, sorti en 2000, classe dans la catégorie des TED les troubles autistiques, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et les troubles envahissants du développement non spécifiés dont l'autisme atypique (HAS, 2010).

1.1.3 Définition actuelle du TSA

Si l'on s'appuie sur les recommandations de bonne pratique plus récentes de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2018), le TSA est désormais considéré comme un Trouble du Neurodéveloppement (TND). Le rapport recommande en effet de s'appuyer sur le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition (DSM-V), publié en 2013 et disponible en français depuis 2015, en attendant la sortie de la Classification Internationale des Maladies, 11^{ème} édition (CIM-11). Les TSA y sont classés dans les TND avec les troubles de l'attention, de la communication, des apprentissages, du développement intellectuel et de la motricité. (HAS, 2018)

« Le neurodéveloppement désigne l'ensemble des mécanismes qui vont guider la façon dont le cerveau se développe, orchestrant les fonctions cérébrales (fonction motrice, langagière, cognitive, d'intégration sensorielle, structuration psychique, comportement, etc.). » (HAS, 2018, p. 7). C'est un processus dynamique qui débute à la période anténatale et qui se poursuit jusqu'à l'âge adulte. Il peut être influencé par différents facteurs (biologiques, génétiques, socioculturels, affectifs et environnementaux). Il est responsable de l'évolution quotidienne des capacités de l'enfant. Il est plus ou moins rapide selon les individus mais respecte des étapes inéluctables s'enchainant de façon fluide. La perturbation de ces processus entraîne un TND concordant avec des difficultés d'intensités variables dans l'une ou plusieurs des fonctions cérébrales évoquées ci-dessus (HAS, 2018).

Le DSM-V définit deux principales dimensions symptomatiques : les déficits persistants de communication et des interactions sociales, observés dans différents contextes et le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. L'appellation TSA remplace celle de TED qui recouvrait plusieurs catégories dans le DSM-IV TR (trouble autistique, syndrome de Rett, trouble désintégratif de l'enfance, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement non spécifié). Dans le DSM-V, il n'existe plus qu'une seule catégorie diagnostique (HAS, 2018).

À la dyade symptomatique nécessaire pour poser le diagnostic selon le DSM-V s'associent des réactions sensorielles inhabituelles correspondant à des particularités sensorielles. Les TSA sont reconnus comme étant très souvent la cause de difficultés d'apprentissage et d'insertion sociale (INSERM, 2018). Néanmoins, il est important de noter que les caractéristiques de l'autisme peuvent différer de manière importante selon les personnes, recouvrant ainsi un spectre très large (HAS, 2018).

On considère l'origine comme étant multifactorielle avec une forte composante génétique. Plusieurs centaines de gènes dont l'altération pourrait amener à un risque de TSA majoré ont été identifiés. L'imagerie médicale a entre autres permis de détecter des défauts dans le développement de certains réseaux cérébraux spécialisés. (INSERM, 2018)

1.2 Diagnostic

1.2.1 Critères diagnostiques et comorbidités

Les critères diagnostiques de l'autisme ont varié selon les époques, les concepts utilisés et les avancées faites dans la recherche (Tordjman, 2011).

Actuellement, la HAS recommande de s'appuyer sur le DSM-V, mieux actualisé que la CIM-10 pour poser le diagnostic d'autisme. Si l'on s'appuie sur cette référence, il faut observer les deux dimensions symptomatiques de l'autisme évoquées dans la partie précédente (à savoir la présence de déficits persistants de la communication et des interactions sociales ainsi que la présence de comportements, d'intérêts ou d'activités au caractère restreint et répétitif) pour poser un diagnostic. L'hyper ou une hyporéactivité à certaines stimulations sensorielles ou les manifestations d'un intérêt particulier pour certains aspects de l'environnement font parties des critères diagnostiques : elles sont rattachées au caractère restreint et répétitif des comportements, intérêts ou activités de la personne. Les symptômes doivent être apparus dans les étapes précoces du développement, impacter de manière significative le fonctionnement social et scolaire de la personne et ne doivent pas pouvoir être mieux expliqués par un trouble du développement intellectuel ou un retard développemental global. (HAS, 2018)

Le DSM-V permet de détailler l'intensité du TSA en fonction de l'aide nécessaire au fonctionnement de la personne. Il existe trois niveaux d'intensité. Il permet également de préciser l'existence d'un éventuel trouble associé (HAS, 2018). Ceux-ci sont fréquents. Parmi les comorbidités, on retrouve souvent une pathologie somatique (notamment l'épilepsie), une maladie génétique, une déficience intellectuelle, un trouble du sommeil, une déficience sensorielle, un trouble dys, un trouble psychiatrique (Hjalmarsson, 2020). Les quatre troubles psychiatriques les plus fréquents sont les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs, les Troubles Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH) et les troubles de l'humeur (Hjalmarsson, 2020).

1.2.2 Diagnostic différentiel

Un diagnostic différentiel s'établit à l'aide d'une évaluation multidimensionnelle faisant intervenir plusieurs professionnels. Les principaux diagnostics différentiels existants sont les troubles sensoriels (cécité, surdité), les états résultants de carences affectives graves, les troubles de l'attachement, les troubles de la communication (langage et social) sans comportement stéréotypé ou répétitif et intérêt restreint, le retard global de

développement, la déficience intellectuelle, le TDAH, l'anxiété sociale, certaines formes d'épilepsie dont le syndrome de Landau-Kleffner, le mutisme sélectif et le syndrome de Rett (HAS, 2018).

1.2.3 Le parcours diagnostique

La démarche diagnostique du TSA est pluriprofessionnelle et s'oriente vers un examen du développement associé à une recherche d'éventuelles comorbidités. (HAS, 2018)

Le parcours diagnostique commence par l'identification de signes d'alerte avec une inquiétude de la part des parents, des professionnels de la petite enfance qui côtoient l'enfant ou du médecin au cours d'une consultation de suivi obligatoire entre 0 et 6 ans. Dans les deux premiers cas, l'enfant et ses parents sont vus par un médecin à l'occasion d'une consultation médicale en soins primaires. Si les signes d'alerte sont confirmés par le médecin, l'enfant et ses parents sont reçus par un médecin en consultation dédiée en soins primaires avec un examen clinique approfondi. Suite à cet examen, une suspicion de TSA est confirmée ou infirmée. Dans le cas où elle est infirmée, une surveillance du développement de l'enfant est mise en place. Dans le cas où la suspicion de TSA est confirmée, l'enfant est orienté vers un établissement d'accueil de jeunes enfants. Si l'enfant est déjà placé en crèche, une demande d'observation par les puéricultrices est faite. Différents examens et bilans sont réalisés (oto-rhino-laryngologique, visuel, orthophonique, du développement moteur). Des prises en charge auditive, visuelle ainsi que des rééducations en orthophonie ou en psychomotricité sont mises en place si nécessaire. L'enfant est évalué par une équipe spécialisée de deuxième ligne formée au TND qui confirme ou infirme le diagnostic de TSA et les éventuels troubles associés. Si la situation de l'enfant est particulièrement complexe et que les professionnels ne peuvent se prononcer, une consultation dans un centre de ressources autisme ou un autre type de dispositif de troisième ligne est prévue (HAS, 2018).

Si le diagnostic de TSA est établi, l'annonce de celui-ci ainsi que la transmission des différents comptes-rendus sont faites à la famille. Des indications pour le projet d'interventions sont données et des aménagements pédagogiques sont mis en place. Des consultations spécialisées sont prévues 6 mois et 1 an après la pose du diagnostic afin de réévaluer la situation clinique. Ce diagnostic donne également lieu à des démarches administratives dont la création d'un dossier à la maison départementale des personnes

handicapées et la déclaration d'une affection longue durée. L'enfant est suivi régulièrement par le médecin traitant ou le médecin de l'organisme d'accueil (HAS, 2018).

1.3 Prise en charge

1.3.1 Une prise en charge précoce et multidimensionnelle

Dans son rapport de 2018, le gouvernement expose la stratégie nationale pour l'autisme. Dans ses engagements, il met l'accent sur l'importance d'une intervention précoce avec des prises en charge mises en place avant même la confirmation du diagnostic (engagement n°2), d'une prise en charge et d'un accompagnement adapté afin de faciliter leur insertion sociale, scolaire et professionnelle (engagements n°3 et 4) et d'un soutien des familles qui doivent elles aussi être prises en charge à travers différents dispositifs de soutien et d'accompagnement (engagement n°5). (Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées, 2018).

Ainsi, les interventions proposées à l'enfant et à sa famille dans le cadre de sa prise en charge doivent débuter le plus tôt possible, entre l'âge de 18 mois et 4 ans, que le diagnostic de TSA soit suspecté ou déjà posé (HAS, 2012)

Elles ont pour objectifs de constituer un cadre relationnel sécurisant, de soutenir le développement de l'enfant dans les divers domaines fonctionnels, son intégration sociale et scolaire, ses apprentissages, son autonomie ainsi que ses compétences adaptatives, de diminuer les difficultés environnementales amplifiant son handicap, de participer à son épanouissement et à son bien-être. La communication et le langage, les interactions sociales et la socialisation, la cognition, la sensorialité, la motricité, les émotions ainsi que l'affectivité sont autant de domaines fonctionnels dont le développement doit être surveillé et qui peuvent nécessiter une prise en charge spécifique de l'enfant. Ces interventions sont éducatives, pédagogiques et thérapeutiques. Elles doivent être diversifiées, complémentaires, coordonnées et adaptées à chaque profil clinique. Elles font intervenir plusieurs professionnels (HAS, 2012).

1.3.2 Les structures et dispositifs d'accueil et de soins

Selon le site du Centre de Ressources Autisme Île-de-France (CRAIF, n. d.), il existe plusieurs types d'établissements destinés à accueillir et accompagner les personnes porteuses de TSA. Selon l'âge et le degré d'autonomie de la personne concernée, celle-ci

sera orientée et accueillie dans l'un d'eux ou pourra bénéficier d'un dispositif ou d'un service agréé à lui proposer des soins, un suivi, une écoute afin de l'accompagner dans sa vie quotidienne, scolaire ou professionnelle. (CRAIF, n. d.)

Ainsi, les enfants et les adolescents porteurs d'un TSA peuvent être accueillis dans un centre médico-psycho pédagogique de 0 à 20 ans, dans un IME de 6 à 20 ans, dans un Institut Médico-Pédagogique (IMP) de 3 à 14 ans, dans une Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP) auparavant appelée institut médico-professionnel de 14 à 20 ans. La SIPFP et l'IMP dépendent d'un IME. Les enfants qui y sont accueillis sont porteurs d'une déficience intellectuelle et ont besoin d'un accompagnement scolaire ou professionnel adapté. (CRAIF, n. d.)

Selon la sévérité de leurs troubles, les adultes porteurs de TSA peuvent être accueillis au sein d'un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), une section d'apprentissage spécialisée, un foyer d'hébergement, une maison d'accueil spécialisée, un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), un foyer de vie, foyer occupationnel ou foyer de jour. (CRAIF, n. d.)

Les personnes porteuses de TSA peuvent également bénéficier des dispositifs d'accompagnement que sont les Services d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD), les services d'accompagnement à la vie sociale, les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, les pôles de compétences et de prestations externalisés, les plateformes de coordination et d'orientation ou encore le dispositif intégré handicap. (CRAIF, n. d.)

Les enfants en âge d'être scolarisés peuvent également être accueillis dans une Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme (UEMA) de 3 à 6 ans ou une Unité d'Enseignement en Élémentaire Autisme (UEEA) de 6 à 11 ans. Ce sont des classes spécifiques accueillant 7 à 10 enfants porteurs de TSA afin de leur proposer un cadre de scolarisation adapté. Ces unités dépendent d'un établissement ou d'un service médico-social. (L'équipe Enfant Différent, 2020)

1.3.3 Principales méthodes d'intervention recommandées

Il existe plusieurs méthodes d'intervention recommandées par la HAS. Le modèle d'intervention de Denver ou *Early Start Denver Model* est une approche comportementale

et développementale qui s'appuie sur la psychologie du développement. Elle est adaptée aux enfants d'âge préscolaire et considère que les relations sociales précoces permettent le développement de la communication et de la fonction symbolique. Elle s'articule autour du jeu et de la construction d'une relation positive avec l'enfant dans le but de développer l'intérêt de celui-ci pour l'environnement social. Plusieurs objectifs correspondant à des domaines de développement sont travaillés autour d'une routine de jeu. (Perrin et al., 2019)

La thérapie d'échange et de développement est une intervention développementale qui pourrait se définir comme une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale. Des anomalies très précoces dans le fonctionnement des réseaux neuronaux complexes sont ici mises en cause dans l'apparition d'un TSA. Après avoir défini en équipe les fonctions neurofonctionnelles à travailler, les stratégies thérapeutiques à mettre en place et les moyens à utiliser, des séquences structurées de jeux sont proposées à la personne par le thérapeute dans un climat serein de réussite. Le but est d'orienter la curiosité de la personne vers son environnement. (Perrin et al., 2019)

La méthode de traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication ou *Treatment and Education of Autistic Children and related Communication Handicapped* (TEACCH) est une intervention psycho-éducative qui pourrait être décrite comme une pédagogie spécifique visant à encourager l'autonomie et les apprentissages des personnes porteuses d'un TSA. Des séances psycho-éducatives individuelles se concentrant autour des compétences émergentes ainsi que des adaptations environnementales (organisation et structuration spatio-temporelle, routines de travail) sont mises en place. (Perrin et al., 2019)

Enfin, l'analyse appliquée du comportement ou *Applied Behavior Analysis* (ABA) est une intervention comportementale. Elle vise à établir un répertoire de comportements sociaux tout en limitant la survenue de comportements problèmes. Les comportements sont considérés comme résultant d'un apprentissage influencé par l'environnement. Ceux qui sont observables chez la personne porteuse d'un TSA sont ainsi analysés. Des aides et des renforçateurs sont utilisés afin d'encourager les comportements sociaux attendus. Ils doivent être diminués dès que possible afin que ceux-ci apparaissent dans un contexte « naturel ». (Perrin et al., 2019)

1.4 Psychomotricité et autisme

La psychomotricité est une discipline encore très récente qui s'est d'abord développée autour de la psychologie et de la psychiatrie infantile. Dans ces deux domaines, la pensée psychanalytique a été très longtemps dominante. Le courant cognitif et comportemental s'est ensuite développé en France. La profession de psychomotricien s'est ainsi développée en suivant globalement la même dynamique. Ainsi, on peut distinguer deux approches psychomotrices principales utilisées, entre autres, dans la clinique de l'autisme. La première, dite thérapeutique, se concentre sur la rencontre avec l'individu pris dans sa globalité et dont les troubles sont l'expression d'un symptôme corporel auquel la thérapie peut amener des éléments de résolution. La seconde, dite rééducative, se concentre plus sur l'objectivation du trouble via l'utilisation de bilans normés et de protocoles de rééducation individualisés, reproductibles et dont les effets sont évalués. (Perrin et al., 2019)

Cette diversité, bien que riche, a néanmoins l'inconvénient de rendre la profession et ses actions auprès des patients difficilement représentables. En parallèle d'un mouvement de contestation de l'approche psychanalytique dans le champ de l'autisme, la place du psychomotricien auprès de cette population est donc remise en question. Le manque de données scientifiques valides concernant la psychomotricité dans le champ de l'autisme soulève également une incertitude autour de l'efficacité et de la sécurité de cette intervention et provoque la méfiance de certaines associations de familles. Néanmoins, la HAS reconnaît l'intérêt de la psychomotricité dans le développement de la motricité et des praxies ainsi que dans la prise en charge des troubles sensoriels existant chez les personnes avec un TSA. Les interventions psychomotrices doivent néanmoins suivre les recommandations de bonne pratique encourageant un rapport continu aux états de connaissances actualisés et une objectivation du soin psychomoteur. (Perrin et al., 2019)

Actuellement, la psychomotricité occupe une place de plus en plus importante et de mieux en mieux reconnue auprès des patients porteurs de TSA, que ce soit dans le repérage, le diagnostic ou encore les interventions. En effet, le repositionnement des particularités sensorielles au sein des critères diagnostiques des TSA, l'évolution des connaissances et le nombre grandissant de publications et d'études viennent peu à peu renforcer la légitimité de la place du psychomotricien dans la clinique autistique. (Perrin et al., 2019)

2 Corps et autisme

2.1 Définitions

2.1.1 Schéma corporel

Le schéma corporel renvoie à la connaissance objective qu'une personne a de son corps. Il est le même pour tous. Ce sont les différentes expériences motrices réalisées par l'enfant qui permettent sa construction progressive. Cette construction se termine vers l'âge de 7 ans lorsque les notions corporelles fondamentales (axe, volume, profondeur, haut et bas du corps, hémicorps) sont suffisamment intégrées et articulées pour aboutir à une représentation complète et organisée du corps dans l'espace. (Potel, 2015)

2.1.2 Image du corps

L'image que l'on se fait de soi se rapporte au terme d'image du corps. Celle-ci se construit grâce aux différentes expériences psychocorporelles mettant le sujet en relation avec les autres. Elle n'est pas totalement consciente. L'évolution du corps, de sa perception, de son éprouvé et de la vie affective d'une personne va entraîner une évolution de son image corporelle. Contrairement au schéma corporel, l'image du corps est donc changeante et propre à chacun. (Potel, 2015)

2.1.3 Conscience corporelle

La conscience corporelle se rapporte à la connaissance, la représentation ainsi que la prise en compte de l'ensemble de son corps. Elle s'appuie majoritairement sur l'intégration multisensorielle et intermodale des différents stimuli corporels (extéroception avec notamment la vision et l'audition, intéroception, proprioception et informations tactiles), sur le sentiment d'appartenance de son corps et sur celui d'agentivité (fait d'être auteur d'une action et de se reconnaître comme tel). Cependant, du fait de la grande diversité des aspects s'y rapportant, il est difficile de donner une définition consensuelle du terme de conscience corporelle. (Saitour & Albaret, 2017)

Pour certains auteurs, c'est une composante de la conscience de soi. Elle se différencie des capacités motrices et de la simple connaissance lexicale et sémantique du corps. (Brownell et al., cité par Saitour & Albaret, 2017). Plus précisément, la conscience corporelle renverrait à la conscience qu'un individu aurait de la localisation et de l'occupation de son corps dans l'espace, de la perspective visuospatiale et expérimentale

personnelle de son environnement, de l'entière possession de son corps apparaissant comme unifié ainsi que de la possibilité d'agir grâce à son corps (Saitour & Albaret, 2017). Autrement dit, elle se rapporte principalement aux sentiments de localisation, de différenciation, d'unité et de possession de son corps ainsi qu'à la possibilité d'agir au travers de celui-ci.

Les troubles pouvant affecter la conscience du corps d'un individu sont nombreux. Ils peuvent se rapporter aux notions de perte, de désappropriation, de vide, de laideur, ou encore de détachement ou de duplication corporelle. (Saitour & Albaret, 2017).

2.2 Troubles de la sensorialité et conscience du corps

2.2.1 Des particularités sensorielles inhérentes à la sémiologie des TSA

Les dysfonctionnements sensoriels font partie de la sémiologie des TSA. On parle de particularités sensorielles (hyposensibilité ou hypersensibilité) associées à des réactions toniques atypiques. Bien que non spécifiques, elles seraient plus fréquentes dans les TSA que dans d'autres troubles et leur intensité serait positivement corrélée à celle des troubles de la communication et des interactions sociales. (Cruveiller, 2019)

« Les anomalies sensorielles, qui apparaissent très précocement, sont considérées comme un noyau des symptômes autistiques et ont des impacts sur l'ensemble du développement » (Degenne-Richard et al., 2014, p. 70). Ainsi, de plus en plus de chercheurs étudient ces particularités et rapportent l'existence de difficultés multisensorielles chez les personnes porteuses d'un TSA. Les particularités touchent souvent plusieurs modalités sensorielles de manière simultanée (tactile, visuelle, auditive, gustative, olfactive, vestibulaire et proprioceptive) et peuvent s'exprimer de différentes façons. (Degenne-Richard et al., 2014)

En effet, chez les personnes porteuses d'un TSA, le rassemblement des informations sensorielles en un ensemble cohérent est inefficace. Les espaces sensoriels sont cloisonnés et semblent saturés d'informations. Si les personnes neurotypiques traitent les informations qu'elles reçoivent de façon globale et les relient naturellement à leur contexte pour les interpréter, le cerveau des personnes porteuses de TSA ne le fait pas de manière efficiente. Le terme de défaut de cohérence centrale est utilisé par certains auteurs pour désigner ces difficultés. (Lobbé, 2019)

2.2.2 Des particularités sensorielles ayant d'importantes répercussions dont une altération de la conscience corporelle

Selon certains auteurs, ces difficultés multisensorielles seraient responsables de troubles touchant les capacités d'intégration sensorielle et perceptuelle. (Degenne-Richard et al., 2014). Or, comme évoqué dans la définition proposée ci-dessus, « la conscience corporelle repose principalement sur l'intégration multisensorielle de stimuli corporels » (Saitour & Albaret, 2017, p. 42).

La présence d'importants désordres dans le traitement des informations sensorielles semble être la cause d'une multitude de troubles affectant diverses fonctions dont le contrôle postural, les capacités d'imitation, l'accroche visuelle ou encore le traitement des émotions faciales et de la parole. (Perrin et al., 2019)

Les difficultés rencontrées dans l'intégration multisensorielle sont d'ailleurs mises en cause dans les troubles des interactions sociales. En effet, les situations sociales étant par nature multisensorielles, les personnes porteuses de TSA sont en difficulté pour répondre de manière adaptée aux diverses situations sociales qui se présentent à eux et qu'elles perçoivent de façon atypique. (Le Menn-Tripi et al., 2020)

Les atypies touchant la perception et le traitement des signaux sensoriels chez les personnes porteuses de TSA sont responsables de manifestations corporelles et comportementales atypiques très rapidement observables lors du développement de l'enfant. Le traitement sensoriel est touché et les transferts intermodaux sont entravés. Le fonctionnement atypique qui en résulte est ainsi responsable de certaines altérations de la conscience du corps chez la personne. Les personnes porteuses de TSA ont bien conscience de leur corps mais cette conscience corporelle est altérée par des particularités de fonctionnement. (Saitour & Albaret, 2017)

2.3 Une altération de la conscience corporelle qui revêt plusieurs aspects

2.3.1 Un corps désorienté

Un des aspects de la conscience corporelle est celui de la *self location*, c'est-à-dire que « « je » suis localisé à un endroit de l'espace et j'y occupe un certain volume » (Saitour & Albaret, 2017, p. 43).

En effet, la notion d'espace apparaît fortement liée à celles de connaissance et de conscience du corps. La connaissance de l'espace s'appuie sur la sensorialité. Les

expériences sensori-motrices et psychomotrices que l'enfant fait grâce à son corps et à sa motricité lui permettent, entre autres, d'explorer l'espace, de l'investir, de s'y situer et de se l'approprier pour ensuite s'organiser corporellement et expérimenter son corps dans un espace tridimensionnel (Potel, 2015). Potel (2015, p. 134) parle ainsi de « toute une connaissance qui s'engage entre l'enfant et son espace, qui va organiser sa connaissance de lui-même et de son corps, son schéma corporel dans l'espace. »

Dans l'autisme, il est par ailleurs courant de retrouver de bonnes connaissances de concepts spatiaux. En revanche, ces concepts cognitifs élaborés semblent dissociés du développement sensori-moteur. Ainsi, la personne peut avoir une très bonne connaissance de repères spatiaux sur des objets, mais être en difficulté pour placer son corps dans l'espace avec ces mêmes repères. (Le Menn-Tripodi et al., 2020, p. 26)

Saitour & Albaret (2017) s'appuient quant à eux sur une étude de Cascio et al. évaluant les capacités d'intégration multisensorielle d'enfants porteurs de TSA pour expliquer que les informations proprioceptives prévalent sur les informations visuelles et tactiles. Autrement dit, les enfants porteurs de TSA peuvent s'appuyer sur ces informations tactiles et visuelles pour compléter les informations proprioceptives mais cela leur est plus difficile et donc plus long (Saitour & Albaret, 2017). Saitour & Albaret (2017) expliquent donc que les enfants porteurs de TSA se focalisent plus sur les sensations émanant de leur corps, au détriment de celles (notamment tactiles et visuelles) venant les atteindre corporellement mais provenant de l'extérieur.

En 2015, des chercheurs américains réalisent une étude sur les capacités intéroceptives et la conscience du corps chez 30 enfants porteurs de TSA et 27 enfants neurotypiques. Leurs objectifs premiers sont de caractériser les particularités de détection, d'attention et de conscience générale de ces signaux intéroceptifs (= capacités intéroceptives) et d'étudier le lien entre cette conscience intéroceptive du corps et la conscience extéroceptive. Le but est ensuite d'éclaircir la relation entre la perception et l'attention portées sur les signaux internes et externes qui influent la perception du corps mais aussi de déterminer en quoi cette relation peut différer chez les enfants porteurs de TSA. Les résultats montrent qu'il n'existe pas de différence au niveau de la conscience générale des signaux intéroceptifs. Cependant, les enfants porteurs de TSA témoignaient d'une capacité accrue à maintenir leur attention sur ces signaux internes pendant de plus longues durées. Les auteurs suggèrent alors que cette attention accrue pourrait entraîner une diminution de l'attention aux stimuli provenant de l'extérieur. (Schauder et al., 2015)

En s'appuyant sur cette dernière étude et en la mettant en lien avec celle de Cascio et al., Saitour & Albaret (2017) affirment que les personnes porteuses de TSA semblent avoir des difficultés à faire des liens entre leur corps et le monde extérieur donc entre leur corps et l'espace qui les entoure.

2.3.2 Un corps désuni

La notion de conscience corporelle peut être reliée aux notions de *self-identification*, c'est-à-dire que « j'ai » un corps identifié comme un tout » (Saitour & Albaret, 2017, p. 43), et de *sense of body ownership*, soit « le sentiment de posséder les différentes parties de ce corps » (Saitour & Albaret, 2017, p. 43).

Les personnes porteuses d'un TSA et celles présentant une déficience ont souvent des difficultés à se représenter la globalité de leur corps ainsi que les liens existants entre les différentes parties qui le constituent. Le schéma corporel de ces personnes se caractérise souvent par son incomplétude. (Potel, 2015)

Ainsi, certains auteurs relient le défaut de cohérence centrale évoqué précédemment à diverses conséquences évoquant un éparpillement dans le traitement des informations qui toucherait et nécessiterait un travail de rassemblement dans les domaines environnemental, cognitif et corporel. C'est ici que l'idée de contenance intervient, s'inscrivant dans une démarche de réunification. (Lobbé, 2019)

2.3.3 Un corps dépossédé

Un enfant qui n'a pas unifié ses sensations, ses impressions et sa motricité se trouve dans une situation de morcellement sensori-moteur (Lesage, 2012). Or, la personne porteuse de TSA possède des troubles de l'intégration sensorielle (Degenne-Richard et al., 2014) et notamment des difficultés pour rassembler de manière cohérente et efficiente les stimuli sensoriels amenant un éparpillement touchant, entre autres, le corps (Lobbé, 2019). Ainsi, chez ces patients, on peut supposer que « l'impossibilité de s'éprouver comme une unité et de projeter cette intuition de totalité sur autrui, implique une impossibilité de se distinguer et de s'apercevoir soi-même, de se saisir comme entité distincte, spatialisée et temporalisée. » (Lesage, 2012, p. 26)

On comprend donc que les enfants porteurs de TSA ont des difficultés, si ce n'est une impossibilité, à se concevoir comme une entité distincte, dont le corps et la personnalité est propre et ne se confond pas.

Cette idée rejoint les notions de *sense of body ownership* et de *first-person perspective* qui apparaissent comme des aspects fondamentaux de la conscience corporelle (Saitour & Albaret, 2017) ; la notion de *first-person perspective* correspondant au fait que « j'ai » une perspective expérimentale et visuospatiale du monde qui m'est propre » (Saitour & Albaret, 2017, p. 43).

Ces difficultés de différenciation et d'appropriation du corps et plus globalement du soi rencontrées par les personnes porteuses de TSA sont également évoquées par les auteurs psychanalytiques. Le sentiment d'exister dans son corps est accompagné par la relation à l'autre. Or chez les personnes porteuses de TSA, les troubles sensoriels et les difficultés à établir un contact visuel direct avec l'autre entraînent des troubles dans le développement de la relation à l'autre, mettant ainsi à mal la construction du moi corporel chez ces enfants puis plus tard, chez ces adolescents lors de la puberté. (Lheureux-Davidse, 2014)

3 Corps et relation

3.1 Relation et communication

3.1.1 Définitions

Le terme de relation peut être défini comme un « lien de dépendance ou d'influence réciproque (entre personnes) » (« relation », 2012, p. 1604).

Le terme de communication peut quant à lui être défini comme « le fait de communiquer, d'établir une relation avec » (« communication », 2012, p. 404), communiquer pouvant être entendu comme « Faire connaître » (« communiquer », 2012, p. 404), « Faire partager » (« communiquer », 2012, p. 404), « Rendre commun à; transmettre » (« communiquer », 2012, p. 404). D'après ces définitions, on comprend que la communication renvoie au partage, à la transmission d'une information. La communication, c'est la construction de la relation : elle crée du lien.

3.1.2 Quelques mots sur le développement de la sphère socio communicative

Le développement de la sphère socio communicative diffère selon les individus. Dans le cas d'un développement exempt de trouble, de nombreuses étapes interdépendantes s'enchainent jusqu'à aboutir à la maîtrise d'un langage fonctionnel et compréhensible vers l'âge de 4 ans. Les interactions précoces entre le nourrisson et ses proches sont très riches. Sa capacité innée à s'engager dans la relation sera observable au travers de ses aptitudes d'éveil (accroche du regard, réaction à la voix, sourire réponse). L'ajustement des adultes aux réactions de l'enfant via des réponses gestuelles et verbales plus élaborées que les siennes permettra, entre autres, le développement de ses compétences communicationnelles. Ainsi, le développement de la communication et du langage s'appuie sur les compétences intrinsèques de l'enfant (plus particulièrement relationnelles et cognitives) mais également sur les stimulations de son environnement. (Perrin et al., 2019)

3.1.3 Dans l'autisme

Le TSA est un trouble qui affecte les relations interpersonnelles. Les personnes porteuses de TSA ont des difficultés à mettre en place les contacts indispensables à la construction d'une relation avec autrui. Comprendre les sentiments et les émotions d'autrui leur est également difficile. (INSERM, 2018)

En effet, chez les individus porteurs de TSA, des anomalies du contact social sont observables dès les premiers mois de vie. Celles-ci peuvent notamment toucher le regard qui est décrit comme atypique et moins présent ainsi que les sourires et les vocalises, eux aussi plus rares. Il existe des hypersensibilités et des hyposensibilités aux sollicitations vocales s'accompagnant d'une faible réactivité à ces stimuli. Les fonctions d'attention conjointe et d'attention partagée sont déficitaires. (Perrin et al., 2019)

Le TSA s'accompagne ainsi de troubles de la communication qui touchent le langage mais aussi la communication non verbale. Une part considérable des personnes avec TSA a des troubles du langage (difficultés dans l'utilisation de termes abstraits ou imagés, répétitions, formulations et modulations atypiques, etc.) et certaines ne parlent pas du tout. Comprendre et utiliser les éléments de communication non verbale (gestes, mimiques, regard, ton, etc.) leur est très compliqué voire impossible. Au final, beaucoup peinent à instaurer un dialogue. (INSERM, 2018)

Pour accompagner l'individu dans le développement de ses capacités à établir des interactions et à communiquer, un suivi orthophonique et une prise en charge éducative adaptée sont recommandés (HAS, 2018).

Le programme Makaton peut également être utilisé. C'est un programme d'aide à la communication et au langage. Il se compose d'un vocabulaire fonctionnel associant la parole avec des signes et des pictogrammes. C'est une méthode qui se veut structurée, offrant à l'enfant un cadre rassurant pour l'amener à communiquer. Elle peut être utilisée avec toute personne possédant des difficultés de communication, de compréhension ou des troubles du langage, dont les individus porteurs de TSA. (Montoya & Bodart, 2009)

Le système de communication *Picture Exchange Communication System* (PECS) est aussi souvent utilisé avec les enfants ayant des difficultés de la communication, dont les enfants porteurs de TSA. Il s'appuie sur des échanges d'images qui permettent de soutenir et compléter la communication. Ces images (ou pictogrammes) sont réunies dans un classeur. L'utilisation de ce système requiert un apprentissage qui s'effectue en plusieurs phases. (Centre de Ressources Multihandicap, 2010)

3.2 Corps et relation : deux notions profondément intriquées

3.2.1 Le corps comme siège de la communication et de la relation

Le corps ne peut être exclu de la communication. C'est le lieu des relations interpersonnelles. La perception de l'environnement ainsi que l'expression des sentiments et des affects se font par le corps. Les gestes, les mouvements et les attitudes corporelles permettent la construction de la relation. (Caune, 2014)

Moins de 10% de la communication serait verbale. La majorité de notre communication passerait donc par la voix et par ce que nous voyons de l'autre, plus particulièrement de ce qu'il exprime corporellement. Le langage corporel passe à travers la posture, les gestes, la tonicité, l'occupation de l'espace, le regard. Toutes les parties du corps sont concernées. (Story, 2018)

Dans sa période pré-linguistique, le jeune enfant développe ainsi un certain répertoire de gestes à valeur communicative : tendre les bras dans le but d'être porté par l'adulte, faire au revoir avec la main, faire bravo, dire oui ou non avec des mouvements de tête, pointer. Ces gestes sont dirigés vers l'autre dans le but de communiquer. Ils sont innés

et modifiés par les stimulations sociales. La plupart perdurent après le développement du langage : la communication de l'enfant mais aussi celle de l'adulte associe gestes et paroles. Le regard intervient lui aussi très tôt dans la communication. (Perrin et al., 2019)

La gestuelle de communication de l'enfant porteur de TSA est quant à elle altérée de manière quantitative mais aussi qualitative. L'utilisation de ces gestes est peu investie et leur compréhension est difficile. Le pointage notamment apparaît tardivement et est moins investi. L'hypothèse selon laquelle cet appauvrissement gestuel serait en lien avec un déficit d'imitation est souvent évoquée. Au final, les personnes porteuses de TSA peuvent apprendre des gestes sans y associer d'intentionnalité sociale et l'association de la gestuelle avec la parole est souvent difficile. L'expressivité faciale est également plus pauvre et ce dès les premiers mois de vie de l'enfant. (Perrin et al., 2019)

3.2.2 L'autre comme acteur essentiel de la construction de la conscience corporelle

La relation a des répercussions sur le corps. En effet, elle sollicite l'intégralité des domaines sensoriels (l'ouïe, la vue, le toucher, le goût, l'odorat...) et sensitifs (c'est-à-dire proprioceptifs) dans lesquels sont compris les effets viscéraux mais aussi humoraux. Il existe un lien fort entre le vécu corporel et la qualité relationnelle. (Lesage, 2012) « La relation colore donc le vécu corporel » (Lesage, 2012, p. 33)

La conscience du corps renvoie à un ensemble d'expérimentations que l'on fait dans son propre corps (Giromini, 2012). Elle s'éprouve grâce à une multitude infinie d'expériences, « avec l'autre, par l'autre et pour l'autre » (Giromini, 2012, p. 257). La construction de son corps comme unifié et stabilisé dans le temps et dans l'espace ne peut se faire que dans l'interaction et dans l'intégration continue de l'autre, et c'est précisément ce qui se joue dans le holding et le handling de Winnicott. (Lesage, 2012).

3.2.3 Le corps comme support indispensable au développement de la sphère relationnelle

Si le psychisme et ses représentations agissent sur le corps et sur l'organisme, pouvant même le désorganiser, et que la construction de ce corps comme une entité stable ne peut se faire qu'à travers la relation, l'inverse est également vrai : la sphère psycho-relationnelle s'organise et se construit en s'appuyant sur le vécu structurel du corps et du mouvement. (Lesage, 2012) Si la relation colore le vécu du corps, « celui-ci étalonne ou

qualifie la relation, c'est-à-dire lui confère une certaine qualité » (Lesage, 2012, p. 33). C'est ainsi qu'en faisant varier les vécus corporels, le travail psychocorporel permet l'expérimentation d'éprouvés relationnels différents, voire inédits. (Lesage, 2012)

Plus particulièrement, la proprioception joue un rôle considérable dans l'établissement de la relation. Elle peut se définir comme « l'intégration de l'ensemble des perceptions de posture ou de mouvement du corps » (Lesage, 2012, p. 22). Elle regroupe la somesthésie et la kinesthésie, soit toutes les informations captées par les récepteurs placés dans les muscles, les articulations mais aussi dans les fascias, auxquelles il faut rajouter celles provenant du système vestibulaire. Ces informations permettent de donner du sens à la position des différentes parties du corps entre elles et dans l'espace. La proprioception permet ainsi de lier la sensibilité profonde du corps et du mouvement avec les impressions sensorielles en résultant (Lesage, 2012). Elle permet ainsi « une mise en forme de soi vers l'autre ». (Lesage, 2012, p. 23).

3.3 Altération de la conscience corporelle et troubles de la relation dans les TSA : une interdépendance offrant des pistes de travail

Les personnes porteuses de TSA possèdent une conscience du corps altérée. Cette altération touche notamment les questions d'orientation de son corps dans l'espace, d'unité et de possession de celui-ci. Précédemment, je me suis efforcée de montrer en quoi le corps et la relation étaient liés entre eux.

Pour les personnes porteuses d'un TSA, la difficulté à faire des liens entre leurs corps et le monde extérieur ainsi que le morcellement de leur être sont, au moins en partie, responsables d'une difficulté à se concevoir comme une entité unifiée mais aussi à concevoir l'autre comme tel. Le corps n'est que peu investi dans sa dimension relationnelle et communicative.

La dimension proprioceptive, qui permet de s'organiser soi-même pour ensuite mettre en forme autrui, est régulièrement touchée par des particularités sensorielles. En effet, « les problèmes de réactivité sensorielle qui touchent la modalité proprioceptive sont très fréquents chez les personnes avec TSA » (Perrin et al., 2019, p. 163)

Si la relation permet de teinter les vécus corporels et de se construire une conscience corporelle, on peut supposer que les troubles des interactions et de la

communication existant chez les personnes avec TSA appauvrissent ces vécus corporels et mettent à mal l'établissement de cette conscience du corps. À l'inverse, si les différents vécus du corps et du mouvement permettent le développement de la sphère psychorelationnelle, notamment en la qualifiant et en permettant l'expérimentation de tout un panel d'éprouvés relationnels, on peut supposer que les altérations dans la conscience du corps et le vécu corporel qui accompagnent bien souvent les TSA sont en partie responsables des difficultés et de la pauvreté des vécus relationnels.

Ainsi, chez les personnes avec TSA, les « perturbations du sens de soi corporel peuvent expliquer en partie les troubles de différenciation de soi et d'autrui, et donc des troubles dans les relations sociales, la communication et les interactions. » (Saitour & Albaret, 2017, p. 44)

En effet, lorsque l'intégration du corps n'est plus cohérente et satisfaisante, celui-ci « se défait » (Lesage, 2012, p. 28) et les notions de perception du monde et d'identité se détériorent. À ce titre, un travail sur l'intégration du corps pourrait être intéressant dans la mesure où celui-ci aurait un impact sur ces fonctions. Il pourrait également aider l'assimilation de la dimension expressive et relationnelle de ce corps (Lesage, 2021).

Ainsi, on pourrait se poser la question de ce que le travail en psychomotricité peut apporter dans le développement de la sphère relationnelle chez un patient porteur de TSA via un travail sur la conscience du corps. Et comment aborder cette notion de conscience corporelle de manière à ce que celle-ci vienne effectivement supporter le développement de la relation ? Je proposerai donc, dans une deuxième partie, de développer le cas clinique de Louis, enfant porteur de TSA qui m'a grandement interrogée et m'a amenée progressivement à me questionner autour de cette problématique.

PARTIE CLINIQUE

PARTIE CLINIQUE

1 Présentation du cadre de mon stage

1.1 L'IME

L'IME dans lequel Louis est accueilli dépend d'un très gros établissement médico-social auquel sont aussi rattachés un SESSAD et un FAM. L'établissement est situé dans un village en banlieue d'une ville de taille moyenne. Trois populations différentes sont accueillies au sein de l'IME dans trois sections séparées : des enfants avec un TSA, des enfants avec un polyhandicap et des enfants avec une déficience intellectuelle. La section autisme accueille ainsi sept enfants et adolescents de 6 à 20 ans avec un TSA et une déficience intellectuelle. L'IME possède une salle de balnéothérapie et une salle Snowzelen que les différents services se partagent.

1.2 La section autisme

La section autisme de l'IME a été ouverte en novembre 2005 suite à la dotation d'un budget de la part de l'agence régionale de santé prévu pour 7 places. Les patients accueillis dans les premières années suivant la création de la section étaient soit porteurs d'un TSA, soit diagnostiqués psychotiques. Désormais, seuls des enfants et adolescents de 6 à 20 ans ayant reçu un diagnostic de TSA avec déficience intellectuelle y sont accueillis en demi-pension ou en pension complète.

Les patients ont d'abord été accueillis dans une maison à l'écart des autres services avant de déménager dans les locaux actuels il y a 3 ans. Ces locaux comportent une cuisine ouverte sur une pièce à vivre, différentes salles de jeux ainsi qu'une salle de réunion et un bureau dans lesquels les enfants ne sont pas autorisés à pénétrer. Les enfants ont également accès au jardin et à une cour intérieure, accessibles sur demande via un sas où sont disposées leurs affaires.

1.3 L'équipe professionnelle

1.3.1 Les professionnels intervenant sur la section

Au cours de mon stage, j'ai pu rencontrer et échanger avec la plupart des professionnels intervenant sur la section autisme. L'équipe professionnelle se compose d'une éducatrice spécialisée, de plusieurs Aides Médico-Psychologiques (AMP), d'une

psychologue, d'un psychomotricien ainsi que d'une Monitrice-Éducatrice (ME) qui a remplacé une des AMP à partir de janvier. Le chef de service est un ancien éducateur spécialisé. Une orthophoniste installée en libéral intervient sur la section une fois par semaine.

1.3.2 Formations des professionnels et méthodes utilisées

Les professionnels intervenant sur la section autisme utilisent la méthode TEACCH, les classeurs PECS, la méthode ABA ainsi que la méthode Makaton. La méthode TEACCH était principalement utilisée il y a quelques années mais elle est désormais beaucoup moins employée par l'équipe. En revanche, les classeurs PECS et les pictogrammes sont encore exploités. La méthode ABA est quant à elle beaucoup plus utilisée. Deux professionnelles intervenant sur la section sont formées et une psychologue intervient une fois par mois pour réaliser une supervision. Cette dernière méthode est cependant légèrement critiquée par certains professionnels de la section qui lui reprochent parfois de demander trop d'efforts aux patients qui sont rapidement fatigables. La méthode Makaton est très utilisée depuis maintenant trois ans. Les enfants ont une à deux séances de Makaton par semaine et les professionnels trouvent pour l'instant cette méthode relativement intéressante.

En plus de ces méthodes, une petite ferme thérapeutique avait été instaurée au sein de la section. Les différents professionnels l'ont souvent utilisée comme médiation avec les enfants. Celle-ci a cependant été abandonnée il y a 3 ans, 10 ans après sa mise en place, notamment pour des problèmes de logistique. Certains membres de l'équipe semblent regretter cette décision.

1.4 La place de la psychomotricité

Le psychomotricien est présent sur la section autisme à 15%, soit une seule demi-journée. Trois des sept patients accueillis sont vu en psychomotricité : deux enfants sont suivis en prise en charge groupale et un adolescent est suivi en séance de balnéothérapie individuelle.

De manière plus générale, il y a quatre psychomotriciens présents à temps partiel ou complet dans les différents services de l'établissement. Le directeur de l'IME est lui-même un ancien psychomotricien et les équipes soignantes sont globalement bien au

courant du rôle et de la place qu'occupent les psychomotriciens. L'établissement accueille très souvent des stagiaires en psychomotricité.

1.5 Ma place de stagiaire

Je suis arrivée dans l'IME pour mon stage de troisième année début novembre 2020. J'étais présente le lundi après-midi de 12h30 à 17h. L'établissement n'a pas interrompu mon stage durant le deuxième confinement mais pour des raisons institutionnelles celui-ci s'est terminé début avril, soit trois mois avant la date prévue initialement. J'ai souvent pu échanger avec l'équipe de la section autisme, les psychomotriciens et ergothérapeutes des autres services ainsi que la direction à l'occasion des repas et des temps informels. L'équipe professionnelle de la section autisme est restée très à l'écoute et a pris le temps de répondre à toutes mes questions.

Sachant dès le début de mon stage que je souhaitais faire mon mémoire sur l'autisme, j'ai su assez vite que ma partie clinique s'appuierait sur un des enfants pris en charge au sein du groupe. Mon maître de stage a alors prévu de me laisser peu à peu sa place aux côtés de l'AMP et m'a demandé de rédiger un projet de soins sur la base de mes observations et de ce qui était déjà fait en séance afin de mieux me guider dans cette prise en charge.

2 Le dispositif groupal

2.1 Le cadre du groupe

Actuellement, le groupe accueille deux enfants de 7 et 8 ans. Ils ont tous deux reçu un diagnostic de TSA avec une déficience intellectuelle. La séance est co-animée par le psychomotricien et une AMP, remplacée en janvier par une ME. Elle a lieu toutes les semaines entre 15h et 16h dans une des deux salles de psychomotricité de l'IME. Celle-ci est extrêmement grande et est située dans un bâtiment séparé de la section autisme. Avant d'aller chercher les enfants, nous séparons la salle en deux à l'aide de panneaux mobiles qui forment un mur. Une autre séance de psychomotricité a lieu dans l'autre partie de la salle en même temps que la nôtre mais nous ne les entendons pas.

Lorsqu'un des enfants ou un des adultes encadrant est absent, la prise en charge groupale n'a pas lieu. La majeure partie du temps, dans ce cas de figure, nous sortons marcher avec les enfants présents et d'autres AMP. Mon maître de stage me proposait

alors d'accompagner l'un des deux enfants du groupe et de tenter d'amener des éléments de séance lors de la promenade.

2.2 Axes de travail du dispositif groupal

Avant que je ne reprenne le groupe, j'ai discuté avec mon maître de stage du projet de soins en psychomotricité qu'il y avait derrière cette prise en charge. L'axe de travail principal de cette prise en charge groupale était de permettre aux enfants de dégager un support afin d'encourager le développement de la sphère relationnelle.

Fin novembre, mon maître de stage m'a demandé de rédiger un projet de soins pour début décembre afin que je puisse reprendre les séances avec ce groupe dès janvier. Ceci avait pour but de proposer une réévaluation du projet de groupe tout en me guidant dans la reprise des séances. Une fois rédigé, j'ai pu en discuter avec le psychomotricien puis présenter une version finalisée à ma maître de mémoire qui m'a, à son tour, fait part de son avis et de ses interrogations. Au final, en m'appuyant sur mes observations, les travaux que j'avais lus et le travail qui se faisait déjà en séance, j'ai pu dégager deux objectifs principaux. Le premier était d'amener petit à petit les enfants à accepter la présence de l'autre et à trouver un intérêt dans l'interaction tout au long de la séance pour ensuite encourager les échanges. Le second était de proposer un travail sur la conscience du corps dans l'espace et dans le mouvement.

Pour la mise en œuvre, je me suis appuyée sur le cadre et l'organisation de la séance qui préexistaient afin de ne pas bouleverser la prise en charge, ce qui me semblait contre-productif avec des enfants ayant une telle pathologie. Ainsi, l'organisation des séances que je détaillerai dans la partie suivante est restée relativement la même qu'avant que je ne reprenne le projet de soins, seuls certains détails ont changé.

2.3 Organisation des séances

Le déroulement de la séance est très cadré, dans le but notamment d'offrir aux patients des repères qui leur permettent de se poser et de s'organiser.

Pour commencer, nous descendons de la section autisme de l'IME pour aller en salle de psychomotricité. La séance commence toujours par un temps d'échange de ballon. Le psychomotricien, l'AMP et moi-même sommes assis par terre et les enfants sont soit

assis par terre, soit assis sur un banc dos au mur. Nous échangeons le ballon en donnant des indications. Lorsque nous envoyons le ballon, nous disons à qui nous l'envoyons (ex : « je l'envoie à Louis ») et lorsque c'est un enfant qui doit l'envoyer, nous lui disons à qui l'envoyer (ex : « à Alice »). Le regard de l'enfant est tout particulièrement recherché et encouragé lors de ce temps. Nous faisons souvent varier les caractéristiques des balles et des ballons utilisés au cours de ce temps. Ainsi, nous veillons à proposer des ballons de textures, de couleurs, de tailles et de poids différents.

Ensuite, plusieurs petits parcours moteurs à base de cerceaux, de plots et de barres sont proposés. Souvent, l'un d'entre nous guide l'enfant qui fait l'exercice en le tenant par la main. Il arrive que deux adultes doivent accompagner l'enfant ou qu'à l'inverse, celui-ci s'avère en mesure de refaire ou de finir seul le parcours proposé. À la fin de ce temps moteur, nous rangeons la salle, parfois avec l'aide des enfants s'ils sont suffisamment disponibles.

Enfin, un temps calme avec de la musique (3 à 4 morceaux) est proposé aux patients. Celui-ci marque ainsi la fin de la séance. La salle est aménagée pour favoriser ce moment : les volets sont légèrement descendus, des tapis sont installés au milieu de la salle, un pouf est mis à disposition. Une routine sensorielle adaptée peut y être proposée selon les besoins de l'enfant à ce moment. Cette partie de la séance dure environ 15 minutes mais le but n'est pas de faire en sorte que les enfants restent calmes pendant l'intégralité de ce temps. Il s'agit plutôt de leur proposer un temps plus calme afin qu'ils arrivent à se poser un instant avant de remonter dans la section autisme car les activités proposées plus tôt dans la séance peuvent être très excitantes.

À la fin de ce temps calme, nous revenons sur ce qui s'est passé en séance avec les enfants en leur verbalisant nos ressentis, nos impressions. Enfin, nous raccompagnons les enfants dans la section autisme.

3 Présentation de Louis

3.1 Anamnèse

Louis a 7 ans lorsque je le rencontre pour la première fois. Il est accueilli dans la section autisme de l'IME en demi-pension. Il a un TSA avec déficience intellectuelle, diagnostiqué par l'EDAP en 2017. Suite à ce diagnostic, il a été en UEMA de 2018 à 2019 avant d'obtenir une place à l'IME pour la rentrée de 2019.

Louis est un petit garçon brun et relativement petit pour son âge. Il est en bonne santé physique et aucun autre trouble n'a été diagnostiqué à ce jour. La déficience intellectuelle est notée sur son dossier comme légère. Il ne parle pas mais il pointe, nous regarde et est très sensible à l'intonation de la voix.

L'équipe me rapporte une importante sélectivité alimentaire : Louis mange quasiment uniquement des fruits et légumes crus, très peu de féculents qu'il préfère froids et jamais de viande. Des chips sont utilisées comme renforçateur et il semblerait qu'il mange énormément de sucrerie lorsqu'il rentre chez sa mère.

Le contexte familial dans lequel Louis évolue est compliqué. Il a deux frères : un jumeau et un plus jeune. Les trois enfants de la famille présentent un TSA. Les parents sont séparés et le père rencontre des problèmes avec la justice pour des faits de violence. Louis et ses frères vivent chez leur mère et voient leur père un week-end sur deux. Sur les conseils de ma maîtresse de mémoire, je me suis renseignée sur la possibilité de prendre contact avec eux afin d'évaluer la généralisation des acquis potentiellement observés en séance mais au vu de la situation familiale, cela n'a pas été possible.

3.2 Synthèse des bilans

3.2.1 Bilans psychomoteurs et profil sensoriel

À mon arrivée dans l'IME, le dernier bilan psychomoteur que Louis avait passé datait de novembre 2018. Ce bilan d'évolution s'inscrivait dans le cadre d'une prise en charge groupale à l'UEMA. La psychomotricienne y fait part de maladresses motrices s'accompagnant d'un équilibre incertain et de difficultés de coordinations et de dissociations. Il lui semble important d'aborder les notions de schéma corporel et d'espace pour améliorer la compréhension que Louis a de son environnement. Les imitations spontanées sont bien présentes, les imitations induites sont possibles mais restent compliquées, surtout quand elles concernent les gestes fins. L'enfant reconnaît être imité. Enfin, elle précise que Louis a besoin qu'on limite les flux sensoriels pour être disponible. Il arrive également qu'il ait besoin de s'isoler purement et simplement.

Le dernier profil sensoriel que j'ai pu récupérer date de 2017 et a été réalisé par le psychomotricien de l'EDAP. Il montre des différences avérées dans les sections du traitement de l'information tactile, du traitement de l'information sensorielle orale et de la modulation liée à la position du corps et au mouvement. Il souligne également une

différence avérée pour le facteur recherche de sensations et le facteur sensibilité sensorielle orale.

Face à l'ancienneté du dernier bilan psychomoteur en date et du profil sensoriel, j'ai cherché à en faire passer de nouveaux. Il m'a été possible de voir Louis en janvier pour un bilan d'évolution que j'ai fait passer sur deux séances d'une heure. Le bilan a eu lieu dans la salle de psychomotricité où la séance de groupe se déroule habituellement. L'évaluation des différents items psychomoteurs s'est appuyée sur l'observation. Les consignes des exercices ont été passées grâce à des mots clés, des phrases simples et en s'appuyant sur l'imitation. Louis a manifesté des persévérations à plusieurs reprises. Son comportement durant le bilan a beaucoup varié : il a tenté plusieurs fois de me frapper et de me pincer mais est aussi souvent venu me réclamer un câlin. Une situation susceptible d'amener de la frustration était généralement bien tolérée à l'exception d'une ayant provoqué des pleurs. Dans ma conclusion, je rapporte la présence de maladresses motrices qui n'empêchent pas Louis de se déplacer et de manipuler. Il éprouve quelques difficultés dans l'épreuve d'imitation de gestes et semble souvent rechercher certains types de stimuli sensoriels, notamment tactiles et proprioceptifs. Il présente une agitation importante qui s'accompagne d'un tonus restant relativement élevé, même si la détente est possible à obtenir. Je pense alors qu'il est important de poursuivre les séances en psychomotricité actuellement proposées à Louis afin de continuer à travailler les points évoqués ci-dessus.

Je n'ai pas pu refaire passer de profil sensoriel de Dunn mais j'ai pu proposer l'Échelle des Particularités Sensori-psychomotrices dans l'Autisme (EPSA) début mars en m'appuyant sur le bilan que je venais de réaliser pour remplir le questionnaire. Les membres de l'équipe côtoyant Louis au quotidien (AMP et éducatrices) m'ont aidée à remplir le questionnaire aux aidants lors d'une réunion dédiée. Le profil obtenu est classique des enfants présentant un TSA. Il y a des atypies sensorielles touchant surtout les variables tactile, proprioceptive, visuelle et multimodale. Il y a des particularités au niveau de la posture, de l'équilibre. Louis présente des difficultés au niveau des coordinations globales et des maladresses dans la motricité manuelle. Il existe également des particularités dans l'investissement du corps dans la relation, l'utilisation des objets et la régulation tonico-émotionnelle. Parmi toutes ces particularités, quatre apparaissent comme particulièrement sévères : la multimodalité, l'équilibre, la conscience corporelle et l'utilisation des objets (ANNEXE I). Les résultats obtenus concordent plutôt bien avec ce que j'observe en séance et ce que l'équipe est amenée à voir au quotidien.

3.2.2 Bilan orthophonique

Le dernier bilan orthophonique a été passé en novembre 2018 à l'UEMA. L'orthophoniste utilise la *Verbial Behavior Milestones Assesment and Placement Programm* (VB-MAPP) qui est un test proposant une évaluation du comportement verbal de l'enfant à partir d'une évaluation de ses compétences, des obstacles à leur apprentissage et de sa capacité à progresser. Selon ce test, les compétences communicationnelles de Louis correspondent à ce moment au deuxième niveau de développement de la VB-MAPP soit à un âge développemental de 18-30 mois. L'orthophoniste note quelques échoïques (forme de langage par laquelle un locuteur répète les mots prononcés par un autre locuteur, essentiel pour le développement du langage). Enfin, elle prévoit la mise en place d'un classeur PECS pour Louis. Celui-ci est encore utilisé actuellement par certains membres de l'équipe de l'IME (ANNEXE II). Nous ne nous en servons pas durant la séance de psychomotricité car son utilisation demande encore beaucoup d'efforts à Louis.

3.3 Emploi du temps et prises en charge

3.3.1 Emploi du temps

Louis va en classe pendant 1h trois fois par semaine. Il va en séance de Makaton avec les AMP deux fois par semaine : le mardi et le vendredi matin. Le vendredi matin il va également à la balnéothérapie avec une AMP. Nous le voyons en psychomotricité le lundi après-midi. Enfin, il fait une activité sportive le mardi après-midi et une sortie découverte à visée éducative le mercredi après-midi. D'autres activités plus libres sont proposées au sein de la section autisme lorsque l'enfant n'a pas de prise en charge.

L'emploi du temps personnalisé de chaque enfant est affiché dans la section avec des pictogrammes pour illustrer les différents temps d'activité et aider la compréhension (ANNEXE III). Ces mêmes pictogrammes ont été découpés sous forme d'images individuelles placées dans une caissette. Avec l'aide d'un membre de l'équipe, l'enfant peut reconstituer son emploi du temps pour la journée ou la demi-journée à venir grâce à un système de scratch (ANNEXE IV). Je n'ai vu Louis s'intéresser à cet exercice que deux fois et la manipulation des pictogrammes à scratch semblait plus avoir une dimension sensorielle que de viser à reconstituer l'emploi du temps de l'après-midi.

3.3.2 Prise en charge éducative et scolaire

Louis va en classe 3 fois par semaine pendant une heure, le lundi matin, le mercredi matin et le jeudi après-midi. Il est accompagné par une AMP. Les objectifs actuels lors de ce temps sont de lui apprendre à rester assis à la table et à se rendre disponible pour les apprentissages.

À ma connaissance, Louis n'est pas vu par l'éducatrice spécialisée de la section. En revanche, il est souvent pris en charge par les AMP qui lui proposent des activités correspondant à certains objectifs personnalisés. J'ai pu échanger avec deux d'entre elles qui m'ont expliqué travailler sur la diversification alimentaire en passant par le biais d'une activité cuisine et sur la consolidation de l'apprentissage de la propreté.

Louis est également vu en balnéothérapie avec un autre enfant. L'AMP qui encadre ce temps me l'a présenté comme une activité détente et plaisir qui constitue un des seuls temps de repos dans la semaine de l'enfant. Ainsi, il n'y a pas de consignes spécifiques et Louis semble énormément apprécier ce temps que l'équipe veut rassurant et apaisant. Des jeux de flaques, de jets et de lumières sont souvent proposés. Les deux enfants n'interagissent pas entre eux.

3.3.3 Prise en charge en psychomotricité au sein du dispositif groupal

Louis participe au groupe afin de travailler ses compétences et ses perceptions motrices. L'objectif est de l'aider à se canaliser, se poser et s'organiser dans sa motricité afin de dégager un support pour développer la relation. Par ailleurs, le psychomotricien a décidé d'une prise en charge groupale pour cet enfant dans l'idée d'agir sur sa sociabilité en le faisant travailler avec un pair. À noter que le temps de présence très réduit du psychomotricien sur la section autisme a également joué dans cette prise de décision.

3.4 Une première rencontre marquante

Louis est l'un des tout premiers enfants de la section autisme que j'ai rencontré. Lors de mon premier jour de stage, j'étais assise à la table principale de la pièce à vivre de la section avec deux AMP à qui je me présentais. Il y avait avec nous trois enfants. Le reste de l'équipe était alors en réunion, les autres enfants étaient soit en classe, soit dans le jardin et le psychomotricien était dans le bureau. J'ai assez vite remarqué ce petit garçon brun assis à une table face au mur et qui manipulait du sable magique en émettant

quelques vocalises discrètes. J'apprendrai plus tard qu'il s'agit là d'une des activités favorites de Louis. De ce que je pouvais voir, son activité semblait assez répétitive : il prenait le sable contenu dans une petite cuvette à pleines mains avant de les relever bien haut et de laisser le sable s'échapper peu à peu pour retomber dans la bassine. Une fois que tout le sable était retombé, il recommençait. J'ai tout de suite noté la dimension sensorielle qui accompagnait le côté répétitif de cette activité.

Je venais de détourner le regard pour répondre à une question de l'AMP quand un autre enfant s'est approché très discrètement de moi. Avant que quiconque ne puisse réagir, il a entouré mon cou de ses mains et a commencé à serrer. Les AMP sont immédiatement intervenues et l'une d'elle a saisi les poignets de l'enfant qui m'a finalement lâchée assez rapidement, avant même que je n'ai le temps de me dégager. Il s'agissait de l'autre enfant pris en charge dans le groupe avec Louis. Je me souviens avoir été frappée par le contraste entre l'ambiance calme et posée avant l'incident et l'atmosphère pesante et agitée qui régnait à la suite de celui-ci.

Quelques instants après cet incident, je venais de me rasseoir dans le but de me poser un peu quand Louis, toujours assis dos à nous, a crié en jetant le sable qu'il tenait dans ses mains. Les deux AMP, occupées avec les autres enfants présents, se sont alors retournées pour regarder d'où venait ce cri. Louis s'est ensuite jeté par terre avant de rouler, de se relever, de se rejeter contre le sol, les meubles et le mur avec une violence qui m'a grandement déstabilisée. Par la suite, ce comportement m'a énormément interrogée. Avait-il un lien avec l'ambiance agitée, tendue et pesante qui régnait alors ? Pouvait-il correspondre à une façon d'attirer l'attention sur lui qui, l'espace d'un instant, avait été oublié de tous ? Ou venait-il coïncider avec un tout autre facteur, peut-être sensoriel, directement ou indirectement relié à l'incident tout juste survenu et à la situation qui en découlait ? Ce qui était sûr, c'est que cet enfant avait attiré mon regard et attisé ma curiosité avant même que je ne découvre son visage et son nom ; suffisamment en tout cas pour que je me souvienne de lui et de son comportement de manière assez détaillée malgré l'évènement déstabilisant et fort en émotions que je venais de vivre.

4 Observation de Louis durant les temps de prise en charge en psychomotricité

4.1 Des difficultés motrices évidentes

Dès les premières séances de groupe auxquelles j'ai pu assister, le psychomotricien m'a laissée interagir avec les enfants. J'ai notamment pu accompagner Louis sur les parcours moteurs dès la deuxième séance.

Pour le premier parcours moteur de cette séance, je lui montre qu'il faut sauter de cerceau en cerceau à pieds joints, soutenant ma démonstration avec un mot clé (« sauter ») comme cela m'avait été conseillé par le maître de stage et l'AMP. Il le fait très facilement, semblant comprendre la consigne aisément, ce qui me surprend tout particulièrement. Cependant, dès le premier quart du parcours, je remarque que son centre de gravité s'avance en même temps que le haut de son buste. Il semble aller de plus en plus vite et continue le parcours en étant devant moi, sa main toujours dans la mienne mais finit par manquer des cerceaux. Je l'arrête une première fois pour reprendre avec lui la consigne et les sauts. Nous sommes à mi-parcours. Nous reprenons l'exercice mais le même scénario se reproduit. Il me semble alors distinguer des difficultés motrices chez Louis, notamment au niveau de l'équilibre, qu'il tente ici de compenser par la vitesse.

Un second parcours est proposé mais les enfants doivent marcher de cerceau en cerceau. Là aussi, je constate rapidement des incertitudes dans ses appuis et un déséquilibre se prononce vers l'avant. Il semble là encore essayer de le compenser par la vitesse avant de se mettre finalement à courir ne faisant plus attention aux cerceaux, paraissant se désorganiser complètement. Je suis obligée de l'arrêter plusieurs fois et il me semble que cet exercice le met encore plus en difficulté que le précédent.

Un dernier parcours est proposé. Des cerceaux sont disposés au sol et des barres de différentes hauteurs sont installées de manière à couper le chemin dessiné par les cerceaux. L'exercice consiste à sauter à pieds joints de cerceau en cerceau puis à s'arrêter pour enjamber la barre, avant de se remettre à sauter entre les cerceaux pour de nouveau s'arrêter pour enjamber la barre suivante, etc... Louis se laisse rapidement emporter par les sauts et je suis obligée de placer mon bras devant lui pour l'arrêter avant qu'il ne trébuche sur la barre. Il enjambe prudemment la barre après démonstration de ma part. Le même scénario se répète sur la section suivante du parcours. Je décide finalement de prendre ses deux mains et de me placer devant lui pour essayer de l'amener à prendre son

temps pour réaliser les sauts et l'empêcher de se laisser entrainer vers l'avant. Ainsi, je perçois un déséquilibre au moment de la réception du saut qui apparaît de manière flagrante. Je me rends également compte que, bien qu'il ne la fasse pas tomber, l'action d'enjamber la barre est pour lui compliquée à réaliser. En outre, l'organisation du mouvement nécessaire pour celle-ci semble demander une certaine concentration et les membres supérieurs et inférieurs me paraissent mal dissociés. Il me semble donc que Louis possède également des difficultés au niveau des coordinations et des dissociations sans que celles-ci ne soient très envahissantes. Cependant, bien que Louis soit mis en difficulté, il continue l'exercice sans manifester de comportement d'agacement ou de colère, ce qui me surprend positivement. Lors des séances qui suivent, j'observe à nouveau ces difficultés ainsi que cette tendance à se désorganiser, sans que cette dernière ne soit aussi intense et systématique que lors de cette première séance.

Quelques semaines plus tard, je récupère le dernier bilan psychomoteur datant alors de 2018. Celui-ci vient alors confirmer mes observations en rapportant des maladroitness motrices avec des difficultés au niveau de l'équilibre, des coordinations et des dissociations. Néanmoins, ces observations m'interrogent encore. Plus particulièrement, cette tendance qu'a Louis à se désorganiser et à se disperser lors des exercices me questionne et rejoint d'autres observations que j'ai pu faire chez cet enfant.

4.2 Une relation qui évolue

4.2.1 Une acceptation de ma présence d'abord médiatisée

En effet, au cours de mon stage, je remarque assez vite que Louis s'agite facilement et que cela entrave la relation. Lors du temps de détente et de calme qui vient habituellement clôturer la séance, il s'agite et se lève même pour courir, il crie, bouge pour s'éloigner de moi, ne nous regarde que rarement. J'ai d'ailleurs été marquée par l'un de ces temps calmes lors duquel il a essayé de frapper le psychomotricien qui lui demandait de s'asseoir. Je note à ce moment une difficulté évidente à accepter le toucher et même ma présence lors du temps de musique calme qui marque la fin de la séance. Jusqu'à la fin du mois de novembre, il n'y a pas eu d'échange lors de ce temps entre lui et moi, pas même par le regard. J'observe que des temps d'échange sont néanmoins possibles avec mon maître de stage et l'AMP. Je me souviens de l'un deux ayant eu lieu lors de l'une des premières séances. La richesse de l'interaction à ce moment m'a particulièrement marquée. Un peu à distance, j'observe Louis calmement installé contre le pouf, pliant et dépliant ses doigts tout en les regardant fixement. Le psychomotricien le remarque et

commence à l'imiter. Louis met un certain moment à le remarquer. Il porte alors son regard sur les mains de mon maître de stage puis arrête ses propres mouvements, comme happé par ceux du psychomotricien. Il finit par venir toucher une des mains de mon maître de stage.

Cette difficulté à accepter ma présence lors du temps calme s'oppose à ce que je peux observer lors des temps moteurs. Il répond lorsque je l'appelle par son prénom et me regarde souvent lorsque je lui lance un ballon, parfois lorsque je lui demande de me le relancer. Il a plutôt bien accepté ma présence lors des exercices d'échange de ballon et de motricité globale, me donnant même la main volontairement pour réaliser le parcours moteur. Ainsi, les seuls temps d'échange que j'arrive réellement à obtenir avec lui lors de la séance sont les temps d'échange de ballon et surtout les temps de parcours moteurs lors desquels le contact visuel mais également physique est possible.

En effet, lors du temps moteur, Louis accepte et même réclame ma présence dès le tout début de mon stage. Cette rapidité dans l'acceptation de ma présence m'interroge d'autant plus qu'elle s'oppose avec ce que je peux observer lors des temps calmes. Lors de ces temps, je note que nos échanges passent essentiellement par le corps, et plus particulièrement par l'imitation et le dialogue tonico-émotionnel.

Néanmoins, au fur et à mesure des séances, Louis s'ouvre à moi allant jusqu'à me sourire en me pointant à mon arrivée à la section autisme dans le courant du mois de décembre. Je me souviens d'ailleurs de ce pointage qui m'a surpris par sa bizarrerie : le bras était tendu vers moi, la main dépliée et les doigts collés entre eux. C'est également à ce moment qu'il arrive à tolérer de plus en plus ma présence rapprochée lors du temps calme. J'ai alors le sentiment que passer par le mouvement pour construire du lien a été une nécessité, au même titre que le fait de lui laisser le temps d'accepter ma présence. À ce titre, le temps d'activité motrice apparaît comme un temps très cadré : au niveau spatial le trajet est délimité par des cerceaux, les consignes sont travaillées de façon à être les plus claires possible grâce aux mots clefs et à la démonstration qui utilise les capacités d'imitation des enfants. Le temps calme est lui aussi cadré : au niveau spatial grâce à un tapis, au niveau temporel grâce à un emplacement dans le déroulement de la séance qui ne varie pas et par notre présence qui se veut continue et posée. Cependant, ce temps apparaît peut-être comme moins structuré : la consigne peut sembler moins évidente à comprendre et à faire passer (s'asseoir et rester calme un moment) et il arrive que la durée puisse varier (3 ou 4 morceaux selon la disponibilité des enfants et les éventuelles contraintes extérieures). Je me demande si, en plus de la difficulté pour Louis à se poser,

cette compréhension moins évidente du temps calme avec ce côté moins structuré, plus informel ait pu jouer dans cette difficulté d'acceptation de ma présence dont la raison était moins explicite : j'étais là mais je ne l'aidais pas à faire une action, ne le guidais pas dans la réalisation de tel ou tel exercice, ne lui exposais pas de consigne claire.

4.2.2 Le contact physique au cœur de la relation

C'est à partir de la fin du mois d'octobre que Louis commence à supporter et même rechercher ma présence hors des temps moteurs. Peu à peu, il accepte que je reste proche de lui lors du temps calme allant jusqu'à venir appuyer une partie de son corps contre la mienne et accepte les pressions profondes que je finis par lui proposer. Il me donne la main plus volontiers lors des trajets et cherche moins à la retirer. Il me regarde plus, vient me toucher pour m'interpeller lorsque j'arrive à la section, pointe ce qu'il désire en me regardant, etc. Début janvier, il commence à s'accrocher à mes épaules pour me réclamer des câlins, ce qu'il ne faisait qu'avec certaines AMP.

À défaut d'avoir le langage, Louis utilise souvent son corps pour communiquer, même si certains aspects de cette communication corporelle sont inadaptés voire semblent aberrants et le contact physique apparaît ainsi au cœur de la relation et de la communication que j'ai avec ce garçon. Je commence à m'interroger sur cette recherche de contact. Cela correspond-t-il à une recherche de sensation liée aux particularités sensorielles que Louis peut avoir ? Est-ce quelque chose dont il a besoin ? Une recherche de réassurance, d'une certaine contenance grâce aux câlins qu'il me réclame de plus en plus souvent et qu'il veut de plus en plus serrés ? En plus des câlins qu'il commence à me réclamer, un autre comportement qu'il ne manifestait pas encore envers moi et qui se rapporte directement à la notion de contact physique apparaît : Louis commence à me frapper et à me pincer.

4.2.3 Un lien mis à mal par des manifestations agressives

En effet, c'est aussi à partir de ce moment que Louis commence à me frapper et à me pincer à certaines occasions. La première fois que j'observe ce comportement, c'est lors d'une promenade organisée avec les AMP. Le groupe ayant été annulé à cause de l'absence de l'autre enfant, Louis, le psychomotricien et moi accompagnons les AMP et un autre enfant en sortie. Je marche avec Louis sur le chemin forestier, le tenant par la main. Il s'arrête régulièrement pour cueillir des feuilles et les mettre à la bouche. Je tente de l'en

empêcher tant bien que mal en les lui retirant des mains, lui disant « non ». Sur les conseils de mon maître de stage, je finis par changer de côté pour me placer entre lui et les buissons, dans le but de l'empêcher de cueillir les feuilles. Il commence alors à pleurer, puis à me pincer et me frapper. Sur le moment, je rattache ce comportement à de la contrariété, de la colère ou éventuellement une façon d'exprimer un désaccord.

Dans les semaines qui suivent, je commence à observer ce comportement en séance, notamment lors des parcours moteurs. Je me sens relativement démunie lorsqu'il le manifeste. Je ne comprends pas. À la fin d'une de ces séances, mon maître de stage et moi avons une discussion. Il lui semble nécessaire que j'effectue un travail sur mon expression, et plus particulièrement sur mes consignes pour les clarifier encore plus. Cette remarque ainsi que la mise en application du conseil du psychomotricien m'amènent à envisager ce comportement autrement. En effet, je me demande s'il est possible que celui-ci vienne manifester une incompréhension de ma consigne. Plus qu'une simple façon de manifester de la contrariété, cette manière de frapper et de pincer pourrait ainsi exprimer une angoisse liée à une consigne trop floue pour être comprise, à un cadre qui ne contiendrait pas assez. Je rattache cette notion d'angoisse à mon questionnement précédent sur la compréhension peut-être moins évidente du temps calme avec ce côté moins structuré, plus informel et son éventuel impact sur l'acceptation de ma présence qu'a eu Louis. Je me demande alors si une angoisse liée à des consignes imprécises, un cadre confus ne viendrait pas mettre à mal la relation en l'empêchant de se poser et devenant source d'un comportement défensif-agressif. Celle-ci pourrait même être liée à cette agitation si récurrente que j'observe chez Louis et qui est souvent décrite comme problématique par l'équipe.

4.3 Agitation psychomotrice

4.3.1 **Une agitation omniprésente**

Assez rapidement au cours de mon stage, je constate que Louis est tout le temps en mouvement. Lorsque nous arrivons dans la section autisme pour aller chercher les enfants, nous le trouvons souvent pris dans une activité impliquant du mouvement : il fait du vélo dans la cour, court dans le jardin ou de pièce en pièce, saute de canapé en canapé, trace de grands traits de manière désordonnée et énergique sur le tableau blanc au mur. En classe et à la cantine, les AMP me rapportent qu'il lui est également très difficile de rester assis.

Comme exposé dans la partie précédente, en séance, je constate très vite dans le suivi que Louis est très agité. Lors du temps de détente et de calme qui vient habituellement clôturer la séance, il s'agite facilement et se lève même pour courir, il crie, bouge. Rester assis calmement en écoutant de la musique semble très difficile. Je note également que Louis est toujours partant pour réaliser le parcours moteur, n'hésitant pas à donner la main à celui qui la lui propose, même si c'est quelqu'un dont il n'a pas l'habitude. L'activité motrice semble lui être très attrayante, sans que je ne sache réellement pourquoi lorsque je fais ce constat. Je suis frappée par le contraste avec l'autre enfant du groupe qui est beaucoup moins agité.

Plus tard dans le suivi, je remarque que Louis refait souvent les exercices après la fin du temps moteur, juste avant que l'on désinstalle les parcours. Il réalise le parcours en allant toujours plus vite que lors de l'exercice initial. Souvent, il finit par courir, les bras raides et écartés, paraissant ne plus faire attention à rien. Je me souviens néanmoins d'un jour, d'une séance lors de laquelle Louis n'a pas suivi le même schéma et a refait le parcours lentement. Il marchait de cerceau en cerceau, posant un pied dans chacun d'entre eux. Il posait d'abord la pointe du pied et regardait au sol, comme happé par la réalisation du mouvement. Je me suis posée un grand nombre de questions suite à cette séance. Pourquoi n'avait-il pas couru ? Pourquoi ne s'était-il pas désorganisé ? Peut-être était-ce parce que le parcours proposé comprenait des déplacements particulièrement lents, et qu'en refaisant le parcours, les mouvements n'étaient pas assez rapides et énergiques pour qu'il manifeste ce comportement. Ce dernier point présumerait alors que Louis se laisse déborder par l'agitation et l'excitation que lui amène le mouvement, finissant par bouger pour bouger, cette motricité paraissant ainsi ne plus avoir aucun but fonctionnel.

Dans tous les cas, Louis apparaît comme un enfant ayant constamment besoin d'être en mouvement. Je décide alors dans les séances qui suivent d'être plus vigilante vis-à-vis de cette agitation débordante qu'il amène. Cette étape dans ma réflexion correspond d'ailleurs au moment où j'ai fait le choix de développer le cas de ce garçon en particulier pour mon mémoire.

4.3.2 Un besoin de combler l'espace

La séance de la semaine qui suit ce choix m'apparaît particulièrement éprouvante. Louis est particulièrement agité : durant les temps de latence entre les exercices ou lorsque nous sommes occupés avec l'autre enfant, il se lève du banc, se rassoit, se relève, il court

en rond, se jette contre les murs. Ce n'est pas la première fois que j'observe ce comportement mais à ce moment, je me sens dépassée par cette agitation. Il finit par se jeter au sol en criant. L'autre enfant se met également à crier. Je m'assois un moment, débordée. La situation me rappelle ma première rencontre avec lui. Je me rappelle ce cri qu'il avait poussé quelques secondes avant de se jeter au sol et de se relever pour mieux se précipiter contre les meubles et le mur. Cette séquence m'avait marquée et m'avait grandement interrogée. Je l'avais notamment reliée à l'ambiance particulièrement tendue – électrique même – qui régnait à ce moment. Les deux situations étaient-elles liées ?

Je me remémore un échange bref que j'avais eu avec le psychomotricien au tout début de mon stage. Tout en installant la cloison qui sépare la très grande salle de psychomotricité en deux salles de taille moyenne, il me rapporte l'impossibilité de travailler avec ce patient lorsqu'ils étaient dans une salle plus grande car il « explosait dans l'espace ». Et c'est d'ailleurs l'impression qu'il me donne actuellement : en criant et en courant dans tous les sens jusqu'à percuter le sol ou un mur, il semble essayer de remplir l'espace de la salle. Effectivement, je le vois bel et bien « exploser dans l'espace ». À ce moment, il m'apparaît tout autant dépassé que moi, débordé par une agitation qui le submerge, courant dans tous les sens.

4.3.3 Un corps en recherche de sensations

Une des premières choses qui m'a frappée chez cet enfant est la façon qu'il a de se jeter au sol, parfois en montant sur une chaise, de rouler après s'être jeté par terre en criant, surtout lors des temps de latence entre les exercices. J'ai notamment pu observer ce comportement dès la première fois que j'ai fait sa connaissance, dans la salle commune mais également lors de la toute première séance en psychomotricité qui avait suivi. Ainsi, j'avais été fortement impressionnée de le voir, impuissante, se jeter au sol parfois en montant sur un plot ou une chaise avant de rouler par terre puis de se relever pour mieux se jeter contre les murs ou les meubles. Au fur et à mesure des séances, j'observe que ce comportement a lieu principalement durant les temps de latence, où tout semble calme. Cette observation pourrait peut-être venir appuyer ma précédente idée selon laquelle Louis ressentirait le besoin de combler un espace qui lui paraîtrait trop grand, trop vide.

Cependant, les séances passent et je remarque également que les temps de latence ne donnent pas tous lieu à de tels comportements. En effet, lorsqu'il ne se jette pas au sol, Louis se met dans des positions renversées pour le moins originales. L'une d'entre

elles m'a particulièrement marquée : coincé dans le petit espace entre le banc et le mur, il avait la tête en bas et son corps formait un « L ». Son dos ainsi que l'arrière de ses jambes étaient collés au mur tandis que ses bras et l'arrière de sa tête reposaient au sol. Il lui arrive également de monter sur la table ou sur une des chaises sans pour autant se jeter au sol par la suite. Ces observations m'amènent à me questionner sur une éventuelle recherche de sensations à laquelle serait liée en grande partie cette agitation si débordante. Au vu de mes observations et des résultats du profil sensoriel passé il y a quelques années, il est même probable que cette dernière soit de nature proprioceptive et tactile.

Cette piste de réflexion est relancée quelques temps plus tard. Lors du temps calme marquant la fin de la séance, Louis est extrêmement agité. Le psychomotricien hausse alors la voix dans le but de reposer le cadre. Louis vient alors se rasseoir près de moi, se pose dans le pouf tout en cherchant à appuyer le côté de son corps contre ma jambe. Il finit de s'installer en posant son doudou sur lui. Lui d'habitude si agité lors de ce temps semble pour une fois disposé à se laisser bercer par la musique. Il semble apaisé par les multiples surfaces de contact que lui offre cette installation. J'en viens alors à me questionner sur la recherche que Louis pourrait avoir au niveau de ses limites.

Au final, Louis se montre très agité et a tendance à exploser dans l'espace, ne se calmant que lorsqu'il obtient une certaine contenance offerte par des stimulations sensorielles franches. Autrement dit, Louis semble constamment dans la recherche de sensations corporelles qui touchent ses limites, sa proprioception et peut être son système vestibulaire. En un mot, il cherche à sentir son corps. Ce dernier point m'amène ainsi à me demander si Louis ne s'agitait pas, au moins en partie, afin de venir prendre conscience de son corps, un corps parfois en mouvement, parfois immobile, un corps qu'il faut percevoir, se représenter, et peut-être même un corps source d'angoisse... Cette agitation paraîtrait néanmoins le submerger de manière assez récurrente, le laissant s'enfermer dans une motricité paraissant ne plus avoir aucun but fonctionnel. Le fait que le rappel du cadre par le psychomotricien lui ait permis de se poser soutient aussi l'idée selon laquelle un cadre trop incertain avec des consignes trop floues pourrait être source d'incompréhension et d'angoisse, amplifiant cette agitation.

PARTIE THÉORICO- CLINIQUE

PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

Ainsi, j'ai fini par me poser la question de l'intérêt d'un travail sur la conscience corporelle avec cet enfant. En élargissant cette question et en y incluant mes réflexions sur l'agitation qui envahit Louis au quotidien, il me semble important de ne pas négliger la notion de mouvement. En liant les points précédemment évoqués au travail du développement de la relation apparaissant au cœur de la prise en charge de cet enfant, l'interrogation suivante se dégage :

Comment un travail en psychomotricité autour de la conscience corporelle et du mouvement peut-il venir étayer le développement de la relation avec un enfant présentant un TSA ?

1 L'activité motrice : entre corps et relation

1.1 Bouger pour sentir son corps

1.1.1 Louis, une conscience du corps altérée

Si on reprend les résultats de l'EPSA (ANNEXE I), celui-ci indique une particularité d'intensité sévère (supérieure à 2) pour le facteur conscience corporelle et une particularité d'intensité modérée pour le facteur schéma corporel. Les deux items qui se rapportent à la représentation du corps sont donc largement impactés chez Louis. Ces perturbations de la représentation corporelle peuvent s'exprimer comportementalement par des attitudes atypiques devant le miroir, une difficulté à organiser son corps et ses déplacements dans la sphère spatiale ou encore des recherches de sensations corporelles envahissantes allant jusqu'à la mise en danger (Le Menn-Tripi et al., 2020).

Lorsqu'il n'est pas pris dans un débordement, Louis est au final plutôt performant dans la réalisation des parcours moteurs. Bien que son équilibre et ses coordinations apparaissent déficitaires, il aime sauter dans les cerceaux, passer dans le tunnel, au-dessus ou dessous des barres, etc. Lorsque je propose un parcours pour lequel il faut passer au-dessus ou au-dessous d'une barre, je note que Louis est particulièrement à l'aise, ne touchant que très rarement la barre. De plus, je ne l'ai jamais vu se cogner de manière accidentelle. Ainsi, bien qu'il existe des difficultés pour imiter certains gestes précis, je pense que Louis repère plutôt bien son corps dans la sphère spatiale, du moins

lorsqu'il n'apparaît pas submergé par l'agitation. En revanche, il présente une agitation récurrente s'associant parfois avec une prise de risques excessive qui pourrait peut-être correspondre aux recherches de sensations corporelles envahissantes évoquées. Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer la réaction de Louis face à un miroir : il n'y en a ni dans la section autisme, ni dans la salle de psychomotricité. Il n'y a pas non plus de surface particulièrement réfléchissante sur le trajet qui sépare la section de la salle. Ainsi, ce n'est que vers la fin de mon stage, à l'occasion d'une discussion avec le psychomotricien et trois des AMP, que j'ai appris que Louis manifestait un comportement très atypique face à un miroir. Selon l'équipe, il s'agite, se tord, se jette au sol tout en regardant son reflet.

Au niveau de sa sensorialité, Louis présente des particularités dans les domaines visuel, tactile et proprioceptif. La multimodalité est marquée par une particularité sévère, ce qui signifie qu'il lui est difficile de traiter plusieurs sources de stimulation sensorielle de manière simultanée. Or, comme évoqué précédemment, ces difficultés d'intégration multisensorielles sont au moins en partie responsables de troubles des interactions sociales (Le Menn-Tripi et al., 2020), mais sont également mises en cause, avec les atypies de perception et de traitement des stimuli plus simples, dans l'altération de la conscience corporelle de l'individu (Saitour & Albaret, 2017).

Enfin, étant porteur de TSA, Louis possède des troubles des interactions sociales et de la communication. Lesage (2012) évoque un lien fort entre vécu corporel et qualité relationnelle, affirmant que la construction de son corps ne peut se faire qu'à travers la relation. Françoise Giromini (2012, p. 257) précise que cette conscience corporelle s'éprouve et donc se construit « avec l'autre, par l'autre et pour l'autre ». Il est donc plausible que les troubles des interactions et de la communication que possède Louis diminuent qualitativement et quantitativement ses vécus corporels et affectent la construction de sa conscience du corps.

Ainsi, Louis paraît bien posséder une conscience du corps altérée de manière assez importante. Comme évoqué dans la partie théorique, cette altération est susceptible de toucher plus particulièrement le repérage de son corps dans l'espace, son unité ainsi que sa possession et d'impacter la sphère relationnelle.

1.1.2 Le mouvement ou la recherche de sensations

Précédemment, j'évoquais mon questionnement sur une éventuelle corrélation entre l'agitation débordante que manifeste Louis et les recherches de stimulations sensorielles envahissantes décrite par Le Menn-Tripi et al. (2020) comme venant témoigner d'une altération de la conscience corporelle. Giromini (2012) soutient que c'est en expérimentant que l'on se construit sa conscience du corps. La motricité débordante que Louis nous amène et qui entrave tant la relation pourrait-elle correspondre à une recherche d'expérimentation corporelle afin de développer sa conscience corporelle ?

Chez un enfant, l'utilisation des compétences motrices qui se développent peu à peu est source de plaisir. L'enfant aime les utiliser dans un pur plaisir moteur mais aussi dans l'optique de contrôler et d'intervenir sur son environnement. Les enfants présentant une agitation psychomotrice semblent quant à eux remplacer le plaisir de la maîtrise du mouvement par celui de l'intensité de leur motricité, les sensations kinesthésiques et proprioceptives offertes par le mouvement correspondant ainsi à un véritable besoin (Gazon, 2006). L'agitation motrice, corrélée à de l'hypertonie viendrait ainsi rassurer l'enfant quant à son intégrité, « l'agitation permettant au moins de s'éprouver corporellement » (Gazon, 2006, p. 623).

Plus spécifiquement, les enfants porteurs de TSA recherchent davantage les effets immédiats du mouvement, à savoir les stimulations qu'il provoque au niveau des flux sensoriels et de la sensibilité profonde. Les effets du geste sur l'environnement sont alors négligés. Le but du mouvement n'est pas son aspect effecteur mais les sensations qu'il produit. (Bullinger, 2007)

Ainsi, il est possible que Louis vienne s'agiter pour combler un besoin de sensations tactiles et proprioceptives, deux domaines dans lesquels il présente d'ailleurs des particularités sensorielles. Les stimulations sensorielles qu'amène le mouvement seraient ainsi source de plaisir, ce qui pourrait expliquer son attrait important pour toutes les activités impliquant du mouvement, ou à défaut, lui procurant suffisamment de stimulations tactiles ou proprioceptives (manipulation de sable magique, position multipliant les points de contact). Louis cherche à s'éprouver corporellement par le mouvement. Celui-ci lui permet de ressentir son intégrité corporelle. Cette recherche évoque également une piste de compréhension vis-à-vis de la légère hypertonie repérée lors du bilan et parfois visible dans ses déplacements.

Ainsi, cette recherche de stimulations et d'éprouvés corporels vient se manifester par une agitation pouvant parfois sembler excessive et allant jusqu'à la mise en danger, au point de provoquer un isolement et d'entraver la relation. Un travail sur la conscience corporelle permettrait donc à Louis de mieux connaître et se représenter son corps, limitant ainsi certains comportements venant mettre à mal la relation.

1.1.3 Expérimenter autrement

Saitour & Albaret (2017) ont réalisé une étude sur les liens entre les aspects proprioceptif et tactile de la conscience du corps et l'action volontaire chez un enfant porteur de TSA. Ils sont partis de l'hypothèse selon laquelle la mise en mouvement volontaire du corps pouvait permettre d'améliorer la conscience corporelle altérée chez les personnes porteuses de TSA. Suite à la réalisation d'un protocole de rééducation psychomotrice à cas unique, ils ont validé cette dernière (Saitour & Albaret, 2017). Ils affirment alors que « L'action semble primordiale pour la construction d'une conscience du corps cohérente, globale et unifiée » (Saitour & Albaret, 2017, p. 50) et que « la mise en action volontaire du corps par le sujet, dans des situations où des contraintes externes favorisent un retour sur le corps, permet une amélioration de la prise de conscience du corps » (Saitour & Albaret, 2017, p. 52). Il est ainsi envisageable d'utiliser la mise en mouvement pour aider un enfant porteur de TSA tel que Louis dans la construction de sa conscience corporelle, à condition que l'activité motrice soit organisée et cadrée pour encourager l'expérimentation corporelle.

Ainsi, le parcours moteur s'avère être une médiation intéressante dans la mesure où c'est une activité motrice cadrée qui permet d'expérimenter son corps dans diverses situations amenant des vécus différents. De ce fait, lorsque j'ai repris les séances et dans la continuité de ce que faisait mon maître de stage auparavant, j'ai cherché à proposer des situations diverses afin d'encourager la diversité des vécus corporels des enfants. Par exemple, j'ai fait varier la vitesse en leur demandant de marcher dans les cerceaux puis de courir, créé des variations de rythme en changeant le nombre de cerceaux dans lesquels il fallait sauter entre chaque barre, proposé à l'enfant de passer sous la barre puis par-dessus... Les parcours et les consignes étaient parfois un peu différents selon l'enfant car je devais m'adapter à ses capacités motrices et de compréhension.

Lors de la rédaction du projet et de sa mise en œuvre, j'ai également cherché à appuyer la dimension des ressentis corporels et la différence des caractéristiques du geste

moteur à utiliser pour réceptionner puis renvoyer le ballon en prévoyant l'utilisation de balles ayant des textures, des diamètres et des poids différents.

Je pense que le temps calme permet également d'expérimenter ce corps de manière encore plus différente, dans l'immobilité. Bien que Louis ait beaucoup de mal à se poser, le fait de le laisser s'installer dans la position qu'il souhaite et de lui proposer des aménagements lui offrant des stimulations tactiles et proprioceptives suffisantes semble ainsi l'aider. En plus du pouf qui était déjà amené par le psychomotricien, j'ai essayé de proposer des pressions profondes à Louis, ce qui n'a en réalité été possible que tardivement, lorsqu'il a commencé à accepter ma présence et mon contact lors de ce temps. Lors d'une séance, en février, Louis s'allonge sur le tapis. Je me place à ses côtés et après un moment, il tourne la tête pour me regarder. Un peu décontenancée, je m'approche et le psychomotricien m'incite à lui proposer les pressions profondes, ce que je fais. Louis ne bouge pas et je continue les pressions pendant un long moment. J'ai alors le sentiment que cette fois-ci, au lieu d'entraver la relation, cette recherche de sensations a permis un rapprochement.

1.2 Bouger pour s'approprier son corps

1.2.1 Louis, un corps à unifier

Louis possède une particularité sévère dans le domaine de la multimodalité. Il lui est compliqué de traiter simultanément deux informations venant de modalités sensorielles différentes et de les associer pour leur donner du sens. Le rassemblement des différentes informations sensorielles que Louis reçoit en un ensemble cohérent est difficile, ce qui se rapporte au défaut de cohérence centrale évoqué par Lobbé (2019). Ce même défaut amènerait ainsi à un éparpillement dans le traitement des informations touchant les domaines environnemental, cognitif, mais aussi corporel (Lobbé, 2019). Effectivement, les liens faits entre les différentes modalités sensorielles lors des interactions précoces (portage, enveloppement, échange de regards, contact peau à peau, bain de parole, etc...) permettent à l'enfant l'expérimentation d'un rassemblement interne (Gazon, 2006).

Les difficultés que Louis rencontre dans le traitement multimodal des informations sensorielles suggèrent donc l'existence d'un éparpillement touchant, entre autres, son corps. On pourrait penser que les particularités sensorielles tactiles penchant plutôt du côté d'une hyposensibilité ont pu entraver la qualité des interactions précoces à l'origine du rassemblement interne de l'enfant. Ces interactions précoces sont également mises à mal

par les anomalies du contact social repérées chez des bébés ayant reçu un diagnostic de TSA quelques années plus tard. (Perrin et al., 2019)

Gazon (2006) affirme que l'agitation vient constituer une enveloppe de mouvement qui, avec le recrutement tonique, vient rassurer l'enfant quant à sa propre intégrité. Le terme intégrité pouvant se définir comme l'« état d'une chose qui demeure intacte, entière » (« intégrité », 2012, p. 984), Gazon (2006) évoquerait ici l'idée d'une crainte de dissociation. Ainsi, si par le mouvement et un tonus élevé, Louis cherche effectivement à sentir son corps dans son intégrité, on peut penser qu'il vient plus particulièrement chercher un sentiment d'unité de son corps. L'agitation motrice pourrait alors avoir fonction de défense contre ce manque d'unité, « un corps actif » étant « vécu comme plus cohérent » (Saitour & Albaret, 2017, p. 52).

1.2.2 Et à s'approprier

Les particularités sensorielles et les anomalies du contact social précoce ayant, entre autres, entravé qualitativement et quantitativement les relations précoces laissent ainsi penser que Louis possède une conscience corporelle altérée, avec un corps atteint dans son intégrité, donc dans son unicité. De là, l'agitation motrice et l'hypertonie qu'il manifeste pourraient renvoyer à une recherche de sensations corporelles unifiantes.

Cependant, en plus d'une expérience de rassemblement interne, la jonction entre les différentes modalités sensorielles qui se fait lors des interactions précoces permet l'émergence d'un sentiment moïque, d'existence, amenant à une première organisation corporelle et un premier sentiment fondamental d'identité (Gazon, 2006). Pour Lesage (2012), un défaut d'unification des sensations, des impressions et de la motricité place l'enfant dans une situation de morcellement sensori-moteur. Ainsi, cette impossibilité à se sentir unifié entraîne une impossibilité à se concevoir comme une entité distincte.

Dans leur étude, Saitour & Albaret (2017) s'attardent plus spécifiquement sur la notion d'agentivité et son rôle capital dans le renforcement d'un sentiment de soi corporel, aspect fondamental de la conscience du corps. L'agentivité correspond à la capacité de s'attribuer la réalisation de ses actions. Cela revient à prendre conscience du fait d'initier et d'effectuer un acte et d'être responsable de certains effets sur son environnement. L'agentivité concerne le mouvement volontaire et intentionnel et permet la construction d'un soi corporel entier et indépendant du monde extérieur. Le mouvement actif et volontaire

ainsi que le sens de l'agentivité qui l'accompagne génèrent une conscience du corps unifiée. (Saitour & Albaret, 2017). Unification dont l'absence entraîne l'impossibilité à se concevoir comme une entité distincte (Lesage, 2012) et qui semble justement faire défaut à Louis, suggérant ainsi l'existence de difficultés à s'approprier son corps et à se différencier corporellement et psychiquement. De plus, Louis possède des difficultés praxiques touchant les coordinations globales, les capacités de dissociations et l'équilibre statique et dynamique. Or, « les limitations instrumentales ne relèvent pas seulement d'un déficit praxique mais peuvent tenir de l'impossibilité de métaboliser seul l'effet de ses actions, les structures représentatives étant insuffisantes » (Bullinger, 2007, p. 180), ce qui laisse penser, là encore, à l'existence d'un défaut d'agentivité venant impacter le sentiment de soi corporel chez cet enfant.

On peut alors comprendre que ces troubles sensoriels, les potentielles difficultés rencontrées lors des relations précoces et le déficit du sentiment d'agentivité, ainsi que le défaut d'unité corporelle qu'ils ont pu entraîner, peuvent être responsables d'une altération du sentiment de propriété du corps chez Louis. Plus précisément, il pourrait présenter un déficit dans son sentiment d'identité et d'existence avec d'importantes difficultés à se percevoir et à se représenter comme une entité distincte, dont le corps, les mouvements et la personnalité sont propres, ne se confondent pas et influent sur l'environnement. Ces difficultés pourraient expliquer, en partie au moins, les maladroites praxiques observables chez Louis en séance et lors du bilan, faute de parvenir à se représenter son corps, ses actions et les effets qu'elles ont sur l'environnement.

Saitour & Albaret (2017) mettent en cause cette perturbation du sentiment de propriété du corps dans la difficulté plus générale que rencontrent les enfants porteurs de TSA à se concevoir comme une entité distincte et donc des troubles relationnels, des interactions et de la communication. Travailler sur la conscience corporelle avec Louis et plus particulièrement sur l'appropriation de son propre corps pourrait ainsi l'aider à se différencier de son environnement, agissant ainsi au niveau de la perception et de la représentation qu'il a de l'autre et donc sur les interactions et la relation.

1.2.3 Le mouvement volontaire : de l'agentivité au travail de la conscience corporelle

La réalisation de mouvements intentionnels par le sujet via des activités motrices telles que des parcours, des jeux de coordination ou d'équilibre ou encore des exercices

d'imitation permet de faciliter l'intégration multisensorielle et d'améliorer l'intégration des informations tactile et proprioceptive, deux dimensions intrinsèques à la conscience corporelle (Saitour & Albaret, 2017). Le but est de faire prendre conscience à l'enfant « que c'est « lui » qui bouge et qu'il devient ainsi acteur dans l'environnement » (Saitour & Albaret, 2017, p. 46) afin de consolider ses sentiments d'agentivité et donc de possession de son corps (Saitour & Albaret, 2017).

Les différents parcours moteurs proposés à Louis en séance travaillaient les coordinations et les capacités d'équilibre. Ces exercices convoquaient également les capacités d'imitation, essentielles à la communication de la consigne. Ainsi, en plus de proposer l'expérience de vécus corporels divers, les parcours permettaient d'améliorer le sentiment de possession de son corps, inhérent à la notion de conscience corporelle, via celui d'agentivité.

Le temps d'échange de ballons peut également être rattaché à ce travail. Comme décrit précédemment, l'utilisation de ballons avec des matières, des poids et des diamètres différents sollicite les domaines tactile, proprioceptif et multimodal en faisant varier les vécus corporels ainsi que les caractéristiques des mouvements nécessaires à la réception et au renvoi du ballon. De plus, dans cet exercice, le mouvement a un sens, un but : celui de rattraper le ballon ou de l'envoyer, mettant ainsi en avant le rôle d'acteur de l'enfant. Le corps est alors plus qu'un corps vécu, qui bouge et qui ressent, c'est un corps que « je » fais bouger dans un but, qui « me » permet de ressentir des choses et d'agir sur l'environnement.

Enfin, à la fin d'un des temps moteurs, j'ai eu une fois l'occasion de proposer à Louis un temps dans une toupie géante (ANNEXE V). Au moment où j'ai réfléchi à cette proposition, c'est bien la notion d'agentivité que je voulais mettre au travail. En effet, lorsque Louis était installé dans la toupie chaque geste, chaque variation au niveau des caractéristiques de ce geste (tonique, spatiale, rythmique) entraînait un mouvement particulier de la toupie. Ainsi, elle lui offrait un retour sensoriel direct concernant sa motricité et l'effet de ses actions sur l'environnement. Il a rapidement accepté de se prêter à l'exercice et est resté un long moment dedans, alternant entre mouvement et immobilité.

1.3 Bouger pour aller vers l'autre

1.3.1 L'utilisation du corps et de sa gestuelle pour communiquer avec Louis

Pour Caune (2014), on ne peut faire abstraction du corps et de sa gestuelle dans la communication. C'est le siège même des relations interpersonnelles : les mouvements et les attitudes corporelles sont constitutifs de la relation.

Chez les personnes porteuses de TSA, la gestuelle de communication est peu investie et est qualitativement altérée. Son utilisation et sa compréhension est difficile. Le pointage apparaît tardivement, s'il apparaît et le visage semble parfois figé. Les gestes sont difficilement associés à un but social et au langage verbal. (Perrin et al., 2019)

Louis ne parle pas. Néanmoins, il lui arrive d'utiliser son corps et sa gestuelle pour communiquer même si ce mode de communication est altéré quantitativement et qualitativement. Il pointe, même si le geste n'est pas conventionnel et qu'il s'agit d'un pointage uniquement proto-impératif. Je ne l'ai jamais vu sourire mais dès les premières séances, j'ai rapidement été frappée par la qualité et la quantité de regards qu'il était possible d'obtenir hors du temps calme et qui contrastaient avec la rareté des regards venant de l'autre enfant. Enfin, il lui arrive de tendre les bras ou de s'accrocher aux épaules d'une personne pour réclamer une étreinte.

Dans leur livre, Perrin et al. (2019) partagent l'hypothèse selon laquelle cet appauvrissement de la gestuelle de la communication serait lié à un déficit d'imitation.

1.3.2 L'imitation : entre corps, mouvement et relation

Communément, imiter renvoie à l'idée de faire comme l'autre. Néanmoins, cette définition est trop vague pour être juste. En effet, il existe plusieurs formes d'imitation requérant différentes compétences. On peut imiter un mouvement, une action, un son. Ce que l'on imite peut-être familier ou nouveau. L'imitation peut être immédiate c'est à dire en même temps que l'autre ou différée donc bien après l'autre. Elle peut également être partielle ou complète, approximative ou exacte, d'emblée ou faisant suite à de multiples corrections. Enfin, on peut distinguer l'imitation spontanée, à l'initiative de l'imitateur et l'imitation induite, provoquée par une consigne telle que « fais pareil ». (Nadel, 2016)

Louis imite spontanément les mouvements qu'on lui propose. Dans le bilan de 2018, la psychomotricienne rapporte que les imitations induites sont possibles mais compliquées,

notamment lorsqu'elles concernent les gestes fins. Pour ma part, j'ai pu observer des imitations induites de bonne qualité pour les mouvements globaux, notamment lors des parcours. En revanche, il est vrai que lorsque je lui ai fait passer l'épreuve d'imitation de gestes de Bergès-Lézine, les imitations étaient faciles et rapides à obtenir mais souvent partielles, approximatives ou réalisées par étapes.

Le bilan de 2018 rapporte que Louis reconnaît être imité sans donner plus d'information à ce sujet. Lors des séances, j'ai pu noter que lorsqu'on l'imité et qu'il le remarque, Louis réagit souvent en regardant l'imitateur, stoppant le mouvement qu'il est en train de faire. Il lui arrive plus rarement d'être intrigué au point de toucher l'autre. Ainsi, lors de l'un des premiers temps calmes, j'ai pu observer Louis plier et déplier ses doigts en les regardant, paume vers lui. Le psychomotricien a alors commencé à l'imiter jusqu'à ce que Louis le remarque. Celui-ci a regardé fixement les mains de mon maître de stage puis a arrêté ses propres mouvements pour aller toucher une des mains du psychomotricien. Néanmoins, je précise qu'il n'a jamais été possible d'instaurer un tour de rôle avec Louis et la reconnaissance n'est pas systématique.

Imiter un mouvement ou une action nécessite des compétences. L'imitation met ainsi au travail les capacités d'attention visuelle et auditive, mnésiques, de transfert intermodal (par exemple transformer ce que l'on a vu en un mouvement), de connaissance corporelle, de production et de contrôle du mouvement, de planification, de représentation, de rotation mentale, de lien entre le moyen et le but et de séquençage de l'action en sous-buts. Toutes les formes d'imitation ne nécessitent pas toutes ces capacités. (Nadel, 2016)

Rappelons que chez Louis, comme chez beaucoup d'enfants porteurs de TSA, le transfert intermodal est déficitaire, la connaissance ainsi que la conscience du corps sont altérées et des difficultés motrices sont présentes. Ces particularités sont donc à relier avec les difficultés qu'il rencontre pour imiter certains gestes et pour reconnaître qu'il est imité. D'ailleurs, Nadel (2016) ne parle pas de difficulté d'imitation chez les enfants avec TSA mais plutôt d'une sélectivité plus importante dans le choix de ce que ces enfants imitent, en concordance avec leurs propres capacités.

Ainsi la connaissance et la conscience du corps sont mises en jeu dans l'imitation, notamment les notions d'orientation et d'estimation du volume du corps dans l'espace et de la propriété corporelle. Saitour & Albaret (2017) proposent d'ailleurs, entre autres, d'utiliser l'imitation comme médiation pour travailler sur l'agentivité et la conscience du corps venant ainsi soutenir le développement des interactions. Nadel (2016) défend

fermement l'intérêt d'un travail autour de l'imitation avec les enfants porteurs de TSA. En plus de faciliter les apprentissages, l'imitation « permet de parler sans mots » (Nadel, 2016, p. 88), faisant intervenir les notions de tour de rôle, de synchronie et d'attention conjointe au travers du thème partagé. (Nadel, 2016). Autrement dit, l'imitation est un travail corporel qui permet d'explorer l'aspect relationnel et expressif du corps et de sa gestuelle. Cette notion d'imitation vient ainsi illustrer les propos de Lesage. Selon lui, dans le cas où l'on considère le corps comme indissociable de sa dimension relationnelle et expressive, « le travail d'intégration corporelle sera d'autant plus intéressant qu'il assimilera lui aussi ces divers niveaux » (Lesage, 2012, p. 28).

« Ce n'est pas qu'il faut entraîner les enfants à imiter parce qu'ils sont déficitaires dans ce domaine, c'est qu'il faut les encourager à imiter parce qu'ils le peuvent et qu'ainsi ils enrichissent leur répertoire moteur et leur imagerie motrice, et sont prêts à utiliser l'imitation pour apprendre et pour communiquer. » (Nadel, 2016, p. 132)

Par conséquent, on comprend que l'intérêt de l'imitation est de proposer un travail qui renforce l'agentivité et développe la conscience corporelle, ce qui aide l'enfant à se différencier de l'environnement pour rencontrer l'autre. Elle permet d'explorer et d'intégrer la dimension relationnelle et expressive du corps et de sa gestuelle, leur proposant une façon d'apprendre et de communiquer sans les mots et complétant leur répertoire moteur ainsi que leurs représentations motrices.

On retrouve cette imitation lors du parcours moteur et parfois de façon plus spontanée lors des moments de latence ou du temps calme. Néanmoins, l'imitation lors des parcours moteurs est induite ce qui convoque différemment certaines des notions évoquées précédemment, notamment celle de tour de rôle. Il serait donc peut-être intéressant d'explorer davantage l'imitation spontanée avec Louis, en s'inspirant ainsi de ce que propose Nadel (2016) dans son ouvrage.

2 Les apports de la contenance

2.1 Louis et la recherche du contact

2.1.1 Une recherche importante

Dans ma partie clinique, j'exposais l'idée d'un contact physique apparaissant au cœur de la relation avec Louis. En séance, celui-ci venait régulièrement appuyer l'une des parties de son corps contre le mien, acceptait souvent volontiers les pressions profondes

que je lui proposais, me donnait facilement la main lors des trajets ou pour faire les parcours. Il lui arrive également de toucher une personne pour réclamer quelque chose. À plusieurs reprises, Louis est venu me réclamer une étreinte en tendant les bras vers moi voire en venant poser ses mains sur mes épaules. Ces différentes observations m'ont amenée à m'interroger sur cette recherche de contact.

J'avais également évoqué le caractère récurrent de celle-ci lors de mes réflexions sur l'agitation que manifestait Louis. Cette façon de venir heurter le sol ou les murs m'avait fortement décontenancée et beaucoup interrogée. J'avais aussi observé que Louis adoptait fréquemment des postures se caractérisant par la multiplicité des points de contact qu'elles offraient.

2.1.2 Sentir son corps comme unifié et clairement délimité

Précédemment, j'ai relié la recherche de stimulations tactiles et proprioceptives, que ce soit via le mouvement ou la recherche de contact, à un besoin de sentir son corps et de se rassurer vis-à-vis de son intégrité. En effet, en ce qui concerne l'agitation, Gazon (2006, p. 623) parle d'une « enveloppe de mouvement » qui vient rassurer l'enfant quant à son intégrité. Cette notion d'enveloppe fait écho à la notion de « fonction enveloppe » décrit par Ciccone (2012, p. 406) en s'appuyant sur les travaux d'Anzieu.

En effet, Anzieu soutient que les stimulations tactiles intervenant lorsque l'enfant est tenu, serré, manipulé, porté par sa mère et enveloppé dans un bain de communications et de paroles s'associent à d'autres expériences et permettent au bébé de distinguer une surface possédant une face interne et une face externe. Cela lui permet alors de différencier le dedans du dehors et de discerner son volume. Cette surface et ce volume confèrent à l'enfant une sensation de contenance. Des expériences de contact entre le corps de l'enfant et celui de sa mère s'inscrivant dans un contexte relationnel sécurisant lui permettent de percevoir sa peau comme une surface, une véritable enveloppe corporelle devenant source d'un sentiment d'intégrité et délimitant l'intérieur et l'extérieur du corps. L'élaboration de cette enveloppe corporelle permettrait ainsi de contenir la vie psychique de l'individu à partir des expériences de la surface corporelle (Anzieu, cité par Ciccone, 2012, p. 146).

Dans le cas de Louis qui possède des particularités sensorielles touchant notamment les domaines tactile, proprioceptif et multimodal, on peut supposer que ces

expériences de portage, de tenu, de manipulations, d'enveloppement dans un bain sonore et de contact peau à peau ou corps à corps ont pu être impactées par celles-ci. Cela évoquerait ainsi une potentielle altération des limites entre l'intérieur et l'extérieur, de l'appréciation de son volume et du sentiment d'intégrité du soi, de son corps, de ses ressentis.

Dans la partie sur l'altération de la conscience du corps chez Louis, j'ai expliqué que je ne percevais pas de signe clinique flagrant laissant penser à une mauvaise estimation du volume ou de l'orientation de son corps dans l'espace. Néanmoins, cette recherche perpétuelle du contact et plus particulièrement cette tendance à venir cogner son corps contre une surface solide peut faire penser à une volonté d'éprouver une limite franche entre soi et son environnement, de rechercher quelque chose de solide dans le corps, quelque chose d'une intégrité, d'une contenance, d'un liant qui viendrait répondre à l'éparpillement des ressentis corporels évoqués par Lobbé (2019). Autrement dit, on peut penser que la recherche de contact serait pour Louis une façon de sentir son corps comme solide, unifié et clairement délimité (donc différencié) par rapport à l'espace qui l'entoure. Cette idée d'un manque au niveau de l'unité et du ressenti des limites corporelles et donc de la différenciation de son corps constituerait également une piste de compréhension à cette façon que Louis a d'exploser dans l'espace.

2.2 Un travail de réunification et de différenciation ouvrant à la relation

Un enfant qui n'a pas unifié ses sensations, ses impressions et sa motricité se trouve dans une situation de morcellement sensori-moteur (Lesage, 2012). Cet état implique « l'impossibilité de s'éprouver comme une unité et de projeter cette intuition de totalité sur autrui, implique une impossibilité de se distinguer et de s'apercevoir soi-même, de se saisir comme entité distincte, spatialisée et temporalisée. » (Lesage, 2012, p. 26) Ainsi, si Louis a effectivement du mal à unifier ses sensations corporelles et à s'éprouver comme une unité, il lui est également difficile de considérer l'autre comme unifié. De même, si ce défaut d'unité implique un défaut de différenciation (et donc d'appropriation), il est également difficile pour Louis de saisir l'autre comme une personne différenciée, ce qui amènerait potentiellement des troubles dans les interactions. Ainsi, un défaut d'unité des sensations corporelles mais aussi de la motricité de Louis pourrait venir impacter la relation, d'où l'intérêt de le travailler en séance. Le travail de cette dimension de la conscience corporelle avec Louis lui permettrait alors de mieux se percevoir comme unifié et distinct afin de comprendre l'autre comme tel.

De plus, si l'on considère que Louis vient bel et bien chercher ce qui est solide et unifié dans son corps, ce qui le délimite de l'extérieur, à travers l'agitation, l'hypertonie et le contact, un travail sur cet aspect de la conscience du corps pourrait également favoriser le développement de la relation en le rassurant d'une autre manière sur son intégrité corporelle. En d'autres termes, ce travail sur l'unité du corps et plus globalement du soi viendrait peut-être limiter ces comportements apparaissant comme des défenses et venant régulièrement entraver la relation.

2.3 La contenance en séance de psychomotricité

La contenance permet d'éviter « l'éparpillement » en fournissant une possibilité de percevoir son corps de manière globale » (Lobbé, 2009, p. 163). Ainsi, apporter de la contenance en séance de psychomotricité avec Louis permettrait de rassembler ses sensations corporelles et donc, d'accompagner Louis dans la construction d'une conscience corporelle unifiée. Comme évoquée précédemment, celle-ci pourrait permettre à Louis de mieux différencier et s'approprier son corps pour ensuite pouvoir comprendre l'autre comme tel. Cela pourrait également limiter certains comportements qui entravent la relation.

Pour travailler cette notion de contenance et amener un enfant porteur de TSA vers une plus grande unité corporelle, Lobbé (2009) développe l'intérêt d'un travail sur l'enroulement. Pour aider à ce travail d'enroulement, elle propose d'utiliser un ballon, un hamac voire le corps à corps. (Lobbé, 2009)

Dans la salle de psychomotricité qui nous était attribuée à l'IME, il n'y avait pas de hamac. Les ballons étaient quant à eux très difficiles à détourner de leur utilisation première avec Louis et le corps à corps généralement possible uniquement à son initiative. En revanche, et c'est en l'utilisant avec Louis pour la première fois que je l'ai compris, l'utilisation de la toupie géante évoquée précédemment pour travailler l'agentivité permettait également un enroulement propice au travail sur la contenance et l'unification du corps. Ainsi, lorsque j'ai proposé la toupie à Louis à la fin de l'un des parcours moteurs, il s'est immédiatement installé dedans, bassin et genoux en flexion pour y rentrer ses membres inférieurs. Ses membres supérieurs n'étaient pas rassemblés avec le reste de son corps mais positionnés sur les rebords de la toupie afin de donner l'impulsion qui permettait le mouvement de la toupie. Après un long moment durant lequel j'ai laissé Louis expérimenter par lui-même, je l'ai invité à me laisser imprimer les mouvements de la toupie

en plaçant ma main sur le rebord pour la stabiliser. J'ai ensuite moi-même proposé les mouvements. Louis a gardé les mains accrochées au rebord de la toupie et, sur les conseils du psychomotricien, j'ai timidement accompagné le mouvement que j'imprimais à la toupie avec une chanson.

Lorsque je proposais les pressions profondes, je me suis appliquée à réaliser un toucher franc et continu, c'est-à-dire sans lever les deux mains en même temps. Le but était d'insister sur la solidité du corps tout en évitant de proposer un toucher trop discontinu qui aurait pu être vécu par Louis comme morcelant.

Travailler le cadre thérapeutique permet également de favoriser cette unification des ressentis en prévenant les surcharges sensorielles. Pour cela, il est important d'aménager l'environnement de façon stable et simple. L'idée est de limiter les informations sensorielles qu'il faut traiter simultanément et d'éviter les objets ou les surfaces risquant de focaliser l'enfant sur un seul aspect sensoriel (Lobbé, 2019). Ainsi, cela amène une unité environnementale qui « permet à l'enfant de se concentrer sur des modalités précises » (Lobbé, 2019, p. 166)

CONCLUSION

CONCLUSION

Tout au long de mon travail, j'ai interrogé les notions de conscience corporelle, de mouvement, de sensorialité et comment celles-ci pouvaient se lier au développement de la sphère relationnelle. La pratique clinique de la psychomotricité auprès des enfants porteurs de TSA que j'ai pu découvrir avec Louis lors de mon stage à l'IME m'a plus précisément amenée à me poser la question de l'intérêt d'un travail sur la conscience corporelle et du mouvement comme support au développement de la relation chez cette population.

Dès le début de mes études, l'autisme est un trouble qui m'a beaucoup questionné de par sa complexité. Aux troubles des interactions et de la communication et à l'aspect restreint et répétitif des comportements, activités ou intérêts caractéristiques des TSA s'ajoutent fréquemment des troubles de la conscience du corps. Les particularités sensorielles existantes chez ces personnes peuvent être mises en cause dans cette altération de la conscience corporelle. Les sentiments d'estimation du volume, de localisation, de différenciation, d'unicité et de propriété du corps peuvent ainsi être plus ou moins touchés. L'agentivité de la personne peut également être atteinte. Corps et relation sont deux notions qui apparaissent profondément intriquées. C'est la relation qui permet la construction de la conscience corporelle. Elle permet d'éprouver une multitude de vécus corporels et d'explorer la dimension expressive et relationnelle de ce corps. Le corps, siège de la communication et de la relation, permet quant à lui de nuancer les vécus relationnels. C'est son exploration qui permet de l'organiser et de se le représenter comme unifié, distinct et propre pour ensuite voir l'autre comme tel.

Au cours de mon stage, Louis a rapidement attiré mon attention et de nombreuses questions se sont posées à moi. Son agitation, son investissement de l'espace et sa recherche récurrente de contact m'ont beaucoup interrogée. Ma relation avec ce patient a énormément évolué au cours de l'année et je regrette que mon stage ait pris fin aussi brutalement.

Cet enfant m'a peu à peu amenée à réfléchir sur la richesse du mouvement et à me demander comment un travail sur la conscience corporelle et le mouvement en psychomotricité pouvait venir étayer le développement de la sphère relationnelle avec un enfant porteur de TSA. Ainsi, bouger permettrait à Louis de sentir son corps unifié, distinct et de se l'approprier. Un travail avec lui sur la conscience du corps et le mouvement pourrait

alors permettre de diminuer les comportements dits problèmes qui pourraient éventuellement correspondre à des défenses, des moyens de rassurance quant à sa propre intégrité corporelle. Plus spécifiquement, cela pourrait limiter l'enfermement de l'individu dans la recherche envahissante de sensations corporelles ou d'angoisses venant entraver la relation. Ce travail permettrait également de mieux connaître et se représenter son corps pour ensuite mieux connaître et représenter l'autre. Enfin, à terme, cela permettrait à l'enfant d'explorer la dimension relationnelle et expressive de ce corps. Si la notion de mouvement est importante, les séances avec Louis m'ont montré à quel point celle de contenance l'était également. Celle-ci permet notamment une réunification, une différenciation et une appropriation des ressentis corporels, essentielles dans ce travail sur le corps et sa dimension relationnelle. Enfin, je remarque que la notion de cadre revient de manière assez récurrente dans ma réflexion. Il pourrait ainsi être intéressant de creuser la question du rôle de celui-ci dans ce travail avec Louis.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- Bullinger, A. (2007). Approche instrumentale de l'autisme infantile. In *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (p. 174-190). Érès.
- CAIRF. (s. d.). *Mieux connaître les structures et dispositifs*. cairf.org.
<https://www.craif.org/mieux-connaître-les-structures-et-dispositifs-94>
- Caune, J. (2014). Le corps, objet de discours, moyen de relation. *Hermès*, n° 68(1), 53.
<https://doi.org/10.3917/herm.068.0053>
- Centre de Ressources Multihandicap. (2010). *Le système PECS*.
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwibt9rn9KHwAhWHERQKHc0YCrMQFjAJegQICxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.crmh.fr%2Fcrmh%2Fcustom%2Fmodule%2Fcms%2Fcontent%2Ffile%2FFiches_methode%2Fpecs\(1\).pdf&usg=AOvVaw2ncazM6deymgBYWp_shPSs](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwibt9rn9KHwAhWHERQKHc0YCrMQFjAJegQICxAD&url=http%3A%2F%2Fwww.crmh.fr%2Fcrmh%2Fcustom%2Fmodule%2Fcms%2Fcontent%2Ffile%2FFiches_methode%2Fpecs(1).pdf&usg=AOvVaw2ncazM6deymgBYWp_shPSs)
- Ciccone, A. (2012). Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 397. <https://doi.org/10.3917/jpe.004.0397>
- Collectif. (2013). *Robert illustré & dixel 2014, le (+son dictionnaire internet)*. Robert.
- Communication. (2012). In *Le robert illustré & dixel*. Le Robert.
- Communiquer. (2012). In *Le robert illustré & dixel*. Le Robert.
- Cruveiller, V. (2019). Sémiologie sensorielle dans les troubles du spectre autistique : Revue de la littérature. *La psychiatrie de l'enfant*, 62(2), 455. <https://doi.org/10.3917/psye.622.0455>
- Degenne Richard, C., Wolff, M., Friard, D., & Adrien, J.-L. (2014). Les spécificités sensorielles des personnes avec autisme de l'enfance à l'âge adulte . *ANAE : Approche neurologique des apprentissages chez l'enfant* , 26(128), 69-78.
- Gazon, V. (2006). De la psychomotricité et de la place du corps dans l'hyperactivité. *Annales Médico Psychologiques*, 164(7), 620-624.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.06.013>

- Giromini, F. (2012). La médiation en psychomotricité. In B. Lesage, *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 253-264). Érès.
- HAS. (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*. https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_935625
- HAS. (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf
- HAS. (2018). *Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi-5Ki_stXvAhXDzIUkHUwmDDAQFjAAegQIAxAD&url=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2F2018-02%2Ftrouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent__recommandations.pdf&usg=AOvVaw3mGm9hNzZZZk76V2h7HmtV
- Hjalmarsson, L. (2020). Chapitre 14. Les pathologies souvent associées à l'autisme (comorbidités). In D. Yvon, *À la découverte de l'autisme : Des neurosciences à la vie en société* (p. 100-112). Dunod.
- Inserm. (2018, mai 18). *Autisme : Un trouble du neurodéveloppement affectant les relations interpersonnelles*. inserm.fr. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>
- Intégrité. (2012). In *Le robert illustré & dixel*. Le Robert.
- Le Menn-Tripi, C., Vachaud, A., & Defas, N. (2020). *EPSA : Échelle des particularités sensori-psychomotrices dans l'autisme*.

- L'équipe Enfant Différent. (2020, mai 9). *Les unités d'enseignement Autisme*. enfant-different.org. <https://www.enfant-different.org/scolarité/unites-denseignement-maternelle-elementaire-autisme>
- Lesage, B. (2012). Corps et psychisme, une relation d'étayage. In *Jalons pour une pratique psychocorporelle* (p. 17-35). Érès.
- Lheureux-Davidse, C. (2014). Sensorialité et conquête du moi corporel chez de jeunes autistes. *Adolescence*, 32(4), 821-833.
- Lobbé, J. (2019). Chapitre 27. Contenance et cohérence centrale. In W. P. Éric, *Autisme, corps et psychomotricité* (p. 163-167). Dunod.
- Loomes, R., Hull, L., & Polmear Locke Mandy, W. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder ? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 466-474.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Montoya, D., & Bodart, S. (2009). Le programme Makaton auprès d'un enfant porteur d'autisme : Le cas de Julien. *Développements*, 3(3), 15-26.
- Nadel, J. (2016). *Imiter pour grandir Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Dunod.
<https://go.openathens.net/redirector/umoncton.ca?url=https%3A%2F%2Fwww.cairn.info%2Fimiter-pour-grandir--9782100743476.htm>
- Perrin, J., Maffre, T., Le Menn-Tripé, C., & Albaret, J.-M. (2019). *Autisme et psychomotricité* (2^e éd.). De Boeck supérieur.
- Potel, C. (2015). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir*. Érès.
- Relation. (2012). In *Le robert illustré & dixel*. Le Robert.
- Saitour, A., & Albaret, J.-M. (2017). Dimension proprioceptive et tactile de la conscience corporelle et action volontaire chez un enfant avec TSA : protocole à cas unique en rééducation psychomotrice. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 65(1), 42-53.

Schauder, K. B., Mash, L. E., Bryant, L. K., & Cascio, C. J. (2015). Interoceptive ability and body awareness in autism spectrum disorder. *Journal of Experimental Child Psychology*, 131, 193-200. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2014.11.002>

Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées. (2018). *Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement*.
https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf

Story, M. (2018). *Au-delà des mots : Guide de la communication non verbale*.

Tordjman, S. (2011). Évolution du concept d'autisme : Nouvelles perspectives à partir des données génétiques. *L'information psychiatrique*, 87(5), 393-402.
<https://doi.org/10.3917/inpsy.8705.0393>

Tordjman, S. (2017). Avant-Propos : Histoire et actualité des troubles autistiques : diversité des approches (1^{re} partie). *Perspectives Psy*, 56(1), 8-10.
<https://doi.org/10.1051/ppsy/2017561008>

TABLE DES ANNEXES

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE I : Graphique des résultats de l'EPSA

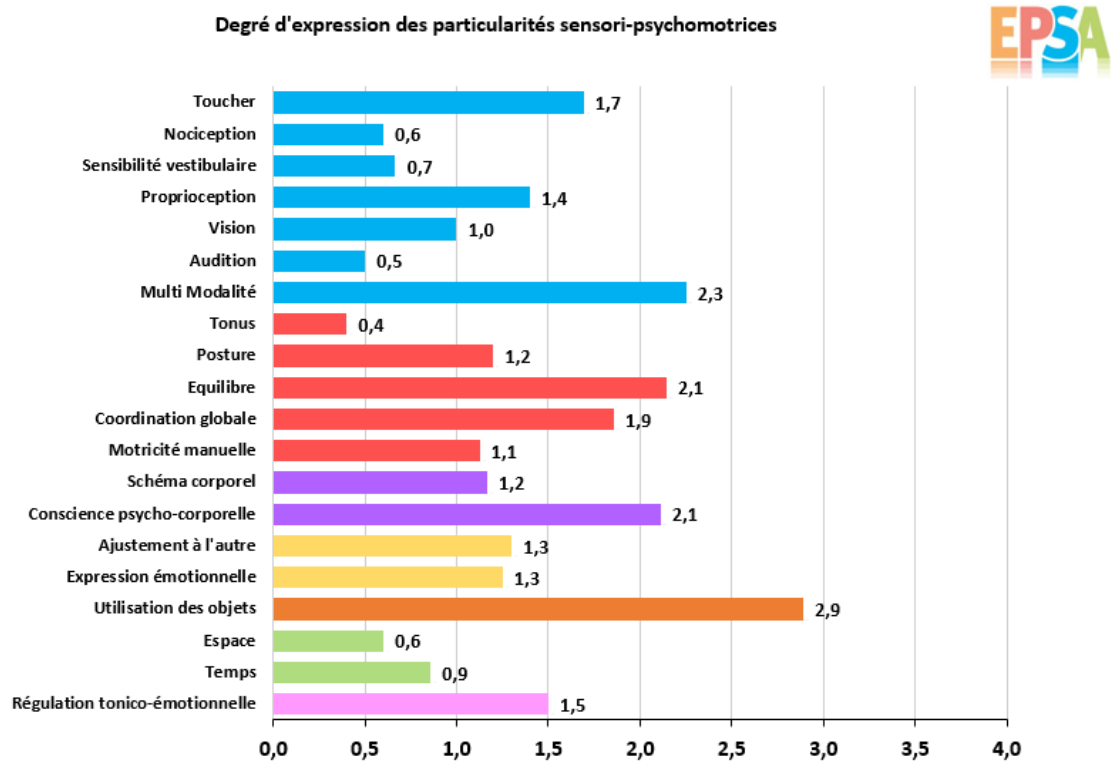
ANNEXE II : Photo du classeur PECS de Louis

ANNEXE III : Photo du planning illustré de Louis

ANNEXE IV : Photo du planning interactif

ANNEXE V : Photo de la toupie géante

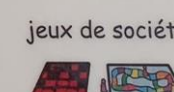
ANNEXE I : Graphique des résultats de l'EPSA pour Louis



ANNEXE II : Photo du classeur PECS de Louis



ANNEXE III : Photo du planning illustré de Louis

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	
travailler  classe  cuisine des pâtes	AES (travailler) chantons  MAKATON pâte à modeler  dehors  ou parc ou promenade	jeux table sensorielle  classe 	AES (travailler) construire  pâte à modeler  dehors  cuisine	viens gâteau photo  Bainco  château de vie  chantons  MAKATON
cantine 	cantine 	cantine 	cantine 	cantine 
psychomotricité  activité manuelle  dehors  jeu de jour: 09/01/2017 parc ou promenade	visite  sport  musique 	SORTIE DECOUVERTE promenade 	dehors  classe 	jeux de société 

ANNEXE IV : Photo du planning interactif



ANNEXE V : Photo de la toupie géante



Vu par la maître de mémoire,
Margot SCARINGELLA, psychomotricienne,
À Grenoble, le 10/05/2021





**Institut de Formation en Psychomotricité,
ISTR Lyon 1**

Promotion 2020-2021

Auteur : Alice FOURNIER

Titre :

Découvrir son corps pour découvrir l'autre : Réflexion autour du travail de la conscience corporelle et du mouvement avec un enfant porteur d'autisme

Mots - clés : Conscience corporelle/Body awareness – Mouvement/Motion – Relation/Relation – Autisme/Autism – Contenance/Coutenance

Résumé :

La conscience corporelle est un concept central en psychomotricité qui reste néanmoins difficile à définir. Elle se rapporte aux sentiments de localisation, de différenciation, d'unité et de possession du corps ainsi qu'à la possibilité d'agir grâce à celui-ci. Elle apparaît fortement liée à la notion de relation. L'autisme se caractérise par des troubles des interactions et de la communication, fréquemment associés à une altération de la conscience corporelle. À partir du cas clinique de Louis, ce mémoire propose donc de réfléchir autour de comment un travail sur la conscience corporelle et le mouvement peut étayer le développement de la relation avec un enfant porteur d'autisme.

Body awareness is an essential concept in psychomotor therapy. Nevertheless, it is difficult to define. It is related to the impressions of localisation, differentiation, unity and ownership of the body as well as the possibility of acting through this body. It appears deeply tied to the notion of relation. Autism is characterized by interaction and communication disorders which are often accompanied by an altered body awareness. From Louis' clinical case, this thesis suggests reflecting on how a work about body awareness and motion can support the development of relation with a child with autism.