



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

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

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 Jacques LUAUTÉ

Un axe qui s'effondre, une différenciation encore précaire

Ou comment la construction des représentations corporelles d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme lui permet de cheminer dans le processus d'individuation

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Gwenaëlle LAMBERT

Mai 2024 (Session 1)

N° 1847

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 Jacques LUAUTÉ

Un axe qui s'effondre, une différenciation encore précaire

Ou comment la construction des représentations corporelles d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme lui permet de cheminer dans le processus d'individuation

Mémoire présenté pour l'obtention

du Diplôme d'État de Psychomotricien

Par : Gwenaëlle LAMBERT

Mai 2024 (Session 1)

N°1847

Directrice du Département Psychomotricité

Mme Tiphaine VONSENSEY

Université Claude Bernard Lyon 1

Président
Pr. Frédéric FLEURY

Président du Conseil Académique
Pr. Hamda BEN HADID

Vice-président CA
Pr. Philippe CHEVALIER

Vice-président relations hospitalo-
universitaires
Pr. Jean-François MORNEX

Vice-président Santé
Pr. Jérôme HONNORAT

Directeur Général des Services
M. Pierre ROLLAND

Secteur Santé

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

U.F.R. de Médecine et de Maïeutique – Lyon
Sud Charles Mérieux
Doyen **Pr. Philippe PAPAREL**

Comité de Coordination des études médicales
(CCEM)
Présidente **Pr. Carole BURILLON**

U.F.R. d'Odontologie
Directeur **Pr. Jean-Christophe MAURIN**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Directeur **Pr. Claude DUSSART**

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (ISTR)
Directeur **Pr. Jacques LUAUTE**

Secteur Sciences et Technologies

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme Kathrin GIESELER**

UFR Faculté des sciences
Directrice **Mme Sylvie VIGUIER**

Département de Génie électrique et des
procédés
Directrice **Mme Sophie CAVASSILA**

Département Informatique
Directrice **Mme Saida BOUAKAZ
BRONDEL**

Département Mécanique
Directeur **M. Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON
Directeur **M. Emmanuel PERRIN**

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

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1
(IUT)
Directeur **M. Michel MASSENZIO**

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

Observatoire de Lyon
Directeur **M. Bruno GUIDERDONI**

Institut National Supérieur du Professorat et de
l'éducation (INSPÉ)
Directeur **M. Pierre CHAREYRON**

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA **RÉADAPTATION**

Directeur **Pr. Jacques LUAUTÉ**

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

Coordinatrices des stages

Mme Marion MOUNIB
Psychomotricienne

Mme Charlène DUNOD
Psychomotricienne

Coordinatrice Recherche

Mme Jeanne-Laure EECKHOUT
Psychomotricienne

Gestion de scolarité
Mme Elodie ROYER

« Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre »

(Ajuriaguerra, 1983, cité par Joly, 2003, p. 40)

Table des matières

Lexique.....	
Introduction	1
PARTIE THEORIQUE	3
1. Le trouble du spectre de l'autisme	4
1.1. Généralités sur les troubles du neurodéveloppement.....	4
1.2. La spécificité du Trouble du spectre de l'autisme.....	4
1.2.1 Définition du DSM-V et critères de diagnostic.....	4
1.2.2 Plan autisme et recommandations de bonnes pratiques professionnelles	5
1.2.3 Approche psychodynamique	8
2. Processus de construction des représentations corporelles	10
2.1. Définitions	10
2.1.1 Schéma corporel et image du corps.....	10
2.1.2 Tonus	11
2.2. Le point de vue d'André Bullinger	11
2.2.1 La régulation tonique	12
2.2.2 Posture et espaces.....	12
2.2.3 La notion de prothèses de rassemblement.....	13
3. Représentations corporelles et trouble du spectre de l'autisme	14
3.1. Étiologie neurobiologique :	14
3.2. Comprendre l'origine des comportements, un enjeu de l'approche psychanalytique	15
3.2.1 Angoisses et défenses archaïques.....	16
3.2.2 Le jeu comme représentation des conflits internes de l'enfant	17
PARTIE CLINIQUE	19
1. Environnement d'accueil.....	20
1.1. Présentation de la structure	20
1.2. La salle	20
1.3. Ma place de stagiaire.....	21
2. Présentation de Naël.....	21
2.1. Anamnèse	21
2.2. Parcours de soin	22
2.3. Bilans effectués	22
2.4. Éléments recueillis au CMP	23
2.5. Agrippements sensoriels ou stéréotypies	24
2.6. Projet de soin en CMP et en psychomotricité	24
3. La prise en soin	25
3.1. Première rencontre	25
3.2. Une cinquième séance marquante	26
3.2.1 Arrivée et début de séance	26
3.2.2 Parcours moteur.....	27
3.2.3 Un refus difficile à accepter	28
3.2.4 Un enfant inconsolable.....	29
3.2.5 Un contact humain pour entrer en lien	30
3.2.6 Fin de séances et rituels.....	31
3.2.7 Conclusion et vue d'ensemble.....	33

PARTIE THEORICO-CLINIQUE	35
1. Des angoisses archaïques	36
1.1. L'angoisse d'effondrement	36
1.2. L'angoisse de morcellement.....	38
1.3. Hypothèses d'angoisse de vidage et de pulsions agressives	39
2. Vers une intégration de l'espace arrière	39
2.1. Un contact humain, un tonus qui s'effondre	40
2.2. Percussions corporelles	40
3. Pour jouer avec la différenciation	41
4. Évoluer en trouvant des stratégies de compensation de manière autonome	43
4.1. Disparition des autoagrippements sensoriels	43
4.2. Trouver ses propres moyens d'apaisement	44
4.3. Émergence du langage et de la volonté de communication	45
5. Apprentissage et imitation.....	46
5.1. La relation au cœur de la prise en soin.....	46
5.2. Permettre l'imitation, point clé de l'apprentissage.....	48
Conclusion et ouverture	50
Bibliographie	

Lexique

AESH : Accompagnant pour Élève en Situation de Handicap

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux

CIM-11 : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.

HAS : Haute Autorité de Santé

PCO : Plateforme de Coordination et d'Orientation

PECS : Picture Exchange Communication System ou Système de Communication par Échange d'Images

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

TND : Troubles du NeuroDéveloppement

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

VP-MAPP : Verbal Behavior – Milestones Assessment and Placement Program. En français, il est appelé Programme d'Intervention pour l'Évaluation du Comportement Verbal chez l'enfant.

Introduction

Introduction

Au cours de mon stage de troisième année en Centre Médico-Psychologique enfant (CMP), je suis interpellée par la pluralité des profils et des difficultés rencontrées. Chacun de ces enfants a son propre parcours, singulier, bien souvent compliqué et entremêlé de problématiques familiales et sociales. Ils m'ont appris à me concentrer sur le moment présent, sur ce qui se joue entre nous en l'espace d'un regard. En effet, nos actions se limitent au moment présent de la séance, nous invitant à être disponibles et investis auprès de chacun.

Un petit garçon m'interpelle particulièrement par sa manière singulière d'entrer en contact avec moi. Les professionnels qui l'entourent s'accordent à dire que c'est un enfant attachant. Cela a également été mon ressenti sans pouvoir en expliquer les raisons : il ne vient pas vers nous et ne cherche pas le lien. Au cours du suivi, j'ai ensuite été intriguée par sa manière de se fondre contre nous, de ne plus tenir debout ou assis dès lors qu'il se trouve dans nos bras.

À partir de ce premier questionnement, je m'intéresse également au Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), dont est porteur ce petit garçon, en me demandant de quelle manière il impacte son développement et en particulier le lien à son corps et à l'autre. En reliant ces différentes interrogations, une problématique plus générale a émergé : comment l'accompagnement psychomoteur permet-il à un enfant porteur de TSA de construire et d'organiser ses représentations corporelles ?

Pour répondre à cette interrogation, nous reviendrons tout d'abord sur quelques notions théoriques. Celle du TSA et des différentes approches de prise en soin, celle de représentation corporelle en appui sur les recherches d'André Bullinger d'une part et sous le prisme de l'autisme d'une autre part. Nous étudierons ensuite une séance de psychomotricité en particulier, où chaque partie sera détaillée. Pour finir, nous continuerons notre réflexion en mettant en lien notre clinique et celle d'autres auteurs. Cela nous permettra de formuler d'autres hypothèses pour ce patient, et de comprendre les mécanismes à l'œuvre dans ses difficultés et évolutions.

PARTIE THEORIQUE

Le TSA ainsi que les représentations corporelles ont été repris, théorisés, réfléchis par de nombreux auteurs au fur et à mesure de leurs observations cliniques et de l'avancée des recherches. Il en existe de nombreuses définitions suivant les champs théoriques ou les époques. Il est donc important de définir une pensée commune pour une meilleure compréhension de l'analyse que nous ferons par la suite.

1. Le trouble du spectre de l'autisme

1.1. Généralités sur les troubles du neurodéveloppement

Plusieurs manuels de classification des maladies et troubles mentaux donnent leur définition des Troubles du NeuroDéveloppement (TND) et du TSA. Pour la suite, nous nous référerons aux définitions de la cinquième et plus récente publication du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-V). Celles-ci sont semblables aux définitions de la onzième Classification Internationale des Maladies (CIM-11). Le DSM-V décrit les TND comme « un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. » (2015, p. 33). Ils se manifestent dès les premières étapes du développement, de manière très précoce. Plus précisément, « ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. » (2015, p. 33). Les TND regroupent donc les troubles du développement intellectuel, les troubles de la communication, le TSA, le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles spécifiques des apprentissages ainsi que le trouble développemental de la coordination, les mouvements stéréotypés et les tics.

Comme nous allons nous intéresser à un enfant ayant un TSA, nous allons plus particulièrement étudier ce trouble ci-dessous.

1.2. La spécificité du Trouble du spectre de l'autisme

1.2.1 Définition du DSM-V et critères de diagnostic

Le trouble du spectre de l'autisme est caractérisé par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Il s'agit notamment de déficits dans les domaines de la réciprocité sociale, des comportements de communication non verbale utilisés au cours des interactions sociales, et du développement, du maintien et de la compréhension des relations. Outre les déficits de

la communication sociale, le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme nécessite la présence de modes de comportements, d'intérêts ou d'activités qui sont restreints ou répétitifs (DSM-5, 2015, p. 34).

En résumé, les trois critères de diagnostic retenus sont : des difficultés au quotidien dans la communication et les relations sociales, des comportements stéréotypés et des intérêts restreints.

De plus, toujours d'après les DSM-V et pour correspondre aux caractéristiques des TND, ces critères de diagnostic doivent être présents dès les premières années de développement et avoir un retentissement important au quotidien. Le TSA trouve son étiologie tant au niveau génétique qu'environnemental. (DSM-5, 2015)

En France, ce sont aujourd'hui les approches éducatives et comportementales qui sont favorisées pour les prises en soin des personnes ayant un TSA. Elles sont en lien avec les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de la Haute Autorité de Santé (HAS). Cependant, le courant psychanalytique et les approches qui en découlent ont longtemps été privilégiés. Ces deux pratiques professionnelles et manières de penser le patient sont en désaccord sur différents points, mais se complètent par d'autres. Il est important de développer ces deux approches pour ensuite proposer une analyse pertinente de la clinique.

1.2.2 Plan autisme et recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Dans un premier temps, revenons sur les indications de la HAS ainsi que sur les actions portées par le gouvernement. En effet, le site gouvernemental spécialisé dans le handicap nous explique que depuis 2005, des Plans Autisme nationaux sont mis en place pour tenter de répondre aux grandes problématiques actuelles. Le dernier Plan Autisme national est mis en place en 2023. Il a pour but de renforcer les objectifs d'inclusivité des personnes ayant des TSA ou autres TND du plan autisme de 2018. Il reprend l'articulation autour de cinq grands axes de travail : l'inclusion scolaire et professionnelle ; l'inclusion sociale ; l'inclusion de la famille pour la soutenir, mais qu'elle puisse également être un appui ; le développement de la recherche et le partage des connaissances ; l'inclusion des professionnels, en les formant, les informant, les accompagnant (Hadicap.gouv, 2021). Ce plan encourage également le diagnostic précoce pour une prise en soin aussi efficace et adaptée que possible.

En parallèle de ce plan autisme, la HAS publie régulièrement des RBPP. À propos du trouble du spectre de l'autisme, les principales datent de 2010 par l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), aujourd'hui rattaché à la HAS. Elles englobent l'accompagnement général des personnes présentant un TSA. Elles ont été mises à jour en 2018 et d'autres RBPP ont été publiées pour cibler en particulier les différentes étapes de développement et de vie des personnes ayant un TSA ou autre TND.

Celles-ci mettent en avant l'importance d'un accompagnement adéquat nécessitant une équipe pluridisciplinaire travaillant avec le patient comme avec son entourage. Cette équipe est tout d'abord présente pour soutenir famille et patient à l'annonce du diagnostic qui peut être vécue de manière très brutale ou difficile. Ensuite, ces différents acteurs collaborent pour élaborer le projet personnalisé du patient qui sera régulièrement réévalué (ANESM, 2010).

Après une équipe diversifiée, et

En accord avec les textes officiels relatifs aux droits des personnes, il est indispensable de proposer une offre de prestations de qualité et en quantité suffisante, adaptées à toutes les personnes ayant reçu un diagnostic, quel que soit leur âge (ANESM, 2010, p. 23).

Pour chaque suivi, les professionnels ont le devoir de faire de leur mieux et de faire tout leur possible pour qu'elle soit adaptée. Il est également important de ne jamais oublier que le patient est avant tout un être humain, avec des compétences à valoriser et pas uniquement des difficultés à « réparer ».

Les RBPP sont organisées en plusieurs repères :

- Faciliter les apprentissages (les méthodes comportementales et éducatives sont préconisées) avec des activités adaptées aux compétences, aux intérêts du patient pour que la personne trouve du sens, s'investisse dans le soin et prenne du plaisir. Le patient doit être acteur de son soin : lui apprendre à faire des choix, lui permettre d'exprimer un refus permet d'ajuster son suivi.

- Favoriser la communication et les interactions sociales avec des systèmes adaptés aux compétences de chacun. Il est donc important que les modes de communication (PECS, Makaton, langue des signes ...) soient adaptés et disponibles sur tous les lieux quotidiens du

patient. Cela l'aidera à construire sa pensée et à s'exprimer. En plus de cela, une aide au développement des habiletés sociales est recommandée pour mieux comprendre et interagir avec les autres.

- Permettre une participation sociale en milieu ordinaire :

Il est recommandé de favoriser le plus possible l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne et de lui offrir des conditions de vie les plus proches de celles du milieu ordinaire, en encourageant sa participation sociale. (ANESM, 2010, p. 27)

La prise en soin des patients porteurs de TSA se traduit par une aide à s'adapter à l'environnement pour s'y intégrer, notamment au niveau social et dans la relation à l'autre.

- Prévenir les situations de stress par un cadre stable, des repères fixes et un environnement structuré tant, dans l'espace que dans le temps où la personne se sente en sécurité (avec un endroit refuge par exemple) tout en lui apprenant à gérer les situations potentiellement angoissantes.

En résumé, les RBPP recommandent donc d'aménager le plus possible l'environnement quotidien de la personne. Cela permet de limiter les situations désorganisatrices et de favoriser le développement des compétences, tout en lui apprenant petit à petit à s'autoréguler lors des temps plus difficiles, comme les transitions ou les moments plus stressants.

Même si les approches éducatives et développementales permettent aujourd'hui une évolution dans le comportement de certains enfants présentant un TSA, « aucune approche ne peut répondre à tous les besoins et ne doit s'appliquer de manière exclusive. » (Gepner cité par Gilmer, 2016). En effet, ces modèles aux programmes spécifiques ne sont véritablement efficaces que si tous les acteurs (famille et professionnels) sont parfaitement coordonnés. Cela inclut également les relais, dans les changements d'institution par exemple. De plus, les professionnels doivent être formés tout en étant accessibles géographiquement, ce qui ne reflète pas la situation actuelle. Il me paraît donc important de prendre également en compte d'autres approches. De plus, il est toujours intéressant de conserver différents points de vue et manières de penser tant que celles-ci n'empêchent pas le bon déroulement du soin : « les psychomotriciens doivent être et sont divers. Et c'est une bonne chose car toutes sortes de patients, quels qu'ils soient, réclament toutes sortes de psychomotriciens » (Pireyre, 2019, p. 22). Cela est également valable pour l'autisme. Si nous parlons de spectre autistique, c'est que

ce trouble peut s'exprimer de nombreuses manières différentes, en lien avec la personnalité unique de chaque personne.

1.2.3 Approche psychodynamique

« L'approche psychodynamique regroupe des pratiques qui vont de la psychanalyse traditionnelle aux psychothérapies psychanalytiques longues ou brèves. » (INSERM, 2004). C'est donc un terme générique utilisé pour réunir les différents sous-modèles théoriques dérivés de la psychanalyse.

Comme nous l'explique Émilie Gilmer, l'approche psychodynamique essaie de lier le passé et le présent du patient, de comprendre les processus psychologiques qui influencent son quotidien. Même si elle est aujourd'hui très critiquée et remise en question également par la HAS, cette approche me paraît intéressante pour comprendre d'une autre manière les difficultés de chaque patient. Par ailleurs, un certain nombre de professionnels l'utilisent encore dans leur pratique quotidienne. Être formé à une approche spécifique qu'elle soit ou non recommandée par la HAS n'empêche pas et ne doit pas empêcher de garder un esprit ouvert et un intérêt pour les autres approches. (Gilmer, 2016)

Même si l'avancée des neurosciences a permis un début d'éclairage quant aux aspects neurobiologiques de l'autisme, beaucoup de parts d'ombre existent encore. Sur ces hypothèses établies, le consensus peut se créer. Cependant pour le reste, lier ce que l'on peut voir de nos patients aux hypothèses du fonctionnement des processus psychiques, tels qu'ils ont été décrits par la psychanalyse, peut s'avérer efficace pour mieux ajuster notre suivi. La psychanalyste Éma Ponce de León Leiras déconstruit les grands stéréotypes de la psychanalyse pour une version plus actuelle et correspondant aux problématiques en jeu aujourd'hui. En effet, la psychanalyse n'est pas opposée à une approche intégrative, ni à l'idée des fondements biologiques de l'autisme.

Par ailleurs, si les neurosciences évoluent, la psychanalyse également. Ponce de León Leiras reprend Solms et Turnbull (2013) : « Le cerveau est l'organe de l'esprit. Si nous voulons comprendre complètement la vie mentale, nous devons intégrer les découvertes des neurosciences à tous les niveaux de l'esprit » (Turnbull cité par Ponce de León Leiras, 2020). Ces deux auteurs lancent la neuropsychanalyse, espace transitionnel entre le savoir psychanalytique et celui des neurosciences. Les deux types d'informations biologiques et

subjectives doivent se nourrir mutuellement et augmenter la compréhension des patients. De même, si dans ses débuts la psychanalyse culpabilisait les parents en les accusant d'être les seuls responsables des troubles de leur enfant, cette hypothèse est de moins en moins soutenue aujourd'hui. Il est important de travailler avec les parents, car nous ne pouvons pas nier que l'environnement a un impact considérable sur le développement de l'enfant. Cependant, cela ne doit pas se faire par la culpabilisation, mais par la compréhension et l'accompagnement. Il est intéressant de travailler avec le vécu des parents, tant autour des premières années de vie de leur enfant que sur les aspects traumatisants d'un tel diagnostic. De plus, un bébé réagissant peu aux stimuli extérieurs fait toujours éprouver de l'angoisse et de la difficulté chez ses parents. En effet, si le parent n'a pas de réponse de la part de son enfant, il peut se désorganiser et ne plus investir la relation avec le bébé. Leur accompagnement, en soutenant leurs capacités parentales, permettra de mettre en place un environnement le plus adapté possible aux besoins de leur enfant. (Ponce de León Leiras, 2020)

Ces besoins seront également repris en séance, avec des propositions axées sur le travail corporel, non-verbal et la sensorialité. « Les traitements langagiers, pédagogiques, ainsi que d'autres programmes qui visent le changement de comportement sont indispensables, mais ils ne vont pas travailler sur la souffrance subjective et les anxiétés extrêmes de l'enfant porteur d'un TSA. » (Ponce de León Leiras, 2020, p. 21). Pour la psychanalyse, il s'agit donc de travailler la construction du psychisme elle-même, pour que l'enfant puisse avoir accès à une différenciation, puis à la représentation et jusqu'à l'intersubjectivité.

À propos de la question de la preuve scientifique, Ponce de León Leiras explique que ce débat existe également au sein de la psychanalyse elle-même, appuyant le fait que cette pratique est large, regroupe plusieurs courants de pensée et différentes évolutions. Les recherches empiriques en psychanalyse sont donc bel et bien présentes, même si elles restent minoritaires face aux recherches dans le courant cognitivo-comportemental.

Ainsi, la psychanalyse a son rôle à jouer dans la prise en soin des personnes et plus particulièrement des enfants ayant un TSA. Il est particulièrement intéressant de la coupler avec d'autres méthodes pour que chaque patient puisse être accompagné au mieux. Nous finirons en reprenant une citation de l'autrice à ce propos : « C'est pourquoi nous défendons la complémentarité possible des deux types de traitements, tout en nous appuyant justement sur

leurs différentes approches dans l'optique d'une stratégie interdisciplinaire essentielle pour une meilleure évolution de ces patients. » (Ponce de León Leiras, 2020, p. 27)

2. Processus de construction des représentations corporelles

2.1. Définitions

2.1.1 Schéma corporel et image du corps

Le terme de « représentations corporelles » désigne l'ensemble des connaissances plus ou moins conscientes que nous avons de notre corps. Cela regroupe l'image du corps et le schéma corporel dont nous garderons les définitions de Françoise Dolto. En effet, dans son livre *L'image inconsciente du corps* (Dolto, 1992), elle reprend ces différentes notions au regard de sa clinique et celles-ci sont pertinentes quant à l'analyse que nous allons proposer.

Selon Dolto :

Le schéma corporel, qui est abstraction d'un vécu du corps dans les trois dimensions de la réalité, se structure par l'apprentissage et l'expérience [...] Pour le dire autrement : le schéma corporel réfère le corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate (1992, p. 23).

Il désigne donc la représentation mentale et sensorielle que nous avons de notre corps dans ses proportions. Le schéma corporel peut évoluer si la morphologie change. Lors d'une grossesse, d'une amputation, d'une évolution de la masse, il est remanié, s'adapte. Il conserve tout de même une certaine stabilité tout au long de notre vie. Il s'adapte également à la place qu'occupe notre corps dans un espace-temps donné.

« L'image du corps est la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles [...] C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. » (Dolto, 1992, p. 22,23). Quant à l'image du corps, elle représente la manière dont nous percevons notre corps, les ressentis que nous avons. Si le schéma corporel est plutôt rationnel, découlant de notre physique et donc en grande partie commun à tous, l'image du corps est empreinte de nos représentations, de nos expériences émotionnelles et affectives. Elle parle du rapport à notre corps, en lien avec notre passé, nos idéaux physiques, et avec la manière dont nous pensons être perçus par l'autre. Si une part du

schéma corporel est consciente, l'autre est inconsciente, et l'image du corps est principalement inconsciente, ne pouvant se refléter, que par notre manière d'être dans notre corps ou devenir préconsciente par notre façon d'en parler.

2.1.2 Tonus

Même si le tonus ne fait pas partie des représentations corporelles, ces deux notions sont interconnectées, reliées. En effet, les modulations toniques nous envoient des informations pour percevoir l'organisation des différentes parties de notre corps, comment elles s'articulent et l'espace qu'elles occupent. C'est donc en partie le tonus qui permet la construction des représentations corporelles. Il est donc nécessaire d'en donner ici une définition et celle du *Manuel d'enseignement en psychomotricité* en est un bon résumé :

Le tonus d'un muscle est la réaction du muscle à son propre étirement ou la sensibilité du muscle à son propre étirement. C'est un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions synchroniques ou réflexes qui l'augmentent ou l'inhibent. (Vulpian, 1874 cité par Robert-Ouvray & Sergnet-Laval, 2012, p. 161)

C'est la variation tonique qui nous permet de nous mouvoir, de tenir debout et de résister à la gravité. Il est influencé et modulé par nos affects, les événements de notre quotidien et les exercices que nous réalisons. C'est grâce à lui que nous interagissons avec l'environnement, que nous pouvons agir. Il est le lien entre notre vie psychique et nos expressions somatiques. En effet, si nous sommes préoccupés, stressés, ou au contraire détendus, heureux, cela se répercutera directement sur notre organisme et son fonctionnement via le tonus. Par ailleurs, les locutions courantes telles que : « en avoir plein le dos », « avoir les jambes qui flageolent », « être tendu comme un arc », « serrer les dents » ou encore « être raide comme un piquet » démontrent une certaine conscience de l'expression corporelle de notre état affectif interne.

2.2. Le point de vue d'André Bullinger

Concernant le développement de l'enfant, nous nous appuyerons essentiellement sur le premier tome écrit par André Bullinger : *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars* (Bullinger, 2004). En effet, il est aujourd'hui l'une des principales références dans le développement du tout petit et ses travaux influencent le travail des soignants.

2.2.1 La régulation tonique

D'après Isabelle Lockart, qui reprend les travaux de Bullinger, il y a quatre systèmes de régulation tonique. Le premier système est lié au niveau de vigilance, avec un fonctionnement en tout ou rien : soit je suis dans un bon état tonique qui me permet d'être réceptif à mon milieu, soit je m'effondre et je me referme sur moi, je diminue les entrées sensorielles car celles-ci sont trop agressives et je ne peux pas les traiter. Le deuxième système est lié aux flux sensoriels. Chaque indice sensoriel perçu permet une réponse adaptée, d'alerte ou d'orientation. Le troisième système se trouve dans l'interaction avec le milieu, ou autrement appelé dialogue tonique par Ajuriaguerra. Il représente donc ce va-et-vient entre soi et l'autre (ou l'environnement). Ce va-et-vient implique d'être influencé par son environnement ou de pouvoir s'y adapter. Face à une personne qui crie, je peux soit être influencé et commencer à crier également, soit m'adapter et rester calme pour aider l'autre à se calmer. Enfin, le quatrième système est formé par toutes les représentations que nous avons de notre monde. C'est notre capacité de symbolisation, de représentation. En agissant ensemble, ces quatre systèmes permettent un état d'équilibre optimal pour échanger avec l'environnement. L'équilibre représente donc un état de vigilance modéré, nous permettant de recueillir les stimuli sensoriels nécessaires à l'interaction avec l'environnement. Et nous le comprenons d'autant mieux que nous pouvons nous le représenter. Un bon équilibre permet de laisser la place au développement des coordinations par exemple, mais permet également une acquisition des rythmes biologiques, des notions spatio-temporelles. Au contraire, si l'un de ces systèmes dysfonctionne, c'est tout l'équilibre qui est perturbé, amenant généralement une carapace tonique de protection. Si chaque système peut dysfonctionner, ils ont donc chacun leur propre défaillance : une déficience de l'équipement neuromoteur, une perturbation de l'état de vigilance, des difficultés dans la mise en place du dialogue tonique ou un manque d'accès aux représentations. (Lockart, 2009)

2.2.2 Posture et espaces

À la naissance, le bébé n'a pas encore intégré son axe corporel. Il ne contrôle pas ses mouvements, et il est fortement soumis à la gravité et à l'installation qui lui est proposée. Pour ce qui est des postures symétriques : son tronc est hypotonique et ses membres sont hypertoniques. Il est normalement en position d'enroulement primaire, comme il l'était dans le ventre de sa mère. Si au début la respiration aide à l'extension, les muscles extenseurs et

fléchisseurs vont ensuite prendre le relai, s'ajuster pour que le tout-petit puisse se redresser. La respiration perd donc sa fonction tonique. C'est ce que Bullinger nommera le « haubanage » avant-arrière. En ce qui concerne les postures asymétriques, le bébé les développe dès ses premières semaines de vie, la position de l'escrimeur en est un exemple. Ces positions se développeront en même temps que le redressement pour permettre les coordinations des deux hémicorps. Chacune de ces postures permet la construction d'espaces particuliers : « La posture symétrique accentue l'espace oral » (Bullinger, 2004, p. 140) ; « Les postures asymétriques [...] déterminent des espaces gauche et droit qui sont disjoints. » (Bullinger, 2004, p. 141). L'intégration de ces espaces est à la base de la construction de l'axe corporel, qui nous permet de tenir debout, en équilibre sans que cela ne soit trop coûteux en énergie psychique.

Bullinger résume bien ce développement :

Le haubanage avant-arrière s'est complété par un haubanage latéral qui permet le contrôle des oscillations latérales et des rotations du buste. La respiration est libérée de sa fonction tonique d'appui. L'axe corporel, point d'appui pour des fonctions instrumentales, est constitué (Bullinger, 2004, p. 141).

Ces différents espaces vont ensuite se rejoindre pour former l'espace de préhension, avec la mise en place des coordinations œil-main-bouche puis œil-main et bimanuelle. C'est également à cette période que les mouvements évoluent en geste, avec un but, une fonction précise. Lorsque tous les espaces, incluant également l'espace arrière, sont réunis, il peut y avoir une représentation unifiée du corps. C'est lorsque tous ces espaces sont intégrés et réunis que l'angoisse de morcellement peut s'apaiser.

2.2.3 La notion de prothèses de rassemblement

Sans des coordinations représentatives qui stabilisent une image corporelle, les activités instrumentales telles que l'utilisation d'un outil ou la création d'une trace sont entravées, les points d'appui représentatifs essentiels à des actions spatiales orientées font défaut. On observe souvent des conduites d'autostimulation par des flux sensoriels qui visent à maintenir présente une image corporelle évanescence. En donnant des appuis extérieurs, des « prothèses de rassemblement » (Bullinger, 2001) qui stabilisent l'image du corps, les performances instrumentales sont modifiées. (Bullinger, 2004, p. 173)

André Bullinger constate que les enfants et en particulier ceux ayant un TSA rencontrent souvent des difficultés de coordination entre leurs hémicorps, mais également entre le haut et le bas de leur corps, comme si les différents espaces corporels ne se rejoignaient pas pour former un tout cohérent. Face à un corps morcelé, André Bullinger introduit la notion de « prothèse de rassemblement » dans son livre *Le développement sensori-moteur et ses avatars* (Bullinger, 2004). Ces prothèses renvoient aux comportements que peuvent adopter certains enfants, notamment avec un TSA pour ressentir et conserver un sentiment d'unité corporelle. Ces enfants ont besoin d'un appui extérieur pour relier les différents espaces et se servent généralement des flux sensoriels à leur portée. Cependant, Bullinger ne précise pas pourquoi il est important de conserver une image corporelle stable, il ne parle pas du vécu si celle-ci n'est pas suffisamment bien organisée. Or, comme nous le développerons ultérieurement, une mauvaise représentation corporelle va de pair avec des angoisses archaïques encore très présentes. C'est donc par ces prothèses de rassemblement que l'enfant réussit à lutter contre l'angoisse. Cependant, celles-ci deviennent rapidement envahissantes, ininterrompues sous peine d'un retour massif de ces angoisses. L'enfant est en permanence obligé de s'autostimuler, s'autoagripper pour lutter contre cette sensation de morcellement corporel. Si Bullinger nomme ces autoagrippements sensoriels « prothèses de rassemblement », ils sont également appelés stéréotypies.

3. Représentations corporelles et trouble du spectre de l'autisme

3.1. Étiologie neurobiologique :

Le livre *Autisme, corps et psychomotricité : approches plurielles* (Pireyre, 2019) fait une synthèse des différentes données neurobiologiques à propos de l'autisme. Les études du cerveau chez les personnes avec des TSA n'en sont encore qu'à un stade d'hypothèses : « On peut synthétiser toutes ces données en suspectant fortement une mauvaise construction du cerveau dans l'autisme » (Pireyre, 2019, p. 24). La cause reviendrait donc en partie à des anomalies de développement ou de construction dans différentes aires cérébrales : soit dans la structure même du cortex, pouvant expliquer des comportements inadaptés ainsi que des passages à l'acte, soit dans certaines structures corticales, amenant une prédominance des systèmes sensoriels archaïques. Il y a donc des altérations biologiques dans l'autisme qui pourraient expliquer leur difficulté à accéder à un sentiment d'unité corporelle et à dépasser les stades de développement archaïque de la représentation corporelle. Cependant ce trouble est multifactoriel. D'une part la

science n'en explique pas encore tous les mécanismes et d'autre part, il n'existe pas de traitement miracle pour « soigner » l'autisme. Il est donc intéressant de se tourner également vers d'autres théories de compréhension de l'être humain, en particulier au niveau psychique.

3.2. Comprendre l'origine des comportements, un enjeu de l'approche psychanalytique

L'éducation structurée ainsi que les théories cognitivo-comportementales en général mettent l'accent sur l'inclusion de l'enfant dans la société. L'environnement parfaitement adapté à l'enfant lui permet d'apprendre des comportements spécifiques pour être en interaction avec l'autre. Cependant, si l'environnement est modifié, l'enfant n'y arrive plus. Il apprend des comportements sans forcément en comprendre le sens, mais cela lui permet d'aller en à l'école par exemple. Ce courant de pensée se base sur les comportements visibles, leurs changements et considère que l'angoisse diminue avec la maîtrise de l'environnement. La psychanalyse, quant à elle, cherche plus spécifiquement à savoir pourquoi le comportement de l'enfant ne correspond pas aux normes attendues par la société. Elle s'intéresse particulièrement aux éléments psychiques mis en jeu dans le développement de l'enfant et par définition, à des processus mentaux non observables.

Le courant psychanalytique « met l'accent sur le soin relationnel à apporter aux enfants autistes » (Pireyre, 2019, p. 32). Pour cela, plusieurs étapes sont décrites : comprendre quelles angoisses archaïques sont en jeu, quels en sont les mécanismes associés. Une fois que celles-ci sont identifiées, l'objectif sera de les faire taire, s'apaiser, ainsi que leurs mécanismes de défense associés que sont les autoagrippements sensoriels. Cela permet de laisser de l'espace pour la construction psychique et se représenter en tant que sujet unifié. Une fois que la personne peut se représenter de façon plus unifiée, elle pourra se tourner vers l'extérieur, entrer en lien avec le monde qui l'entoure. Dans le cadre d'un patient ayant un TSA, il me paraît donc intéressant de me tourner vers la psychanalyse dans mon analyse car ce n'est qu'en limitant ses stéréotypies que nous l'aiderons à mettre en mouvement ses processus psychiques. Pour cela, il me paraît important de comprendre son organisation psychique ainsi que les origines de ses autoagrippements.

Enfin, dans leur livre *Pour une pédagogie du lien* (Lenfant & Leroy-Depiere, 2011), les auteurs concluent en rappelant l'importance de lier le développement corporel, cognitif et psychique : « c'est en articulant la compréhension du développement cognitif avec celle du développement

corporo-psychique qui passe par la construction de l'image du corps que nous avons accès à une compréhension globale de la personne ». (Lenfant & Leroy-Depiere, 2011, p. 143)

En effet, la psychomotricité tente de comprendre l'organisation globale d'une personne. Nous ne pouvons pas « réparer » le cerveau des personnes présentant un TSA. L'éducation structurée ou les thérapies comportementales ont elles aussi leurs limites. Certes, elles permettent la prédominance de comportements adaptés, mais elles ne s'intéressent pas à la source de cette différence de fonctionnement. À ce niveau, s'intéresser aux recherches de la psychanalyse semble pertinent dans l'analyse clinique de nos patients. Elle permet d'ouvrir à d'autres pistes de réflexion, de faire de nouvelles hypothèses. Cela nous aide ensuite à savoir comment interagir avec eux, et mieux adapter notre soin psychomoteur.

3.2.1 Angoisses et défenses archaïques

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit l'angoisse comme un « malaise caractérisé par une peur intense accompagnée de sensations de resserrement à la région épigastrique, d'oppression respiratoire et cardiaque, de sueurs, de frissons, ou au contraire d'une sensation de chaleur » (CNRTL, s. d.). En psychanalyse, l'angoisse est définie comme un « état d'alerte psychique vécu comme tension incompréhensible, qui s'accompagne de phénomènes corporels d'anxiété » (Bloch & Casalis, 2002, p. 67)

Le corps réagit comme s'il était en danger, par des mises en tension et une augmentation de la vigilance sans réelle menace immédiate et consciente. Lorsque nous sommes angoissés, nous sommes souvent incapables d'en expliquer la raison.

Ces angoisses sont archaïques car elles apparaissent dès la naissance du bébé. En effet, comme nous l'explique Pireyre dans son livre *Clinique de l'image du corps : approches plurielles* (Pireyre, 2021), la naissance est le premier traumatisme, c'est une grande séparation, un passage d'un monde contenant et atténué à un autre, bien plus agressif. Cette naissance amène la séparation des corps : le bébé respire, se nourrit seul. La naissance est la première grande séparation entre le bébé et sa mère. Il n'y a plus les filtres sensoriels que représentent la peau du ventre et le liquide amniotique. Le bébé est donc soumis sans aucune transition à des vécus corporels extrêmement violents et contre lesquels il n'a pas les moyens de lutter seul. C'est par la construction et l'organisation de ses représentations corporelles qu'il pourra ensuite s'apaiser. Avant cela, ces vécus corporels amènent les angoisses archaïques. Pireyre en décrit

et en approfondit quatre, mais nous nous intéresserons particulièrement aux deux premières. L'angoisse de morcellement : le corps est vécu comme fait de plein de petites parties qui ne peuvent se relier entre elles. L'angoisse d'effondrement ou de chute : le bébé qui était jusque-là porté par le liquide amniotique fait maintenant face à la pesanteur. En défense, il s'agrippe donc aux personnes qui le portent. Chez l'adulte, cette angoisse peut se traduire par un sentiment de tomber dans le vide au moment de l'endormissement sans que cela soit pathologique. Chez la personne ayant un TSA notamment, ces différentes angoisses sont très présentes et envahissantes. Elles sont insupportables à vivre en permanence et ces personnes les mettent à distance avec leurs propres moyens. Ces moyens mis en place sont des autoagrippements sensoriels. Pireyre en donne d'ailleurs une définition : « L'enfant est enfermé dans la répétition stérile d'actions qu'il voudrait salvatrices ». (Pireyre, 2021, p. 165) Ils essaient de faire taire ces angoisses par ces mouvements stéréotypés. Sur le moment, cela fonctionne, mais dès qu'ils arrêtent, l'angoisse revient massivement.

3.2.2 Le jeu comme représentation des conflits internes de l'enfant

Cependant, dessins et modelage [...] sont, comme les rêves et les fantasmes des adultes, des témoignages de l'inconscient. Tout dessin, toute représentation du monde est déjà une expression, une communication muette, un dire pour soi ou un dire à l'autre. (Dolto, 1992, p. 28)

Françoise Dolto étend ensuite son propos à l'ensemble des jeux de l'enfant, leur ajoutant une valeur symbolique. Chaque dessin, chaque jeu, chaque modelage est une expression de l'inconscient et témoigne des processus psychologiques actifs dans le développement de l'enfant. Bien sûr, il ne s'agit pas de mettre une seule explication, une seule interprétation pour chaque geste effectué, mais de pouvoir, en mettant en lien les différentes expérimentations et dires de l'enfant, établir des pistes de réflexion quant à son développement psychique. Ces hypothèses nous permettent ensuite une meilleure compréhension de l'organisation des représentations corporelles de l'enfant et nous donnent des indices quant aux conflits internes vécus par celui-ci.

L'image du corps « peut être considérée comme l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant et ce, avant même que l'individu en question [...] sache dire "Je". » (Dolto, 1992, p. 22). Rien n'est laissé au hasard dans le jeu de l'enfant. Chacun de ses jeux reflète son développement psychique, comment il se perçoit, ce qu'il comprend de son être. Ils sont

empreints d'affectivité et relatent leur vie passée et présente en jouant à l'extérieur ce qui se passe en eux. C'est également sur ce principe que nous nous appuyerons dans notre analyse. Les enfants ne jouent pas « par hasard » à certains jeux. Leurs choix n'ont rien d'anodin et viennent mettre en lumière leurs processus psychiques. Pireyre reprend d'ailleurs cette théorie : « Les séances de psychomotricité sont un espace où les éprouvés corporels se jouent ou se rejouent » (Pireyre, 2021, p. 137). Ce n'est pas sans raison si certains jeux ou comportements reviennent souvent en séance. Ils parlent de ce qu'ils vivent à l'intérieur. Les enfants ayant un TSA restent des enfants avant tout et projettent eux aussi leur vie interne sur le monde qui les entoure.

Pierre Lafforgue appuie particulièrement cette théorie. Pour lui, la séance de psychomotricité serait « un lieu de projection d'affects archaïques conscients ou inconscients sur l'espace, les objets et les personnes présentes » (Lafforgue, 1999). Il va plus loin que Dolto en continuant la réflexion sur les représentations corporelles en elles-mêmes et non juste les processus psychiques en jeu. C'est par les faits et gestes de l'enfant, par sa manière d'explorer son environnement que nous repérons les angoisses archaïques encore trop envahissantes.

PARTIE CLINIQUE

Désormais, nos références sont plus explicites, nous allons pouvoir explorer la clinique autour de ce petit garçon. Une présentation sera nécessaire afin de mieux comprendre le contexte dans lequel arrive notre patient. Puis nous détaillerons une séance qui a été marquante pour l'orientation de sa prise en soin. De nombreux questionnements apparaîtront également au fur et à mesure du déroulé de la séance.

1. Environnement d'accueil

1.1. Présentation de la structure

Le Centre Médico-Psychologique (CMP) est un lieu de soin public sectorisé proposant des suivis médicaux, paramédicaux et sociaux à toute personne en difficulté psychique. Ces personnes sont accompagnées par une équipe pluriprofessionnelle. Les CMP enfants (jusqu'à 18 ans) sont séparés des CMP adultes et sont également des lieux de dépistage, d'évaluation et d'orientation.

Sur mon lieu de stage sont présents : deux psychologues, deux psychomotriciennes, une assistante sociale, un médecin, un éducateur spécialisé et une secrétaire. Un binôme composé d'une psychomotricienne et d'une psychologue spécialisée dans les TND est également présent.

Cette structure a une particularité puisque pour chaque patient accueilli, un des professionnels qui n'a pas de suivi avec l'enfant en individuel est référent. Concernant le petit garçon que je vais présenter et que je nommerai Naël, c'est la psychologue qui est la référente. Elle ne lui propose donc pas de séance, mais recueille les informations et permet d'avoir un point de vue extérieur sur la situation.

1.2. La salle

La salle de psychomotricité se trouve tout au bout d'un long couloir. Nous partageons des modules avec la deuxième salle de psychomotricité. Les modules sont des pièces en mousse un peu rigide, de différentes tailles et formes permettant l'exploration motrice et sensorielle. Nous possédons par exemple des modules en forme d'arche, de petit escalier, de poutre, ou encore des modules en pente. L'espace de la salle peut donc changer d'une semaine à l'autre suivant les modules présents et la façon dont ils sont rangés. Dans la salle, il y a un espace bureau, en face de la porte. Cet espace nous est réservé à ma tutrice et moi et les enfants n'y ont pas accès. Ensuite, il y a un espace avec des tapis et un hamac poire, que je nommerai le cocon par sa

forme et le rôle de contenance qu'il prend auprès de ce patient. Cet espace invite à l'exploration sensorielle et motrice, nous pouvons y construire des parcours, nous y laisser tomber, faire des jeux de confrontation ou y construire une maison. Le cocon est souvent investi par nos jeunes patients. Ils aiment grimper à l'intérieur et s'y blottir tout en se laissant bercer, soit par des mouvements qu'ils impulsent, soit en nous demandant de les pousser. En face de cet espace, sur l'autre moitié de la salle, il y a un endroit sans tapis, avec un banc et un tableau blanc. Sur cet espace, nous pouvons dessiner, faire d'autres jeux qui nécessitent un appui plus solide ou un sol stable comme pour le jeu des Kapla par exemple. Avec un petit tabouret, le banc est principalement utilisé pour mettre et enlever les chaussures. Il y a souvent une couverture posée au bout de ce banc. Pour finir, tout au fond de la salle se trouve un placard que nous pouvons fermer à clé. C'est dans celui-ci que sont notamment rangés tous les ballons.

1.3. Ma place de stagiaire

Lorsque je débute mon stage, Naël vient d'arriver au CMP. Il a déjà été reçu en entretien familial avec la médecin, sa référente psychologue et ma tutrice psychomotricienne, mais nous l'accueillons pour sa première séance lors de mon premier jour de stage. Si au début j'adopte une posture d'observation, me mettant au sol contre un mur le temps que Naël initie un premier contact, petit à petit je prends plus d'initiatives à tel point qu'aujourd'hui nous co-guidons les séances avec ma tutrice.

2. Présentation de Naël

2.1. Anamnèse

Naël est né en avril 2019 et a 4 ans et demi lorsque je le rencontre. Il est grand pour son âge. Il a un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme. Il habite avec ses deux parents et sa sœur, plus jeune que lui de deux ans et demi. Celle-ci ne présente pas de signes autistiques précoces. Sa mère est en congé parental et son père travaille beaucoup. Il est présent les weekends et n'a jamais pu venir au CMP. Les éléments concernant Naël sont donc uniquement rapportés par sa mère.

La mère décrit une grossesse paisible, avec une naissance à terme qui s'est bien passée également. Naël a marché à 12 mois. En revanche, il ne dit aucun mot jusqu'à la naissance de sa petite sœur et commencera à dire « maman » et « papa » en imitation de celle-ci. Malgré un début de parentalité difficile, la mère dit avoir accepté le trouble de son fils, tout comme son

père. Elle rapporte que même s'ils se posent encore de nombreuses questions, ils ont compris que ce n'était pas de leur faute et gardent espoir devant les progrès de Naël. La mère est très investie dans le parcours de soin de son fils.

2.2. Parcours de soin

Cette absence de langage inquiète les parents. La mère rapporte également une « utilisation particulière de jeux à la maison ». Je n'ai pas plus d'informations concernant l'usage particulier de ces jeux. Après une confirmation du retard de langage par le pédiatre, celui-ci les oriente vers la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) pour suspicion de TSA. En parallèle, Naël est suivi pendant un an dans un réseau départemental coordonnant le parcours de santé des enfants présentant un TND. Il bénéficie ainsi d'un suivi en orthophonie et en psychomotricité. Le diagnostic de TSA est confirmé par la PCO en mai 2023. Le réseau départemental n'étant pas suffisant pour assurer les soins de Naël, il est orienté en CMP le temps de déterminer quelle orientation serait ensuite adaptée pour lui. La mère contacte donc le CMP en septembre 2023. Après une réunion de l'équipe de suivi de scolarisation en janvier 2024, l'orientation la plus adaptée pour Naël serait une grande section sur deux ans avec un Accompagnant pour Élève en Situation de Handicap (AESH) et un renforcement de soins au CMP pour attendre ses 6 ans, âge requis pour une orientation en hôpital de jour.

Il est aujourd'hui scolarisé à temps partiel en moyenne section de maternelle avec une AESH qui lui fait suivre le programme de petite section. Il va à l'école les lundis, mardis et mercredis matin ainsi que les jeudis après-midi. En plus de son suivi au CMP, il bénéficie de deux séances par semaine d'orthophonie en libéral.

2.3. Bilans effectués

Par son suivi avec la PCO, Naël a pu passer un bilan de développement : le VB-MAPP. Lors du bilan, aucune demande n'a été observée de la part de Naël, mais il peut utiliser la main d'autrui pour faire à sa place lorsqu'il a besoin de quelque chose. De plus, il peut être en interaction dans des jeux physiques et relancer l'échange d'un regard ou d'un geste de la main. Ces capacités se retrouvent particulièrement dans le lien avec sa maman et sa petite sœur. S'il ne répond pas lorsqu'un professionnel l'appelle par son prénom, il est toujours très attentif à ce que dit sa maman. Il n'est pas intéressé par les personnes qui l'entourent, mais presque uniquement par les objets, qu'il utilise pour se stimuler. Les activités plus complexes ne

l'intéressent pas. La gestion des transitions est également compliquée. Au niveau oral, le bilan montre que Naël est encore au stade de la découverte phonatoire. Il découvre la sensorialité liée à ses vocalises, mais celles-ci n'ont pas de visée communicative.

La psychomotricienne du réseau départemental a également pu faire un bilan d'observation, mettant en avant des fragilités au niveau de la communication sociale, des comportements restreints et répétitifs ainsi que d'importantes particularités sensorielles.

La PCO préconise ainsi un travail des premières acquisitions de l'enfant pour soutenir la construction psychique de Naël et notamment un travail du pointage, du regard et de l'imitation.

Dans tous ces comptes-rendus et informations transmises au CMP, je m'étonne d'avoir aussi peu d'informations sur les stéréotypies de Naël. Le fait qu'aucun professionnel ne semble avoir déjà cherché à comprendre l'origine de ce que je nommerai ensuite des autoagrippements m'incite d'autant plus à le faire.

2.4. Éléments recueillis au CMP

Aujourd'hui, Naël n'a pas encore acquis le contrôle de ses sphincters. Il peut pointer du doigt, avoir de l'attention conjointe et il commence à faire des demandes. Il peut répéter certains mots et comprend de mieux en mieux les consignes orales. Ce sont d'importants prérequis à la communication et à l'entrée dans les apprentissages.

À la maison, il mange en autonomie, mais très lentement. Il mange de tout, mais ne mâche pas donc ne mange que du mou. Il n'a pas de problème de sommeil.

En séance, il répète quelques mots comme « voiture », « ballon », « sauter » et les associe aux bons objets ou aux bons gestes. Ses vocalises sont tout de même majoritairement au service d'une recherche sensorielle sans valeur communicative. Il peut accrocher les objets du regard, tenir son attention et avoir un suivi oculaire en vision focale. De manière générale, il paraît difficile pour Naël d'articuler ensemble deux endroits de son corps, que ce soit du côté de la coordination bimanuelle, oculomanuelle, ou entre le haut et le bas de son corps (coordination pied-main) : il n'utilise pas ses mains pour enlever ses chaussures. Il a peu de force dans le bout de ses doigts et une pince tridigitale non acquise (il ne sait pas défaire ses lacets et difficilement ses scratches). Naël n'a pas de retard de développement, les fonctions motrices sont en place, il

n'a pas de déficit à ce niveau, mais il ne les investit pas, ou très peu. C'est un peu comme s'il ne connaissait pas le chemin pour les investir ou qu'il n'en voit pas l'intérêt.

2.5. Agrippements sensoriels ou stéréotypies

Lorsque je le rencontre, Naël est très envahi par ses mouvements stéréotypés qui l'empêchent d'être en lien et compliquent l'entrée en interaction. Ces agrippements sensoriels sont en lien avec la circularité. Naël vient s'autostimuler avec tout ce qui tourne : les roues de voitures, tourner sur lui-même ou en rond, faire rouler ou lancer des balles. Il peut donc être en interaction avec nous puis se lever et marcher en rond dans la salle sans se préoccuper de nous jusqu'à ce que nous trouvions une autre manière d'entrer en interaction avec lui. Dès lors qu'il fait tourner les roues d'une petite voiture par exemple, il est très difficile de le faire sortir de sa bulle d'autostimulation pour explorer d'autres sensations. Il associe également des vibrations avec sa bouche lorsqu'il marche en rond dans la salle.

2.6. Projet de soin en CMP et en psychomotricité

De manière générale au CMP et en accord avec la mère, les objectifs prioritaires énoncés par la médecin pour Naël sont l'accès intensif aux soins et le développement de son autonomie au niveau de la propreté, de l'habillage et du repas. L'intention est donc d'aider Naël à suivre le rythme des enfants de son âge sans forcément se préoccuper de pourquoi il ne suit pas ce rythme.

D'un point de vue psychomoteur, Naël rencontre des difficultés de coordination et de régulation tonique. À ce niveau, percevoir ses propres variations toniques est important pour comprendre ce qui se passe dans son propre corps et réagir de manière adaptée. Il est également important de le soutenir et de l'aider dans le développement de ses capacités de communication et d'imitation. En effet, pouvoir être en relation avec son environnement, avec les personnes qui l'entourent en comprenant leurs émotions et leur langage non verbal l'aidera à entrer dans les apprentissages pour, à terme, s'intégrer plus facilement dans la société. Pour ces deux axes de travail, nous avons besoin de comprendre l'origine de ses stéréotypies qui l'envahissent afin de les faire diminuer pour qu'elles ne le coupent pas sans cesse du lien ni ne le freinent dans son exploration. Pour cela, nous passerons par des activités qu'il apprécie, suffisamment stimulantes et contenant pour qu'il puisse les investir. Augmenter la disponibilité psychique de Naël lui permettra de nous imiter, nous faire des demandes et trouver de l'intérêt à être en

lien avec nous. Le dernier axe de travail est d'aider Naël à construire ses représentations corporelles, notamment en reliant les différentes parties de son corps.

3. La prise en soin

3.1. Première rencontre

C'est le lundi 9 octobre que je rencontre Naël. Lucie m'explique que, n'ayant pas de bilan standardisé adapté au sein du CMP, nous allons prendre quelques séances pour appréhender Naël. En effet, il me paraît précipité de commencer un suivi pertinent sans avoir au préalable évalué ses compétences, ses capacités ainsi que ses difficultés. C'est en comprenant son organisation et ses problématiques psychomotrices que nous pouvons entreprendre un suivi adapté. Nous allons donc coconstruire son projet thérapeutique ainsi que son suivi.

Lorsque nous allons le chercher, Naël joue avec un jeu en bois dans la salle d'attente. Nous lui disons bonjour, ainsi qu'à sa mère. Il regarde sa maman, attend qu'elle lui dise d'y aller puis vient tranquillement avec nous. Dès qu'il passe la porte de la salle d'attente, il prend la main de ma tutrice et ne la lâche plus avant d'être arrivé en salle de psychomotricité. Selon qui est la plus proche de lui, il prend ma main ou celle de ma tutrice. Il initie rapidement un premier contact avec moi en venant s'asseoir sur mes genoux. Son premier contact est bref : il s'assied et se relève tout de suite après pour reprendre ses stéréotypies (tourner sur lui-même). Il répète ce même comportement plusieurs fois d'affilée au cours de cette séance et peut le refaire occasionnellement les séances suivantes. Cependant, je remarque qu'il vient se coller à l'adulte uniquement lorsqu'il cherche à se réassurer. Lorsque Lucie lui fait des chatouilles ou essaie de l'attraper, il peut venir se coller à mon dos. Je remarque également ce comportement lorsque ses émotions sont très fortes. Au fur et à mesure de la séance, je le vois me regarder plusieurs fois du coin de l'œil. Naël est rapidement intéressé par le cocon. Quand il est contenu dans celui-ci, il peut nous regarder, être en lien avec nous. Par exemple, lorsque nous l'y invitons, il peut prendre appui avec ses pieds contre nos mains pour se propulser en arrière. Ce jeu de repousser le fait rire et il recommence, soit en venant chercher mes mains, soit celles de Lucie. Cette mise en forme lui permet donc de venir chercher l'interaction. Je ne remarque pas de différence d'investissement entre Lucie et moi. Aujourd'hui encore, ses interactions avec l'une comme l'autre sont similaires, ce qui me questionne. Lucie et moi sommes-nous deux personnes différentes pour Naël ?

3.2. Une cinquième séance marquante

3.2.1 Arrivée et début de séance

Ce jour, Lucie souffre d'une lombalgie. Elle assure tout de même ses suivis, mais c'est l'occasion pour moi de prendre un peu plus d'autonomie. Nous voyons donc Naël pour la cinquième fois, et nous continuons d'explorer ses capacités. Nous allons chercher Naël à l'heure du rendez-vous et il entre dans le CMP juste au moment où nous arrivons à la salle d'attente. Il n'a donc pas le temps d'aller dans celle-ci avant le début de la séance. Son regard passe de nous à la salle d'attente. Il avance vers nous, fait mine d'y entrer lorsqu'il passe devant, mais ne s'arrête finalement pas et nous rejoint après un dernier regard à sa maman. Celle-ci reste dans la salle d'attente le temps de la séance, et de manière générale, nous échangeons peu avec elle.

Comme à son habitude, Naël lâche la main de sa mère pour prendre la mienne le temps de marcher le long du couloir avant d'entrer en salle de psychomotricité. Une fois arrivé, il va, de manière autonome, s'asseoir sur le petit banc. C'est l'endroit où il enlève ses chaussures et c'est toujours la première action faite en entrant dans la salle. Il colle immédiatement son visage contre la vitre. Depuis celle-ci, nous voyons la gare, les trains qui arrivent et repartent, mais également la rue, les personnes et les voitures qui passent. Aujourd'hui encore, il est difficile de déterminer ce qu'il regarde, ou s'il est juste en recherche d'appui contre la vitre. Pourtant, même si sa tête est face à l'extérieur, le bas de son corps est tourné vers l'intérieur de la salle et il n'esquisse pas de mouvement pour enlever ses chaussures. Le rythme de Naël est plus lent que le mien : il a besoin que je reste à ses côtés, en redisant plusieurs fois les mêmes consignes pour qu'il les enlève enfin. Si je ne le stimule pas verbalement voire physiquement, il se contente de regarder par la fenêtre. De plus, il ne regarde pas ses pieds et n'utilise pas ses mains pour enlever ses chaussures. Il ne se sert que de ses pieds et se contorsionne pour ne pas décoller son front de la vitre.

En voyant cette posture qui me paraît bien inconfortable, je me questionne, ce qu'il voit par la fenêtre est-il si attrayant qu'il ne peut y résister ? A-t-il l'habitude que quelqu'un lui enlève ses chaussures sans qu'il y participe ? Comment investit-il le déchaussage ? Est-il difficile pour lui d'être simplement assis sur un banc sans autre support que son tonus ? Quelle représentation a-t-il du bas de son corps, de ses pieds ? Cela est-il difficile ou angoissant pour lui d'enlever ses chaussures ? Et au niveau de ses coordinations, peut-il mettre en lien les différentes parties de son corps ? Peut-il même déjà se représenter son corps et ses limites ?

3.2.2 Parcours moteur

Avant son arrivée, nous avons préparé la salle. Les modules sont à disposition, ainsi que le cocon qu'il apprécie particulièrement et qui lui permet d'être en relation avec nous. Nous avons également préparé des boîtes avec différents objets : des balles avec différentes propriétés sensorielles, des Playmobil, des jeux d'encastrement. Cette préparation avant son arrivée répond à une volonté d'observer le comportement de Naël. Va-t-il remarquer le changement d'organisation, regarder les boîtes, explorer les différents objets ?

Je n'observe au début pas de changement dans le comportement de Naël face à cette disposition. Il ne s'intéresse pas aux boîtes pour le moment. Cependant, pour la première fois, Naël s'intéresse aux modules, il en fait tomber un et essaie de monter dessus. Je l'aide donc à construire un petit parcours, mais il s'en éloigne rapidement. À sa réaction, je me questionne, suis-je allée trop vite, en interprétant ses envies ?

Il ne m'aide que peu et continue d'explorer les tiroirs de la salle en me regardant du coin de l'œil. Finalement, il revient vers le parcours quand l'installation est terminée. Ce parcours me permettra d'appréhender son équilibre et d'observer ses différentes stratégies pour passer la poutre. Cela me permet également de lui proposer un espace d'exploration sensori-motrice pour l'amener à vivre différemment son corps, peut-être dans une expérience de plaisir. Même s'il a les capacités motrices pour le faire seul, il a besoin de se tenir, de s'agripper à ma main au moins pour le premier passage. Par la suite, il n'en a plus besoin, mais utilise volontiers ma main si je suis suffisamment proche. Il explore en faisant le parcours debout, à genoux ou en rampant. Lorsqu'il n'est pas assuré, il ne se met pas en danger et peut trouver d'autres stratégies pour continuer le parcours. Par exemple, il passe en rampant sur la poutre et s'assied pour descendre les marches.

Entre chaque passage, ou entre les différents obstacles, il nous regarde et je me demande si c'est pour être réassuré par notre regard ou plutôt dans l'attente d'une validation de notre part, comme s'il voulait être sûr de faire de la « bonne manière ». Il semble prendre du plaisir à réaliser le parcours. Il sourit, est dynamique et recommence plusieurs fois sans sollicitation de notre part. Cependant, s'il est très attentif à nos réactions, il ne regarde pas où il va. Comme lorsqu'il enlève ses chaussures, son regard est dissocié de son action.

Après quatre passages, il commence à faire rouler des balles le long du petit toboggan. Il explore les deux boîtes mises à disposition et sort différentes balles et autres objets qui ne roulent pas forcément, comme un Playmobil. Il finit par se concentrer sur la balle qui roule le mieux. C'est aussi la balle qui contraste le plus avec la couleur des modules (balle bleue sur un module rouge). De mon point de vue, c'est la balle la plus stimulante visuellement. Après cette exploration motrice du parcours, pourquoi Naël a-t-il besoin d'autant de stimulation visuelle ? Ce moment est-il pour lui un besoin ou simplement un moment d'excitation ? Cette stimulation, ou stéréotypie, permettrait-elle de combattre une angoisse que je ne détecte pas ?

3.2.3 Un refus difficile à accepter

Naël est souvent en recherche de mouvements circulaires, que ce soit dans son propre corps ou à travers un objet. Cela peut être en regardant les petites roues des voitures tourner, en faisant rouler des balles ou en tournant sur lui-même soit dans le cocon, soit dans la salle. Il passe par exemple beaucoup de temps à marcher ou courir en rond. Finalement, au bout d'environ dix minutes, il se désintéresse du parcours et reprend ses recherches dans les différents tiroirs et placards de la salle. Nous comprenons par la suite qu'il est à la recherche d'une petite voiture. Il finit par en voir une qu'il ne peut pas attraper. Il nous regarde alors, mais Lucie lui répond par un refus même si nous savons que cela est difficile pour lui, car dès lors qu'il joue avec une voiture, il est très compliqué, voire impossible d'entrer en relation avec lui ou de le faire changer d'activité.

Il est à noter que Lucie ne prévoit pas le déroulement de la séance. Elle compose beaucoup avec ce qu'amène le patient et lors de notre séance précédente, nous avions fini par un temps de jeu avec des voitures et notamment cette voiture-là.

Dans le contexte de la fin de séance, Naël avait pu accepter le « non » de la dernière fois d'autant qu'il est toujours enthousiaste à l'idée de retrouver sa maman. Cependant, ce non en milieu de séance et alors qu'on ne l'autorise pas du tout à jouer avec cette voiture a été très compliqué pour Naël.

Il se met alors à pleurer bruyamment tout en se dirigeant vers la sortie. En nous regardant et en tendant une main vers la poignée, il nous fait comprendre qu'il souhaite partir. Cependant, il n'ouvre pas la porte et finalement se retourne et revient vers nous lorsque nous l'appelons. Nous prenons un temps pour le consoler, le rassurer et mettre en mots ce qu'il vit, mais Naël est

inconsolable, il est debout et il lui est difficile de se déplacer tant l'émotion qui le saisit est intense.

La frustration est-elle si difficile pour que Naël se désorganise autant ? Pourquoi n'arrive-t-il pas à se consoler ? Quels moyens a-t-il pour se rassurer ou réguler ses émotions ? Ces pleurs sous-tendent-ils un besoin en lien avec la voiture ? Encore une fois, la question d'une angoisse contrée par ses stéréotypies me taraude.

3.2.4 Un enfant inconsolable

Naël finit par s'asseoir là où il est tout en continuant de pleurer. Comme la séance n'est pas encore finie et que je commence à me sentir démunie face à ses pleurs, j'essaie de lui proposer un autre jeu, justement pour trouver ensemble un autre moyen de s'apaiser, de se réassurer. Comme il est assis par terre à côté d'une étagère où sont rangés différents jeux, je lui en propose plusieurs. Après quelques tentatives infructueuses, il s'intéresse à un jeu de découpage de légumes en bois (les légumes peuvent se séparer en deux avec un scratch au milieu).

Il connaît ce jeu puisqu'il a pu y jouer lors de la séance précédente. Celui-ci est intéressant pour lui car il permet de travailler les coordinations bimanuelles et oculomanuelles. Il doit tenir le couteau dans une main et le légume dans l'autre main. C'est un jeu qui demande de la précision, de la coordination, mais également un recrutement tonique car il faut appuyer avec le couteau pour que le légume se sépare en deux. Il permet également de travailler la motricité fine avec la pince tridigitale sur le couteau.

Jusqu'alors, nous n'étions passés que par les mots pour le consoler, mais sans contact physique. En effet, j'ai invité Naël en ouvrant les bras, mais celui-ci n'étant pas venu spontanément, j'ai continué de lui parler pour le rassurer tout en essayant de lui proposer d'autres alternatives. Maintenant qu'il a choisi ce jeu et pour continuer de le réconforter, je pose une main dans son dos. À peine ai-je posé ma main qu'il s'effondre contre mon bras et devient complètement hypotonique. Un peu comme si ma main venait lui dire « laisse je vais te tenir à ta place ». Il se laisse alors complètement aller. Je me demande pourquoi Naël n'est pas spontanément venu dans nos bras, si cela lui permet de se consoler. Était-il en état de sidération, de trop grande désorganisation psychique si bien qu'il était incapable de bouger ? Ne savait-il pas que le contact humain lui permettrait de se rassurer ?

Nous restons quelques instants comme cela puis je lui propose de se mettre plutôt sur la chaise, en s'appuyant contre le dossier. Bien qu'il ait arrêté de pleurer, je sens que Naël est encore très tendu. Ses doigts se crispent sur les légumes et son tonus est haut. Sa respiration est encore hachée, il pousse de petits gémissements. Il ne s'appuie pas contre le dossier de la chaise. Lucie prend une autre chaise et se met derrière lui pour le guider dans ses mouvements. Je suis encore dans l'attente. Naël va-t-il se remettre à pleurer ou arrive-t-il à se consoler finalement ? Que pourrions-nous faire ensuite pour l'aider à ne pas être désorganisé par ses émotions ? Hélas, Naël a du mal à utiliser correctement le couteau et le légume tombe par terre deux fois de suite. Ce qui pour moi relève du petit incident apparaît comme un drame pour Naël qui se remet à pleurer. Lucie chante alors une comptine et cela a un effet immédiat sur Naël, qui écoute et arrête petit à petit de pleurer.

Ce n'est pas la première fois que nous essayons de chanter avec Naël et à chaque fois, sa première réaction est de venir dans nos bras et de se laisser bercer comme un tout petit. C'est la première fois que nous chantons pour cette séance. Naël ne va pas dans les bras de Lucie, mais la regarde et est très attentif.

Les comptines lui rappellent-elles des moments particuliers ? Ses parents lui chantent-ils des chansons pour l'apaiser, pour l'endormir par exemple ? Ces mélodies sont-elles associées à un rituel spécifique ? Qu'est-ce que cela crée, qu'est-ce que cela lui fait vivre sur le moment ? La mélodie, le rythme, l'échange de regards créent-ils une enveloppe suffisamment contenant, sécurisante ?

J'observe cette fois-ci et dans d'autres séances que c'est pour lui un moyen efficace pour se consoler, être rassuré.

3.2.5 Un contact humain pour entrer en lien

Une fois la chanson terminée et Naël commençant à être apaisé, je lui propose de venir jouer par terre sur les tapis. Je lui propose également de se mettre contre moi pour avoir un appui-dos car d'après mes observations dans les séances précédentes, c'est également un très bon moyen pour lui d'être rassuré : dès lors qu'il a cet appui, il peut regarder Lucie, lui sourire. Ce n'est pas la première fois que nous nous installons de cette manière : une personne derrière lui et une devant lui. À chaque fois, il est très présent, peut faire des jeux de repousser, regarder la personne en face et sourire, entrer en relation. Dans les jeux de confrontations : il pousse les

maines de Lucie avec ses pieds, peut verbaliser « pousse, pousse ». Il peut également le faire sur demande verbale et tactile : Lucie lui demande de pousser contre ses mains en faisant de petites pressions sur ses pieds.

Dans ces moments de plaisir partagé, je me demande pourquoi un « simple » appui-dos humain est autant efficace. Y a-t-il d'autres éléments qui pourraient entrer en jeu ? Quelle représentation a-t-il de son dos, de son espace arrière ? Ce que nous lui faisons vivre lui permet-il de nous regarder ? Est-ce grâce à ce regard que le lien se crée ? Est-ce le regard qui fait l'échange ou faut-il aussi le toucher pour faire un lien avec l'extérieur et le sortir de sa bulle ? Est-ce parce que Lucie lui parle que Naël peut être en lien ? A-t-il besoin de tous ces éléments pour être en relation ? Fait-il la différence entre son corps et le mien lorsque nous sommes tous les deux collés ? Puisqu'il se laisse aller jusqu'à trouver un appui extérieur (notre corps), cela lui coûte-t-il beaucoup d'énergie de se tenir debout ? A-t-il un axe corporel suffisamment intégré pour se sentir stable dans son propre corps ?

Maintenant tout à fait apaisé, Naël lève les pieds vers Lucie qui, assise en face de lui, les attrape et commence alors un jeu de confrontation. Elle encourage Naël à pousser avec ses pieds. Ce jeu le fait rire. Il a les yeux rivés dans ceux de Lucie et un regard qui semble demander « encore ». Il l'invite à continuer avec ses pieds également, en les tendant à Lucie ou en poussant dans ses mains.

Lors des précédentes séances, ces moments de relation soutenue et durable pendant plusieurs minutes n'étaient possibles que dans le cocon ou avec l'une de nous derrière lui.

Dans cette séance particulièrement, j'ai l'impression que Naël a besoin d'être contenu, d'avoir un appui dans le dos pour qu'un échange soit possible. Et j'ai même l'impression qu'il n'y a que son dos contre mon ventre qui lui permet d'être tout à fait apaisé. N'y a-t-il besoin que d'un appui dans le dos ? Le regard, notre voix, nos gestes ne sont-ils pas tout aussi importants dans cette relation ?

3.2.6 Fin de séances et rituels

Nous finissons la séance par un dernier jeu avec les balles. Lucie les fait tourner rapidement dans une grande toupie. Pendant ce moment, Naël rit, complètement captivé par le mouvement de ces balles, mais il lui est impossible d'être en relation avec nous. Il ne nous regarde pas une seule fois et ne réagit pas à l'appel de son prénom. C'est pour lui une excitation sensorielle

intense qui le sort de la relation contrairement à l'appui-dos tonique qui lui permet de se recentrer sur lui et sur les personnes qui l'entourent.

Il se positionne de manière à regarder la balle avec l'extrémité droite de son champ visuel, en plissant son œil.

L'arrêt de la stimulation est difficile pour Naël. Il demande « encore » en prenant la balle et la main de Lucie. Mais lorsqu'elle ne continue pas, il se lève et tourne en rond dans la salle en faisant vibrer ses lèvres. Je lui signifie en sortant le tissu orange que c'est la fin de séance. Dès qu'il le voit, il arrête de tourner, vient le chercher et s'enveloppe de lui-même dans le drap, jusqu'à cacher sa tête. Comme à chaque fin de séance, nous le berçons en chantant une comptine. Pendant ce rituel, il paraît détendu. Il reste immobile, paraît nous écouter.

Naël a parfaitement associé le drap avec la fin de séance puisqu'il va ensuite à l'endroit de ses chaussures spontanément.

Je me demande si ce rituel permet à Naël de s'apaiser après un moment d'excitation sensorielle intense. Quelles fonctions remplit-il pour lui ? Est-ce seulement la marque de la fin de séance ou y trouve-t-il d'autres fonctions ? A-t-il besoin de la même chanson, du même endroit pour être bercé et du même tissu ou peut-il y avoir des variations ? L'enroulement dans le drap permet-il une autre forme de contenance que le cocon ou notre dos ?

Après ce rituel, il va s'asseoir sur le banc en se tordant pour coller sa tête contre la vitre. Il esquisse des mouvements de pieds pour remettre ses chaussures, toujours sans les regarder ni utiliser ses mains. Il ne sait pas mettre ses chaussures seul sauf ses bottes car il peut le faire sans utiliser ses mains. Bien que nous ayons instauré le rituel de la chanson et du tissu orange, Naël a son propre rituel de fin. Depuis la première séance, il passe sous le bureau avant de se diriger vers la porte. Le bureau est dans l'angle en face de la porte, il y a des placards à roulettes en dessous ainsi qu'une caisse avec des peluches. Ce n'est donc pas l'endroit le plus pratique pour passer. Cependant, je sens bien qu'il est primordial pour Naël de passer à cet endroit car il n'hésite pas à enlever la caisse et pousser les placards pour réussir à passer. Il peut ensuite nous attendre près de la porte avant d'aller rejoindre sa maman. Dans le couloir, il tient encore une fois ma main. Une fois arrivé dans la salle d'attente, il va dans les bras de sa maman un instant. En le voyant, celle-ci lui fait un rapide câlin puis se lève. Elle ne regarde pas Naël lorsqu'elle l'habille, mais profite de ces quelques instants pour s'assurer que tout s'est bien passé. En effet,

elle l'a entendu pleurer. Nous la rassurons et lui disons au revoir, ainsi qu'à Naël. Même avec incitation ou en imitation, il ne nous fait pas de geste pour dire au revoir. En revanche, il nous regarde. Il se dirige ensuite vers la porte de sortie et au moment de la passer, il se retourne une dernière fois pour nous regarder. J'ai déjà observé ce comportement dans les séances précédentes. Je me demande ce que signifie ce regard, est-ce un moyen de nous dire au revoir ? Est-ce un moyen de vérifier que nous sommes toujours présentes même après son départ ? Sait-il que nous existons même lorsqu'il ne nous voit pas ?

3.2.7 Conclusion et vue d'ensemble

Par la suite, nous retrouverons ou reprendrons nombre de ces éléments particuliers dans les autres séances, que ce soit le manque de coordination, l'agrippement à nos mains ou à des objets, les autoagrippements, les jeux de ballons et de stimulations sensorielles, cette difficulté à être suffisamment contenu sans présence humaine dans son dos ainsi que les rituels de fin : le nôtre et le sien.

En reprenant ces différents éléments de séance, je me rends compte que Naël passe sans cesse de personne en personne ou d'objet en objet. Il a sans cesse quelque chose pour s'accrocher, que ce soit nous ou un objet et particulièrement ceux qui tournent ou roulent. Comme s'il avait toujours besoin de prendre appui sur quelqu'un ou quelque chose. Parce que même si je ne perçois pas forcément de relation, il me semble en permanence accroché, presque agrippé à nous ou à un objet. Lorsqu'il n'est ni en contact avec nous ni avec un objet dans les mains, il tourne sur lui-même.

Cependant, n'est-ce pas le propre de tout enfant d'avoir besoin de repères constants, que ce soit par un contact avec un adulte ou par un objet sécurisant ? Quelle est la particularité de Naël qui me donne cette sensation que je n'aurais pas forcément avec d'autres enfants ? Ce que l'on associe à des repères pour les enfants (objet transitionnel, adulte de confiance) signifie-t-il autre chose pour Naël ? Est-ce qu'ils ne sont vraiment « que » des repères ? Naël peut-il être en relation avec nous tout en ayant un objet dans les mains ?

Je me questionne également à propos de son tonus. À première vue il me paraît ajusté : il fait le parcours moteur sans avoir le haut du corps particulièrement crispé, sa marche est détendue bien qu'elle puisse occasionnellement être sur la pointe des pieds. Il a un ballant des bras. Au fur et à mesure de mes observations, j'ai l'impression que cela lui coûte plus que ce que je

supposais. Pour qu'il s'effondre à ce point dès que nous lui proposons un appui-dos tonique et contenant, s'ériger, se tenir doit lui demander beaucoup d'énergie psychique, comme s'il avait sans cesse besoin de penser à sa posture.

Ces observations m'apportent de nombreux questionnements : comment l'aider à construire ses représentations corporelles ? Notamment, quelle conscience a-t-il de son dos, comment lui faire prendre conscience de son espace arrière ? Comment l'accompagner pour qu'il trouve un fonctionnement tonique plus économique ? Comment l'aider à trouver les appuis nécessaires pour se tenir, tenir son axe ? À quoi lui servent ses autoagrippements ? Est-il en lutte contre des angoisses archaïques ? Si oui, lesquelles ? Et comment l'aider à trouver d'autres moyens de s'apaiser ?

PARTIE THEORICO-CLINIQUE

À la suite de la cinquième séance en particulier, ma réflexion a beaucoup cheminé. Naël était très constant lors des premiers mois du suivi, laissant place à une observation fine de ses comportements répétitifs et de leurs origines. Avec peu d'évolution, nous avons pu comprendre quels conflits internes se jouent en lui, contre quelles angoisses archaïques il lutte par ses autoagrippements. Cependant, quelque chose a changé chez lui récemment. Naël présente aujourd'hui de grandes évolutions et semble commencer à trouver un intérêt dans la relation à l'autre. Face à ces changements émerge ma problématique générale : comment l'accompagnement psychomoteur permet-il à un enfant porteur de TSA de construire et d'organiser ses représentations corporelles ?

1. Des angoisses archaïques

Durant toutes ces séances, j'ai pu observer des comportements répétitifs chez Naël. Ils m'ont ensuite fait penser à un moyen de lutter contre des angoisses archaïques encore envahissantes. En effet, Naël ne se représentant pas encore comme une personne unifiée, les angoisses viennent le heurter, l'obligeant à lutter contre elles et l'empêchant d'être disponible à la relation et à l'exploration de l'environnement. Je vais donc approfondir celles qui reviennent le plus souvent.

1.1. L'angoisse d'effondrement

La première angoisse sur laquelle j'aimerais revenir est celle d'effondrement. En effet, la façon dont Naël se laisse glisser lorsque nous lui proposons un appui-dos m'a beaucoup interpellée et me renvoie aujourd'hui à cette angoisse archaïque. Dans son livre *Clinique de l'image du corps : approches plurielles* (2021), Pireyre décrit une situation similaire pour ensuite nous expliciter cette angoisse : « l'effondrement renvoie à l'annihilation du tonus d'attitude » (Pireyre, 2021, p. 156). Comme dans notre cas, la personne s'écroule, n'est plus capable de tenir debout ou assise. Pireyre nous rappelle également la différence entre trois termes. S'accrocher, qui met en avant la passivité : la carte est accrochée sur le mur, mais ce n'est pas elle qui effectue l'action. S'agripper, qui demande un investissement corporel plus important : cela implique d'utiliser ses doigts, de faire un effort et d'être concentré pour conserver cet agrippement. S'appuyer qui implique un support en dessous de notre corps, donc plus construit, acquis et stable et qui demande moins d'effort ou d'attention que l'agrippement. Dans ces séances, je décris un enfant qui s'agrippe à son environnement, à notre main dans le couloir, à un ballon qu'il garde dans les mains ou à une autostimulation. Comme cela implique une

concentration de sa part, il ne peut pas dans le même temps être disponible à l'interaction. Nous pouvons également transposer cela à son axe corporel. S'il se concentre sur celui-ci, Naël apparaît avoir un tonus adapté, un axe corporel stable qui lui permet de se tenir debout sans effort psychique particulier. Cependant, lorsque nous lui donnons la possibilité de ne plus y penser, de ne plus avoir à tenir seul, tout son corps lâche. L'objectif sur ce plan serait donc d'accompagner Naël pour que son axe corporel devienne un appui interne stable et pérenne.

Pour lutter contre cette angoisse et permettre le développement de l'axe corporel comme un appui, le psychomotricien doit trouver le moyen de mettre en confiance l'enfant pour lui montrer que celui-ci peut se tenir à lui en attendant de pouvoir se tenir lui-même. C'est une première forme de lien, plus efficace et moins stérile que les autoagrippements. « Il va devenir, dans le corps à corps, d'abord un « dispositif » fiable d'accrochage puis un « support » d'agrippement » (Pireyre, 2021, p. 166). Le psychomotricien propose tout d'abord une contenance physique, que nous retrouvons par l'appui-dos tonique. À travers la situation de Naël, nous voyons bien que cet appui ne fonctionne vraiment qu'avec un appui humain. Ensuite, l'échange visuel peut se mettre en place. Encore une fois, ce n'est que lorsque Naël a un appui-dos que l'échange de regard, le lien est possible. Ce regard représente les prémices d'une contenance psychique possible. En effet, petit à petit, la mise en mots, et le regard seront suffisamment contenant pour permettre des appuis internes. Par la suite, cette contenance psychique extérieure permet le début de la construction de ses représentations corporelles.

Dans sa rencontre avec le Prince Tamalou, Gaëtan Munoz résume ce long processus de construction des représentations du corps par une démarche qu'il nomme « Lâche-toi-Tiens-moi-Lâche-moi-Tiens-toi » (2013, p. 28). Nous pouvons la reprendre avec deux mouvements. Le premier mouvement va du patient vers nous : lâche-toi, mais tiens-toi à moi. Nous avons vu que l'hétéroagrippement est plus bénéfique que l'autoagrippement sensoriel, car il permet de mettre les représentations du corps au lieu de rester dans des mouvements ininterrompus et stériles. Nous demandons donc à Naël de lâcher ses autoagrippements pour venir s'appuyer sur nous. C'est par ailleurs ce qu'il semble faire en se laissant couler sur nous. Le deuxième mouvement part de l'agrippement du patient vers un appui interne stable : lâche-moi pour te tenir. À ce moment, la personne est capable de se tenir, mais d'une manière adaptée et moins coûteuse en énergie : en ayant intégré son axe corporel. Naël semble commencer à trouver quelques appuis internes car il peut passer quelques minutes à manipuler des jouets en étant assis. Il n'a plus besoin d'être en permanence agrippé à lui-même ou effondré contre nous.

À ce propos, lorsque Naël s’effondre, j’ai parfois l’impression qu’il intègre l’appui que je lui offre comme un appui interne. S’il a l’impression que l’appui vient de lui, cela lui permet de se dessaisir de lui-même, de lâcher le reste. Il y a encore une confusion entre les appuis qu’il essaie de trouver en lui-même et ceux que nous lui donnons pour le sécuriser.

1.2. L’angoisse de morcellement

Toujours en appui sur le livre de Pireyre (2021), je fais l’hypothèse d’une autre angoisse archaïque corporelle encore prégnante chez Naël : l’angoisse de morcellement. Celle-ci est, comme nous l’avons déjà décrit, normale à la naissance. Au fur et à mesure de ses expériences sensorielles et motrices, le bébé va développer ses différents espaces, les réunir pour arriver à un sentiment d’unité corporelle. Lorsque ce sentiment n’est pas présent, lorsque les représentations corporelles ne se construisent pas, il faut alors d’autres moyens pour se sentir en sécurité.

Par exemple, lorsqu’il regarde la balle tourner dans la toupie, nous pouvons émettre l’hypothèse que la stimulation visuelle circulaire qu’il perçoit stimule tout son corps et lui permet de se percevoir en un seul morceau. Cela peut se rejouer avec les autres stimulations circulaires qui donnent à Naël l’impression d’être entouré. Ce mouvement incessant lui permet de se sentir entier et en un seul morceau même si ce n’est pas lui qui bouge directement. Si nous restons longtemps dans la même position, nous finissons par ne plus sentir nos appuis. En se transposant au propre corps de Naël, ce mouvement de la balle lui envoie des informations en continu quant à son propre corps. Ces informations lui indiquent qu’il est toujours entier et en un seul morceau. Cela se remarque d’autant plus chez Naël car il est très difficile pour lui d’être dans une même position pendant plusieurs minutes. Par ailleurs, il a été difficile pour Naël d’arrêter ce jeu très stimulant et efficace comme lutte contre l’angoisse. Ce jeu lui permettait de manière très satisfaisante d’être apaisé. L’arrêt du jeu est donc couplé à un risque de retour massif des angoisses. Cependant, la transition n’est pas trop difficile car nous lui proposons immédiatement une autre alternative pour sentir son corps. En effet, comme c’est la fin de la séance, nous sortons le drap orange dans lequel il s’enroule immédiatement. Être entouré par le drap le sécurise suffisamment pour limiter le retour de ses angoisses.

Pour Naël, il y a donc trois alternatives pour lutter contre cette angoisse. En premier, les autostimulations vestibulaires ou circulaires qui sont très efficaces, mais le coupent de la relation et prennent toute son énergie psychique. En deuxième, le cocon qui est suffisamment

contenant pour qu'il se sente en un seul morceau, et ce de manière moins envahissante car il peut être en lien avec nous. En troisième, être en appui contre notre corps. Cela lui permet de se sentir en un seul morceau de manière suffisamment stable et pérenne pour qu'il soit disponible à l'interaction.

1.3. Hypothèses d'angoisse de vidage et de pulsions agressives

Dans les jeux de Naël, je perçois une troisième angoisse, moins présente, mais qui me paraît tout de même importante. Dans ses autoagrippements, Naël peut faire rouler en boucle une balle sur un toboggan. Cela provoque un état d'excitation intense. Naël est alors enfermé dans ses sensations et n'a plus la capacité d'être en interaction avec nous. Dans cette répétition, j'ai l'impression que Naël voit la balle comme si elle était vivante : elle se déplace seule alors qu'il l'a lâchée, il la pose à un endroit et elle ressort à un autre endroit. Cela me fait penser à une transposition de la vision qu'a Naël de son corps. Si nous considérons que le toboggan représente son corps, cela veut dire qu'il peut lui aussi mettre un objet dans son corps et qu'il ressorte à un autre endroit. Naël nous parlerait-il ainsi de la perception de son système digestif ? En prenant en compte le fait que Naël n'est pas encore propre, peut-être est-il en train de comprendre comment son corps fonctionne, en lien avec un début de contrôle sphinctérien.

Parallèlement, le fait que Naël se nourrisse exclusivement d'aliments mous parle également de cette angoisse. Tustin (1986), repris par Pireyre (2021, p. 126) évoque ces enfants effrayés par le trou que représente leur bouche et qui ne sont pas capables de manger des aliments autrement que tout rond ou effrayés de faire rentrer quelque chose dans leur corps.

De plus, mâcher nécessite de pouvoir exprimer ses pulsions agressives. Pour le tout-petit, le sein représente la nourriture. S'il n'y a pas de différenciation entre la mère et le bébé, mordre le sein signifierait attaquer sa propre intégrité. Comme Naël est encore en cheminement vers l'individuation et commence à être différencié, il paraît donc normal qu'il soit encore difficile pour lui de mâcher. Par ailleurs, il ne met rien à la bouche spontanément.

2. Vers une intégration de l'espace arrière

Au-delà de cet axe corporel fragile et de ces angoisses sous-jacentes qui entravent les interactions avec Naël, c'est par la construction de son espace arrière que celui-ci pourra s'apaiser et peut-être se sentir moins morcelé.

2.1. Un contact humain, un tonus qui s'effondre

Ce travail d'appui de son dos contre mon ventre est celui le plus intéressant dans le début de prise en soin de Naël. En effet, c'est par cette proposition contenant et soutenant que nous sommes en lien avec lui de la manière la plus efficace et la plus prolongée. Notre tonus l'aide à réguler le sien. Grâce à cette proposition, il est capable de repousser, d'ajuster sa force à la nôtre. Cela l'aide pour réguler son tonus d'une manière plus générale et lui coûte moins d'énergie psychique. Dans ce cadre sécurisant, les pulsions agressives peuvent s'exprimer et être bénéfiques. Là où il ne pouvait utiliser cette pulsion pour couper le légume en deux lorsqu'il était désorganisé, il peut cette fois l'utiliser pour repousser les mains de Lucie avec ses pieds. Cette agressivité n'est plus dangereuse, ne risque pas de porter atteinte à son intégrité.

Dans son livre *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Bullinger amène l'idée que l'enfant doit passer par un stade de fusion avant de pouvoir se différencier. D'après lui, c'est par « cet ajustement au tonus de l'autre, la mise en forme du corps imposée [...] c'est de cet espace de fusion offert par le dialogue tonique qu'émergent l'individuation et les premières images corporelles. » (Bullinger, 2004, p. 172). Ce qui se joue entre son corps et le mien, cet ajustement que Naël trouve dans son jeu contre Lucie sont des étapes importantes dans le processus de différenciation. Ces jeux de confrontation en particulier lui permettent de sentir ses propres limites et celles de l'autre. C'est également le travail que nous pouvons proposer avec les percussions corporelles lorsqu'il est sur nous. Nous alternons entre des moments de fusion où il peut trouver un appui sur nous, mais sans se tenir et des moments de recrutement tonique en lui faisant sentir l'intérieur de son corps par des vibrations osseuses.

2.2. Percussions corporelles

Cette proposition des percussions corporelles, Naël a toujours semblé l'apprécier. Cela le fait sourire, rire et lui permet de se recruter efficacement pour se redresser et tenir seul. Il apprécie particulièrement les tapotements sur la colonne vertébrale et les côtes au niveau dorsal. En effet, si nous le faisons alors qu'il est allongé sur le ventre par exemple, il sourit, relève la tête. Pendant une séance, Naël était allongé sur le ventre, les jambes au sol et le reste du corps sur un pouf un peu rigide. Il jouait avec Lucie à faire monter et descendre des animaux le long de ce pouf. Ayant encore en tête que l'enfant projette sur son environnement ce qu'il peut vivre dans son corps, je m'approche et commence à faire des percussions sur ses os au rythme du déplacement des animaux : lorsqu'ils montent, mes doigts montent tapotant le long de son dos

en direction de sa tête. Lorsqu'ils descendent, mes doigts descendent également et font vibrer ses os jusqu'au bout des pieds. Dès le début, je sens Naël porter attention à ce que je fais et au lien entre nos mouvements. Je ne vois pas son visage, mais Lucie me rapporte ensuite qu'il souriait et la regardait beaucoup plus. Il a ensuite pu changer sa manière de faire voyager les animaux, les faisant aller plus ou moins vite, ou monter plus ou moins haut. Même en n'ayant pas de retour visuel, je sentais que nous étions en interaction. Nous faisons aussi beaucoup de percussions corporelles sur sa colonne vertébrale quand Naël est proche de nous ou qu'il commence à s'effondrer dans nos bras. Cela lui permet tout de suite de se redresser. Cela me donne l'impression qu'il oublie pendant un instant qu'il doit tenir droit ou comment le faire. C'est un peu comme s'il avait besoin d'une sollicitation extérieure pour se souvenir qu'il a un dos. Ces percussions l'aident à construire ses représentations corporelles en lui communiquant directement des informations sur son corps. Les vibrations lui permettent de ressentir ses os, ses muscles, où ils commencent et où ils s'arrêtent. Pour reprendre Bullinger sur le développement de l'enfant, la fonction de redressement est acquise, mais elle n'est pas encore complètement investie. Naël a encore besoin de l'explorer pour l'intégrer. Ces propositions sont donc importantes pour aider Naël à stabiliser et investir ses représentations corporelles pour que celles-ci puissent s'inscrire durablement et sans surcoût énergétique. (Bullinger, 2004)

3. Pour jouer avec la différenciation

Naël semble naviguer autour de la différenciation. Il alterne entre des moments de fusion où il ne semble pas percevoir de différence entre son corps et le nôtre et des moments où il peut se représenter comme une personne unifiée et différenciée. Pour mieux comprendre son cheminement, revenons sur le jeu des légumes à séparer en deux. Lorsque nous avons proposé à Naël ce jeu pour la première fois, c'était dans la volonté d'observer ses compétences en motricité fine. Nous avons pu observer que lorsqu'il est apaisé, il peut se recruter toniquement, avoir des pulsions d'agressivité suffisantes pour couper le légume en deux et supporter que nous ne fassions pas qu'un. Cependant, lorsque Naël prend ce jeu après avoir pleuré, il est en grande fragilité psychique. Nous venions de lui refuser une voiture dont il avait probablement besoin comme moyen de lutte contre l'anxiété (faire tourner les roues des voitures est l'un de ses autoagrippements). En reprenant le travail de Dolto sur la projection des jeux de l'enfant sur ce qu'il se passe dans son corps, plusieurs hypothèses sont possibles. (Dolto, 1992)

En étant fragile psychiquement, Naël peut rencontrer des difficultés à se représenter et donc à se sentir différencié. Couper le légume en deux pourrait donc revenir à se couper lui-même en deux et aller contre son intégrité physique. Ce vécu est extrêmement violent. En plus, Naël remarque qu'il n'y arrive pas jusqu'à faire tomber deux fois le légume par terre. Ces différents postulats additionnés les uns aux autres, il n'est pas étonnant que Naël se remette à pleurer. Cependant, si lorsqu'il est désorganisé, couper le légume peut revenir à se couper lui-même, nous pouvons également faire l'hypothèse que lorsqu'il est apaisé et dans un cadre sécurisant, Naël peut utiliser ce jeu pour se couper de nous. Différencier les deux bouts du légume serait comme différencier son corps du nôtre.

S'il ne se sent pas complètement unifié, cela doit donc être difficile pour Naël de se séparer complètement de nous. D'une part se séparer de nous pourrait signifier perdre ses appuis pour Naël. D'autre part, s'il vit l'appui que nous lui proposons comme venant de son propre corps, alors se séparer de nous reviendrait à se couper lui-même en deux. Cette idée est également appuyée par le fait que nous sommes toujours deux en séances avec Naël : Lucie et moi. Si mon premier questionnement était de savoir si Naël nous différenciait Lucie et moi, émerge aujourd'hui une autre hypothèse : Naël pourrait-il se dire qu'il faut deux personnes pour se sentir entier ?

Dans ce contexte, se différencier de nous peut également être violent. En effet, un refus créer une rupture dans la relation. Tout d'un coup, le désir de l'autre est différent du nôtre. La différenciation est brutale et arrive sans prévenir. Si Naël n'est pas capable psychiquement à ce moment de se séparer de nous, le refus l'y oblige et cela le désorganise, le sidère, le submerge. En effet, si la différenciation se fait naturellement, le lien entre Naël et nous est constant, il reste sécurisant, mais si le lien se rompt, l'angoisse de morcellement revient massivement. Cette rupture pourrait expliquer le fait que Naël ne puisse pas venir spontanément dans nos bras pour être consolé. Ensuite, je propose un jeu où il faut encore une fois séparer deux éléments. Peut-être que cela est encore plus difficile pour Naël qui serait plus en sécurité si tout restait collé, en fusion. D'après cette hypothèse, il paraît donc normal que Naël ne joue que du bout des doigts et qu'il se désorganise au moindre incident.

4. Évoluer en trouvant des stratégies de compensation de manière autonome

4.1. Disparition des autoagrippements sensoriels

En reprenant le fil des séances, je constate qu'aujourd'hui Naël n'a que très peu d'autostimulations. En effet, il ne se coupe plus du lien en marchant en rond dans la salle et ne cherche plus à faire tourner des objets bien que nous puissions toujours jouer avec des balles. J'ai également remarqué qu'il n'a plus besoin de passer sous le bureau, en faisant son propre rituel avant de partir. En parallèle de cela, un jeu revient beaucoup. Il se met sous une couverture en laine que je suppose suffisamment épaisse et chaude pour qu'il puisse se sentir contenu sans avoir besoin d'une aide extérieure. Lorsque nous sommes sous cette couverture, les ballons ne sont plus utilisés comme moyen de se stimuler, mais pour entrer en interaction. En effet, nous pouvons nous les échanger à travers un petit tunnel. La continuité d'espaces suffisamment fermés, entre la couverture et le tunnel peut également l'aider à contrer ses angoisses et être suffisamment sécurisé pour laisser place à une création de lien : il me regarde par le tunnel. Dans ce contexte, il peut m'envoyer tous les ballons, attendre que je les renvoie tous pour ensuite recommencer. Cette répétition d'échange avec les ballons me rappelle un autre moment. En effet, il adoptait cette même répétition d'aller-retour lorsqu'il faisait rouler la balle sur le toboggan. Cependant, cette situation provoquait un débordement d'excitation chez Naël et l'empêchait d'être en relation avec nous tandis que par cet aménagement avec la couverture, Naël est en lien avec nous.

Je remarque également que Naël n'a plus nécessairement besoin de nous tenir la main pour marcher dans le couloir. S'il devait obligatoirement être accroché à quelque chose ou à quelqu'un en permanence en début de suivi, il peut aujourd'hui nous lâcher un peu plus.

Depuis quelques séances, Naël a toujours un ballon dans les mains. C'est un ballon un peu mou. C'est le seul objet que nous l'avons vu mettre contre sa bouche pour se stimuler les lèvres. Lorsqu'il l'a, il n'a pas besoin d'autoagrippements. Cette stimulation buccale lui suffit pour être en sécurité. Même s'il peut parfois se couper de la relation lorsqu'il se stimule avec, il peut être en lien avec nous en l'ayant dans les mains. Avec ma tutrice, nous l'appelons le « ballon-doudou » car il prend ce rôle en séance. En effet, il permet à Naël d'être plus rassuré et moins envahi par ses angoisses archaïques. Naël le positionne toujours près de lui s'il ne l'a pas dans sa main, ne le lâche que s'il a besoin de ses deux mains et l'avoir près de lui l'apaise. Cela me fait penser à la notion d'« objet transitionnel » par Winnicott. Pour lui, « tôt ou tard dans le

développement de l'enfant, apparaît chez celui-ci une tendance à entremêler des objets « autres-que-moi » à son schème personnel. Dans une certaine mesure, ces objets représentent le sein maternel ». (Winnicott, 2010, p. 32). L'image du sein maternel permet donc de se rassurer et d'être en sécurité. Le doudou favorise la séparation et permet d'être toujours en sécurité même sans présence physique de la figure d'attachement. Naël utilise le ballon comme un objet transitionnel. Cependant, cela ne l'aide pas à se séparer de sa mère (cela n'a jamais été difficile) mais à se séparer de nous, comme un support pour avancer sur le chemin de l'individuation.

Si l'objet transitionnel, plus communément appelé doudou, permet normalement à l'enfant de se séparer de ses parents, Naël l'utilise comme transition par rapport aux stéréotypies. Pour le dire autrement, comme nous l'avons vu avec le Prince Tamalou, le ballon est utilisé pour passer de l'autoagrippement sensoriel à l'appui interne. (Munoz, 2013)

Bien sûr, il est également important de prendre en compte que Naël grandit, se développe. Il est donc normal et plutôt rassurant qu'il y ait des évolutions dans ses comportements.

4.2. Trouver ses propres moyens d'apaisement

Au fur et à mesure des séances, Naël trouve seul le moyen de s'apaiser, ce qui correspond pour lui à trouver un endroit, une position suffisamment contenant pour qu'il puisse ressentir un corps unifié et délimité. Il sait grimper seul dans le cocon et nous demande de l'accrocher s'il ne l'est pas. Par ailleurs, si nous mettons trop de temps pour l'accrocher, il se met à pleurer. Face à ce comportement, je propose deux hypothèses : il ne comprend pas pourquoi il faut attendre et est frustré que son souhait ne se réalise pas sur le moment ; il avait besoin de contenance à cet instant et le moyen de se sécuriser qu'il a trouvé est indisponible sur le moment. De plus, nous pouvons également reprendre la notion de séparation que nous avons étudiée avec le jeu des légumes. Le délai induit la séparation entre désir et satisfaction. Comme un nourrisson est capable petit à petit de patienter avant d'être nourri, il faut à cet endroit également séparer désir et satisfaction. Depuis quelques séances, il prend une couverture pour se cacher dessous avec tous les ballons qu'il sort du placard. Sa mère nous rapporte qu'il fait également cela à la maison. Lorsqu'il est sous sa couverture, nous pouvons le rejoindre et faire des échanges de ballons, entrer en contact. Il peut par exemple nous donner un ballon dont nous disons la couleur ou les compter. Nous avons réitéré ce jeu quelques séances et petit à petit, la couverture peut glisser, être moins présente jusqu'à être simplement posée sur ses épaules. Ces comportements sont intéressants et marquent une évolution chez Naël qui peut aujourd'hui être

plus aisément en lien avec nous dès lors qu'il a la couverture sur son dos ou son « ballon-doudou » dans ses mains.

Bien que cela lui permette d'avoir une plus grande stabilité interne, une fois que celui-ci est désorganisé, il lui est encore très difficile d'être consolé. Il ne vient pas encore spontanément dans nos bras même si de l'extérieur nous voyons que c'est un moyen pour lui d'être apaisé. Il conserve un état de sidération et ne vient pas vers nous même si nous l'y invitons, comme s'il n'avait pas associé notre présence dans son dos à un état d'apaisement.

Pour finir, Naël utilise souvent le drap orange de la chanson de fin de séance pour s'enrouler à l'intérieur, ce qui nous ramène à un besoin de contenance. Nous pouvons également faire le lien avec l'angoisse de morcellement qui peut ici être soulagée par le drap qui entoure Naël et exerce une légère pression sur tout son corps.

4.3. Émergence du langage et de la volonté de communication

Ces trois séances ont été riches en évolution sur le plan corporel comme nous avons pu le décrire précédemment. En parallèle, Naël a également beaucoup évolué au niveau de son langage oral. Il nous regarde de plus en plus et a envie de communiquer avec nous. Il répète les mots que nous prononçons en les associant à ses actions. Il peut également faire des demandes verbales. Si nous avons déjà relevé des mots, Naël les prononçait sans volonté de communication. Aujourd'hui, une grande partie de ces mots nous sont adressés. Il répète des mots ou des sons en explorant les sensations que cela lui procure.

Il est très important d'apprendre à communiquer. C'est par le langage, qu'il soit verbal ou non, que nous pouvons nous exprimer, raconter nos pensées. En commençant à dire « non », Naël s'individualise. Il commence à s'affirmer en tant que personne, qui peut dire si ce qui lui arrive lui convient ou non. Pour appuyer cette idée, nous reprendrons la notion d'« identité narrative » de Paul Ricoeur (1985). Il nous explique que c'est par la parole que nous montrons au monde notre identité. Par la manière dont nous nous racontons, nous nous donnons une consistance. Il est nécessaire de mettre en mot certaines expériences vécues, certaines manières de se percevoir et de percevoir les autres pour se donner une identité.

Au-delà de permettre le développement d'une identité, enjeu majeur chez Naël, communiquer avec lui permet d'ajuster notre posture, notre suivi et de l'accompagner au mieux. S'il est capable d'exprimer ce qu'il veut ou non, s'il peut nous parler de ses difficultés en nous

demandant de l'aide par exemple, cela nous aide à mieux le comprendre pour que nos objectifs soient les plus précis possibles et nos actions les plus efficaces possibles.

5. Apprentissage et imitation

5.1. La relation au cœur de la prise en soin

Un point sur lequel il me paraît nécessaire de revenir est l'importance de l'autre dans l'accompagnement des personnes ayant un TSA. En effet, dans leur livre *Pour une pédagogie du lien* (2011), Lenfant et Leroy-Depiere nous rappellent : « les autistes ont besoin qu'on fasse l'effort de les aider à relier entre elles des informations, des sensations, des perceptions, des connaissances » (Lenfant & Leroy-Depiere, 2011, p. 1). Dans leur fonctionnement, ils ne perçoivent le monde que par bribes, les stimuli ne se lient pas les uns aux autres. C'est pourquoi notre rôle peut également se jouer dans cet accompagnement-là, afin de les aider à mieux comprendre le monde qui les entoure. Ces auteurs nous rappellent également que « la problématique du lien se retrouve dans toutes les dimensions du fonctionnement des personnes autistes » (Lenfant & Leroy-Depiere, 2011, p. 1). C'est pourquoi il est important d'être présent à leurs côtés et d'essayer de faire du lien tant avec eux qu'entre les éléments qu'ils perçoivent. Le lien est ce qui nous permet de nous développer, de grandir.

C'est pourquoi les tout petits privés de ce lien affectif présentent dans leur développement des séquelles à vie. Ce phénomène est appelé hospitalisme et il nous montre l'importance des relations dans notre vie. Le dictionnaire Le Robert définit l'hospitalisme par tous les « troubles psychosomatiques présentés par un jeune enfant à la suite d'une hospitalisation prolongée, qui le prive des relations affectives avec sa mère. » (Le Robert, s. d.). La séparation trop longue avec la mère, que nous pouvons élargir à toutes les personnes s'occupant de manière affective de l'enfant a de graves répercussions sur celui-ci. En effet une rupture prolongée amène l'enfant à se laisser mourir. Plus qu'une simple aide, la relation teintée d'affection avec d'autres êtres humains est primordiale pour être en bonne santé.

La relation est au cœur de nos vies, mais il n'est pas évident d'entrer en relation avec tout le monde. Cela se retrouve particulièrement chez les personnes avec un TSA. Encore plus lorsqu'il n'y a pas de langage verbal, il faut faire l'effort d'entrer dans leur monde, de les rejoindre là où ils en sont de leur développement et de la compréhension de leur environnement. Le livre de Lenfant et Leroy-Depiere reprend également l'importance de s'adapter au patient :

Ils ont d'abord besoin qu'on fasse l'effort de les comprendre dans les particularités de leur fonctionnement, dans la réalité de leurs difficultés à se construire, à s'adapter à notre manière de penser et donc au monde que nous avons façonné en conséquence (Lenfant & Leroy-Depiere, 2011, p. 2).

Enfin, ce n'est qu'en respectant leur rythme et en nous y adaptant que nous pourrons les aider réellement : « il faut les rejoindre là où ils en sont dans leur développement, et non là où nous voudrions qu'ils soient, afin de les aider à progresser authentiquement » (Lenfant & Leroy-Depiere, 2011, p. 2).

Une fois que nous avons réussi à évaluer les capacités, compétences et difficultés et une fois que nous avons pu faire état des représentations corporelles de notre patient, il faut trouver la manière appropriée de l'accompagner dans son développement. Pour Naël, la relation à trois est très importante et efficace. Ainsi il peut y avoir une personne derrière lui, lui permettant un espace arrière sécurisant et une personne en face de lui avec qui Naël peut entrer en lien, faire de nouvelles expérimentations. Il peut réussir des jeux d'encastrement bien plus efficacement que s'il était assis par terre ou sur une chaise. Cette configuration particulière permettant la relation et aidant au développement de l'enfant est reprise dans ce livre par l'exemple de l'imitation.

Les conditions optimales, pour permettre à l'enfant d'imiter les gestes de l'adulte, requièrent bien souvent d'être deux [...] Un des adultes contient l'enfant physiquement [...] pendant que l'autre adulte, en face-à-face, élabore des gestes et essaie d'instaurer des petits jeux d'alternance. (Lenfant & Leroy-Depiere, 2011, p. 65,66)

Pour Naël spécialement, la question du lien s'est beaucoup posée. Nous avons tâtonné pendant plusieurs séances avant de savoir comment entrer en lien avec lui, comment faire durer ces moments et de quelle manière faire diminuer ses stéréotypies. Penser ce patient n'a pas non plus été évident. Le mouvement incessant de Naël peut nous donner l'impression d'une tempête dans nos pensées également et avec ma tutrice, nous avons, encore aujourd'hui, besoin de quelques minutes après la séance pour éclaircir la séance qui vient de se passer. Écrire sur ce patient m'a beaucoup aidé à le penser, le comprendre et prendre du recul sur les nombreux vécus que nous partageons en séance.

Un autre élément pour mettre en avant l'importance du lien est que Naël est toujours très content de venir en séance. Lorsque nous arrivons, il regarde sa mère et dès qu'elle lui dit d'y aller, il nous regarde, arbore un grand sourire et court jusqu'à la salle de psychomotricité. N'ayant plus besoin de nous tenir la main, il va à la salle tout seul et avec dynamisme. Cet enthousiasme, Naël nous le transmet. En dehors des moments difficiles et de désorganisation, les séances se déroulent toujours avec plaisir pour Naël. Si le lien n'était pas apaisant, s'il n'était pas en confiance et si les séances n'étaient pas bénéfiques pour lui, ce suivi serait beaucoup plus difficile pour Naël comme pour nous.

5.2. Permettre l'imitation, point clé de l'apprentissage

Cette même configuration, Naël contre mon ventre et Lucie en face de lui, soutient également le développement du langage oral. C'est une proposition d'expérimentation idéale pour favoriser l'imitation des expressions faciales et des mots prononcés par la personne en face. En effet, l'imitation est le premier outil que possède le nourrisson pour se développer. C'est en imitant les personnes qui l'entourent qu'il pourra sourire, apprendre à se déplacer...

Les recherches autour des neurones miroirs appuient également cette hypothèse. Comme Zalla et Labryère le reprennent dans leur article, « Leur caractéristique principale est de s'activer aussi bien lorsque l'individu effectue une action spécifique ou lorsqu'il observe un autre individu en train d'exécuter la même action (Rizzolatti et al., 2001). » (2009)

Pour une même action, si nous la faisons directement ou si nous l'observons en train d'être effectuée, certaines aires identiques du cerveau sont utilisées. Les conclusions des recherches actuelles se portent sur le fait que pour commencer à apprendre un geste, le regarder est efficace. Bien sûr nous aurons également besoin d'un entraînement physique, mais l'apprentissage du geste aura déjà été amorcé par l'observation. Ainsi, c'est en étant au contact de l'autre que nous apprenons de nouvelles compétences, que nous pouvons développer nos capacités. Pour cela, une bonne perception des stimuli est nécessaire, ce qui n'est pas forcément évident dans le cadre du TSA, comme nous l'avons vu précédemment.

Depuis quelques séances, nous remarquons que Naël commence également à nous imiter même sans être assis par terre, avec l'une de nous dans son dos ou même sans être dans le cocon. Il peut également le faire quand nous sommes debout, en lançant un ballon dans un grand sac par exemple. Pendant qu'il fait cette action, il dit « lance » ou « ballon ». Il peut également nous

imiter lorsqu'il est allongé par terre même si cela est plus rare. Ce développement de l'imitation pourrait nous indiquer que Naël commence à intégrer son espace arrière, le sécurisant. S'il n'est plus obligé d'y penser à chaque instant ou de lutter en permanence pour se sentir en un seul morceau, il peut donner plus d'énergie dans l'exploration de son environnement dont nous faisons partie. Cependant, ce processus de consolidation de l'espace arrière est encore loin d'être terminé. En effet, Naël a besoin d'être en mouvement, debout ou au contraire avoir beaucoup d'appuis en étant allongé au sol pour que cette capacité puisse se développer.

Cependant, pour comprendre le fonctionnement de l'enfant, ses capacités et les processus mentaux qui le travaillent, entrer en interaction avec lui est primordial.

Le développement de l'enfant sans pathologie passe par de nombreuses étapes, avec une rapidité fulgurante. Il progresse chaque jour dans le développement et la maîtrise de ses compétences tant motrices que cognitives. Pour cela, il est accompagné au quotidien par son environnement et notamment ses parents. En effet, c'est en imitant que l'enfant apprend en majorité. Seulement, lorsque tout ne se passe pas de manière attendue, cet accompagnement parental n'est pas suffisant. Ceux-ci se tournent donc vers des professionnels du tout-petit pour essayer de se faire accompagner au mieux et de minimiser les difficultés de leur enfant pour qu'une fois arrivée au terme de son développement, l'enfant puisse s'intégrer au mieux dans la société. Dans ce cadre, la psychomotricité est tout particulièrement indiquée. En effet, elle est spécialisée dans le développement de l'enfant, de son corps à son cerveau. Pour les enfants TSA en particulier, elle permet de comprendre leurs particularités sensorielles, leurs comportements spécifiques et d'agir en conséquence pour leur permettre de développer leurs capacités. En effet, les enfants ayant un TSA ont généralement beaucoup de difficultés à faire du lien entre les différents éléments qu'ils perçoivent. Cela se retrouve tant au niveau des stimuli sensoriels qu'au niveau de leur propre corps. C'est pourquoi la psychomotricité va chercher à faire du lien entre les différentes parties de leur corps, mais également, leur faire comprendre le lien entre émotions et ressentis corporels par exemple. En sachant que l'imitation est primordiale dans le développement de l'enfant, quand nous jouons avec Naël, nous amplifions nos faits et gestes et nos imitations. Grâce à cela, il peut plus facilement s'approprier les expériences corporelles et verbales que nous pouvons proposer.

Conclusion et ouverture

Conclusion et ouverture

La construction des représentations corporelles est un enjeu majeur du développement de l'enfant. Pouvoir se sentir comme un être unique, identifié et pourvu d'une individualité est ce qui nous permet de vivre sereinement au quotidien. La rencontre avec Naël m'a permis d'observer ce cheminement et de mieux comprendre les différentes étapes de ce développement. En effet, si à la naissance le bébé est en fusion avec la figure d'attachement qui le nourrit, il va petit à petit s'en séparer pour prendre conscience de son propre corps. Il se différencie. Ce processus continue ensuite vers l'individuation : l'enfant construit son identité propre, avec des désirs et des pensées différentes de ses parents. La contenance physique et psychique, les percussions corporelles ou l'imitation sont autant d'appuis pour les aider à organiser et construire leurs représentations corporelles. Pour Naël, cette différenciation apporte un vécu corporel sécurisant qui lui permet également de prendre conscience de son axe corporel pour que tenir soit plus économique.

Pour un enfant présentant un TSA, il est particulièrement compliqué de construire ses représentations corporelles. Face à une multitude de stimuli séparés les uns des autres, face à un corps qui ne s'unifie pas, il est difficile d'avoir la disponibilité pour développer ses compétences. La psychomotricité est primordiale dans ce processus de différenciation et d'individuation, pour faire évoluer les conflits internes et permettre d'autres ouvertures telles que notamment la relation à l'autre et le langage. Le positionnement que nous pouvons proposer, les jeux et expériences d'un corps entier, en un seul morceau aident l'enfant à mieux percevoir son corps. En observant son comportement face à nos propositions ou au contraire, en le laissant jouer avec son environnement, le psychomotricien tente de comprendre ce qui se joue en séance pour le patient, ce qu'il peut raconter par ses gestes à défaut du langage.

Mon expérience avec Naël a soulevé de nombreux questionnements, m'amenant à réfléchir sur son fonctionnement psychique pour l'accompagner au mieux. C'est par ce comportement si particulier d'un axe qui s'effondre au moindre toucher, que je me suis tourné vers l'hypothèse d'angoisses archaïques encore présentes. Celles-ci ne permettraient pas à Naël d'autres comportements que ceux qu'il utilise pour lutter contre ces angoisses. En effet, après une première observation, je pensais que son tonus était adapté mais par la suite, je me suis rendu compte qu'il lui coûtait beaucoup d'énergie psychique et peut-être physique. Je pensais également que Naël n'était pas encore différencié mais aujourd'hui, il semble plus approprié de

dire que cela se joue autour de la différenciation, avec des moments de fusion et des moments où Naël est plus individualisé. C'est dans ce jeu de collage-décollage que Naël peut construire et organiser ses représentations corporelles. Ce corps à corps avec lui m'a également touchée personnellement, m'obligeant à toujours trouver de nouvelles manières d'entrer en lien. Le rapport qu'il a avec son corps n'a cessé de m'étonner, de me pousser dans mes retranchements.

S'il est difficile pour Naël de faire du lien entre les stimuli, il n'a pas été évident d'organiser mes observations, de savoir quoi ou comment observer Naël. Celui-ci renvoie une image très éparpillée et même avec du recul, du temps et de la réflexion sont nécessaires afin de rassembler cette image. Cette difficulté à relier les perceptions que j'ai de Naël a également impacté ma manière d'entrer en lien avec lui. L'entrée en interaction nous demande de nous renouveler, il est difficile de savoir par quelle porte nous pouvons entrer dans son monde.

Par la suite, il me paraît intéressant de me pencher davantage vers la notion de dialogue tonico-émotionnel apportée par Ajuriaguerra. C'est dans son discours dans une université de Barcelone qu'Ajuriaguerra dit cette phrase que j'ai reprise en guise d'épigraphe : « notre corps n'est rien sans le corps de l'autre » (Ajuriaguerra, 1983, cité par Joly, 2003, p. 40). C'est également en prêtant notre corps et surtout nos élaborations psychiques que nous aidons Naël à organiser ses représentations corporelles. Analyser cette même situation sous le prisme du dialogue tonico-émotionnel me semble pertinent. En effet, pour sentir ses appuis, Naël utilise notre corps. À partir de ce postulat, quels messages pouvons-nous lui faire passer par notre corps, notre tonus ? Et comment l'utiliser pour accentuer encore plus cette aide de construction des représentations corporelles ?

Bibliographie

Bibliographie

- ANESM. (2010). Recommandations de bonnes pratiques professionnelles—Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_autisme_anesm.pdf
- Bloch, H., & Casalis, D. (2002). Dictionnaire fondamental de la psychologie (Nouv. éd, Vol. 1). Larousse.
- Bullinger, A. (2004). Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars : Un parcours de recherche. Éd. Érès.
- CNRTL. (s. d.). ANGOISSE : Définition de ANGOISSE. Consulté 24 avril 2024, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/angoisse>
- Dolto, F. (1992). L'image inconsciente du corps (BU Education Bourg-en-Bresse 150.19 DOL). Éd. du Seuil.
- DSM-5. (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (M.-A. Crocq & J.-D. Guelfi, Trad.; 5e éd). Elsevier Masson.
- Gilmer, É. (2016). Succès et limites. L'école des parents, 619(2), 43-45.
<https://doi.org/10.3917/epar.619.0043>
- Handicap.gouv. (2021, mars 16). La stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement (2018-2022). <https://handicap.gouv.fr/la-strategie-nationale-autisme-et-troubles-du-neurodeveloppement-2018-2022>
- INSERM. (2004). Psychothérapie : Trois approches évaluées.
<https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/57>
- Joly, F. (2003). « Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre » À propos de l'enfant autiste et de son corps. Thérapie psychomotrice et recherches, 134, 40-57.

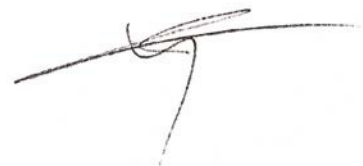
- Lafforgue, P. (1999). Cadre et identification projective. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 118, 86-91.
- Le Robert. (s. d.). hospitalisme—Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert. Consulté 10 mai 2024, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/hospitalisme>
- Lenfant, A.-Y., & Leroy-Depiere, C. (2011). *Autisme, l'accès aux apprentissages : Pour une pédagogie du lien*. Dunod.
- Lockart, I. (2009). « C'est toujours pareil »... Variations toniques en relaxation. *Thérapie psychomotrice et recherches*, 157, 72 à 82.
- Munoz, G. (2013). Le polyhandicap : Une problématique psychomotrice existentielle (ou l'épineuse question du «T'as mal où ?»). *Thérapie psychomotrice et recherches*, 46(176), 20 à 33.
- Pireyre, É. W. (2019). *Autisme, corps et psychomotricité : Approches plurielles*. Dunod.
- Pireyre, É. W. (2021). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept (3e éd)*. Dunod.
- Ponce de León Leiras, E. (2020). Mythes et réalités à propos de la psychanalyse et de l'autisme. *Perspectives actuelles de la psychanalyse et des neurosciences. La psychiatrie de l'enfant*, 63(2), 11-31. <https://doi.org/10.3917/psy.632.0011>
- Ricœur, P. (1985). *Temps et récit. 3 : Le temps raconté*. Éd. du Seuil.
- Robert-Ouvray, S., & Sergnet-Laval, A. (2012). *Manuel d'enseignement en psychomotricité—Tome 1 Concepts fondamentaux*. Solal.
- Winnicott, D. W. (2010). *Les objets transitionnels (Nouvelle éd.)*. Payot & Rivages.
- Zalla, T., & Labruyère, N. (2009). Chapitre 9. Neurones miroirs et autisme. In *Psychose, langage et action* (p. 149-166). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.dagog.2009.01.0149>

Vu par le maître de mémoire,

Gaëtan Munoz

À Lyon,

Le 15/05/2024

A handwritten signature in dark ink, consisting of a horizontal line with a loop and a vertical stroke extending downwards.

Auteur : Gwenaëlle LAMBERT

Titre : Un axe qui s'effondre, une différenciation encore précaire

Ou comment la construction des représentations corporelles d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme lui permet de cheminer dans le processus d'individuation

Mots - clés : psychomotricité – autisme – représentations corporelles – processus d'individuation

Psychomotricity – autism – body representations – individuation process

Résumé : Les représentations corporelles s'organisent dès notre naissance et dans nos premières années de vie. Elles nous permettent la connaissance de notre corps, nous apportent un sentiment d'unification corporelle et permettent de construire notre individualité. Cependant, lorsque ce processus est ralenti ou stoppé, il est difficile de vivre en étant apaisé. Les angoisses archaïques sont toujours envahissantes et l'énergie disponible est alors utilisée pour lutter contre elles. Pour les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme cela se remarque particulièrement. En effet, leurs stéréotypies ou auto-agrippements sensoriels prennent toute la place en luttant contre ces vécus désorganisateurs. La psychomotricité va tenter de l'accompagner dans la construction de ses représentations corporelles pour apaiser ces angoisses. L'enfant sera ainsi disponible pour explorer son environnement et développer ses capacités.

Body representations begin from our birth and in our early years of life. They allow us to understand our body, provide us with a sense of bodily unification and thanks to these representations, we can build our individuality. However, when this process is slowed down or halted, living peacefully becomes very difficult. Archaic anxieties become overwhelming, and the whole available energy is then used to struggle against them. This is particularly noticeable in individuals with autism spectrum disorder. Their stereotypies or sensory self-gripping behaviors dominate to fight against disorganizing experiences. Psychomotricity aims at assisting them in building their body representations to soothe archaic anxieties, enabling the children to use their energy to explore their own environment and develop their abilities.