



<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

Au-delà des barrières : Le jeu comme passerelle relationnelle pour  
l'enfant avec autisme

**Mémoire présenté pour l'obtention**

**du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**Par : Sacha LORIDON**

Mai 2024 (Session 1)

N°1851

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

Au-delà des barrières : Le jeu comme passerelle relationnelle pour  
l'enfant avec autisme

**Mémoire présenté pour l'obtention  
du Diplôme d'État de Psychomotricien**

**Par : Sacha Loridon**

Mai 2024 (Session 1)

N°1851

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**

## 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**

## 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 **Mr Marc BUFFAT**

POLYTECH LYON  
Directeur **Mr Emmanuel PERRIN**

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

Vice-président Santé  
**Pr. Jérôme HONNORAT**

Directeur Général des Services  
**M. Pierre ROLLAND**

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**

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

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

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

Observatoire de Lyon  
Directeur **Mr Bruno GUIDERDONI**

Institut National Supérieur du Professorat  
et de l'éducation (INSPé)  
Directeur **Mr 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*

Gestion de scolarité  
**Mme Elodie ROYER**

Coordinatrice Recherche

**Mme Jeanne-Laure EECKHOUT**  
*Psychomotricienne*

# SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| LEXIQUE.....   |    |
| INTRODUCTION .....   | 1  |
| PARTIE THÉORIQUE : .....   | 2  |
| 1. L'autisme.....  | 2  |
| 1.1. Définition et diagnostic. ....                                    | 2  |
| 1.2. Développement socio-communicatif chez l'enfant avec autisme ..... | 2  |
| 1.3. Imitation et TSA.....   | 4  |
| 1.3.1 Définition et types .....  | 4  |
| 1.3.2 Une difficulté innée ? .....                                     | 5  |
| 1.4. Traitement sensoriel .....  | 6  |
| 1.5. Méthodes d'accompagnement .....                                   | 8  |
| 1.5.1 Méthode ABA .....  | 9  |
| 1.5.2 Méthode TEACCH .....   | 9  |
| 1.5.3 Méthode ESDM .....   | 10 |
| 2. Le jeu .....  | 10 |
| 2.1. Définition .....  | 10 |
| 2.2. Jeu chez le bébé.....   | 11 |
| 2.3. Notion d'intersubjectivité dans le jeu .....                      | 13 |
| 3. Les apports de la posture psychomotrice .....                       | 15 |
| 3.1. Une approche corporelle propre.....                               | 15 |
| 3.2. Le corps comme objet relationnel.....                             | 16 |
| PARTIE CLINIQUE : .....  | 18 |
| 1. Présentation du cadre institutionnel .....                          | 18 |
| 1.1. La structure.....   | 18 |
| 1.2. Ma place de stagiaire .....                                       | 19 |
| 2. Présentation générale de Marie .....                                | 19 |
| 2.1. Anamnèse et contexte de vie .....                                 | 19 |
| 2.2. Première rencontre .....  | 21 |
| 3. Bilan psychomoteur .....  | 22 |
| 3.1. Deux premières séances : Entrer en relation .....                 | 22 |
| 3.2. Troisième séance : Une séparation qui fait violence.....          | 23 |
| 3.3. Quatrième séance : Un investissement inattendu .....              | 24 |

|                               |   |    |
|-------------------------------|---|----|
| 3.4.                          | Conclusion du bilan .....                               | 25 |
| 4.                            | Séances de suivi .....                                  | 26 |
| 4.1.                          | Séparation .....  | 26 |
| 4.2.                          | Jouer à trois .....                                     | 30 |
| 4.2.1                         | Rentrer dans cette bulle.....                           | 30 |
| 4.2.2                         | Les ballons .....                                       | 32 |
| 4.2.3                         | Le sensoriel.....                                       | 35 |
| 4.2.4                         | La rythmicité.....                                      | 37 |
| 5.                            | Synthèse.....   | 39 |
| PARTIE THÉORICO-CLINIQUE..... |   | 40 |
| 1.                            | L'indifférenciation .....                               | 40 |
| 1.1.                          | Indifférenciation et TSA.....                           | 40 |
| 1.1.1                         | Un développement entravé .....                          | 40 |
| 1.1.2                         | Une représentation erronée .....                        | 41 |
| 1.2.                          | L'indifférenciation chez Marie.....                     | 41 |
| 1.2.1                         | Une relation fusionnelle.....                           | 41 |
| 1.2.2                         | Un arrachement pour Marie .....                         | 42 |
| 2.                            | Déploiement psychique dans le jeu .....                 | 43 |
| 2.1.                          | Un jeu d'accordage.....                                 | 43 |
| 2.2.                          | Rythmes et ajustements.....                             | 44 |
| 2.3.                          | La place de tiers.....                                  | 46 |
| 2.3.1                         | Soutien de l'attention conjointe .....                  | 46 |
| 2.3.2                         | Supporter l'absence .....                               | 48 |
| 3.                            | Prérequis aux déploiements psychiques dans le jeu ..... | 50 |
| 3.1.                          | L'imitation.....  | 50 |
| 3.1.1                         | Le travail d'imiter .....                               | 50 |
| 3.1.2                         | Ce que l'imitation permet .....                         | 51 |
| 3.2.                          | La posture psychomotrice .....                          | 53 |
| 3.2.1                         | Une attention à saisir .....                            | 53 |
| 3.2.2                         | Un positionnement adapté .....                          | 55 |
| 3.2.3                         | Méthodes recommandées et psychomotricité.....           | 57 |
| Conclusion .....              |   | 60 |
| Bibliographie .....           |   |    |

## Lexique

HAS : Haute Autorité de Santé

TED : Trouble Envahissant du Développement

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

ABA : Applied Behaviour Analysis

TEACCH : Treatment and Education of Autistic and related Communication Children Handicap

ESDM : Early Start Denver Model

CMP : Centre Médico-Psychologique

PMI : Protection Maternelle Infantile

UEMA : Protection Maternelle Infantile

# INTRODUCTION

# Introduction

L'autisme est une notion complexe et souvent mal comprise. Elle suscite de nombreux préjugés et fantasmes qui peuvent parfois obscurcir notre compréhension des besoins réels des enfants qui en sont touchés. C'est notamment dans cette complexité que réside mon intérêt pour le sujet. Pourtant, en arrivant lors de mon premier jour de stage, mon expérience limitée avec ce public laissait place à un mélange d'enthousiasme et d'appréhension. Mes interrogations étaient alors nombreuses : comment adapter ma posture face à ces enfants ? Comment vont-ils réagir à ma présence ?

Ainsi, je rencontre une petite fille que je nommerai Marie. Cette dernière semble avoir développé un lien très fort avec sa mère au point où il est difficile pour elle d'entrer en interaction avec d'autres personnes. Marie m'apparaît comme enveloppée dans une bulle, une distance invisible semble la séparer du monde extérieur, rendant toute interaction avec elle particulièrement difficile. Malgré, cette distance apparente, j'ai été touché par la personnalité attachante de Marie. Une interrogation émerge alors en moi : comment établir un lien avec elle ?

Néanmoins, je découvre que le jeu s'avère être un moyen privilégié d'entrer en relation avec Marie. Cette dernière s'éveille lors de ces temps ludiques et des interactions sont possibles. Introduire le jeu en séance peut sembler peu conventionnel. Expliquer que notre activité principale est jouer peut parfois donner l'impression que nous ne faisons rien de significatif, comme si notre travail n'était pas sérieux. Pourtant, j'ai été impressionné par la manière dont le jeu déploie sa potentialité en séance de psychomotricité. Il offre un espace où peut s'exprimer une multitude de processus psychiques soutenant l'entrée en relation.

C'est avec un intérêt croissant que j'accompagne Marie dans son défi d'entrer en relation avec autrui. Malgré ses difficultés, Marie montre des capacités grandissantes qui se développent à travers le jeu partagé. Ainsi, au cours de ce mémoire, nous tenterons de répondre à la problématique suivante : Comment le jeu en psychomotricité accompagne-t-il l'enfant avec un TSA dans la prise en compte de l'autre ?

# **PARTIE THÉORIQUE**

# **PARTIE THÉORIQUE :**

## **1. L'autisme**

### **1.1. Définition et diagnostic.**

Aujourd'hui la classification préconisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) est celle du DSM-V (2013). La définition de l'autisme est revue par cette classification qui remplace le terme Trouble Envahissant du Développement (TED) par celui de Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA). Le DSM-V regroupe ainsi les symptômes autistiques en deux catégories :

- Les déficits persistants de la communication et des interactions sociales qui rassemblent trois critères.
- Les caractères restreints et répétitifs des comportements, des intérêts ou des activités qui rassemblent quatre critères.

Pour pouvoir poser le diagnostic d'un TSA, le patient doit au moins remplir trois critères de déficit de communication sociale et deux critères parmi les comportements répétitifs et restreints.

Le diagnostic est donc essentiellement clinique en se basant sur des symptômes comportementaux observables, il s'agit d'une classification descriptive. Des critères complémentaires sont également à noter :

- Les symptômes doivent être présents dès les étapes précoces du développement
- Le retentissement doit être cliniquement significatif dans le fonctionnement social
- Les troubles ne peuvent pas être mieux expliqués par la déficience mentale ou un retard de développement.

### **1.2. Développement socio-communicatif chez l'enfant avec autisme**

Le bébé neurotypique montre un intérêt inné pour le contact avec l'autre mais cela demande un bagage neurodéveloppemental de base. En effet, de deux à six mois, le bébé montre une préférence dans la reconnaissance des visages humains. Il commence déjà à communiquer par

le contact oculaire en observant ses conséquences sur le parent. Ce dernier va venir soutenir et relancer ce contact via des vocalisations, des intonations ou encore des gestes. Dormoy parle de “dialogue réciproque synchrone” (2020a, p. 9) où parents et enfants s'ajustent l'un à l'autre dans leurs réponses communicationnelles.

L'enfant avec TSA va montrer un intérêt plus réduit pour les visages et réagit moins en interaction. Cela vient entraver ce dialogue qui peine à se mettre en place.

De six à douze mois, le bébé neurotypique, grâce à son développement moteur mais aussi psychique, est capable d'attirer l'attention de ses parents via sa voix ou ses gestes. Cela nous indique donc le développement d'une intentionnalité nouvelle chez l'enfant, avec une notion de but à atteindre. Autour des huit mois, le bébé commence à réagir à l'appel de son prénom et montre des premiers signes de pointage proto-impératif. C'est également à cette période que l'attention conjointe se développe, enfant et parent peuvent être en interaction autour d'un tiers.

L'enfant avec autisme va également produire des gestes mais sans recherche d'interactions. Le babillage est réduit, les expressions faciales sont limitées.

À un an, l'enfant neurotypique est capable de reconnaître la direction du regard et peut ressentir les émotions exprimées. Ces capacités de compréhension permettent l'acquisition de l'attention conjointe. Dormoy décrit deux types d'attention conjointe : le pointage proto-impératif (“je veux”) et le pointage proto-déclaratif (“regarde”). Trevarthen en 1997 parle également de “synchronie dans l'attention conjointe” (cité par Dormoy, 2020a, p. 10) : les parents viennent commenter les pointages et gestes de l'enfant. Cet étayage verbal par les parents va permettre à l'enfant d'acquérir les prérequis du langage.

Les enfants avec autisme ont un déficit de l'extraction des indices socio-émotionnels. Cet aspect a donc une influence significative sur la capacité des enfants avec autisme à reconnaître les indices émotionnels ce qui affecte leurs relations. Ces enfants ont une difficulté à percevoir tous les détails observés pour former un ensemble cohérent, Frith parle en 1989 de “cohérence centrale” (cité par Dormoy, 2020a, p. 7). Les enfants avec TSA ont également une difficulté dans la mise en place de la multimodalité de la communication. Les gestes qui sont associés à un regard, un son ou tout autre moyen communicationnel chez l'enfant neurotypique est, ici, dissocié chez l'enfant avec autisme. La compréhension est alors de facto difficile et la posture des parents est mise à mal.

C'est également entre dix et quatorze mois que se développe l'empathie chez l'enfant. Berthoz décrit en 2005 cette notion comme la capacité à “se mettre à la place de l'autre virtuellement, tout en restant soi-même” (cité par Dormoy, 2020a, p. 13). Chaque enfant a une

volonté innée de partager son état, de chercher à comprendre celui des autres ; il va spontanément apporter son aide à quelqu'un en difficulté. Dormoy (2020a) met en avant certaines recherches démontrant un lien entre le développement de l'empathie et le nombre de neurones miroirs. Ces neurones permettent à l'enfant d'imiter son entourage, ils sont alors la base de l'empathie. Seulement, nous relèvons un déficit du nombre de neurones miroirs chez les enfants avec TSA. Cela explique donc en partie leur difficulté d'imitation mais aussi d'empathie. Guedes Neta parle en 2016 d'empathie "émotionnelle" et "cognitive" (cité par Dormoy, 2020a, p. 14). Les enfants avec autisme ont une difficulté à recevoir l'émotion de l'autre mais ont surtout du mal à comprendre les intentions chez l'autre.

L'interaction avec autrui demande un bon traitement de l'information, une mise en lien avec les codes sociaux ainsi qu'une réponse appropriée. Or, les enfants avec TSA ont un manque de préférences pour les indices sociaux comme les sourires ou les regards adressés. Leur traitement de l'information est plus local et analytique, ils montrent de l'intérêt pour d'autres aspects de l'environnement. Un retrait social est souvent observé ce qui entraîne un ralentissement du développement des fonctions exécutives et de la théorie de l'esprit par manque d'expérience. Tout ceci aboutit à un écart développemental dans les compétences sociales chez l'enfant avec TSA. Dormoy parle de "modèle en cascade" (2020b, p. 40). Les enfants avec TSA ne sont pas déficitaires neurologiquement sur l'ensemble des compétences sociales. Toutefois, leurs déficits dans le traitement de l'information ainsi que le peu d'intérêts innés qu'ils ont pour les interactions viennent impacter les relations. Tout ceci entraîne à terme un repli social.

### **1.3. Imitation et TSA**

#### **1.3.1 Définition et types**

L'imitation fait débat sur sa définition. Nous pourrions décrire cette notion comme "faire pareil" mais cela est peut-être trop réducteur. Tout d'abord, il nous faut savoir de quel type d'imitation nous parlons.

Wallon distingue l'imitation par mimétisme de ce qu'il appelle « l'imitation vraie » (cité par Nadel, p. 18, 2016a). La première est une forme de contagion émotionnelle qui permet le lien social mais pas l'apprentissage. L'imitation vraie, au contraire, permet les apprentissages et correspond à une imitation intentionnelle avec une notion de geste et donc de but. Cette distinction est également

mise en évidence par Piaget (cité par Nadel, 2016a) qui parle d'imitation sensori-motrice et d'imitation représentative.

En fonction de la temporalité de l'imitation, celle-ci met au travail des compétences différentes. Nadel (2016a) parle "d'imitation immédiate" (p. 23), "d'imitation décalée" (p. 24) et "d'imitation différée" (p. 24).

- L'imitation immédiate correspond au fait d'imiter en même temps l'action que celle-ci se produit. Cette imitation se fait en présence de la personne imitée qui va réagir à cela. Elle a donc un impact sur l'autre et une valeur de communication sociale.
- L'imitation décalée correspond à une imitation après que l'action ait été effectuée, la personne imitée est encore présente. Cela permet ici de développer de nouveaux apprentissages car l'action est reproduite dans un second temps. La présence de l'autre permet de contrôler la réussite ou non de l'imitation, "le moyen est social mais le but n'est pas de communiquer" (Nadel, 2016a, p. 24).
- L'imitation différée désigne une imitation en deux temps, bien après que l'action ait été effectuée. Ici, la personne imitée n'est plus présente, il n'y a donc plus aucune valeur sociale. L'objectif de cette imitation est d'acquérir de nouvelles compétences. L'action imitée est répétée dans un contexte différent ce qui permet une généralisation de l'apprentissage.

En fonction du type d'imitation, celle-ci demandera plus ou moins de pré-requis à l'enfant. Nous pouvons citer l'attention, la mémoire, la planification, le transfert intermodal, la représentation ou encore la production motrice. En fonction de l'imitation observée, nous pouvons avoir une idée du niveau de développement de l'enfant, "on ne peut réagir à des actions que si l'on a, dans son répertoire moteur, les moyens de les réaliser" (Nadel, 2016a, p. 21). Nous pouvons alors nous interroger : si nous pouvons imiter seulement ce que nous connaissons déjà, comment l'enfant peut-il acquérir de nouvelles compétences grâce à l'imitation ? L'enfant, à partir des compétences déjà acquises, va pouvoir les combiner pour élargir son répertoire. Ainsi, des nouvelles combinaisons sont possibles et l'enfant réalise un apprentissage progressif. Une action connue dans un environnement peut aussi être réalisée dans un autre, ce qui est à mi-chemin entre une imitation nouvelle ou connue.

### **1.3.2 Une difficulté innée ?**

Dans l'imaginaire commun, les enfants avec TSA auraient une déficience innée et spécifique au niveau de l'imitation. Tout d'abord, le trouble du spectre autistique englobe une population très

large de patients, avec des niveaux très différents sur plusieurs aspects. Le défaut d'imitation serait-il commun à toute cette population en dépit de leurs écarts ? C'est cette question que tente de résoudre une étude menée par Adrien en 1996 (cité par Nadel, 2016d). Dans son étude, celui-ci montre qu'en répartissant des enfants avec TSA dans différents groupes en fonction de leur niveau, chaque groupe montre des niveaux d'imitation différents. Un des groupes montre des capacités d'imitation moyennes. Cela nous montre qu'il n'y a pas une inaptitude globale chez les enfants avec TSA.

Il est également important de prendre en compte le type d'imitation dont on parle. Nous avons précédemment vu que le terme d'imitation est flou et regroupe une multitude de comportements différents. Si nous parlons d'imitation différée, le DSM-V confirme une difficulté d'imitation dans ce domaine. Toutefois, si nous parlons des écholalies, cette forme d'imitation est bien présente chez un grand nombre d'enfants avec TSA. Le Larousse décrit cette notion comme un "Trouble du langage qui consiste à répéter de manière systématique les derniers mots entendus." Les écholalies sont souvent considérées comme dénuées de sens au point où elles peuvent ne pas être considérées comme de véritables imitations. Pourtant Prizant et Duchan en 1983 (cité par Nadel, 2016d) proposent un modèle d'évolution des écholalies jusqu'au passage du langage et ce au travers de différents stades. Les Écholalies sont vues ici comme une étape au développement du langage.

Les enfants avec TSA n'auraient donc pas un défaut d'imitation en soi. Ils sont plutôt en difficulté au niveau de compétences permettant sa réalisation différée comme l'élaboration des symboles et le peu d'intérêts sociaux. Il ne faut pas oublier la particularité du comportement autistique. Leurs intérêts peuvent être tout autre que ceux d'un enfant dans la norme. Leur traitement sensoriel est lui aussi à prendre en compte. Ces enfants vont peut-être imiter mais à leur manière, en prêtant attention à ce qui leur paraît important. Tous ces facteurs font que l'imitation est moins spontanée chez l'enfant avec autisme sans qu'elle ne soit pour autant déficiente.

#### **1.4. Traitement sensoriel**

Comme nous l'avons vu, le développement socio-communicatif chez l'enfant autisme est différent de celui de l'enfant neurotypique. Un des facteurs majeurs de cet écart à la norme est le traitement sensoriel atypique chez l'enfant avec TSA. En effet, le DSM-V reconnaît les particularités sensorielles dans l'autisme. Elles concernent 95 % des personnes avec un TSA.

Ces particularités sensorielles provoquent des “manifestations sensorielles” (Réveillé, 2019, p. 290) : des comportements atypiques en réaction à leur difficulté d’intégration et de gestion sensorielle. Cela a de nombreux impacts dans la vie quotidienne, les apprentissages, la communication ou encore les relations. Ils apparaissent dès les premiers mois de l’enfant et se maintiennent tout au long de la vie.

Les particularités sensorielles sont dûes à une atteinte neurologique au niveau du système nerveux central. Les personnes atteintes d’un TSA montrent des difficultés au niveau de l’intégration sensorielle. Ayres décrit en 1979 cela comme “le processus par lequel le système sensoriel reçoit des entrées sensorielles venant de différents canaux (visuel, auditif, vestibulaire, proprioceptif, etc.), les hiérarchise, les coordonne, et les traite afin de produire une réponse adaptée” (cité par Réveillé, 2019, p. 290). La multimodalité sensorielle est donc mise à mal chez les personnes avec TSA, et les différentes informations ne peuvent être traitées simultanément.

C’est ensuite Dunn en 2010 qui vient enrichir cette approche en amenant la notion de “seuil d’action neurologique”(cité par Réveillé, 2019, p. 290) et de “modulation sensorielle” (cité par Réveillé, 2019, p. 291). Le seuil correspond à la quantité d’information sensorielle nécessaire à son traitement et son intégration. En fonction du niveau du seuil, cela demandera plus ou moins de stimulations. Lorsqu’un seuil est plus bas que la moyenne, nous parlons d’hypersensibilité. Il faut peu de stimulations pour l’atteindre. Lorsqu’un seuil est plus haut que la moyenne, nous parlons d’hyposensibilité. Il faut beaucoup de stimulations pour l’atteindre. Chaque sens est associé à un seuil sensoriel différent. La modulation sensorielle correspond à notre capacité à faire varier la hauteur de nos seuils pour recevoir les différentes informations multisensorielles, à les tirer et à les prioriser afin de produire une réponse adaptée. Les personnes porteuses de TSA présentent fréquemment des hypo ou hypersensibilité avec une modulation sensorielle mise à mal. Ces particularités sensorielles ont alors des impacts majeurs sur le comportement.

Les personnes avec TSA vont avoir des comportements différents en fonction de leurs seuils. Ces réponses peuvent être actives, c’est-à-dire que la personne avec autisme va chercher à compenser sa particularité sensorielle. Pour une personne avec une hypersensibilité, cela peut se traduire par de l’évitement, elle fuira les situations où son seuil est trop vite saturé. Pour quelqu’un avec une hyposensibilité, cela peut se traduire au contraire par une recherche de stimulations sensorielles. Son seuil étant trop haut, la personne cherchera à l’atteindre en s’autostimulant au niveau sensoriel.

Les réponses comportementales peuvent aussi être passives, la personne ne cherchera pas à compenser ses particularités sensorielles. Cela rend plus difficile le repérage de ses troubles sensoriels mais cela ne veut pas dire que leur intensité est moindre. En cas d'hypersensibilité passive, la personne avec TSA peut manifester des troubles attentionnels, une irritabilité accrue ou encore une agitation motrice. Et à l'inverse, lors d'une hyposensibilité passive, la personne avec TSA peut manquer des informations, ses réponses pourront être plus rares, avec un délai plus élevé et un potentiel isolement.

Ces comportements viennent impacter les rapports sociaux des personnes avec TSA. Comme nous l'avons vu précédemment, les enfants neurotypiques ont un intérêt inné pour les aspects et les contacts sociaux, ce qui est moins le cas pour les enfants avec un TSA. Même si tout enfant a un intérêt pour la sensorialité, celui des enfants avec TSA est bien supérieur à cause de ce défaut d'intégration et de modulation sensorielle. Leur manière de traiter l'information est différente. Dormoy parle de "surfonctionnement perceptif" (2020a, p. 26), les personnes avec autisme étant plus attentives aux détails et aux aspects sensoriels de leur environnement, ceci ayant de fortes conséquences sociales.

### **1.5. Méthodes d'accompagnement**

La Haute Autorité de Santé publie et détermine avec des comités d'experts des approches dites « recommandées ». Ces méthodes ont pour but de donner des outils cliniques aux différents soignants travaillant avec des patients avec TSA. Il est recommandé de commencer l'évaluation et la prise en charge du patient avant quatre ans. Les méthodes sont basées sur des approches éducatives, comportementale et développementale. Il est de plus nécessaire de prendre en compte la sphère émotionnelle et sensorielle de l'enfant. Ce travail est également fait avec la famille du patient.

Les méthodes principales recommandées sont : Applied Behaviour Analysis (ABA), Treatment and Education of Autistic and related Communication Children Handicap (TEACCH) et Early Start Denver Model (ESDM).

### **1.5.1 Méthode ABA**

Fondée en 1960, la méthode ABA est une méthode comportementale qui a pour objectif de modifier les comportements via des renforçateurs. Elle existe pour les professionnels mais aussi les parents et vise à renforcer les progrès dans la communication et l'autonomie de l'enfant. Cette méthode amène certains principes fondamentaux : faciliter l'apprentissage de nouveaux comportements, analyser la tâche en la divisant en sous-objectifs, apporter de l'aide à l'enfant, susciter la motivation, procurer un enseignement individualisé et généraliser l'apprentissage. (Le Menn-Tripi & Zupranski, 2019)

Le principe est donc de favoriser l'apprentissage de nouveaux comportements en les récompensant par des renforçateurs motivants. Il faut donc s'adapter à chaque enfant en fonction de ce qui le stimule. Au fur et à mesure de la prise en charge, la fréquence des renforçateurs diminue jusqu'à ce que l'enfant réalise de lui-même le comportement voulu sans être forcément récompensé. Il est important que ce travail soit repris par les parents de l'enfant afin de généraliser le comportement en séance mais aussi dans le quotidien. A l'inverse, les comportements inadaptés sont ignorés, c'est ce qu'on appelle l'extinction.

### **1.5.2 Méthode TEACCH**

Cette méthode est fondée dans les années soixante par le psychiatre Eric Schopler. Le principe de cette méthode est de proposer une adaptation environnementale appropriée au fonctionnement cérébral atypique de l'enfant avec TSA (Le Menn-Tripi & Zupranski, 2019). Pour cela, trois aménagements sont proposés :

- Une structuration spatiale, qui vise à offrir de la prévisibilité en associant chaque espace à une action précise. Des repères visuels et des contrastes sont utilisés pour faciliter la compréhension de l'enfant.
- Une structuration temporelle, qui cherche à rendre les différents temps de la séance plus prévisible en s'appuyant sur des repères visuels chronologiques.
- Une activité au bureau qui, grâce à un séquençage des actions, vise à encourager le développement de l'enfant en lui permettant d'enchaîner plusieurs activités de manière autonome.

### **1.5.3 Méthode ESDM**

Ce programme a été réalisé par Sally Rogers et Géraldine Dawson dans les années 2010. Il est recommandé de commencer ce programme le plus tôt afin d'user de l'importante flexibilité mentale présente chez l'enfant. La méthode ESDM avance que l'imitation, le partage des émotions et l'engagement social sont des facteurs permettant l'intersubjectivité chez l'enfant avec TSA. Le principe de cette méthode est de soutenir les relations en utilisant des renforçateurs sociaux. Le travail doit donc être effectué en étroite collaboration avec les parents qui viennent guider l'accompagnement. On considère ici que la qualité de l'interaction influence le développement via l'adulte qui s'adapte à l'enfant en lui proposant un affect positif.

La méthode EDSM reprend donc les étapes du développement naturel de l'enfant pour le soutenir dans ses apprentissages. L'idée est de réintroduire l'enfant à un univers social et enseigner la base d'une vie sociale via l'imitation, le partage émotionnel, la communication adaptée, le partage d'expérience, le jeu social et symbolique jusqu'à arriver au langage. (Le Menn-Tripi & Zupranski, 2019)

Chaque méthode amène donc sa propre spécificité. La méthode ABA insiste sur l'utilisation de chaînage et de renforçateurs pour motiver et généraliser des comportements. La méthode TEACCH propose un aménagement de l'environnement pour accompagner l'enfant avec TSA au mieux et le rendre à terme le plus autonome possible. Enfin, la méthode ESDM met en avant l'utilisation de renforçateurs sociaux avec comme objectif de soutenir les relations.

## **2. Le jeu**

### **2.1. Définition**

A première vue, le jeu peut sembler être une action essentiellement ludique. Cependant, il s'agit d'un processus actif et essentiel au développement de l'enfant sur plusieurs aspects. Joly parle de "travail du jouer" (2015, p. 9) où selon lui le jeu est un véritable travail psychomoteur, psychique et évolutif. Ce principe de travail et de nécessité du jeu chez l'enfant est également soutenu par Ben Soussan qui nous dit "jouer, c'est du sérieux" (2002, p. 16) ou encore "c'est une exigence" (2002, p. 19). Il est fondamental que le bébé joue pour son évolution psychique et psychomotrice. Nous pouvons dire que le jeu met au travail les quatre fonctions suivantes :

- Une fonction sensorimotrice, avec l'exploration de l'environnement mais aussi de son propre corps au travers duquel les compétences motrices se développent. Marcelli dit " Le jeu est indissociable de la question du corps, des échanges sensoriels"(Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 19). Les compétences instrumentales sont ainsi mises au travail et vont permettre une complexification des jeux.
- Une fonction psychique, via notamment le développement de l'intersubjectivité. Cette notion a été mise en avant par Winnicott qui parle "d'aire intermédiaire " (cité par Aubourg, 2003, p. 26) mise en place par le jeu.
- Une fonction sociale, à travers laquelle l'enfant va se détacher progressivement de ses propres explorations pour s'ouvrir à l'environnement social. Le jeu est un vecteur des premières relations sociales chez l'enfant.
- Une fonction cognitive, avec notamment l'apprentissage des mots qui permet une amorce de symbolisation des concepts. Cela est développé via les jeux de symbolisation qui permettent à l'enfant de se projeter dans une réalité non présente, mettant ainsi au travail le développement des représentations.

## 2.2. Jeu chez le bébé

Le jeu est un processus qui se développe dès les premiers mois du bébé, jetant ainsi les bases de son développement cognitif, émotionnel, et social.

Le jeu est d'abord dit sensori-moteur chez le bébé, cela avec notamment la présence des jeux dit "solitaires" (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 19). La disparition des réflexes primaires permet au bébé de faire valoir sa motricité. Le jeu est donc éminemment corporel dans un premier temps, il est "autocentré" (Ben Soussan, 2002, p. 16). Le bébé, via sa propre sensorialité et ses débuts de motricité volontaire, découvre son propre corps et pose les bases de ses premiers repères corporels : "Jouer, alors, c'est faire l'expérience de soi" (Ben Soussan, 2002, p. 16).

Le jeu solitaire va rapidement laisser place au jeu dit "relationnel"(Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 19) et permettre le développement des premières interactions. Les premiers contacts entre la mère et le bébé sont principalement tournés autour des besoins primaires comme le change et l'alimentation. Cela se rapporte au "handling" (cité par Gatecel et al., 2012, p. 328) de Winnicott, avec une dimension pratique et utilitaire des soins. Ils sont toutefois ponctués d'interactions différentes, plus ludiques, où la mère joue avec son enfant. Cela peut concrètement se traduire par des temps de caresses, d'accompagnement par la voix et la prosodie qui procure du plaisir au bébé.

Ceci permet à terme un véritable “accordage” (cité par Ehret, 2012, p. 63), une notion décrite par Stern qui correspond à la manière dont la mère s’accorde avec l’enfant dans les dimensions mimogesto-postural. Cela participe également à la fonction de “holding” mise en avant par Winnicott (cité par Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 19) avec une dimension affective basée sur la transmodalité des échanges vocaux, visuels et tactiles avec la mère.

C’est à partir de trois mois que le bébé commence à développer une attention partagée qui vient faire évoluer les interactions parents-enfants ; elles ne sont plus essentiellement sensori-motrices. Cette évolution permet l’introduction des jeux de surprise. En effet, les soins quotidiens via leur répétition et leur prévisibilité instaurent une continuité d’existence sécurisante pour l’enfant. Nous pouvons rattacher à ces moments la notion de “macrorhythmes” (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 21). Seulement, des moments de ruptures apparaissent avec une dissonance entre ce qu’attendait l’enfant et ce que fait la mère. Dans un premier temps, cela est dû au fait que la mère n’est absolument pas parfaite, elle est comme dit Winnicott “suffisamment bonne” (cité par Aubourg, 2003, p. 26). Le soin qu’elle apporte va peut-être avoir un retard, ou être imparfait ce qui crée une micro-rupture avec l’enfant. Nous ne sommes alors plus dans l’accordage mais dans “l’ajustement” (cité par Ehret, 2012, p. 65). C’est dans cette continuité que les jeux de surprises apparaissent. Ils viennent créer une rupture avec ce qui est attendu, ce que l’on appelle les microrhythmes. Cet écart entre l’attendu et la réalité ne doit pas être trop grand pour ne pas créer violence chez l’enfant. Ces temps sont au contraire source de plaisir avec les jeux comme le “coucou-caché” ou encore “la petite bête qui monte”. Ces interactions aident l’enfant à mieux tolérer les écarts qui viennent inéluctablement. Cela l’accompagne dans sa construction psychique et le développement de sa subjectivité. Nous développerons cette notion par la suite.

Aux alentours de sept mois, l’enfant développe l’attention “conjointe”. Celle-ci est à différencier de l’attention partagée qui est dyadique. Ici, l’attention conjointe introduit la notion de tiers, nous passons à une interaction triadique. L’interaction est portée autour d’un objet autour duquel l’attention de la mère et de l’enfant vont être portés. Des échanges affectifs peuvent alors se développer autour de cet objet. Comme le dit Golse B. en 2004, “Elle délimite le futur espace tiers, espace qui ne sera ni le bébé ni la mère.” (cité par Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 19). Ce jeu participe donc également au processus de subjectivation. Comme nous l’avons vu précédemment, l’introduction de l’objet tiers et de l’attention conjointe induit le développement de la communication et notamment de la demande. C’est alors que le bébé développe le pointage proto-impératif afin de demander l’objet.

### 2.3. Notion d'intersubjectivité dans le jeu

Nous avons pu voir que le développement de l'enfant est ponctué de jeux de plus en plus complexes. Nous avons également pu voir que ces jeux sont porteurs d'une subjectivité naissante chez l'enfant à différents niveaux.

Golse définit l'intersubjectivité comme "le vécu profond qui nous fait ressentir que soi et l'autre, cela fait deux" (2014, p. 30). Pour mieux appréhender cette notion d'intersubjectivité dans le jeu, il nous faut reprendre la théorie de Winnicott sur le vécu psychique du bébé. La néoténie de l'être humain rend le bébé très vulnérable. Cette vulnérabilité oblige une forte adaptation de son environnement pour répondre à ses besoins. Winnicott parle de "préoccupation maternelle primaire" (cité par Aubourg, 2003, p. 24). La figure maternelle prodigue de bons soins au bébé mais montre également une disposition psychique. Cela intègre tout ce qui se traduit dans la manière d'entrer en interaction corporellement avec le bébé, ce qui émane de l'état psychique du sujet. Winnicott (cité Bailly, 2001, p. 42) avance l'idée d'une indifférenciation initiale entre le nourrisson et la mère qui sont alors confondus. Cette indifférenciation produit l'illusion auprès du bébé que tous ses besoins sont satisfaits par lui-même, ce que Winnicott appelle "l'illusion de toute puissance" (cité par Bailly, 2001, p. 42). Cette illusion dépend de l'adaptation active et permanente de la figure maternelle, "la mère place le sein réel à l'endroit où le bébé est prêt à le créer" (cité par Aubourg, 2003, p. 24). Cette illusion amène chez l'enfant le processus d'objet trouvé-créé. La figure maternelle vient répondre au besoin de l'enfant à l'instant où celui-ci le désire. Cette expérience primitive maintient l'illusion d'indifférenciation, le moi et le non-moi sont confondus.

La mère finit toutefois par se détacher progressivement du bébé. En effet, elle ne peut pas répondre parfaitement aux besoins du bébé. Winnicott parle de mère "suffisamment bonne" (cité par Aubourg, 2003, p. 26). Cette imperfection amène des ruptures, des écarts entre ce que le bébé attendait et la réalité. Stern (cité Ehret, 2012) vient approfondir cette notion en amenant les notions d'accordage et d'ajustement. Comme nous l'avons vu, l'accordage correspond à la manière dont la mère s'accorde de manière transmodale avec l'enfant. Comme dans la notion musicale où l'on cherche le bon accord. L'ajustement correspond au moment dans l'interaction où l'adulte induit une micro-rupture dans l'accordage. Si nous reprenons la comparaison musicale, il s'agirait de la fausse note au sein de la mélodie. Nous pouvons rattacher à cette période "l'étape potentiel" (cité par Bailly, 2001, p. 42) de Winnicott où apparaît "l'objet transitionnel" (cité par Bailly, 2001, p. 42). L'objet transitionnel, communément appelé le "doudou", va être investi par le tout petit. L'absence de la mère corrélée à la présence de cet objet transitionnel permet au bébé de réaliser un début de

différenciation. L'intersubjectivité se forme donc progressivement. L'alternance des moments de présence et d'absence permet au bébé de prendre conscience d'un moi et d'un moi différencié.

Il est donc nécessaire au bébé de vivre ces expériences intersubjectives au travers de cette aire transitionnelle afin de développer sa propre subjectivité. Il est donc nécessaire de renforcer et stabiliser ces expériences communes comme le jeu. Le jeu correspond à un chevauchement des espaces de chacun. Cela commence avec l'accordage, où la mère vient réagir aux mimiques du bébé en les modifiant, en les transportant dans une autre modalité sensorielle. "C'est le temps des caresses, des chatouilles" (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 19), la mère de par ses mimiques, ses changements d'intonation en écho au bébé, amène un vécu de plaisir partagé. Par la suite, les jeux de surprises viennent à leur tour participer au processus de subjectivation. Comme nous l'avons vu, le bébé vit des macrorhythmes qui sont accompagnés de microrhythmes. Ceux-ci amènent du changement, de la surprise. Les jeux de surprise, par leur caractère imprévisible, créent un écart entre l'attendu et la réalité. L'enfant est donc ici confronté à la réalité qui lui est en quelque sorte imposée dans un contexte ludique. Cela lui permet de sortir de la symbiose avec sa mère et de prendre en compte l'autre. "L'écart entre ce qui est attendu et ce qui advient : c'est la place de l'autre" (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 21). Tout ceci est possible grâce à une sécurité interne acquise au travers des macrorhythmes ainsi qu'au caractère ludique de ces jeux qui sont une véritable source de plaisir. Viennent ensuite les jeux d'attention conjointe qui introduisent la notion de tiers dans la relation qui devient alors triadique. Ces jeux viennent dans la continuité des jeux précédents car ils induisent un début de différenciation. Cela amène la notion de tiers qui permet à l'enfant de s'ouvrir à un objet autre que sa mère. A terme, la notion de tiers pourra être amenée sous la forme d'un troisième personnage. C'est une des raisons pour laquelle notre posture de thérapeute peut venir faire tiers, dans la relation mère enfant, afin d'accompagner celui-ci dans une prise en compte de l'autre et dans le développement de sa propre subjectivation.

Ainsi le jeu joue un rôle majeur dans le développement de l'intersubjectivité sur des différents aspects et à différentes étapes de son développement, comme le dit Joly "Le jeu est le carrefour princeps du processus de subjectivation, à tous ses niveaux et à toutes ses étapes" (2015, p. 9).

### **3. Les apports de la posture psychomotrice**

#### **3.1. Une approche corporelle propre**

La psychomotricité tente d'aborder le sujet dans une approche exhaustive. Pour cela, elle prend en compte les deux notions fondamentales du corps et du psychisme. Le psychomotricien doit alors pour cela être en équilibre permanent entre ces deux notions. D'un côté, il se doit de ne pas être trop dans le psychisme ce qui induirait un désinvestissement corporel. De l'autre, sa vision de l'individu ne doit pas être réductrice, ce qui implique de ne pas s'intéresser qu'à ses compétences motrices. Potel décrit le psychomotricien comme un "funambule créatif" (2010a, p. 101). Le psychomotricien doit donc composer avec la complexité de l'être humain aussi bien au niveau anatomo-physiologique que psychosomatique.

Afin de répondre au mieux à cette fonction, le psychomotricien se doit d'avoir une observation fine du patient. Son analyse se fait au travers du prisme des différentes fonctions psychomotrices comme le tonus, l'équilibre, la motricité, le geste, les coordinations, la posture, le temps, l'espace, ou les représentations corporelles. Ces items psychomoteurs sont ensuite repris et jugés dans leur ensemble. Comment les uns impactent-ils les autres ? C'est à partir de ces observations corporelles que le psychomotricien peut s'essayer à comprendre le patient. "Le psychomotricien s'intéresse à tout ce qui du corps traduit l'intention, le désir, l'expression de l'être." (Potel, 2010b, p. 105). Cette vision se veut donc détachée d'une approche uniquement fonctionnelle du corps du patient pour plutôt se concentrer sur l'investissement de ce dernier.

Le psychomotricien utilise également son propre corps comme outil relationnel. C'est au travers de son corps que le psychomotricien reçoit tout ce que le patient exprime. Ces expressions du patient peuvent faire écho au vécu du psychomotricien. Ce dernier doit donc mettre en place une certaine distanciation avec ce qu'il reçoit afin d'agir au mieux. Cette capacité de distanciation a été travaillée tout au long de la formation du psychomotricien qui a appris à identifier ses propres émotions et son propre vécu pour le différencier de celui du patient. Cela ne l'empêche pas pour autant d'être pleinement impliqué corporellement dans la relation thérapeutique. "Être psychomotricien, c'est engager son corps, ses émotions, son imaginaire. Le psychomotricien a un savoir-faire du jeu." (Potel, 2010c, p. 352). Le jeu en séance de psychomotricité est un parfait exemple de l'engagement corporel du psychomotricien. Ce dernier n'est pas dans une position extérieure au jeu de l'enfant. Sa posture n'est pas distante avec une supériorité dans le jeu de l'adulte par rapport à celui de

l'enfant. L'engagement corporel du psychomotricien se veut collaboratif. Le professionnel joue avec l'enfant, il se saisit de ce qu'il propose et l'accompagne. Cet engagement nous place au même niveau que l'enfant ce qui peut lui permettre de pleinement s'exprimer. Le psychomotricien prend soin de s'adapter au développement psychomoteur de l'enfant pour progressivement amener ses propres propositions. Nous retrouvons ici la notion d'équilibre entre une distanciation adaptée et un engagement corporel nécessaire.

Le psychomotricien fait donc valoir une approche corporelle particulière. Le corps est à la fois l'objet de son observation et son outil de travail.

### **3.2. Le corps comme objet relationnel**

Le psychomotricien n'a pas qu'une approche spécifique du corps, le corps est vu comme un corps en relation et en expression. Ballouard parle de "corps en mouvement et en expression." (2011, p. 6). En effet, notre corps donne spontanément des informations. La communication non verbale constituerait à "environ 80% de l'information émise" (Gatecel et al., 2012, p. 341). La posture, le regard, l'investissement de l'espace, les mouvements, le tonus : ces informations renseignent sur notre état affectif et émotionnel. Or, nous avons vu que le psychomotricien dispose des outils nécessaires pour relever tous ces éléments. Rogé en 2013, le décrit ainsi "Il est expert du développement sensorimoteur et repère finement l'implication des troubles sensori-moteurs dans la communication sociale" (cité par Le Menn-Tripiti & Zupranski, 2019, p. 280). Cela lui donne un support supplémentaire dans la compréhension du patient, d'autant plus que ces éléments corporels s'expriment spontanément. Il est possible de contrôler notre langage corporel mais cela demande un certain travail et une maîtrise de son propre corps qui est rare chez nos patients. "Il est pris fatalement dans un comportement et n'a d'autres alternatives que de communiquer : il ne peut pas ne pas communiquer." (Ballouard, 2011, p. 7)

Cette capacité d'écoute et de lecture psychomotrice est particulièrement pertinente avec les patients non verbaux. Ces derniers n'ont aucun autre moyen de communication que le corps. Leur expression corporelle en est donc décuplée.

C'est en effet le cas avec les enfants avec TSA non verbaux qui, en plus de ne pas pouvoir s'exprimer par la parole, montrent la plupart du temps un retrait social et relationnel par rapport à la norme. De plus, ces enfants montrent souvent des particularités comportementales qui peuvent nous laisser dans l'incompréhension et nous interroger sur la conduite à tenir. Il est nécessaire pour les

professionnels de santé de tenter de les comprendre afin de leur proposer un accompagnement adapté. Nous savons aujourd’hui que les particularités sensorielles présentes chez la plupart des enfants avec TSA ont un impact majeur sur leur comportement. Le psychomotricien va pouvoir agir sur ces manifestations sensorielles. Pour cela, il peut intervenir sur l’environnement du patient qui est adapté en fonction des particularités sensorielles de celui-ci. Un travail de recommandation est réalisé auprès des parents de l’enfant à qui le psychomotricien propose divers aménagements. Seulement, le psychomotricien voit sa spécificité mise en exergue lors de la rééducation sensorielle. Cette rééducation ciblée a pour but de diminuer les manifestations sensorielles en agissant directement sur le traitement neurosensoriel du patient. Pour cela, une exposition progressive aux stimuli est proposée au fil des séances. Le psychomotricien peut donc accompagner l’enfant dans la diminution des comportements sensoriels mais ce n’est pas tout. Par son engagement corporel, le psychomotricien peut également se saisir de la sensorialité de l’enfant pour entrer en interaction avec lui. En effet, une majorité d’enfants avec TSA trouvent du plaisir dans leurs explorations sensorielles. Ce plaisir éprouvé par l’enfant est utilisable comme moteur dans la relation et la modulation du comportement de l’enfant. Cela peut être utilisé comme de véritables renforçateurs, ce qui est le cas dans la méthode ABA. Cette sensorialité est propre à chaque enfant avec TSA. Si le psychomotricien arrive à s’en saisir, celle-ci peut-être une véritable porte d’entrée dans l’interaction. “Le support ludique de certains jeux psychomoteurs bien choisis [...] s’avère souvent très motivant et favorise l’engagement social” (Le Menn-Tripi & Zupranski, 2019, p. 281)

En plus de disposer des capacités d’analyse corporelle évoquées précédemment, le psychomotricien est à même d’accompagner l’enfant avec TSA à travers sa sensorialité.

# **PARTIE CLINIQUE**

## **PARTIE CLINIQUE :**

### **1. Présentation du cadre institutionnel**

#### **1.1. La structure**

Dans le cadre de ma troisième année de psychomotricité, j'effectue un stage dans un Centre Médico-Psychologique (CMP). Il s'agit d'une structure extra hospitalière dédiée aux soins d'enfants et d'adolescents de zéro à dix-huit ans. Le CMP accueille des patients présentant des troubles psychologiques, psychiatriques ou neuro-développementaux. La structure a pour mission d'organiser des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Son rôle est également d'apporter du soutien aux familles et d'orienter les jeunes, si besoin, vers des structures adaptées. J'ai rencontré durant ce stage de nombreux enfants avec une histoire de vie souvent pesante, venant impacter l'expression de leurs troubles. C'est pourquoi l'accompagnement des familles et la prise en compte de l'environnement des patients s'avèrent essentielles dans les prises en soin en CMP.

Une équipe pluridisciplinaire est présente sur place. Cette équipe est composée d'une pédopsychiatre, de deux psychologues, d'une assistante sociale, d'une infirmière en soins avancés, d'une secrétaire ainsi que d'une psychomotricienne. Ces différents professionnels sont tous à temps partiel. Le temps de réunion du lundi matin est le seul moment où toute l'équipe est présente. Cette pluridisciplinarité permet un travail en lien, le but étant de proposer une prise en charge globale et coordonnée. Les patients peuvent être adressés par leur médecin généraliste, la Protection Maternelle Infantile (PMI) ou encore d'autres structures sociales. Les nouvelles demandes sont reçues par la pédopsychiatre, souvent en binôme avec une des psychologues, l'infirmière en soins avancés ou la psychomotricienne. Le projet de soin est ensuite discuté en équipe afin d'orienter le patient vers le ou les professionnels les plus adaptés en fonction de ses besoins et des dispositifs présents.

La psychomotricienne propose des prises en soins individuelles et groupales. Ces dernières sont co-animées en binôme avec la psychologue ou l'infirmière en soins avancés. Les suivis sont principalement hebdomadaires et d'une durée de quarante-cinq minutes. Avant de débiter chaque

suivi, la psychomotricienne réalise un bilan psychomoteur dont le nombre de séances varie en fonction des capacités du patient. Le CMP dispose d'une salle de psychomotricité spacieuse, avec un matériel varié à disposition.

## **1.2. Ma place de stagiaire**

Dans le cadre de mon stage, je suis présent tous les lundis de l'année scolaire. Ma journée se compose d'un temps de réunion pluridisciplinaire le matin et de trois prises en soins individuelles l'après-midi. Ce temps de réunion pluridisciplinaire me permet de cerner les différentes problématiques du CMP. Les prises en soins, elles, me permettent d'exercer ma pratique clinique psychomotrice. J'ai principalement une posture active dans ce stage ce qui me permet de proposer des séances, réaliser des bilans ou encore intervenir en réunion. Je rencontre lors des séances du lundi un enfant dont le suivi est déjà en cours depuis un an ainsi que deux enfants dont les suivis en psychomotricité viennent de débiter. C'est notamment le cas du suivi d'une patiente que nous nommerons Marie par souci d'anonymat. Je réalise son étude de cas à partir du dossier médical et des éléments observés.

## **2. Présentation générale de Marie**

### **2.1. Anamnèse et contexte de vie**

Marie a quatre ans et demi. Au niveau du contexte familial, elle vit avec sa mère, son père ainsi que son grand frère. Ce dernier, âgé de dix-huit ans, est lui-même atteint d'un handicap moteur suite à un AVC à la naissance. Marie est née à terme sans signes particuliers à la grossesse. Elle est décrite par sa mère comme un "bébé facile" jusqu'à ses douze mois. Le dossier patient rapporte que Marie est bien en lien avec sa mère. Toutefois, de nombreuses crises s'observent lorsqu'elle a une autre compagnie comme son père, son grand frère ou les intervenants de la crèche. Marie présente alors un développement psychomoteur hétérogène avec de bonnes capacités motrices mais des retards importants dans d'autres domaines. En effet, ses parents ont de premières inquiétudes autour des deux ans de Marie, face à son absence de langage, de gestes sociaux et de jeux avec ses pairs. Elle peut également avoir recours à de l'agressivité. Un suivi psychologique et orthophonique en libéral est mis en place par les parents autour des deux ans de Marie, en septembre 2021. Il est rapporté par le pédiatre de Marie que celle-ci montre une absence de langage, un trouble de la

communication et des interactions sociales, une absence de jeux d'imitation, un trouble de la régulation émotionnelle, des particularités sensorielles et des maniérismes des mains. À la vue de ce tableau clinique, le pédiatre a pu conclure en novembre 2022 au diagnostic d'autisme typique sévère avec très haut risque de retard global de développement. À cette même période, Marie est orientée en Unité d'Enseignement en Maternelle (UEMA). Toutefois la candidature de Marie est rejetée car cette dernière présente un niveau de langage insuffisant. Marie est alors orientée au CMP en novembre 2022. Dans un premier temps la psychologue du CMP voit Marie en bilan sur quelques séances d'observations. Elle en conclut qu'une prise en charge en hôpital de jour serait pertinente afin d'accompagner Marie au plus près de ses besoins de manière intensive. Toutefois, dans l'attente de cette possibilité, une prise en soins individuelle en psychomotricité au CMP serait pertinente.

Au niveau du contexte scolaire, Marie est scolarisée en moyenne section ordinaire. Lors de ces temps scolaires, Marie n'est pas capable de respecter le cadre pour réaliser les activités demandées. Marie irait de plus en plus vers les autres élèves. Les temps de séparation étaient d'abord très difficiles pour Marie qui pleurait et criait systématiquement pendant plusieurs dizaines de minutes. Par la suite, nous ferons référence à ces moments où Marie pleure, crie et s'agite comme étant des crises. Nous décrirons ultérieurement plus en détails les manifestations corporelles de ces crises. Ces dernières ont progressivement diminué à l'école, l'enseignante de Marie rapporte qu'il n'y a "plus aucun problème". En dehors du milieu scolaire, Marie entretient une relation fusionnelle avec sa mère avec qui elle reste constamment. Marie accompagne sa mère dans toutes les activités quotidiennes. Dès que celle-ci la quitte pour aller se doucher ou promener son chien, Marie est en crise. Il n'y a que les temps d'école où Marie arrive à se séparer de sa mère. Cette dernière nous décrit Marie comme ayant "garder le cordon", elle la décrit comme "son ombre". Le soir également, Marie s'endort et se repose difficilement si sa mère ne reste pas proche d'elle toute la nuit. Cette relation est exclusive à sa mère car Marie présente une relation distante avec son frère et son père. Ces derniers ont des difficultés à être en relation avec elle. Tout au long de la prise en soin, le père de Marie est peu présent. Il n'est venu qu'une seule fois aux séances et n'est jamais évoqué par la mère. Il ne peut rester seul avec elle sans que cela ne provoque une crise. D'après les propos de la mère, il semble impuissant et en difficulté pour trouver sa place. Malgré la fatigabilité décrite par la mère au travers de nos questionnements, cette dernière se plaint rarement. La mère de Marie est présente aux séances. Tout au long de celles-ci, elle garde le sourire et arrive à rire avec sa fille. La psychomotricienne et moi-même observons que la mère a l'air d'avoir accepté la situation de sa fille.

## 2.2. Première rencontre

Je rencontre Marie pour la première fois le seize octobre 2023 lors d'un entretien familial. La psychologue, l'infirmière, la psychomotricienne et moi-même sommes présents en plus de Marie et de sa mère. L'objet de cet entretien est de proposer un début de suivi en psychomotricité ainsi que de créer une première rencontre entre la psychomotricienne, Marie, sa mère et moi.

Marie est une petite fille aux grands yeux bleus, une caractéristique qui m'a marquée dès les premiers instants. Elle présente également de très longs cheveux châtain que la mère dit refuser de couper. Marie porte de jolis vêtements de couleurs vives. Son entrée dans la salle est hésitante, elle reste derrière sa mère en lui tenant la main et son regard parcourt l'ensemble de la pièce. Nous sommes tous assis autour d'une table adaptée aux enfants et Marie reste debout, aux côtés de sa mère. Cette dernière est calme et prend le temps de répondre à nos questions tout en répondant aux différentes sollicitations de Marie. Malgré le fait qu'elle n'a pas acquis le langage verbal, Marie fait beaucoup de petits sons avec des intonations marquées et montantes comme des "Paaa !" ou des "Aaahaaa". Elle observe activement les éléments qui l'entourent, avant de fixer son regard vers la fenêtre. Cela me donne une impression étrange car je me trouve entre la fenêtre et Marie. J'ai le sentiment qu'elle me regarde mais avec sa vision périphérique, de manière indirecte.

Marie est en retrait corporellement, elle reste à fixer la fenêtre durant la majorité de l'entretien tout en restant à proximité de sa mère. Elle reste à distance des autres adultes et son regard est fuyant. Tout ceci, en plus de l'absence de langage verbal, m'évoque la présence chez Marie d'une bulle imperméable. Je me demande à ce moment-là comment nous allons pouvoir communiquer et réaliser un suivi avec cet enfant. Comment allons-nous entrer en relation ?

La psychomotricienne tente en fin d'entretien de proposer différents jeux à Marie. Pendant ce temps, les autres adultes continuent d'échanger. Pour ma part, je suis en retrait mais extrêmement attentif à ce que propose la psychomotricienne. Je m'interroge : comment Marie va-t-elle réagir à cette proposition ? Tout d'abord, la psychomotricienne présente un jeu de faire semblant avec une trousse de secours, puis des échanges de ballon. Le comportement de Marie change drastiquement. Elle se saisit des jeux proposés, elle rit, utilise les objets mis à sa disposition sur sa mère en lui faisant une piqûre. Elle joue également à repousser le ballon que la psychomotricienne lui envoie, créant un échange. J'observe durant ce temps que Marie peut être sollicitée autour d'une activité, d'un jeu où les différents acteurs prennent du plaisir. Pour la première fois de l'entretien, Marie semble être en interaction avec quelqu'un d'autre que sa mère.

### **3. Bilan psychomoteur**

À la vue des difficultés attentionnelles et de la compréhension de Marie, la passation de bilans standardisés n'est pas possible ici. La passation est réalisée en quatre séances en présence de la mère.

#### **3.1. Deux premières séances : Entrer en relation**

Nous retrouvons Marie et sa mère en salle d'attente. Marie se tient debout, proche de sa mère et le regard porté vers celle-ci. À notre arrivée dans la salle, Marie se tourne vers nous. Nous venons alors dire bonjour à Marie et sa mère. Pendant, ce bonjour, mon intonation est douce, j'arbore un grand sourire tout en regardant la mère puis Marie. Cette dernière détourne alors la tête vers sa mère et se blottit contre elle. Nous accompagnons alors Marie et sa mère vers la salle. Marie est réticente à entrer, elle sanglote par moments en se collant à sa mère. Lorsque nous demandons à Marie d'enlever ses chaussures, cela semble la mettre en difficulté et nous retrouvons ces petits sanglots. Je remarque alors qu'elle met ses mains sur ses oreilles lors de ces demandes, comme pour manifester son mécontentement à l'échec.

Pendant cette première séance, je suis plutôt dans une posture observatrice. Un temps de jeu autour du gros ballon est proposé à Marie. Elle semble beaucoup apprécier cet objet. Elle rit à frapper fort le gros ballon avec un tonus élevé dans les membres supérieurs. Le format du gros ballon permet à Marie de se décharger toniquement. Quelques échanges avec la psychomotricienne sont alors possibles : Marie a son regard porté sur le ballon et le repousse sans l'attraper. Je me demande si, dans cette situation, Marie prend réellement en compte la psychomotricienne ou si elle prend uniquement du plaisir à voir le ballon partir et revenir.

S'ensuit un jeu où la psychomotricienne fait semblant de dormir sur le ballon et se réveille en sursaut dès que Marie tape dessus. Ce jeu me fait penser à un coucou caché avec une notion de relance liée à la surprise. Ce jeu fait beaucoup rire Marie qui cette fois porte son regard non plus sur le ballon mais sur la psychomotricienne. Je me demande alors si la cause de ce changement est l'expressivité accentuée de la psychomotricienne. Si tel est le cas, cela témoignerait d'une sensibilité aux émotions de la part de Marie. Lorsque la réaction de la psychomotricienne se fait attendre, Marie penche sa tête en face de la tête "endormie" comme pour chercher une réaction faciale. Elle fait ensuite des petites exclamations qui semblent vouloir dire "allez, réveille-toi !".

Lorsque la psychomotricienne semble vouloir mettre fin au jeu, Marie la pousse doucement et la manipule de manière objectale. Pendant cette mobilisation, Marie montre un fort engagement corporel avec notamment une montée en tonus dans le buste et les membres supérieurs. Selon moi, Marie veut encore jouer mais n'est pas capable de réaliser une demande claire.

Un parcours moteur est également proposé à Marie. Ce parcours est notamment composé d'un tunnel, d'une marelle, de cerceaux et d'une cabane. Spontanément, Marie rentre à quatre pattes dans le tunnel et la cabane. Je suis d'abord heureux de voir Marie investir le parcours mais je me rends rapidement compte qu'elle reste dans le tunnel. Cet objet semble générer plus d'intérêt que le reste du parcours. Comment faire pour entrer en interaction avec cet enfant pour lui faire comprendre nos intentions ? C'est alors que la psychomotricienne commence à réaliser le parcours elle-même. Marie, alors intriguée, centre son attention sur la psychomotricienne ce qui se traduit par un regard fixe et un redressement de l'axe. Marie s'élançe alors à son tour avec entrain en réalisant le parcours derrière la psychomotricienne, en la suivant. Nous pouvons ainsi apprécier les qualités motrices de Marie qui sont conformes à la norme des enfants de son âge.

Ces deux premières séances m'ont permis d'être confronté à la difficulté d'entrer en interaction avec Marie. Pourtant j'observe déjà de premiers outils au travers des jeux mis en place.

### **3.2. Troisième séance : Une séparation qui fait violence**

La psychomotricienne et moi avons jugé pertinent de faire passer un bilan sensoriel de DUNN à Marie durant cette séance. Je reste donc avec la mère dans une pièce à part pendant que la psychomotricienne reste avec Marie dans la salle de psychomotricité.

Cette séparation est très mal vécue par Marie qui commence à pleurer. Elle essaye de rester accrochée à sa mère. Son expression faciale change très vite, son visage se crispe. Son tonus s'élève dans tout son corps tandis qu'elle tend les bras vers sa mère. Marie ne semble pas réceptive aux explications verbales de la psychomotricienne et de sa mère. Au bout d'un certain temps, faute de meilleure solution, la psychomotricienne décide d'attraper Marie et nous en profitons, la mère et moi, pour nous faufiler dans un bureau à part.

Tout au long de l'entretien, nous entendons Marie crier et pleurer pendant quarante minutes. J'essaie de mener l'entretien mais je n'ignore pas non plus totalement les cris qui nous font parfois réagir verbalement avec la mère. Inconsciemment, j'essaie de me dépêcher de finir rapidement

pour ne pas faire durer ce temps de séparation. La mère de Marie prend le temps de répondre à toutes mes questions et semble masquer son inquiétude. Son visage trahit toutefois des signes d'anxiété et son buste monte en tonus. A la fin de l'entretien, les retrouvailles ont lieu. J'observe alors Marie, en pleurs, se blottir dans les bras de sa mère. Cette dernière la porte sur ses genoux tout en l'enlaçant et la rassurant verbalement. Marie semble marquée par l'événement : son visage est rouge, sa respiration haletante, ses yeux larmoyants. Elle prend du temps à se remettre de cet état dans lequel elle reste jusqu'à son départ du CMP. Cette réaction semble traduire chez elle un certain collage avec sa mère avec une difficulté de séparation. Cela m'interroge sur la construction psychique de Marie : se considère-t-elle comme un sujet à part ? Comment être dans l'interaction et le lien si l'on n'est pas encore soi-même totalement construit ?

Le profil sensoriel met en évidence des particularités sensorielles chez Marie. Tout d'abord, Marie montre une hypersensibilité au niveau tactile. Elle ne supporte pas le toucher d'autrui en dehors de celui de sa mère avec qui les soins quotidiens sont possibles. Le toucher semble irriter ou la mettre en détresse ce qui peut entraîner des réactions hétéro-agressives. Cette hypersensibilité a donc un impact sur le rapport qu'a Marie avec ses pairs ou les adultes qu'elle ne connaît pas.

Marie montre également une hypersensibilité au niveau visuel. Elle semble être attirée par des éléments visuels précis comme les couleurs vives ou encore les passages des différentes personnes dans la pièce. Toutefois, cette sensibilité a un impact moindre dans le comportement de Marie, notamment dans son contact avec les autres. Cette sensibilité fait sens avec nos observations au cours des différentes séances où Marie vient toujours avec des habits très colorés et vifs. La mère nous explique qu'elle refuse de porter quoi que ce soit qui ne soit pas de ces couleurs.

### **3.3. Quatrième séance : Un investissement inattendu**

Dès l'entrée en séance, Marie montre des signes de peur : elle se cache derrière sa mère, se met en retrait et refuse d'entrer en première dans la salle. Finalement, elle me prend la main, ce qui m'étonne particulièrement. Elle ne me regarde cependant pas dans les yeux. Aux séances précédentes, Marie avait été assez peu en relation avec moi, ce qui renforce mon étonnement. La psychomotricienne propose à Marie de venir jouer au tapis. Marie reste en retrait face à cette proposition. Elle se retourne et marche dans ma direction avant de m'attraper le bras. Je comprends alors que Marie semble m'avoir pris comme repère et que ma présence la rassure. Je

me mets donc au sol afin de l'inviter à me suivre, ce qu'elle fait avec entrain. Tout au long de la séance, Marie est attentive à mon positionnement. Lorsque je me place en posture d'observateur, son regard me cherche à plusieurs reprises et son corps s'oriente dans ma direction. Elle marche alors dans ma direction pour me prendre ma main et me tirer derrière elle. Marie montre une grande proximité corporelle. Par exemple, je suis assis au sol et Marie vient m'enlacer fortement, me faisant tomber en arrière. A plusieurs moments, elle vient mettre son visage très proche du mien au point où je sens son souffle contre moi. Cela me rend perplexe car tout ceci est soudain et inattendu. D'autant plus, le bilan sensoriel montre que Marie a des difficultés au contact des autres notamment avec le toucher. La psychomotricienne et moi-même nous demandons si ce rapprochement est lié à la dernière séance. Est-ce que la psychomotricienne, étant responsable de la séparation, a été associée à cet événement ? Pour ma part, n'ayant pas participé à cette séparation, Marie aurait décidé de se rapprocher de moi ?

Tout au long de cette séance de bilan, Marie prend beaucoup de plaisir dans le mouvement. Cela se traduit par des cris de joie, des rires et des sourires de sa part. Les jeux au tapis proposés sont bien investis, Marie fait des roulades à répétition et court en riant. Elle réalise même de nombreuses chutes qui m'apparaissent comme volontaires. Ces mises en mouvement répétées me font alors penser à une recherche des sensations vestibulaires. La mère de Marie nous informe que cette dernière faisait beaucoup de balancements et de tournoiements étant petite mais que cela aurait diminué.

#### **3.4. Conclusion du bilan**

Le bilan a permis de mettre en avant les observations psychomotrices suivantes : Le niveau de communication de Marie est très réduit : elle ne formule pas de demande, le langage verbal n'est pas maîtrisé et s'arrête aux onomatopées. Il y a également très peu de regards adressés. Le pointage et l'attention partagée n'ont pas été présents.

Le trouble du spectre de l'autisme s'associe chez Marie à un retard de développement global avec des compétences en deçà des attendus à son âge :

D'un point de vue moteur, Marie apprécie se mettre en mouvement. L'équilibre reste précaire. Il y a un manque de coordination entre les membres inférieurs et supérieurs lors des sauts. Les gestes manquent de précision. Le graphisme est encore à l'état de gribouillage.

- Au niveau du tonus, Marie réalise la plupart de ses gestes en force avec un tonus élevé dans les membres supérieurs. Certains mouvements peuvent faire l'objet d'une décharge tonique, ce qui a notamment été le cas sur les gros ballons. L'expression de ses émotions et notamment de la frustration passe par une montée en tonus dans l'ensemble du corps.
- D'un point de vue relationnel, Marie a un lien fusionnel avec sa mère avec qui la séparation est impossible sauf sur le temps scolaire. Toutefois, il est possible d'être en interaction avec Marie sur de courts temps notamment avec certains jeux comme les ballons. Elle peut montrer des capacités d'imitation. Les pré-requis à la communication ne sont pas acquis.
- Son attention reste très fluctuante en fonction des jeux proposés, un fort accompagnement verbal est nécessaire.

À la vue de nos observations au cours des différentes séances de bilan, un suivi hebdomadaire a débuté dans la continuité des séances d'observation avec comme axe de travail les objectifs suivants :

- Mettre au travail les capacités d'attention et d'adaptation à un cadre défini.
- Développer les compétences socio-communicatives : pointage, regard, capacité à réaliser une demande.
- Développer l'imitation.
- Travailler autour de la gestion des émotions, notamment de la frustration.

## **4. Séances de suivi**

### **4.1. Séparation**

Au cours du suivi, la psychomotricienne et moi-même décidons de travailler la séparation entre Marie et sa mère. Cette proposition a été acceptée sans réticence par la mère de Marie. Nous avons pu observer lors du bilan à quel point cela était mal vécu par Marie ce qui nous a dissuadé d'insister dès le début sur cette séparation. C'est pourquoi nous avons exceptionnellement accepté la présence de la mère de Marie lors des séances. Cette présence ne m'a absolument pas perturbé dans ma posture, le regard de la mère de Marie m'a toujours semblé bienveillant. La psychomotricienne et moi-même convenons que ce travail de séparation devra être progressif. Dans un premier temps, nous mettons en place un pictogramme "maman" avec une photo de la mère de Marie ; le but étant de préparer la séparation mère-fille et de travailler autour. Nous programmons la séance avec différents pictogrammes pour rendre les événements plus prévisibles.

Trois temps sont prévus : un jeu de ballon, un jeu de musique et un jeu choisi par Marie. Chaque jeu est représenté par son propre pictogramme en plus du pictogramme maman qui indique que celle-ci est présente. Le dernier jeu est présenté sans pictogramme maman pour indiquer que celle-ci n'est plus présente. La psychomotricienne essaie de présenter le programme visuel à Marie. Pour cela, elle se saisit de la feuille et la place verticalement face à Marie. La psychomotricienne place alors son doigt sur chaque épreuve en verbalisant : "ballon avec maman", "musique avec maman" et "maman absente". Marie semble ne pas porter beaucoup d'intérêt à la chose, son regard est ailleurs et ne s'arrête pas sur la feuille. La mère est présente, debout, aux côtés de la psychomotricienne. Elle accompagne verbalement les explications de la psychomotricienne "tu as compris Marie ? Je ne serai plus là après". La réaction de Marie me laisse penser qu'elle ne s'est pas saisie du planning et je redoute alors le temps de séparation.

Le jeu choisi par Marie est une trousse de secours. Vient alors le temps sans la mère et cette dernière lui dit au revoir et sort. Dans un premier temps, Marie croit qu'il est temps de partir aussi et nous regarde en nous faisant au revoir de la main. Lorsque la porte se ferme, Marie reste immobile quelques secondes et je me prépare à accueillir une crise de sa part. C'est alors qu'elle se tourne vers moi, vient en courant et me serre fort dans ses bras pour un câlin qui dure quelques longues secondes. Cette réaction m'a surpris ; je savais que Marie avait apprécié ma présence lors de la dernière séance mais je ne me doutais pas de cette importance. En l'absence de sa mère, Marie semble alors trouver une nouvelle figure d'attachement en moi. Cela m'interroge, est-ce que Marie a progressé à ce niveau en montrant qu'elle avait aujourd'hui les ressources nécessaires pour se séparer de sa mère sans crises et sans craintes ? Elle me prend ensuite la main pour m'amener au niveau de la mallette de médecin. Cela me laisse croire qu'elle a compris qu'il était le moment de jouer à son jeu choisi. S'ensuit un temps de jeu où Marie est calme, elle se saisit des différents objets et les utilise sur nous de manière adaptée.

Au moment de partir, Marie tend la main vers moi en me regardant dans les yeux, elle essaye de m'attraper et de m'emmener avec elle, comme si elle ne voulait plus me quitter. J'essaye alors de lui expliquer que la séance est terminée et qu'il faut qu'elle rentre chez elle mais Marie montre des signes de frustration : son tonus augmente dans l'ensemble de son corps, de petits sanglots sont visibles. La mère de Marie vient alors lui prendre la main en lui expliquant calmement qu'il est temps de rentrer à la maison. Marie finit par suivre sa mère, ses signes de frustration diminuant légèrement. Cela m'interroge à nouveau ; l'investissement de Marie envers moi est-il trop intense ? Et pourquoi aussi soudainement ?

Je pense alors que Marie est en progression et qu'elle a les ressources nécessaires pour faire face à la séparation. C'est pourquoi nous avons décidé de réitérer ce temps de séparation en fin de séance au fil des semaines. La séance suivante, nous utilisons les mêmes outils avec un planning et des pictogrammes. Celle-ci se déroule en trois temps : un avec la mère, un sans et un avec son retour. Le but ici est de travailler la séparation Mère-Marie mais aussi de montrer à cette dernière que sa mère ne disparaît pas complètement et qu'elle peut reprendre du plaisir aux retrouvailles. Nous essayons à nouveau de le présenter à Marie qui y lance un regard fugace, semblant ne pas y prêter réellement attention. Nous n'insistons pas et commençons la séance.

Vient ensuite le temps sans la mère, cette dernière quitte la pièce en disant "à tout à l'heure". Je m'attends alors à une réaction identique à la séance précédente. Marie exprime beaucoup de colère : elle crie, pleure, arrache tout ce qui est sa portée et frappe la porte. Son tonus est très élevé, son visage crispé. Elle se saisit d'un caddie présent dans la salle qu'elle fait tourner à l'aveugle en criant et produisant des sons sans significations précises. Ces gestes sont amples et, étant positionné aux côtés de Marie, je dois faire attention à ne pas me prendre un coup. Nous tentons, la psychomotricienne et moi, de l'apaiser par des mots et des explications "maman va revenir", "on joue juste tous les trois". Elle semble toutefois inaccessible pendant ce temps. J'observe toutefois de nombreux signes de communication adressée : Marie pointe la porte, nous cherche du regard en alternant avec la porte. Elle semble désespérée mais ne cherche pas à ouvrir la porte elle-même, elle semble plutôt voir en nous une ressource pour y parvenir. Elle vient plusieurs fois me prendre la main et me la tirer. Nous proposons également les jeux préférés de Marie : ballons, pâte à modeler, trousse de médecin, musique et comptines ; en vain. Pire, cela semble amplifier sa colère qui, voyant les objets proposés, crie encore plus fort en les repoussant des mains, cherchant à les ranger. Elle range d'ailleurs les objets aux bons endroits à chaque fois, ce qui nous montre qu'elle a repéré d'où ils venaient sans pourtant les regarder fixement. Tout ceci me donne le sentiment que Marie est non seulement désespérée de ne plus avoir sa mère mais en plus exaspérée de ne pas se faire comprendre. Comment réagiriez-vous si vous criiez "je veux ma mère !" et que l'on vous proposait encore et encore des jeux malgré vos protestations ?

Cette situation me laisse un fort sentiment d'impuissance face à Marie. Je me sens désemparé, incapable de communiquer ou de me faire comprendre avec l'impression de faire quelque chose de mal.

Au bout de quelques minutes, la psychomotricienne décide de faire revenir la mère de Marie. Cette dernière met quelques minutes à se calmer, continuant de pleurer dans un premier temps. Elle se blottit dans les bras de sa mère dans un second, respirant très fort, le souffle coupé et les yeux encore mouillés. La psychomotricienne et moi-même essayons alors de proposer un nouveau jeu

pour montrer à Marie que nous pouvons prendre du plaisir même après la séparation. Nous choisissons un jeu de bulles apprécié par Marie et soufflons quelques bulles mais elle semble les repousser. Nous lui laissons un peu plus de temps pour se remettre de ses émotions et je réitère quelques minutes plus tard. C'est alors que Marie montre une tout autre réaction. Je vois son visage s'illuminer, ses yeux briller d'une lueur nouvelle et un sourire se dessine aux coins de ses lèvres. Marie éclate les bulles en riant, tout sourire. Cela me surprend, son humeur a radicalement changé en quelques instants. Cela a mobilisé mes capacités d'adaptation car j'ai alors dû changer mon propre état émotionnel. Nous pouvons ensuite jouer avec la psychomotricienne à souffler des bulles plusieurs fois, plongeant ainsi Marie dans la joie.

Cette réaction de détresse face à la séparation avec sa mère se reproduira à plusieurs reprises au cours du suivi. Au bout de quelques séances de suivi, je m'interroge : est-il nécessaire de travailler la séparation de cette manière ? Cette façon de faire est-elle trop brutale et violente pour Marie ? Nous réfléchissons alors à d'autres moyens d'amener Marie à se dénouer de sa mère. Il me vient l'idée d'intégrer pleinement la mère à nos jeux et nos séances afin d'amener un tiers dans la relation entre Marie et sa mère.

Dans cette optique là nous proposons un jeu de cache-cache avec Marie et sa mère. Dans un premier temps, Marie ne peut pas se cacher seule. Je me demande si elle n'a pas compris les règles du jeu ou si elle n'a pas les ressources nécessaires pour se cacher des yeux de tous ? Nous l'accompagnons alors et une personne reste cachée avec elle. Lorsqu'elle est cachée, Marie est calme, silencieuse, recroquevillée et immobile. La salle de psychomotricité est spacieuse ce qui permet l'utilisation de cachettes sophistiquées. Une fois quelqu'un retrouvé, nous exprimons de la joie en exagérant notre émotion tandis que les autres personnes restent cachées silencieusement. Cela est repris par Marie qui rit beaucoup à chaque fois qu'elle ou quelqu'un d'autre est retrouvé. Cela montre chez Marie une certaine sensibilité émotionnelle ainsi que des capacités d'imitation. Durant le jeu, elle est capable de se cacher avec sa mère mais aussi avec moi ou la psychomotricienne. Lorsque la mère est cachée et que Marie ne l'est plus, de faibles signes de panique peuvent apparaître. Marie parcourt l'ensemble de la pièce frénétiquement, le regard balayant toute la zone. Elle semble la rechercher au plus vite. Cet état de recherche active que j'associe à de la panique s'efface totalement lors des retrouvailles où l'ensemble des acteurs expriment beaucoup de joie.

Actuellement, Marie n'arrive toujours pas à se séparer de sa mère. Nous varions nos propositions pour intégrer au maximum sa mère en séance.

## **4.2. Jouer à trois**

Au cours des séances de psychomotricité, de nombreux jeux sont proposés à Marie. Certains d'entre eux auront plus de succès que d'autres. Au travers de ces jeux, comment entrer en relation avec cet enfant à la communication différente et la compréhension réduite ?

### **4.2.1 Rentrer dans cette bulle**

Au fil des séances, j'essaie d'être un maximum en interaction avec Marie. Lors d'une séance, de la dinette et des grains de blé dans une grande caisse sont montrés à Marie. Cette dernière va spontanément se saisir des objets, les remplir, les vider et effectuer des transvasements. Son regard est porté vers ses mains et il est difficile pour moi d'entrer en interaction avec elle. J'essaie de remplir ses récipients avec les miens, je lui propose de me prêter des objets, de remplir mes récipients. Mes propositions verbales n'ont pas d'effet sur Marie qui continue ses petites manipulations sans montrer de réaction. J'ai l'impression que Marie ne saisit pas ce que j'essaie de lui dire. Toutefois, je ne me décourage pas. J'essaie alors des propositions visuelles qui entrent dans son champ de vision. Cela fait réagir Marie, son regard se porte sur ma main, ses yeux s'agrandissent, tout son corps se redresse brusquement. Certains gestes, comme faire remuer les grains avec un objet, sont repris et imités en deux temps : Marie m'observe réaliser le geste puis le reproduit une fois que j'ai terminé sa réalisation.

Au cours d'une autre séance, nous jouons avec de la pâte à modeler. Marie sort spontanément tous les outils et les utilise sur la pâte. J'essaie de l'imiter, et, lorsqu'elle prend une fourchette pour faire des petits trous, je fais de même. Très vite, Marie réagit à mon imitation, son regard se lève sur mes mains pendant quelques secondes. Je l'observe ensuite continuer à réaliser la même action, d'abord sur ma propre pâte puis sur la sienne après un pointage de ma part : "sur la tienne !". Je continue ensuite en accompagnant verbalement mes actions "pique, pique, pique !". Marie produit alors des petits sons à son tour en reprenant mon intonation. Je varie ensuite mes propositions, je lâche ma pâte, la coupe avec certains objets. Ces gestes sont reproduits dans un second temps par Marie.

Au cours de ces différents jeux, je peux observer le manque de spontanéité de Marie à entrer en relation. Son regard est la plupart du temps fixé sur son action et rarement sur les autres. La plupart de nos propositions verbales semblent ne pas être prises en compte par Marie qui continue ce

qu'elle fait sans nous regarder. Cela me laisse penser que Marie est indifférente à ce qui lui est proposé, s'enfermant dans une bulle imaginaire imperméable. Pourtant comme je l'ai décrit précédemment, avec un bon ajustement, il est possible de capter l'attention de Marie. Ces imitations sont selon moi la preuve que Marie a retenu et intégré certaines de mes différentes propositions. Mais Marie est-elle insensible et inattentive à toutes les autres propositions ? En effet, celles qu'elle n'imites pas et qu'elle ne regarde pas fixement semblent inexistantes pour Marie. Cela a longtemps été mon avis au cours du suivi. Pourtant, au bout de quelques semaines, une séance est venue chambouler ma vision sur le sujet.

Au cours de cette séance, Marie va chercher un jeu de bulles de savon qu'elle tente d'ouvrir. La psychomotricienne l'aide à ouvrir le flacon et joue à créer des bulles. À la vue de celles-ci, le visage de Marie s'illumine, ses yeux s'écarquillent et un sourire apparaît. Cet objet semble connu par Marie et rapidement, cette dernière tente d'éclater les bulles avec ses mains. Ce geste semble amener beaucoup de plaisir à Marie qui s'anime et rit à chaque bulle éclatée. La psychomotricienne demande alors à Marie de réaliser ce geste avec la pointe de l'index. Pour ce faire, la psychomotricienne accompagne sa consigne par des démonstrations en éclatant elle-même les bulles comme demandé. Pendant ces demandes, Marie ne semble pas écouter, son regard est ailleurs et elle n'effectue pas le geste demandé. Elle continue d'éclater les bulles avec l'ensemble de sa main sans jeter un regard à la psychomotricienne. À ce moment, je me dis que la demande de la psychomotricienne n'est pas prise en compte par Marie. Pourtant, la psychomotricienne persévère dans ses demandes à de nombreuses reprises et pendant plusieurs minutes. Le comportement de Marie n'évolue pas pendant ce temps, elle réalise l'action comme bon lui semble. Marie est dos à la psychomotricienne, son corps est orienté vers les bulles. C'est alors qu'au bout de la septième demande, je vois Marie éclater les bulles avec le bout de l'index ; cela non pas une fois de manière isolée mais à plusieurs reprises et de manière exclusive.

Cela m'a beaucoup surpris. Je n'imaginai pas qu'une consigne pouvait faire autant trace chez Marie dont l'attention semble si volatile. Ces enfants ont un fonctionnement très différent du nôtre sur bien des aspects. C'est pourquoi il me faut être prudent sur mes interprétations, je ne sais pas tout ce qu'il se passe en eux. Je n'ai accès qu'à ce qu'ils veulent bien nous montrer. Il faut également prendre en compte que chaque enfant est différent, avec son propre caractère, ses propres intérêts et ses propres envies.

Je constate donc qu'il faut s'adapter au rythme de Marie, trouver quelles sont les clefs et les portes pour entrer en interaction avec elle.

#### 4.2.2 Les ballons

Lors des séances de bilan, nous avons pu voir que Marie manifeste un fort intérêt pour les ballons. La psychomotricienne et moi décidons de nous saisir de cet intérêt au cours des séances.

Au début du suivi, lors d'une des premières séances, la psychomotricienne discute avec la mère de Marie et je me retrouve seul avec sa fille à l'écart de la pièce. Je suis assis au sol, à moins d'un mètre d'elle. Cela me permet d'être à son niveau afin d'être plus à l'écoute et disponible à d'éventuels signes communicatifs de sa part. De plus, cela me permet également de me faire comprendre plus facilement, me disposant dans une posture rassurante. C'est alors que Marie regarde fixement le gros ballon, posé en hauteur, avant de me regarder à mon tour. Il s'agit d'un regard franc au niveau de mes propres yeux. Ce regard est accompagné d'une expression faciale particulière. Cette expression ressemble à de la surprise, ses yeux l'égargissent tout comme sa bouche qui est légèrement entrouverte. Cela me renvoie à l'idée que quelque chose de grandiose allait se produire et que nous étions à l'aube de cet événement. Tout ceci me laisse penser que Marie semble vouloir dire : "on joue à ça ?". Cette intuition se confirme par la suite avec Marie qui enchaîne les regards entre le gros ballon et moi. Je l'interpelle en exagérant ma réaction "hhhhhaan tu veux le gros ballon !". Marie réagit à cette réaction en l'imitant oralement "hhhhhaan" et prend à ce moment là le gros ballon. En réagissant ainsi, j'ai montré à Marie que je comprenais son message. En effet, elle a réalisé ici une véritable demande avec plusieurs regards adressés. Cet épisode clinique m'a montré que Marie avait les capacités de réaliser des demandes franches mais qu'il fallait pour cela un facteur motivationnel. Les ballons semblent être une des fameuses portes d'entrée d'interaction avec Marie. C'est pourquoi, j'ai décidé de beaucoup les utiliser au cours du suivi.

Les séances suivantes, nous proposons beaucoup d'échanges de balles à trois à Marie. Les échanges sont réalisés avec un ballon en mousse de taille moyenne et, pendant ces échanges nous essayons de capter le regard de Marie en verbalisant "tu me regardes ?" tout en plaçant le ballon au niveau de nos yeux. Dès que Marie nous regarde au niveau du visage, nous lui jetons le ballon en nous exclamant "ouaaais !". Marie est sensible à nos réactions, à chacune de nos exclamations, elle sourit et en rigole. Nous essayons également d'imiter Marie au maximum afin d'entrer en interaction avec elle. Cela peut être au niveau de sa posture, de sa motricité, de ses productions verbales. À titre d'illustration, Marie s'allonge spontanément au sol pendant les échanges. Elle est à plat ventre, sa tête posée sur le côté et son visage tourné vers nous. Je m'allonge alors en disposant mon corps dans la même position que Marie. Les échanges se font alors en faisant rouler la balle d'une tête à

l'autre. Pendant ce temps, au sol, Marie reste calmement allongée en montrant toujours les mêmes signes de plaisir lors des réceptions du ballon. Cette posture facilite l'échange de regard car le champ de vision est restreint. J'ai alors vraiment l'impression d'être en lien avec Marie.

Marie est capable d'attendre son tour pour recevoir le ballon. Pendant cette attente, elle regarde soit le ballon, soit notre corps, mais il arrive aussi qu'elle nous regarde dans les yeux. C'est précisément à ce moment-là, ce court instant qu'il faut saisir, que nous nous exclamons en jetant le ballon.

Rapidement, ces jeux de ballon deviennent une routine dans les séances de psychomotricité. Au cours de l'une d'elle, je réalise une séance entière où je joue en binôme avec Marie car la psychomotricienne discute avec sa mère dans un coin de la pièce. Cette présence d'arrière-fond semble rassurer Marie qui lance de nombreux regards à sa mère tout au long de la séance. Ces regards sont accompagnés d'une rotation de l'axe ainsi que d'un léger recrutement tonique dans tout le buste. Marie fait également parfois quelques aller-retours entre elle et moi à plusieurs reprises. Ces allers-retours ne dérangent pas la mère qui accueille avec un sourire Marie avant que celle-ci ne reparte jouer.

Je décide alors de proposer notre rituel jeu du ballon à Marie. À la vue du ballon, cette dernière me le prend des mains et le jette en l'air en riant ce qui me surprend. Elle répète plusieurs fois l'opération et se déplace dans la pièce en jetant le ballon. Son regard est uniquement porté sur l'objet. Ce moment me laisse une étrange impression. Je n'ai pas l'impression d'exister aux yeux de Marie. Elle semble à nouveau replongée dans une bulle imperméable. À cet instant, je me demande alors comment lui montrer que nous pouvons échanger le ballon avec des lancers tout en partageant une relation source de plaisir. Le fait d'être à trois d'habitude nous permet de faire des démonstrations pour se faire comprendre ; nous lançons la balle entre la psychomotricienne et moi pour que Marie observe et puisse reproduire le geste. Je finis alors par attraper l'un de ses lancers. Je garde un temps le ballon et répète mon habituel processus : je cherche le regard de Marie. Toutefois, celui-ci est fixé sur le ballon. Je le place donc au niveau de mon visage et une fois que le regard de Marie croise le mien, je lui jette l'objet en annonçant "ballon !" avec une intonation montante. Ce travail de poursuite oculaire va être reproduit pendant des dizaines de lancers. Marie rie beaucoup à chaque lancer de ma part, elle semble éveillée. Son excitation est visible, tout son corps qui se redresse, monte en tonus au niveau de l'axe avec son regard qui suit le ballon. Elle vient ensuite spontanément me le renvoyer de différentes manières : le faisant rouler, le jetant, tapant avec le pied. Les jets de sa part sont faits sans coordination oculo-manuelle ce qui me laisse penser qu'elle se contente de renvoyer le ballon au hasard. Pourtant, lorsque son lancer est raté et que je n'arrive pas à le rattraper, Marie court vite rectifier le tir. À peine le ballon touche le sol que

Marie s'élançe en courant, saisit le ballon et se positionne à son emplacement initial pour me le lancer à nouveau. Cela me laisse penser qu'elle cherche clairement à m'envoyer la balle, d'autant plus que son regard est porté sur moi lorsque je rattrape le ballon. Cela semble répondre à ma précédente question sur le sens des échanges de Marie : est-ce que ces échanges de ballons relèvent d'un jeu où elle voit juste le ballon partir et revenir ou d'un réel jeu partagé ?

Après de nombreuses répétitions, je tente à quelques reprises d'attendre que Marie me regarde dans les yeux sans placer le ballon à ce niveau pour le relancer. Cela échoue la plupart du temps : elle regarde autour d'elle ou pousse quelques exclamations. Dans ces cas-là, je replace le ballon au niveau de mes yeux ce qui la sollicite à nouveau. Toutefois, trois à quatre fois environ, Marie me regarde dans les yeux, ce à quoi je réagis en lui jetant le ballon en montrant encore plus de joie que d'habitude. Cela semble montrer un début d'apprentissage à la suite de la répétition du "tu me regardes, je te donne une récompense sociale".

À plusieurs reprises Marie imite la position dans laquelle je suis. Je me saisis alors de cela pour proposer différentes postures pour lancer. Parfois nous sommes debouts, parfois assis ou encore allongés. Ces capacités d'imitation me donnent le sentiment que Marie est vraiment en interaction avec moi. Le fait que je puisse proposer quelque chose et qu'elle s'en saisisse montre que c'est elle qui s'ajuste à moi et non le contraire pendant ces instants. Cet ajustement de Marie est selon moi un premier pas vers une généralisation des compétences acquises.

Dans la suite du suivi, nous essayons de faire évoluer ce jeu de ballon. Nous essayons notamment un tout nouveau jeu d'échanges à quatre. Nous sommes disposés en cercle, avec des raquettes de tennis, et nous nous faisons des passes avec un ballon de baudruche. L'idée est de faire expérimenter des moments de partage entre Marie, sa mère et nous. Cette expérimentation reprend ce que nous avons développé dans la partie sur la séparation. La mère n'est plus en retrait ici mais bien incluse dans le jeu avec nous. Ces jeux permettent à Marie de concevoir la présence de l'autre en présence de sa mère. La psychomotricienne et moi-même sommes positionnés comme un tiers. Ce jeu est nouveau pour Marie qui vient pourtant distribuer spontanément une raquette à chacun d'entre nous. Nous commençons à taper dans le ballon ce qui plonge Marie dans une grande euphorie, beaucoup de rires sont présents et son visage s'illumine. Son regard est porté sur le ballon, la tête en l'air. Elle se déplace alors d'elle-même, marchant et riant en suivant le ballon au point où le tour de rôle n'est pas toujours possible. Cependant, Marie arrive finalement à garder sa place tout en tapant dans le ballon lorsque c'est son tour. L'utilisation d'une raquette semble nouveau pour Marie qui utilise une prise palmaire à une main pour produire un geste fort mais désorganisé. Cette motricité fait l'objet d'une décharge tonique qui amène un déséquilibre

postural. Marie semble prendre beaucoup de plaisir dans cette activité ce qui se traduit par des rires.

Le jeu évolue ensuite avec la séparation du groupe en deux binômes. L'idée est de voir si Marie est capable de se concentrer sur un partenaire de jeu. Chaque binôme réalise des échanges de leur côté avec un ballon de baudruche. Une limite physique est présente avec un banc, le principe étant de délimiter les espaces au maximum afin de faciliter la compréhension de Marie. Dans un premier temps, Marie tente de rejoindre le binôme de sa mère. Elle ne semble pas comprendre l'évolution du jeu et de la consigne. Je décide alors de l'accompagner verbalement et physiquement puis de rapidement commencer le jeu afin d'attirer son attention. Pendant ce nouvel échange, Marie prend beaucoup de plaisir à renvoyer le ballon de baudruche sur lequel elle peut exercer une forte décharge tonique. Son plaisir ne sera pas diminué par les changements de binôme et de position montrant ainsi une capacité d'adaptation chez elle. Je suis ici impressionné par la réaction de Marie, je pense alors que celle-ci a de véritables ressources sur lesquelles s'appuyer. Tout ceci m'encourage pour la suite du suivi.

C'est au travers de ces jeux de ballon que nous avons pu apercevoir des premières demandes claires et des premiers regards adressés chez Marie. Elle a pu entrer en interaction avec nous et du plaisir a pu être partagé.

#### **4.2.3 Le sensoriel**

Lors du bilan, j'ai pu observer que Marie réalisait de nombreuses roulades et courses la tête en avant ce qui me laisse penser qu'elle apprécie se mettre en mouvement. Lors de la passation du profil sensoriel, la mère de Marie nous a informé que sa fille effectuait beaucoup de tournoiements et de balancements lorsqu'elle était plus petite. Bien que le bilan sensoriel ne relève pas d'hyposensibilité vestibulaire, il est clair que Marie porte un intérêt à ces sensations.

Notre objectif est ici de savoir si l'utilisation de sensations vestibulaires pourrait être un nouvel outil de réassurance ou de renforcement chez Marie. C'est pourquoi nous décidons d'utiliser les balancements au cours des séances. Pour cela, nous positionnons un léger hamac au sol avant d'inviter Marie à s'allonger dessus. Dans un premier temps, elle ne comprend pas ce que nous voulons faire avec ce nouvel objet. Nos consignes verbales sont insuffisantes et nous ne pouvons pas non plus faire une démonstration, le hamac ne peut supporter notre poids. C'est donc sa mère qui intervient. Cette dernière, en disposant ses mains sur les épaules de Marie, la fait doucement basculer au sol. Marie se laisse mobiliser sans résistance et finit allongée dans le hamac. La

psychomotricienne et moi-même saisissons les bords du hamac avant de le soulever lentement. Ainsi, Marie se retrouve suspendue dans le hamac. À cet instant, Marie reste impassible. Nous commençons alors à réaliser de légers balancements ; rapidement, Marie rigole. Sa tête, positionnée à mon niveau, se relève pour me regarder dans les yeux ce à quoi je réagis par un “coucou !”. Ces regards étant rares, j’essaie de toujours y réagir. Marie réagit à mon exclamation par un grand sourire. Nous avons l’occasion de varier nos balancements. Nous commençons par un rythme lent qui va petit à petit s’emballer avec un rythme plus rapide et des gestes plus amples. Marie apprécie la vitesse et ses rires s’amplifient. Voyant cela, nous continuons d’accélérer mais cette fois-ci, il semblerait que nous soyons allés trop loin. Marie montre des signes d’inquiétude, elle pousse des petits cris et son visage traduit de l’anxiété. Son buste monte en tonus et ses poings se crispent. Cependant, cet état cesse immédiatement lorsque nous ralentissons le rythme. Une fois Marie posée au sol, celle-ci reste allongée sur le hamac à nous regarder dans les yeux. Pendant quelques secondes, je reste silencieux. À ce moment, elle me semble calme et apaisée. J’essaye alors de travailler la demande chez Marie. Pour cela, je la regarde en disant “encore ?”. Marie me regarde à son tour d’un air dubitatif. La mère m’indique que l’orthophoniste utilise un geste particulier pour dire encore. Ce geste consiste à faire tourner ses deux bras l’un par rapport à l’autre horizontalement. Je réitère ma demande mais avec ce geste. Tout d’abord, cela ne semble pas faire réagir Marie qui continue à rester allongée en me regardant plus ou moins. J’insiste à plusieurs reprises, accompagnant le geste par le mot “encore” et une intonation montante. C’est alors que Marie, après un rapide regard dans ma direction, reproduit fidèlement le geste. La psychomotricienne et moi-même nous empressons de réagir par une félicitation verbale forte “ouais !!”, avant de soulever le hamac dans la foulée. Les balancements sont alors repris. Nous nous sommes également ajustés en proposant une communication visuelle plutôt que verbale. Elle a également dû s’adapter car sans la reproduction du geste, les balancements n’auraient pas repris. Il s’agit de la première fois où Marie réalise une demande apprise. Cela montre que malgré les difficultés dues à ses troubles, Marie a les capacités pour acquérir de nouvelles compétences. Je constate que le travail pluridisciplinaire liant le parent a un réel effet, il est important que tous les acteurs se coordonnent au mieux pour l’accompagner. La mise en place d’une communication par les gestes avec Marie est pertinente mais il m’apparaît primordial que tout l’environnement soit impliqué.

Lors de cette même séance, un temps sans la mère est prévu. Comme nous l’avons vu précédemment, ce temps est très difficilement vécu par Marie. C’est pourquoi celui-ci se veut court avec une durée de quatre minutes réglées par un timer. Lorsque nous annonçons à Marie que ce temps est venu, elle tend les bras vers moi sans me regarder dans les yeux. Je l’enlace contre moi

avant de la porter. Sa mère sort alors de la pièce. Marie reste ainsi, blottit dans mes bras, la tête dans le creux de mon épaule en me serrant très fort pendant une trentaine de secondes environ. Son tonus est perceptiblement élevé dans ses membres supérieurs durant ce temps de proximité. Je l'entends doucement pleurer, je verbalise "allez Marie, Maman va revenir, plus que trois minutes !" tout en passant mon bras le long de son dos. Malgré ma tentative de réassurance, les pleurs continuent. Je note alors que la réaction de Marie est plus contenue que d'habitude, il n'y a pas de cris ou de décharge motrice. Marie se défait de mon étreinte, descend de mes bras et marche en direction de la porte. Pendant ce temps, la psychomotricienne et moi essayons de continuer à jouer au "hamac" sans Marie. Pour cela nous jetons des peluches dans le hamac en verbalisant d'un air enjoué "aller on joue avec les peluches" avant de les faire se balancer. Nous ignorons ici volontairement les pleurs de Marie pour observer sa réaction. Nous souhaitons aussi montrer à Marie qu'elle est avec nous dans un lieu ludique et que sa tristesse peut être amoindrie.

Marie réagit rapidement. À peine avons-nous commencé à balancer les peluches qu'elle montre de l'attention à ce que nous faisons. Elle se retourne, ses pleurs cessent et son regard se porte sur le hamac. Marie se précipite vers le hamac et s'arrête juste devant. Elle semble captivée, un sourire se dessine sur son visage. Cela dure environ une minute. Pendant ce temps, nous continuons la psychomotricienne et moi à balancer les peluches en chantonnant un air de comptine. Le sourire de Marie se mue alors en rires, l'absence de la mère semble avoir complètement disparu de son esprit. Le timer vient ensuite sonner la fin de la séparation. La mère revient dans la salle, Marie se dirige vers elle mais cela est différent des précédentes séparations. Cette fois-ci, Marie est calme, elle ne pleure plus depuis déjà quelques minutes. Aucune réassurance n'est donc nécessaire de la part de la mère ici et la séance se finit ainsi.

Nous ne pouvons pas ici parler de jeu sensoriel à proprement parler car Marie ne s'est contentée que de regarder les balancements. Ce jeu, pourtant récemment appris, semble être associé à une source très forte de joie et de plaisir et ce malgré l'absence de la mère. Il s'agit de la première fois où un jeu semble avoir pu captiver Marie pendant ce temps de séparation. Cela nous montre à quel point la composante sensorielle est à prendre en compte lors de nos prises en soins avec des enfants comme Marie.

#### **4.2.4 La rythmicité**

En début de suivi, la séance d'aujourd'hui débute avec un temps d'échanges entre la mère et la psychomotricienne. Nous sommes alors tous les quatre assis autour d'une table taille enfant. Pour

ma part, je suis à ce moment assis à côté de Marie et j'observe qu'elle est positionnée exactement comme moi, les bras croisés, le dos appuyé contre sa chaise. Ce mimétisme dans nos postures attire mon attention et un doute s'installe en moi. Je décide donc de vérifier cela en changeant de position, je me redresse légèrement et dispose mes bras sur la table. J'observe Marie m'observer quelques secondes, avant de faire de même. Peut-être cela est-il dû à un hasard, alors pour vérifier cela, je change encore de position en posant mes bras sur mes genoux et Marie fait de même à nouveau. Je n'ai plus aucun doute, Marie m'imité. La psychomotricienne voyant ce qu'il se passe s'en saisit et l'imité à son tour en frappant sur ses cuisses. Ce geste est repris par tout le monde et commence alors un temps de comptine accompagnée de mouvements. Nous frappons sur nos cuisses, puis sur nos bras, sur nos épaules. Parfois nous frappons doucement, puis nous accélérons. Marie prend beaucoup de plaisir dans ce jeu. Elle rit beaucoup et sourit tout en regardant le visage de chaque participant un à un. Les gestes varient, aussi bien dans leurs rythmes que dans leurs formes. Malgré ces variations, Marie continue de nous imiter. Lors de ce temps rythmique Marie est attentive à nos mouvements mais aussi à nos réactions, partageant le plaisir de l'instant avec nous.

Les séances suivantes nous voulons utiliser à nouveau cet intérêt pour le rythme. Nous proposons donc des instruments à Marie. Les instruments proposés sont disposés dans une caisse. Marie a du choix, certains sont grands, d'autres petits, en bois, en métal. Dans un premier temps, nous l'observons fouiller les divers instruments et finalement jeter son dévolu sur un joli xylophone coloré. Ce choix n'est pas sans rappeler l'hypersensibilité visuelle de Marie. Une fois le choix de Marie fait, nous nous saisissons tous d'un instrument différent et commençons à jouer. Tout d'abord chacun joue sans se préoccuper des autres, provoquant ainsi un chaos de notes assourdissantes. Malgré cette cacophonie, Marie semble prendre beaucoup de plaisir ; elle nous sourit en nous regardant dans les yeux. Ensuite, nous faisons varier les rythmes. Marie nous imite en nous suivant dans nos productions rythmiques ce qui lui procure beaucoup de rire. Progressivement, nos notes se synchronisent et quelque chose de plus cohérent ressort de nos productions sonores. Et puis soudainement, la psychomotricienne dit "STOP" en fermant son poing et en stoppant la musique. Moi-même surpris, je m'arrête nettement. Dans un premier temps Marie ne semble pas comprendre et continue de jouer pendant quelques secondes. Elle finit toutefois par finalement s'arrêter, nous regardant d'un air dubitatif. Ensuite la psychomotricienne compte avec ses doigts en disant "un, deux, trois... musique !" Et la musique reprend de concert, j'accompagne moi-même cette reprise en jouant vite et fort afin de marquer la reprise. Marie semble attentive au décompte, elle est immobile avec son regard porté sur les doigts en mouvement. Lors de la reprise, elle recommence immédiatement à jouer à son tour. Elle montre

un grand entrain, ses yeux s'agrandissent, son sourire revient et elle joue vite et fort. Ce jeu de stop et reprise en musique est répété plusieurs fois. Tout au long de l'activité, Marie s'adapte et comprend les règles sous-jacentes. La deuxième fois, elle se stop complètement et nettement dès l'arrêt de la musique. La troisième, elle compte avec nous en faisant le geste des doigts en imitation.

Le rythme semble être porteur chez Marie. Lors de ces temps rythmiques, elle est en interaction avec nous et montre de l'attention à ce que nous faisons. Elle montre également des capacités d'apprentissages lors de ces temps.

## 5. Synthèse

En temps normal, il est difficile d'entrer en interaction avec Marie. Elle ne maîtrise pas le langage verbal, les codes sociaux ne sont pas intégrés et sa compréhension est limitée. Même corporellement, cet enfant semble inaccessible : elle est toujours près de sa mère et maintient une distance avec les personnes étrangères. Son regard rencontre rarement le nôtre, il semble insaisissable. Tout ceci rend difficile l'entrée en contact avec elle. Nos sollicitations verbales ne la font pas réagir et paraissent sans intérêt. Elle ne semble pas comprendre les demandes que nous lui faisons.

C'est une petite fille complètement différente que j'ai pu observer lors des séances de psychomotricité. Cette bulle que semblait avoir développée Marie s'est révélée être accessible. En effet, lorsque nous proposons à Marie une activité pour laquelle elle manifeste de l'intérêt et du plaisir, beaucoup de choses se débloquent. C'est au cours de ces différents jeux que nous avons pu observer les premières demandes de Marie, les premiers regards adressés ou encore les premières capacités d'apprentissage. C'est également via ces jeux que nous pouvons accompagner la séparation et la prise en compte d'un tiers. Ces jeux peuvent être variés : à trois, à deux, en y alliant du sensoriel ou non. Tous respectent la même et unique règle : ils ont été choisis en prenant en fonction des caractéristiques de Marie. C'est au travers d'un ajustement permanent et réfléchi que le psychomotricien propose la prise en soin la plus adaptée possible à l'enfant.

# **PARTIE THÉORICO-CLINIQUE**

# PARTIE THÉORICO-CLINIQUE

## 1. L'indifférenciation

### 1.1. Indifférenciation et TSA

#### 1.1.1 Un développement entravé

Les enfants porteurs de TSA montrent un développement socio-communicatif différent des enfants neurotypiques. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, ces enfants réagissent différemment face aux sollicitations de leurs parents. Ce manque de réactions ajustées peut avoir des causes multiples : particularités sensorielles, intérêts différents, perception erronée ou encore un manque de compréhension. Tous ces éléments empêchent le tout petit avec TSA d'imiter de manière claire et reconnaissable ses parents. Cela crée une rupture dans les interactions précoces où les acteurs ne peuvent pas être en "synchronie" (Nadel, 2016c, p. 70). En effet, la synchronie correspond à l'ajustement réciproque de l'enfant et des parents dans leurs attitudes créant ainsi les premières interactions précoces où "l'un parle et l'autre réagit par le regard et les mimiques, montrant qu'il est en synchronie" (Nadel, 2016c, pp. 69-70). Ainsi, le bébé avec TSA ne peut mettre en place avec ses parents un "dialogue réciproque et synchrone" (Dormoy, 2020a, p. 9). Cette difficulté à mettre en place ces premiers dialogues vient entraver un grand nombre de processus psychiques chez l'enfant avec TSA. L'absence de dialogue induit l'absence d'accordage et d'ajustement au sens de Stern (Ehret, 2012). Elle induit également une absence de jeux partagés ; ainsi tous les jeux qui se développent au fur et à mesure que le bébé grandit ne peuvent pas se mettre en place. L'enfant avec TSA n'a donc pas la possibilité de vivre des expériences d'attention conjointe et partagée au cours de son développement. Toutes ces situations que l'enfant ne peut pas vivre ici sont des expériences intersubjectives : le développement de l'intersubjectivité est ici entravé.

### **1.1.2 Une représentation erronée**

Nous pouvons alors nous demander comment l'enfant avec TSA se représente-t-il ? Quel est l'impact de ce manque d'expériences intersubjectives ? Comme nous l'avons vu précédemment, Winnicott (cité par Bailly, 2001) considère que, dans un premier temps, le tout petit est confondu avec sa mère. En effet, la préoccupation maternelle primaire de celle-ci l'amène à répondre au plus vite aux besoins de son enfant, ce qui lui donne l'impression qu'il répond lui-même à ses propres besoins. Ce sont les expériences intersubjectives qui permettent par la suite à l'enfant de se différencier de sa mère. Winnicott parle "d'espace transitionnel" (cité par Aubourg, 2003, p. 30) où "ils incarnent la transition entre l'intérieur et l'extérieur, entre le subjectif et l'objectif, entre le moi et le non-moi" (cité par Aubourg, 2003, p. 28). Il est donc possible que l'enfant avec TSA soit encore confondu avec sa figure maternelle à des âges beaucoup plus avancés. J'emploie ici le terme possible car malgré ce manque d'interactions synchrones, le bébé vit d'autres expériences qui l'amène à se différencier de sa mère. Cette dernière est parfois absente et ne peut pas toujours répondre parfaitement à ses besoins. Ces alternances de présence et d'absence vont donc également soutenir cette différenciation. Il faut également prendre en compte que chaque enfant, même neurotypique, est différent. L'autisme est un trouble avec un large spectre qui englobe des enfants aux difficultés et besoins très variés. Il faut avoir ici une vision multifactorielle et ne pas tirer de conclusion hâtive. Si je me permets d'utiliser cette hypothèse ici, c'est parce qu'elle fait sens, selon moi, avec l'exemple de Marie dans ma partie clinique.

## **1.2. L'indifférenciation chez Marie**

### **1.2.1 Une relation fusionnelle**

Mais qu'en est-il du cas de Marie ? Pourquoi cette théorie fait-elle sens pour moi ? Lors des différentes séances, j'ai pu observer chez Marie un attachement très fort avec sa mère. Il est courant que les enfants soient attachés à leur mère, le contraire serait d'ailleurs questionnant ! Cependant, l'attachement de Marie est si fort qu'il en devient envahissant et peut mener à des situations problématiques. Nous pouvons qualifier leur relation de fusionnelle, Marie ne quitte presque jamais sa mère. Dans la vie quotidienne cela se retranscrit par une présence permanente de Marie, peu importe les lieux et les circonstances. Nous pouvons souligner l'exception de l'école où Marie arrive aujourd'hui à rester parfois une journée sans sa mère. Dans un premier temps, cela

avait été difficile, Marie pleurait sans s'arrêter. C'est au bout de quelques mois que celle-ci a réussi à accepter la séparation. Au-delà de ce qu'il se passe au quotidien, la relation fusionnelle est également visible en séance. Corporellement, Marie et sa mère sont toujours très proches : Marie est souvent assise sur ses genoux, blottit dans ses bras, le visage très près du sien. Pour entrer dans la salle, Marie n'est jamais en première, elle laisse toujours sa mère rentrer avant de la suivre de très près. Lors de ces moments, seule sa mère semble exister, le regard de Marie est majoritairement porté sur elle et il nous est compliqué d'entrer en interaction. Nous avons également pu observer de très grandes difficultés de séparation. Dès le début du suivi, lors du bilan sensoriel, nous avons séparé de force Marie de sa mère. Nous avons pu voir à quel point cette expérience a été mal vécue par Marie au travers de ses pleurs et ses cris qui n'ont pas diminué en intensité pendant quarante minutes. Les séparations proposées en fin de séances ont également amené la plupart du temps un vécu difficile chez Marie qui semblait complètement perdue.

### **1.2.2 Un arrachement pour Marie**

Mais cela est-il vraiment une séparation ? Le terme est-il juste ? Nous pouvons être séparés de quelque chose si ce dernier est distingué de nous mais cela est-il le cas ici ? Lorsque nous avons forcé Marie à se "séparer" de sa mère, Marie essayait de rester accrochée aux vêtements de celle-ci, nous avons alors dû "l'arracher" de sa mère. Ce terme me semble plus adapté dans le cas de Marie. En effet, elle semble être en symbiose avec sa mère sans la considérer comme une entité à part. Les moments que nous appelons "séparation" seraient donc des moments où nous arrachons une partie de Marie ? Cela explique alors pourquoi Marie vit aussi difficilement les épisodes où nous lui enlevons physiquement sa mère. Nous pouvons alors nous questionner : comment Marie peut-elle prendre en compte l'autre si elle n'est pas elle-même encore totalement différenciée de sa mère ? Comme nous l'avons vu dans la partie clinique, cela remet en question la volonté de forcer ces temps d'arrachement car cela amène des vécus trop difficiles pour Marie. L'objectif de ce suivi, avant de développer des compétences sociales, est d'accompagner Marie dans la différenciation de sa mère. Au cours du suivi, comment utilisons-nous le jeu comme un outil pour accompagner Marie vers un décollage de sa mère et donc à terme une prise en compte de l'autre ?

## 2. Déploiement psychique dans le jeu

Au cours des différentes séances auprès de Marie, nous avons pu observer un changement de comportement chez elle aux moments des différents jeux. En effet, cet enfant, dont les sourires sont rares et le regard insaisissable, s'est ouverte sur certains aspects lors des jeux proposés en séance. Lors de ces temps, Marie a pu se détacher de sa mère, passant d'une posture en retrait à une exploration de l'espace sans accompagnement. Physiquement, Marie arrive à prendre de la distance avec sa mère lors de ces temps, mais qu'en est-il psychiquement ?

### 2.1. Un jeu d'accordage

Le manuel d'enseignement de psychomotricité décrit l'accordage comme "un acte d'intersubjectivité dans lequel le parent répond à une expression affective du bébé d'une autre façon en la rejouant au bébé pour lui montrer qu'il a partagé son expérience subjective interne" (Gatecel et al., 2012, p. 291). L'accordage est donc essentiel au développement de l'intersubjectivité. Il s'agit d'un acte communicationnel primaire dans le but d'accompagner le bébé dans la relation. Le parent s'adapte continuellement à l'enfant. Cet accordage peut être entravé au cours du développement du bébé avec TSA ce qui impacte son développement psychique. C'est pourquoi nous avons essayé de proposer des temps d'accordage au cours de nos séances.

Les jeux de ballons réalisés avec Marie sont accompagnés d'un étayage permanent. Lors de ces temps, Marie produit beaucoup de signes de plaisir au travers de sourires et de rires. En plus de ces signes de joie, elle manifeste des comportements d'interactions via notamment quelques regards adressés. Tous ces comportements ne sont pas ignorés lors des échanges. Au contraire, la psychomotricienne et moi-même essayons de toujours réagir à ces expressions. Un regard peut amener une exclamation de notre part, un rire peut engendrer une réaction verbale. Spontanément, nous reprenons chaque manifestation de Marie en la transformant légèrement. Ce travail prend en compte la multimodalité sensorielle. Bien que je parle d'exclamation ou de réaction verbale, c'est bien tout mon corps qui réagit. Mon tonus, ma posture, mes expressions faciales, mes gestes, mon intonation... tous ces éléments sont impliqués lors de mes réactions.

Pour illustrer cela, nous pouvons reprendre une des scènes décrite en clinique. Marie, voyant son objet préféré (le gros ballon), me lance plusieurs regards comme pour me demander si je veux jouer avec elle. C'est alors que, spontanément, je surréagis ("hhhhhhhaaaan tu veux le gros ballon !"). Cette réaction décrit adéquatement l'accordage proposé en séance. Ici, je réagis rapidement aux

regards de Marie. La temporalité de ma réponse est assez proche pour être associée à l'action précédente mais suffisamment éloignée pour laisser Marie s'exprimer. Ma réaction est consciemment exagérée et amplifiée. Mon intonation est montante, ma posture s'ouvre, mon axe se redresse, mes yeux s'agrandissent et toute mon expression faciale est changée. Marie semblait hésitante à prendre le gros ballon, comme si cela pouvait avoir des conséquences importantes. Je reprends donc ici l'état émotionnel de Marie tout en le modifiant selon ma propre perception. Cet épisode correspond donc bien à un accordage affectif "Cette modification parentale doit reproduire les propriétés de l'expérience affective intérieure, en particulier l'intensité, la répartition dans le temps [...] et la forme" (Gatecel et al., 2012, p. 292). Un véritable dialogue s'est opéré ici. Cela est illustré par la réaction de Marie qui reprend ma réaction en l'imitant fidèlement. Cela semble montrer que ma réaction était appropriée pour Marie.

## **2.2. Rythmes et ajustements**

"Les accordages, les ajustements [...] visent à trouver ou créer le rythme qui soutiendra la rencontre inter-subjective" (Ciccone, 2006, p. 32). L'accordage permet donc le développement de l'intersubjectivité. De plus, ces expériences d'accordages se répètent de manière régulière et prévisible. Cette répétition est essentielle au bien-être de l'enfant "toutes ces activités fixes au cours de la journée favorisent chez le bébé le développement d'un sentiment de confiance." (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 21). Le bébé a ainsi dès la naissance la capacité à prévoir et anticiper certaines actions. Il se construit psychologiquement par la répétition des expériences d'accordages et des différents soins ; ce sont les macrorhythmes.

Lors des différentes séances de psychomotricité, nous proposons à Marie régulièrement les mêmes activités : jeux de ballons, jeux au bureau ou jeux rythmiques. Ces dernières sont relativement identiques dans leurs déroulés et suivent régulièrement les mêmes schémas. Dans cette optique, les jeux sonores ont pu instaurer cette rythmicité. Lors de ces jeux, assis en cercle, les participants frappent sur leurs cuisses et dans leurs mains en chantant une comptine, un rythme régulier s'installe. Ce dernier est soutenu par les différents acteurs du groupe qui s'accordent entre eux dans une production sonore commune. La notion de rythme amène la notion de répétition qui amène elle-même la notion de prévisibilité. Cette prévisibilité est certainement sécurisante pour Marie qui s'éveille lors de ces jeux : son regard est porté sur la psychomotricienne ou moi-même, elle sourit et participe activement en prenant soin de suivre le rythme proposé. Nous retrouvons ainsi le concept de macrorhythmes avec des notions de prévisibilité et de répétition.

Si les accordages ont une place majeure dans l'évolution psychique du bébé, ils ne sont pas majoritaires pour autant, "Les microanalyses des interactions révèlent que la majeure partie des interactions (les trois quarts environ) sont des interactions d'ajustement." (Ciccone, 2006, p. 32). En effet, comme nous l'avons vu, une grande partie des interactions entre la figure maternelle et le bébé ne sont pas parfaites. Ces imperfections amènent une rupture entre ce que le bébé avait anticipé et ce qui se passe réellement. Cette notion est développée par Stern qui parle d'ajustement permanent dans la relation "en pratique l'ajustement est très souvent raté et une partie des interactions est une suite de faux pas qui sont ensuite réparés au travers de nouveaux ajustements" (Ehret, 2012, p. 65). Ces ruptures sont inéluctables dans la vie de l'enfant qui doit alors faire au mieux pour les supporter. Ces écarts entre les prévisions du bébé et la réalité correspondent à la notion de microrhythmes.

C'est pourquoi les jeux de surprises sont essentiels au développement de l'enfant. En effet, ces ruptures entre l'attendu et la réalité viennent surprendre l'enfant, ce qu'il peut mal vivre. Les jeux de surprise, via la dimension affective qu'ils apportent, permettent un vécu différent de l'inattendu. La figure maternelle vient ici jouer à surprendre son bébé en variant ses propositions. Les jeux comme "la petite bête qui monte" ou le "coucou caché" sont de bons exemples. Lorsque le parent emploie ces jeux, il va chercher à surprendre son enfant en faisant varier le temps d'attente, l'intonation, le lieu de la chatouille. Ce vécu partagé vient associer l'inattendu à du plaisir. Ces jeux de surprises accompagnent le bébé à se différencier de sa mère. En effet, n'oublions pas que le jeune bébé est confondu avec sa mère. Par conséquent, si cette dernière agit de manière inattendue, il prendra conscience de la disparité entre eux : "L'écart entre ce qui est attendu et ce qui advient : c'est la place de l'autre" (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 21).

Nous pouvons reprendre ainsi nos jeux rythmiques en séance. Lors de ces jeux, bien que nous proposons un rythme stable que Marie peut anticiper, nous induisons de nombreuses variations. Les gestes varient dans leurs formes mais aussi dans leurs rythmes. Nous frappons sur nos cuisses, puis sur nos bras, sur nos épaules. Parfois, nous frappons doucement, puis nous accélérons. Tout ceci est porté par la comptine qui fait toile de fond. Ici, nous retrouvons la notion d'écart entre ce qui est attendu par Marie et ce que nous réalisons. La psychomotricienne cherche à la surprendre : lorsqu'elle réalise ses changements, elle adopte un grand sourire en cherchant du regard Marie. Cette dernière, qui, à l'instar de nombreux enfants avec TSA, présente généralement une rigidité comportementale, semble agréablement surprise par ces nouveautés. Elle s'en amuse beaucoup, riant au contact de la psychomotricienne et de moi-même. Ici, nous amenons du changement auprès de Marie tout en induisant un vécu de plaisir et de partage. Nous ramenons des expériences communes et connues, mais surtout des expériences inattendues. Tout ceci correspond aux

microrhythmes, accompagnant Marie vers un développement de l'intersubjectivité. Ciccone résume bien en quoi ces expériences sont essentielles au développement de l'intersubjectivité "la subjectivation suppose la création et le passage par des aires intersubjectives d'expériences. Le partage d'expériences, d'émotions, d'affects, est à la fois l'une des figures ou l'une des scènes de l'intersubjectivité et l'une des conditions de sa constitution." (Ciccone, 2006, p. 29). D'un autre point de vue, cela aide également Marie à sortir d'une rigidité propre aux enfants avec TSA.

### **2.3. La place de tiers**

Au fil des séances de psychomotricité avec Marie, l'introduction d'un tiers est devenue l'un des enjeux majeurs du suivi. En quoi cette nouvelle présence accompagne Marie vers un détachement de sa mère ainsi qu'une prise en compte de l'autre ?

#### **2.3.1 Soutien de l'attention conjointe**

Nous venons de voir que les moments d'attention partagée, à travers des temps d'accordage et d'ajustements, permettent à Marie de développer son intersubjectivité. Toutefois, cette attention peut également être conjointe ce qui entraîne l'apparition de divers autres éléments.

Ici, le parent vient introduire de nouveaux objets, souvent des jouets, qui deviennent alors le point central de leur relation. Les deux acteurs portent alors leur attention sur cet objet via notamment le regard. Cette attention est soutenue par la mère qui vient étayer oralement cette nouveauté commune. Elle vient soutenir l'attention en énonçant les caractéristiques de l'objet créant ainsi un jeu de partage émotionnel, Marcelli parle de "riche partage affectif" (2012, p. 22). Nous avons pu évoquer la présence de temps d'attention partagés entre la mère et son enfant. Ces moments via des microrhythmes et des ajustements inattendus ont permis de créer une brèche entre eux. Les instants d'attention conjointe viennent agrandir cette brèche. La présence de cet objet, et donc d'une situation triadique, démontre l'existence d'un espace qui n'est ni la figure maternelle ni l'enfant, en 2004, Golse parle "d'espace tiers"(cité par Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 22).

La quasi-totalité de nos jeux avec Marie sont réalisés avec des objets : ballons, instruments, pâte à modeler... Au cours de ces interactions, du plaisir a pu être partagé, des regards et des sourires ont pu s'échanger. Que ce soit avec moi ou la psychomotricienne, un étayage verbal est

toujours présent lors de l'utilisation de ces objets. Ces commentaires peuvent simplement décrire l'action réalisée. Nous pouvons prendre l'exemple de Marie qui, assise à table, se saisit d'une fourchette pour piquer une pâte à modeler. Je viens alors soutenir Marie dans sa production en commentant "pique, pique, pique !" à chaque fois que Marie troue la pâte. Pendant ces accompagnements, Marie a son regard toujours porté sur l'objet. Elle ne semble pas accorder une grande attention à mes paroles. Pourtant, dans un second temps, Marie accompagne ses mouvements en reprenant mes commentaires. Tout sourire, elle produit des sons proches avec la même intonation ("ih ! ih ! ih"). Encore une fois, il est toujours difficile de savoir quelle attention portent ces enfants avec TSA sur nos propositions ; ils peuvent nous surprendre ! Nous avons donc pu voir à travers cette situation qu'un réel échange affectif s'est produit ici autour d'un objet tiers, ici la fourchette de la pâte à modeler.

Bien qu'il participe sûrement au processus d'intersubjectivité, le jeu que je viens de décrire n'est cependant pas réalisé en présence de la figure maternelle. Il peut être alors pertinent de réaliser ce même travail en présence de la mère de Marie. C'est pourquoi, plus tard dans le suivi, nous l'incluons grandement dans nos jeux. Ainsi, des jeux à trois ou quatre ont pu s'effectuer. Ici, l'objet tiers n'est plus seulement un objet, c'est aussi une personne. Il s'agit d'un processus bien plus tardif mais qui découle du cheminement précédent "Ainsi, l'attention conjointe constitue le paradigme de la situation triadique, bien avant la présence d'un troisième personnage, mais la figurant en quelque sorte" (Marcelli & Raffeneau, 2012, p. 22). Ces jeux se sont manifestés sous la forme d'échanges de balle. Disposés en cercle, nous sommes quatre participants. Toutes ces personnes, en plus d'un ballon, cela fait beaucoup d'objets "tiers" à intégrer pour Marie ! Lors des échanges, elle montre comme à son habitude des signes de joie et de plaisir. Toutefois, son regard est fixé sur le ballon et rien d'autre. En plus de suivre du regard le ballon, c'est tout son corps qui poursuit l'objet. En effet, Marie se déplace en poursuivant le ballon, même lorsque les échanges sont réalisés entre nous. Pendant ces instants, je n'ai plus l'impression d'exister aux yeux de Marie. Il s'agit de la première fois que cela arrive au cours des jeux de ballons qui sont pourtant habituellement des vecteurs d'interactions. Je m'interroge alors : dans quelle mesure ces échanges à quatre sont-ils pertinents ? Cela ne fait-il pas trop pour Marie ? Je pense toutefois que l'idée d'intégrer la mère est intéressante mais qu'il faut réduire le nombre de sollicitations. Le fait qu'il y ait eu un objet en plus de trois autres personnes a peut-être fait beaucoup. Si nous comparons à d'autres jeux à plusieurs sans objets, nous pouvons voir que Marie est plus en lien. Par exemple, nous pouvons notamment reprendre le jeu de comptine rythmique décrit précédemment où la mère était totalement inclus dans le jeu. Dans ce cas-là, Marie avait été bien en lien avec les différents acteurs, son visage laissant paraître son habituelle joie et son regard s'étant porté sur chaque membre du groupe. Tout ceci

n'est encore qu'hypothétique, nous n'avons pas encore pu beaucoup exploiter ces jeux à quatre en séance mais cela semble être une piste de travail intéressante pour la suite du suivi.

### **2.3.2 Supporter l'absence**

Nous avons commencé cette partie théorico-clinique en expliquant pourquoi il était probable que Marie soit encore en partie confondue avec sa mère. Nous avons également pris le temps d'énoncer ce que la séparation avec sa mère inclut pour Marie et d'à quel point cela amène un vécu difficile pour cette dernière. Comment passer d'un arrachement à une séparation ?

Nous avons déjà répondu en partie à cette question avec les notions de rythme, d'accordage, d'attention partagée et conjointe. Toutefois, nous pouvons encore apporter quelques éléments notables. Nous avons vu avec Winnicott que le bébé, après l'illusion de l'omnipotence, va petit à petit découvrir la réalité telle qu'elle l'est. Nous avons déjà évoqué cela dans l'ajustement où la figure maternelle vient surprendre son enfant. Cet inattendu se produit aussi involontairement avec les moments d'absence de la figure maternelle, des instants où l'ajustement n'est pas parfait, Winnicott parle de "mère suffisamment bonne" (cité par Bailly, 2001, p. 42). L'alternance entre l'absence et la présence de la figure maternelle est donc un des facteurs de l'émergence de l'intersubjectivité. Cette alternance est réalisée progressivement par la figure maternelle, le bébé peut ainsi peu à peu vivre la séparation et mieux la supporter.

Nous pouvons alors comparer cette séparation progressive à ce qui est proposé en séance avec Marie. Lors du bilan, nous avons essayé de séparer brutalement Marie de sa mère, ce qui a déclenché une forte crise de larmes. Nous remarquons donc la nécessité d'une séparation progressive. Pour observer cette démarche graduelle, nous pouvons relever deux processus mis en place en séance.

Le premier, avec une approche plus frontale, consiste à proposer des temps de séparation en fin de séance. Ces temps sont pour le moment assez courts avec une durée de quelques minutes. L'objectif est à terme de rallonger ces temps de séparation afin que Marie puisse se détacher de sa mère. Toutefois, nous avons pu observer que ces séparations ont été très mal vécues par Marie. Bien que très courtes, sont-elles encore trop brutales ? Dans cette configuration, la mère est totalement absente : elle se trouve en dehors de la salle, la porte est fermée et elle n'est plus dans le champ de vision de Marie. Cette dernière, dont les capacités de compréhension verbale sont

réduites, a-t-elle vraiment conscience de ce qu'il se passe ? Comment peut-elle comprendre que sa mère va revenir ? Lors de cette configuration, la mère est totalement exclue du processus de séparation, elle n'y participe pas. Pourtant, c'est bien la figure maternelle qui doit soutenir la séparation : "la mère doit accompagner le bébé sur le chemin de la désillusion." (Aubourg, 2003, p. 26). Il est probable que cette expérience soit trop déstructurante pour Marie qui n'est peut-être pas encore prête "l'absence répétée de la mère dans la durée peut conduire au traumatisme du bébé du fait d'une rupture dans la continuité de sa vie, entraînant un état confusionnel" (Aubourg, 2003, p. 26). Il me semble fort de dire que les expériences de séparation proposées à Marie l'ont traumatisée mais il est clair que Marie était dans un état différent lors de ces temps : elle criait et pleurait, son tonus augmentait dans l'ensemble de son corps, ses gestes n'étaient plus contrôlés. Il s'agit des seuls temps où Marie était violente.

C'est pourquoi cette séparation progressive est également mise au travail d'une autre manière. Au cours du suivi, une grande partie des séances ont suivi une configuration identique. La mère, toujours présente, discute avec la psychomotricienne pendant que je joue avec Marie. Ainsi, d'un point de vue spatial, la mère et la psychomotricienne sont à l'écart, assises à une table d'un côté de la pièce. De l'autre côté, un vaste espace s'étend devant Marie et moi, tout le reste de la salle est dédié à nos jeux. Marie est pleinement captivée par les activités que nous réalisons : son regard est porté sur moi ou les objets utilisés et beaucoup de rires et de sourires sont visibles de part et d'autre. Toutefois, j'observe Marie lancer régulièrement de petits regards du côté de sa mère. Parfois, en plein milieu d'une partie, Marie va même jusqu'à se déplacer jusqu'à sa mère. Une fois arrivée à côté d'elle, Marie la regarde ou la touche de sa main. Sa mère réagit alors par un sourire ou un regard adressé. Marie reprend alors rapidement sa place initiale, en face de moi, avant de reprendre le jeu. Il s'agit d'un schéma répétitif chez Marie qui ne dure que quelques secondes. Cette façon de faire est-elle un début de cheminement vers la séparation ? Marie est bien investie dans le jeu mais elle ressent le besoin de venir régulièrement retrouver la présence de sa mère. "Dans les situations plus favorables, les privations sont toujours suivies de soins et de gâteries qui réparent la structure de son moi " (Aubourg, 2003, p. 26). Ainsi, Marie alterne entre les moments d'absence, lorsque nous jouons, et de présence. Ces moments de présence viennent rassurer Marie et l'aident à mieux vivre les moments d'absence. Golse décrit bien cette nécessité de garder contact avec la mère en comparant ce processus à une araignée :

Quand l'araignée souhaite quitter le plafond pour descendre par terre, [...] elle tisse des liens grâce auxquels, tout doucement, elle descend du plafond vers le sol. Ainsi, une fois

par terre, elle est certes séparée du plafond [...] mais reste reliée à celui-ci (Golse, 2014, pp. 33-34).

Nous retrouvons ici l'analogie des fils réutilisables avec les allers-retours de Marie entre moi et sa mère. Cette dernière, malgré des petites absences, est toujours présente en arrière fond, comme les fils de l'araignée, et disponible pour Marie.

Seulement, cela est-il suffisant ? En effet, le fait que factuellement, la mère soit toujours présente en séance peut nous faire dire que Marie ne travaille pas ici la séparation. Toutefois, il faut rappeler qu'il ne s'agit pas d'une séparation mais d'un arrachement et que chercher à aller trop loin peut être vécu violemment par Marie. Cette dernière semble souffrir de sa condition, elle fait comme elle peut avec ses propres ressources. Bien que cette façon de faire peut paraître minimaliste, elle met comme nous venons de le voir beaucoup de notions au travail chez Marie.

### **3. Prérequis aux déploiements psychiques dans le jeu**

Ainsi, les jeux en psychomotricité permettent le déploiement d'une multitude de phénomènes psychiques. Ce travail amène le développement de l'intersubjectivité chez Marie. Toutefois, ce travail n'est possible qu'à partir de prérequis essentiels. Quels sont-ils ? Qu'est-ce qui nous permet d'être en relation ?

#### **3.1. L'imitation**

##### **3.1.1 Le travail d'imiter**

Les enfants avec TSA ont une perception du monde différente de la nôtre. Tout d'abord, il faut prendre en compte leurs particularités sensorielles de chacun "Quelle qu'en soit l'ampleur, les troubles sensoriels impactent la qualité de vie de la personne et de son entourage." (Réveillé, 2019, p. 289). Ces particularités sensorielles viennent impacter l'enfant avec TSA sur différents niveaux comme l'attention, les intérêts ou le traitement de l'information.

Tout ceci rend l'imitation complexe et difficilement spontanée chez ces enfants. En effet, l'imitation, quel qu'en soit le type, demande des prérequis. Cela demande de porter attention à l'autre, ce dernier doit donc générer un minimum d'intérêt. Il faut ensuite porter attention aux bons éléments. En effet, avec leur manque de cohérence centrale et leur attrait pour ce qui est pour

nous des détails, les enfants avec TSA peuvent ne pas se concentrer sur les éléments que nous attendons dans notre imitation. Si l'attention est bonne, il est ensuite nécessaire d'analyser l'action afin de la reproduire dans son propre corps. Il s'agit là d'un vrai parcours du combattant pour les enfants avec TSA.

De plus, l'imitation est quelque chose qui se réalise à deux. Cela veut donc dire qu'elle doit être reconnue. Quand bien-même l'enfant avec TSA imiterait, il faut que nous arrivions à reconnaître cette imitation. La production de l'enfant doit être suffisamment fidèle : peut-être arrive-t-il à percevoir ce qu'il doit imiter mais que la reproduction sur soi est plus difficile. Ou bien, au contraire, l'enfant arrive à reproduire parfaitement ce qu'il perçoit mais il s'est attardé sur un détail et nous ne reconnaissons pas l'imitation. Il est également possible que l'enfant imite convenablement mais, à cause du temps qu'il met à traiter l'information, cela se fait de façon trop décalée par rapport à ce qui est attendu.

Toutefois, Marie a montré de l'imitation en séance. Les exemples ne manquent pas, nombreux sont les jeux où Marie nous a imité la psychomotricienne et moi. Cela témoigne chez elle d'un réel intérêt ainsi qu'une forte attention au vu de tout ce que nous venons d'évoquer. Pour que tout ce travail soit fait par l'enfant avec TSA, cela ne démontre-t-il pas qu'il nous prend en compte lors de ces imitations ? Il est donc primordial de nous en saisir et de les soutenir chez Marie.

### **3.1.2 Ce que l'imitation permet**

Nous avons abordé l'importance de l'accordage ainsi que le rôle des interactions précoces dans le développement de l'intersubjectivité. L'imitation est intimement liée à cette notion. En effet, l'accordage est un véritable dialogue entre le bébé et son parent. Pour que ce dialogue soit possible, il est nécessaire que le bébé et le parent interagissent. L'imitation est un des premiers outils pour établir cette interaction. L'enfant porte dès la naissance de l'attention à être imité. La mère va alors venir se saisir de ce qu'exprime l'enfant en l'imitant. Le bébé reconnaît alors si le parent est engagé ou non et réagit en fonction. Jacqueline Nadel parle "d'imitation synchrone" (Nadel, 2016c, p. 72), le bébé réagit si sa mère est en "synchronie" (Nadel, 2016c, p. 72) avec lui. Autrement dit, la figure maternelle se doit de réagir dans une temporalité adaptée à ce que produit l'enfant pour que celui-ci comprenne qu'il est imité. Si cela est le cas, le bébé va venir se saisir à son tour de ce que produit le parent en l'imitant. Ainsi, lors des interactions précoces, les deux acteurs s'imitent. Il ne s'agit pas d'une imitation parfaite mais chacun se saisit de ce qu'exprime l'autre pour

communiquer “Un système de récompense immédiat s’installe qui encourage les imitations, et s’exprimera très rapidement dans les « protoconversations »” (Nadel, 2016b, p. 55).

Plus tard dans le développement de l’enfant, l’imitation est un véritable vecteur social. Nous parlons ici de l’imitation immédiate. Lorsque l’enfant réalise qu’il est imité, cela suscite son intérêt “Fouts (1975) montrait que si un adulte imite un comportement donné d’un enfant de quatre ans, cet enfant va augmenter l’usage de ce comportement. Elle parle de “renforçateur” au social dans l’imitation” (cité par Nadel, 2016c, p. 76). L’imitation est donc une véritable source de motivation pour les enfants. Mais cela s’applique-t-il à Marie au vu de ses troubles ? Nous avons vu que les enfants avec TSA ont une imitation entravée par de nombreux facteurs. Pourtant, Marie est sensible à nos émotions et nos imitations. Pour illustrer cela, nous pouvons reprendre une vignette clinique que nous avons déjà utilisée mais pour décrire notre accordage avec Marie. Ici Marie joue assise à une table à manipuler de la pâte à modeler. J’avais décrit lors de la partie clinique ma difficulté à entrer en interaction avec Marie dans ces moments-là. J’essaie alors spontanément d’imiter Marie qui est en train de percer sa pâte à modeler de trous. Habituellement, pour entrer en interaction avec Marie lors de ces temps à table, je dois m’ajuster de façon à ce que mes propositions entrent dans son champ de vision. Ici cela n’a pas été le cas, j’ai simplement reproduit de mon côté ce que faisait Marie. Pourtant, celle-ci a directement porté son attention à ce que je faisais : Marie se stop dans son action, lève sa tête et pose son regard sur mes mains en action le temps de quelques secondes. Rapidement, Marie reprend son action mais sur ma propre pâte, ce qui montre bien qu’elle réagit à ce que je fais. Je décide alors de modifier à mon tour l’action en proposant un accompagnement verbal (“pique, pique, pique !”). Marie ne reprend pas tout de suite mon étayage verbal mais va dans un second temps produire une série de sons identiques (“ih, ih, ih !”). Lors de cette scène, un véritable échange s’est produit. J’ai utilisé volontairement cette même scène pour décrire l’imitation et l’accordage. L’imitation m’a permis d’entrer en interaction avec Marie ; cela a créé un véritable dialogue où de l’accordage peut s’exprimer.

De plus, une ébauche de tour de rôle a pu s’opérer ici. Lors d’une imitation, chaque acteur a un rôle : soit il imite, soit il est imité. Ce rôle indique à chacun ce qu’il doit faire dans l’interaction. Celui qui sert de modèle est maître de ce qui se passe, il mène la danse. En revanche, celui qui imite se doit d’être attentif à l’autre et accepte de se laisser guider. Et puis, les rôles changent spontanément comme ici avec Marie qui est d’abord le modèle puis celle qui imite. Le tour de rôle est ainsi travaillé car il est nécessaire que chacun garde son rôle et le change au bon moment sans quoi l’interaction n’est plus possible.

Ces deux rôles ont des effets sur l'enfant, "Le modèle qui reconnaît être imité comprend qu'il est la source des états de l'autre et l'imitateur comprend les états du modèle en les ressentant lui-même." (Nadel, 2016c, p. 77). L'imitation semble jouer un rôle dans la compréhension de l'autre et donc dans l'empathie. Berthoz décrit cette notion comme la capacité à "se mettre à la place de l'autre, virtuellement, tout en restant soi-même" (cité par Dormoy, 2020a, p. 13). L'enfant met au travail son empathie lorsqu'il imite l'autre car il se met littéralement à sa place. Cependant, réaliser un tel processus, il faut prendre en compte l'autre. L'imitation vient donc répondre en partie à notre problématique en mettant au travail toutes ces notions. Ce travail a été fait par Marie tout au long du suivi. Cette dernière nous a imité à de nombreuses reprises dans des contextes variés ce qui lui a permis d'expérimenter ce que vivait l'autre. Cette capacité d'imitation chez Marie a été un grand support interactionnel lors du suivi. Nadel décrit l'imitation comme "une des meilleures préparations aux situations de communication verbale" (2016c, p. 74). Cela nous a permis de nous faire comprendre en utilisant des démonstrations. Ces démonstrations nous ont également permis d'accompagner Marie dans l'apprentissage d'un langage signé avec notamment la production du geste "encore". D'un point de vue développemental, l'apprentissage est un des principaux objectifs de l'imitation. Marie réalise principalement une imitation décalée, elle observe attentivement nos gestes puis les reproduit juste après. Cette imitation a pour but l'acquisition de nouvelles compétences. La description de Jacqueline Nadel correspond bien ce qui se passe en séance avec Marie. "L'imitation décalée concerne elle aussi l'apprentissage. Elle répond le plus souvent à une demande « fais comme moi », mais elle est parfois spontanée." (Nadel, 2016a, p. 24). Si nous prenons l'exemple des jeux de ballons, nous faisons une démonstration de ce que nous attendons : nous réalisons le geste du "encore" avec les mains. Une fois que Marie le fait, nous lui lançons le ballon en la félicitant. Tout un étayage est nécessaire de la part de la psychomotricienne et moi pour accompagner Marie à la réalisation des gestes sociaux demandés. Nous allons voir maintenant comment notre posture psychomotrice nous permet de proposer l'accompagnement le plus adapté possible.

## **3.2. La posture psychomotrice**

### **3.2.1 Une attention à saisir**

Tout au long du suivi, nous avons pu observer que l'attention de Marie est plutôt labile. Du moins, il peut être difficile d'arriver à capter son attention si l'on ne s'adapte pas. En effet, d'un

point de vue purement attentionnel, je ne pense pas que Marie ait un déficit quelconque. Nous avons vu au cours des séances qu'elle pouvait jouer plusieurs minutes au même jeu. Lors du bilan, Marie a même pu rester plus de quinze minutes sur un même jeu de pêche à la ligne. Le point commun entre ces situations est l'aspect ludique et attractif. Lorsque Marie prend du plaisir dans un jeu, elle peut rester concentrée un temps adapté. A l'instar des autres enfants avec TSA, Marie a besoin d'être motivée pour réaliser une action. De plus, les objectifs de soin avec Marie tournent principalement autour de l'ouverture à l'autre et du développement de compétences socio-communicatives. Pour cela, il nous faut d'abord mettre en place tous les processus que nous avons évoqués précédemment : accordage, macrorhythmes, microrhythmes, surprise, absence et imitation. Tout ceci est mis au travail à travers la relation avec le thérapeute. Il nous faut donc entrer en relation avec Marie pour l'accompagner à entrer en relation. Avec un tel schéma, nous pouvons rapidement nous trouver bloqué, comment faire le premier pas ?

Pour cela, il faut exploiter les capacités motivationnelles de Marie. Certains enfants avec TSA peuvent avoir des intérêts très restreints et répétitifs qui peuvent être difficiles à saisir. Ce n'est pas le cas de Marie qui a certes des préférences marquées mais rien de restrictifs. En effet, celle-ci apprécie beaucoup les ballons, la musique, la pâte à modeler, la trousse de médecin, les balancements ; que de ressources et de médiateurs qui nous sont très utiles pour entrer en relation. Grâce à l'intérêt qu'ils suscitent chez elle, c'est au travers des jeux préférés de Marie que nous mettons au travail ses compétences relationnelles. De plus, il nous est également possible de proposer de nouvelles choses que Marie ne connaît pas. Nous avons notamment pu proposer un jeu de cache-cache mais aussi des parcours psychomoteurs ou certains jeux de société basiques. Nous nous adaptons à chaque patient, or Marie montre beaucoup de ressources. Il est donc primordial de nous saisir de ces ressources pour accompagner Marie.

Nous pouvons ajouter à tout ceci que le jeu, en plus d'être un moyen pour saisir l'attention et l'intérêt de Marie, est un réel outil thérapeutique. Tous les processus au cœur des interactions précoces que nous avons vu auparavant se réalisent à travers différents jeux entre la figure maternelle et l'enfant. En remettant du jeu dans le processus thérapeutique, nous remettons en place tous les processus évoqués Winnicott en 1975 disait : "Il ne faut jamais oublier que jouer est une thérapie en soi. Faire le nécessaire pour que les enfants soient capables de jouer, c'est une psychothérapie qui a une application immédiate et universelle" (Bailly, 2001, p. 45).

### 3.2.2 Un positionnement adapté

Maintenant que nous avons identifié la nécessité de capter l'attention de Marie, nous allons voir comment le psychomotricien, avec sa posture, peut répondre au mieux aux contraintes d'un tel exercice.

Plusieurs fois, nous avons dit que pour proposer le meilleur accompagnement possible, il faut que le thérapeute propose la position la plus ajustée et la plus adaptée possible au patient. Cela nécessite une très bonne connaissance de celui-ci. Or, Marie est diagnostiquée comme ayant un Trouble du Spectre de l'Autisme. Ces enfants ont des comportements qui sortent de la norme avec une perception du monde totalement différente. Nous pouvons rapidement être dans l'incompréhension face à eux, ce qui peut altérer notre prise en soin. De plus, chaque enfant est différent, cela est également le cas pour les enfants avec TSA. Marie ne peut s'exprimer verbalement, sa compréhension est limitée et ses modes de communication sont rares pour un enfant de son âge. Comment avoir accès à son fonctionnement, à ses ressentis pour composer avec elle ?

Pourtant, Marie s'exprime, de manière directe ou indirecte, son corps ne cesse de parler. Potel décrit le corps comme "un puissant indicateur de la personnalité et de ses affects." (2010c, p. 347). Cependant, toutes ces expressions sont propres à Marie et ne sont pas toujours communes à tous les enfants. Chez Marie, beaucoup d'émotions sont exprimées via son visage et ses expressions faciales. Beaucoup de choses passent par son regard : l'objet de son attention, l'expression de ses émotions, certaines demandes, des recherches de réassurance... On dit que les yeux sont le reflet de l'âme et cela fait totalement sens ici. Il faut également être attentif à l'ensemble des signes corporels chez Marie : son tonus, sa posture, le positionnement de son axe, l'investissement de l'espace ou encore la distance que Marie met entre elle et les différents individus présents en séance. Tous ces éléments d'observations nous donnent de nombreux indices sur les intentions et les émotions exprimées par Marie. Cela nous aide dans notre compréhension et donc dans notre ajustement professionnel.

Une observation fine du patient dans sa globalité est demandée. Le psychomotricien, grâce à sa formation, dispose des outils nécessaires pour déployer une telle observation. "À l'écoute, nous le sommes puisque dès notre formation initiale, nous sommes habitués à organiser une pensée thérapeutique à partir de ce regard particulier et spécifique sur le corps..." (Gatecel & Giromini, 2010, p. 47). Cette qualité d'observation est essentielle au psychomotricien pour entrer en relation avec ces enfants aux comportements différents et variés. Fort de toutes les informations qu'il

dispose, il peut ainsi s'ajuster de manière adaptée auprès du patient "La spécificité du psychomotricien réside dans l'attention qu'il porte aux manifestations corporelles et à leurs significations, ainsi que dans l'établissement d'un dialogue corporel." (Ballouard, 2011, p. 6). Au cours du suivi, cette capacité d'observation m'a permis de me saisir de ce que proposait Marie pour y réagir très vite. Pour ma part, je suis en permanence attentif au moindre signe sur le visage de Marie. Lorsque celle-ci sourit, me lance un regard ou exprime une quelconque émotion, j'y réagis de suite. Ces expressions par le visage ou le regard sont toujours fugaces et peuvent disparaître d'un moment à l'autre. Pour favoriser ce genre de comportement, il est nécessaire d'avoir une réaction rapide pour que Marie puisse associer notre réaction à ce comportement de demande. Nous développerons cet aspect par la suite. Cette observation psychomotrice permet au professionnel de saisir tous les enjeux autour de l'enfant.

Nous savons maintenant qu'une bonne observation donne les éléments nécessaires pour mieux comprendre le patient et donc s'ajuster au mieux. Mais comment s'ajuster justement ? Dans ce mémoire, nous avons déjà expliqué l'importance de l'accordage dans le développement de l'intersubjectivité. Pour reproduire cet accordage avec Marie, il faut pouvoir être en phase avec elle. Nous avons déjà de premiers éléments avec ce que nous avons vu précédemment : l'imitation, les jeux ludiques avec une observation fine comme prérequis. Pour user de ces éléments au mieux, un fort engagement corporel est nécessaire. L'accordage est un dialogue et pour que ce dialogue soit possible, il faut que les différents acteurs se comprennent. L'engagement corporel du psychomotricien lui permet de faciliter le dialogue et la compréhension. Avec Marie, mon positionnement est adapté pour faciliter la compréhension, je suis toujours à sa hauteur, n'hésitant pas à prendre des postures variées. Cette adaptation posturale me permet d'avoir toujours son visage en visuel du mien et vice versa. Ainsi la communication est facilitée pour moi et Marie. De plus, j'utilise tout mon corps pour communiquer, mon tonus augmente, mon axe se redresse, mes expressions faciales sont exagérées. Je me saisis de l'expression affichée par Marie pour la transformer en y réagissant à ma manière. Marie exprime souvent de la joie à mon contact dans les jeux. Cette joie exprimée par Marie est reprise par moi-même ce qui crée un partage affectif. Je réalise ici alors tout un travail d'accordage. Ce dernier ne peut pas être fait qu'à moitié, il faut s'engager pleinement pour qu'il soit possible. La notion multisensorielle de l'accordage inclut également l'utilisation de son propre corps.

Le psychomotricien a appris à s'engager ainsi lors de sa formation "les apprentissages des techniques de soin à médiation corporelle conduisent les étudiants à s'interroger sur leur propre corporéité, de l'anatomie fonctionnelle à la représentation symbolique." (Gatecel & Giromini, 2010, p. 444). En effet, il n'est pas aisé d'utiliser son propre corps comme outil. Cette utilisation peut être

troublante car elle implique pleinement le thérapeute. Ce dernier doit alors trouver la juste distance entre une implication corporelle et le respect de ses propres limites. Il doit composer avec ses propres perceptions et émotions et les distinguer de celles du patient. Au cours de la formation, l'étudiant en psychomotricité a l'occasion de mettre au travail sa qualité de distanciation et d'ajustement par rapport à ses propres ressentis "Cette distanciation s'éprouve dans tout le travail d'expressivité du corps et de relaxation que l'étudiant expérimente dans sa formation corporelle personnelle."(Gatecel & Giromini, 2010, p. 442). Ainsi, le psychomotricien dispose des outils nécessaires pour s'engager pleinement corporellement dans le soin. Il peut également se saisir d'outils qui ne lui sont pas spécifiques.

### **3.2.3 Méthodes recommandées et psychomotricité**

En effet, le psychomotricien est tout à fait apte à utiliser les méthodes recommandées par la HAS comme ABA, ESDM ou encore TEACCH. Les objectifs de ces méthodes coïncident avec les objectifs de soins de Marie : ils visent à renforcer les progrès dans la communication et l'autonomie de l'enfant. Lors de nos séances avec Marie, nous avons en quelque sorte réutilisé et revisité certaines de ces méthodes.

Tout d'abord la méthode EDSM a grandement inspiré notre pratique. En effet, cette méthode avance que l'imitation, le partage des émotions et l'engagement social sont des facteurs permettant l'intersubjectivité chez l'enfant avec TSA. Comme nous l'avons vu, le principe de cette méthode est de renforcer les comportements positifs avec des renforçateurs sociaux. Cela est totalement adapté à Marie qui montre une sensibilité à nos réactions et nos expressions faciales. Le psychomotricien, par son fort engagement corporel, va pouvoir s'ajuster à l'enfant pour produire des renforçateurs sociaux adaptés. En séance, cela s'effectue beaucoup autour des jeux de ballons. Lorsque Marie me lance la balle, je m'en saisis et attends. J'observe alors attentivement Marie : où porte-t-elle son regard ? Souvent, celui-ci est uniquement porté sur le ballon, je fais alors bouger celui-ci jusqu'à mon visage. Marie continue alors de suivre le ballon des yeux mais une fois au niveau de mon visage, il arrive que son regard croise le mien. C'est alors que je m'exclame "oui bravo !", tout mon corps s'éveille, mon expression faciale se veut joyeuse et mon corps se redresse ; ainsi je me saisis du ballon pour lui jeter. De ce fait, je travaille avec Marie avec une récompense sociale. Ma réaction se doit d'être rapide pour que Marie associe la récompense à son comportement. Cette compétence d'association est à la base des méthodes et se présente très tôt chez l'enfant " Le bébé a dès la naissance un « détecteur de contingences » (Papousek et Papousek, 1977 ; DeCasper et

Carstens, 1980) qui détecte les conséquences prévisibles de ses propres actions” (cité par Ehret, 2012, p. 66). Cela demande un travail de répétition pour que l’action soit intégrée. Par la suite du suivi, le jeu évolue, le comportement recherché n’est plus un regard adressé mais une demande franche avec le signe “encore”. Dans un premier temps, il faut toujours faire une démonstration à Marie à chaque essai pour que celle-ci reproduise le geste pour recevoir le ballon. Cela montre qu’elle a déjà en partie intégré le geste. Dans la suite du jeu, je fais attendre ma démonstration à plusieurs reprises, voyant si Marie réagit d’elle-même pour recevoir le ballon. Ce processus est répété pendant quelques dizaines de lancers. C’est alors que j’observe Marie réaliser le geste spontanément, sans répétition de ma part. Je réagis alors en multipliant ma récompense sociale qui se veut forte. Par la suite de la séance, ce comportement est répété à plusieurs reprises. Ces méthodes usent indirectement de certains procédés que nous avons vu précédemment. Ces moments sont sources de plaisir et s’organisent sous forme de jeux, l’imitation est également utilisée.

Ces méthodes s’appuient sur les facteurs motivationnels chez les enfants. Or nous avons vu précédemment que Marie a besoin de motivation pour être en relation. Une des grandes sources motivationnelles chez Marie est le sensoriel. La méthode ABA est utilisatrice de tels renforçateurs. Ces renforçateurs sensoriels sont des outils supplémentaires pour accompagner Marie dans ses apprentissages et son engagement relationnel “Des renforçateurs sont utilisés afin d’augmenter ou de diminuer la motivation extrinsèque de la personne à réaliser un comportement.” (Le Menn-Tripi & Zupranski, 2019, p. 285). Nous nous en sommes notamment servi avec Marie dans l’apprentissage des comportements de demande avec toujours le même signe “encore”. Cela a été notamment le cas lors de l’utilisation du hamac. Nous pouvons reprendre la vignette clinique où des balancements sont proposés à Marie. Dans cette situation que nous avons décrite précédemment, nous avons attendu que Marie propose le comportement voulu, faire le signe “encore”, pour déployer les balancements qui lui procurent beaucoup de plaisir. Il est probable que ces balancements viennent répondre à une recherche de sensation vestibulaire ce qui explique le plaisir pris par Marie. De plus, nous réagissons par des exclamations au geste de Marie. Elle reçoit donc ici une récompense sensorielle et sociale. L’utilisation du sensoriel s’inscrit complètement dans le champ de compétences du psychomotricien, lui permettant d’exploiter son engagement corporel et ses connaissances “par son expertise concernant le développement sensoriel de la personne avec autisme, le psychomotricien choisira et proposera des renforçateurs sensoriels appréciés tout en évitant les autostimulations envahissantes que peuvent générer certains objets” (Le Menn-Tripi & Zupranski, 2019, p. 286).

Nous pouvons évoquer rapidement la méthode TEACCH qui préconise notamment une structuration temporelle et spatiale des séances. Nous nous sommes moins inspirés de cette méthode lors du suivi de Marie mais nous pouvons toutefois y rattacher certaines de nos pratiques. En effet, nous avons utilisé des plannings avec Marie. Ces derniers permettent de structurer la séance et de la rendre prévisible. De plus, l'environnement spatial est également structuré de façon à aider Marie. La salle de psychomotricité n'est pas aménagée parfaitement, les espaces ne sont pas délimités par marquages au sol ou des couleurs. Pourtant, chaque espace a son activité dédiée : l'aile droite de la salle, avec sa petite table, est dédiée aux activités manuelles et assises tandis que l'aile gauche avec son grand espace dégagé et ses placards remplis de jeux, est dédiée aux jeux moteurs. La répétition des activités dans les espaces qui leurs sont dédiés permet progressivement à Marie de se repérer dans la salle. Ainsi, avec ses organisations spatiales et temporelles, Marie dispose des repères nécessaires pour exprimer pleinement tout son potentiel.

Au cours de l'année, toutes ces méthodes n'ont pas été suivies à la lettre. Nous ne sommes pas formés à leur utilisation. Cependant, cela ne nous empêche pas de nous saisir des procédés utilisés pour enrichir notre pratique.

## Conclusion

Suivre Marie dans son parcours thérapeutique a été une expérience profondément enrichissante, tant sur le plan personnel que professionnel. Chaque séance a représenté un défi stimulant, où j'ai dû être attentif aux moindres changements et expressions subtiles de Marie pour la comprendre au mieux. L'évolution de Marie s'est révélée être une source constante de petites victoires, chaque interaction constituant un pas de plus vers une prise en compte de l'autre. Cette expérience m'a permis de saisir la complexité de l'accompagnement des enfants porteurs de TSA révélant la nécessité d'une posture ajustée, réactive et attentive.

La rédaction de ce mémoire a été une entreprise complexe mais stimulante. Cet exercice m'a demandé un investissement supplémentaire. Il a été nécessaire d'approfondir mes connaissances théoriques et d'apporter un regard critique sur ma pratique avec des questionnements permanents autour des différentes problématiques de Marie. Ce travail a ainsi favorisé le développement de mes capacités d'analyse et de réflexion. Cela est totalement complémentaire avec la nécessité d'engagement thérapeutique avec les enfants porteurs de TSA. En somme, ce mémoire a contribué à approfondir ma compréhension de Marie.

L'écriture de ce mémoire a également eu un impact significatif sur la prise en soin de Marie dont les progrès ont mis du temps pour se manifester. De plus, bien que je considère ces progrès comme significatifs, ils peuvent paraître modestes. Par conséquent, mon maître de stage a pu exprimer sa lassitude et sa fatigue face à cette situation. Cependant, en confrontant mes observations cliniques à la théorie, j'ai pu mettre en avant les déploiements mis en place dans nos séances. Cette approche a permis de redynamiser la prise en soin, revalorisant ainsi l'impact positif des interventions psychomotrices.

Ainsi, la prise en soin de Marie m'a beaucoup apporté dans ma vision du métier de psychomotricien. Dans ce métier au vaste champ d'intervention, chaque séance offre mille possibilités, les seules limites étant celles que nous nous imposons. Au cœur de cette pratique, cet excentrique professionnel use de son savoir-être comme principal outil.

Le 09/05/2024 à Lyon

Vu par le maître de mémoire

Mme Aurore GODDON

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Aurore Goddon', written in a cursive style.

## Bibliographie

- Aubourg, F. (2003). Winnicott et la créativité. *Le Coq-héron*, 173(2), 21-30.  
<https://doi.org/10.3917/cohe.173.0021>
- Bailly, R. (2001). Le jeu dans l'œuvre de D.W. Winnicott. *Enfances & Psy*, 15(3), 41-45.  
<https://doi.org/10.3917/ep.015.0041>
- Ballouard, C. (2011). 1. Définitions de la psychomotricité. In *L'aide-mémoire de psychomotricité: Vol. 2e éd.* (p. 3-10). Dunod. <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychomotricite--9782100563043-p-3.htm>
- Ballouard, C. (2011). 16. Le jeu et l'enfant. In *L'aide-mémoire de psychomotricité: Vol. 2e éd.* (p. 125-130). Dunod. <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychomotricite--9782100563043-p-125.htm>
- Ben Soussan, P. (2002). Enjouer les bébés ! *Spirale*, 24(4), 13-19.  
<https://doi.org/10.3917/spi.024.0013>
- Bouteloup, M. (2017). *A la rencontre d'un autre ... : Ou comment l'engagement du psychomotricien peut venir soutenir l'émergence d'une intersubjectivité chez l'enfant autiste* [Mémoire de psychomotricité, Université Claude Bernard Lyon 1]. Sudoc.
- Cicccone, A. (2006). Partage d'expériences et rythmicité dans le travail de subjectivation. *Le Carnet PSY*, 109(5), 29-34. <https://doi.org/10.3917/lcp.109.0029>
- Dormoy, L. (2020a). Chapitre 1. Dynamique développementale de l'interaction et de la communication sociale réciproque. In *L'évaluation diagnostique de l'enfant avec trouble du spectre de l'autisme* (p. 3-32). Dunod. <https://www.cairn.info/l-evaluation-diagnostique-de-l-enfant-avec-trouble--9782100810543-p-3.htm>
- Dormoy, L. (2020b). Chapitre 2. Évaluation clinique de troubles du spectre autistique. In *L'évaluation diagnostique de l'enfant avec trouble du spectre de l'autisme* (p. 33-106).

- Dunod. <https://www.cairn.info/l-evaluation-diagnostique-de-l-enfant-avec-trouble--9782100810543-p-33.htm>
- Ehret, D. (2012). Les destins de vitalité. *Spirale*, 64(4), 61-69.  
<https://doi.org/10.3917/spi.064.0061>
- Fahed, É. (2019). Chapitre 14. Intervention sur les praxies sociales : Imitation et coopération motrice. In *Autisme et psychomotricité: Vol. 2e éd.* (p. 342-368). De Boeck Supérieur.  
<https://doi.org/10.3917/dbu.perri.2019.01.0342>
- Garrigou, C. (2019). *Chapitre 7. Le développement de la sphère socio communicative dans les TSA : prise en compte de la dimension pragmatique | Cairn.info.* <https://www.cairn.info/autisme-et-psychomotricite--9782807320260-page-93.htm>
- Gatecel, A., & Giromini, F. (2010). 2. La formation des psychomotriciens dans un cadre universitaire. In *Être psychomotricien* (p. 435-444). Érès.  
<https://doi.org/10.3917/eres.potel.2010.01.0435>
- Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Corraze, J. (2012). Chapitre 9. La relation en psychomotricité. In *Manuel d'enseignement en psychomotricité* (p. 327-351). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.albar.2012.02.0327>
- Golse, B. (2006). Émotions, intersubjectivité et structuralisme des processus. In *Les émotions (autour) du bébé* (p. 21-31). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.dugna.2006.01.0021>
- Golse, B. (2014). De l'intersubjectivité à la subjectivation. Un exemple de passage de l'interpersonnel à l'intrapsychique. *Enfances & Psy*, 62(1), 29-38.  
<https://doi.org/10.3917/ep.062.0029>
- Houzel, D. (2014). L'intersubjectivité : Rencontre ou séparation ? *Enfances & Psy*, 62(1), 57-66.  
<https://doi.org/10.3917/ep.062.0057>
- Joly, F. psychologue). (2015). *Jouer... : Le jeu dans le développement, la pathologie et la thérapeutique* (BU Santé Rockefeller WM 400 JOU; 2e édition.). In Press.

- Larousse. (s. d.). Écholalies In Larousse en ligne. Consulté le 28 mars 2023, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9cholalie/27508>
- Le Menn-Tripi, C., & Zupranski, R. (2019). Chapitre 11. Psychomotricité et interventions globales recommandées : Un enrichissement réciproque pour un projet individuel optimisé. In *Autisme et psychomotricité: Vol. 2e éd.* (p. 275-288). De Boeck Supérieur.  
<https://doi.org/10.3917/dbu.perri.2019.01.0275>
- Le Run, J.-L. (2014). Intersubjectivité et empathie : Les miroirs, la musique et la danse. *Enfances & Psy*, 62(1), 16-28. <https://doi.org/10.3917/ep.062.0016>
- Maffre, T. (2019). Chapitre 1. Définition et évolution des concepts : Aspects historiques et cliniques. In *Autisme et psychomotricité: Vol. 2e éd.* (p. 5-24). De Boeck Supérieur.  
<https://doi.org/10.3917/dbu.perri.2019.01.0005>
- Marcelli, D., & Raffeneau, F. (2012). Le bébé et le jeu. *Le Journal des psychologues*, 299(6), 18-23.  
<https://doi.org/10.3917/jdp.299.0018>
- Nadel, J. (2016a). Chapitre 1. Ce qu'imiter veut dire. In *Imiter pour grandir: Vol. 2e éd.* (p. 15-29). Dunod. <https://www.cairn.info/imiter-pour-grandir--9782100743476-p-15.htm>
- Nadel, J. (2016b). Chapitre 3. Imiter pour quoi faire ? In *Imiter pour grandir: Vol. 2e éd.* (p. 53-67). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.nadel.2016.01.0053>
- Nadel, J. (2016c). Chapitre 4. Ce qu'imiter peut faire pour le bébé In *Imiter pour grandir: Vol. 2e éd.* (p. 69-89). Dunod. *Cairn.info*. <https://www.cairn.info/imiter-pour-grandir--9782100743476-page-69.htm>
- Nadel. (2016d). Chapitre 5. Ce que l'imitation peut faire pour l'enfant avec TSA. In *Imiter pour grandir: Vol. 2e éd.* (p. 91-110). Dunod. *Cairn.info*. <https://www.cairn.info/imiter-pour-grandir--9782100743476-page-91.htm>
- Potel. (2010a). 1. Une articulation fondatrice : Corps et psyché. In *Être psychomotricien* (p. 97-102). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.potel.2010.01.0097>

- Potel. (2010b). 2. Ce qui de la complexité du fonctionnement humain intéresse la psychomotricité. Ou l'équeutage des haricots ! In *Être psychomotricien* (p. 103-110). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.potel.2010.01.0103>
- Potel. (2010c). 3. Jouer en psychomotricité ou la folie du jeu. In *Être psychomotricien* (p. 346-363). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.potel.2010.01.0346>
- Réveillé, C. (2019). Chapitre 12. Prise en charge psychomotrice des troubles sensoriels des personnes avec TSA. In *Autisme et psychomotricité : Vol. 2e éd.* (p. 289-320). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.perri.2019.01.0289>
- Salvador, J. D. (2022). *Je suis, tu es et si nous pouvions être ensemble en jouant ? Ou comment la relation dans le jeu permet un investissement émotionnel du corps* [Mémoire de psychomotricité, Université Claude Bernard Lyon 1]. Sudoc.

**Auteur : Sacha LORIDON**

**Titre :** Au-delà des barrières : Le jeu comme passerelle relationnelle  
pour l'enfant avec autisme

**Mots - clés :** Psychomotricité – relation - jeu – Trouble du Spectre de l'Autisme

Psychomotricity – relationship – game – Autism Spectrum Disorder

**Résumé :**

La plupart des enfants avec autisme présentent des difficultés à entrer en relation avec autrui. Établir un premier contact et entretenir des relations avec autrui peut parfois s'avérer complexe. Cela est le cas de Marie, une enfant diagnostiquée avec un trouble du spectre de l'autisme. Cette dernière est en difficulté pour établir des liens avec d'autres personnes que sa mère. Comment entrer en interaction avec cet enfant dans le cadre d'un soin psychomoteur ? Le jeu apparaît alors comme une porte d'entrée à la relation pour Marie. Comment le jeu, devenu un véritable outil thérapeutique, déploie-t-il une multitude de processus permettant l'ouverture et la prise en compte de l'autre ?

Most children with autism have difficulties relating to others. Making initial contact and maintaining relationships with others can sometimes prove complex. This is the case for Marie, a child diagnosed with autism spectrum disorder. She has difficulties forming relationships with people other than her mother. How do you interact with this child in the context of psychomotor care ? Play appears to be the gateway to a relationship for Marie. How does play, which has become a real therapeutic tool, unfold a multitude of processes that allow openness and consideration of the other ?