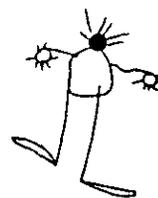


Le corps dans la prise en charge de l'enfant autiste

Mémoire présenté par Agathe CROS-MAYREVIEILLE en vue de
l'obtention du diplôme d'état de psychomotricien



Sous la direction d'Agnès Molard

SESSION JUIN 2008

Merci aux différents professionnels que j'ai rencontrés, pour ce qu'ils m'ont apporté, pour m'avoir transmis la passion pour leur métier.

Merci à mon maître de stage, et référent de mémoire, Agnès Molard, pour avoir su être à mes côtés dans mes réflexions et m'avoir accompagnée auprès des enfants autistes durant ces deux années.

Merci aux enfants que j'ai rencontré, pour m'avoir aidé à en savoir plus sur eux mais aussi sur moi.

Enfin, merci à ma famille, à tous ceux qui m'ont soutenue et m'ont permis d'en arriver là.

PARTIE THEORIQUE

1. AUTISME.....	2
1.1. <i>Histoire et définitions</i>	2
1.1.1. Origine du mot et premières descriptions.....	2
1.1.2. Description de l'autisme selon Kanner :	2
1.1.3. La description d'Asperger :	4
1.2. <i>Hypothèses étiologiques</i> :	5
1.2.1. Hypothèse électro physiologique :	5
1.2.2. Hypothèse neurologique :	5
1.2.3. Hypothèse génétique	6
1.2.4. Hypothèse biochimique :.....	7
1.2.5. Hypothèse psycho dynamique / psychanalytique :.....	8
1.2.5.1. Bruno Bettelheim	8
1.2.5.2. Margaret Mahler.....	8
1.2.5.3. Frances Tustin.....	9
1.2.5.4. Donald Meltzer	10
1.2.5.5. Geneviève Haag.....	11
1.3. <i>Classifications</i> :	13
1.3.1. La classification de l'Organisation mondiale de la santé : CIM 10	13
1.3.2. La classification de l'association américaine de	14
psychiatrie	14
1.3.3. Autisme ou psychose infantile.....	16
1.4. <i>Evaluation et diagnostic</i>	17
1.4.1. La CARS :.....	18
1.4.2. La PEP :	18
1.4.3. Le Vineland :.....	19

1.4.4.	Evaluation psychomotrice :.....	21
2.	LE CORPS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT AUTISTE	22
2.1.	<i>Le corps et ses représentations mentales</i>	22
2.1.1.	Schéma corporel et image du corps.....	22
2.1.1.1.	Définitions.....	22
2.1.1.2.	Construction :.....	23
2.1.2.	Enveloppe corporelle.....	25
2.1.2.1.	Définition.....	25
2.1.2.2.	Construction	26
2.1.2.3.	Particularités chez l'enfant autiste :	27
2.1.3.	Axe corporel et posture : d'après A. Bullinger (2004).....	28
2.1.3.1.	Définition :.....	28
2.1.3.2.	Développement postural :	29
2.1.3.3.	Particularités chez l'enfant autiste :	30
2.1.4.	L'enfant autiste et la notion d'espace/temps	32
2.2.	<i>Le corps comme moyen de communication :</i>	33
2.2.1.	Le dialogue tonique	33
2.2.1.1.	Définition.....	33
2.2.1.2.	Construction	34
2.2.1.3.	Chez l'enfant autiste	35
2.2.2.	L'attention conjointe	35
2.2.2.1.	Développement normal.....	35
2.2.2.2.	Chez l'enfant autiste	36
2.2.3.	Imitation.....	37
2.2.3.1.	Définition.....	37
2.2.3.2.	Développement normal.....	37
2.2.3.3.	Particularités chez l'enfant autiste	38

PARTIE CLINIQUE

3.	LOUIS	40
3.1.	<i>Présentation de l'établissement</i>	40
3.2.	<i>Présentation et contexte familial</i>	40
3.3.	<i>Anamnèse</i>	41
3.3.1.	Déroulement de la grossesse et accouchement	41
3.3.2.	Petite enfance	41
3.4.	<i>Bilans</i>	42
3.4.1.	Bilan médical	42
3.4.2.	Bilan éducatif	42
3.4.3.	Bilans psychomoteurs	43
3.4.3.1.	Septembre 2006	43
3.4.3.2.	Décembre 2007	44
3.4.4.	Conclusion du bilan	46
3.4.5.	Projet thérapeutique	47
3.4.6.	Evolution	47
4.	KRISTOFER	50
4.1.	<i>Présentation du cadre</i>	50
4.1.1.	L'association	50
4.1.2.	La méthode telle qu'elle est présentée aux bénévoles	50
4.1.2.1.	Les principes	50
4.1.2.2.	La salle de jeu	51
4.1.2.3.	Les 3 i	52
4.2.	<i>Anamnèse</i>	53
4.2.1.	Présentation et contexte familial	53
4.2.2.	Déroulement de la grossesse et accouchement	53
4.2.3.	Enfance	53

4.3.	<i>Bilan</i>	56
4.4.	<i>Conclusion du bilan</i>	58
4.5.	<i>Projet</i>	58
4.6.	<i>Présentation du cadre des séances</i>	59
4.7.	<i>Evolution</i>	59

DISCUSSION

5.	LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE AU SEIN D'UN IME :	63
5.1.	<i>La psychomotricité</i>	63
5.1.1.1.	Les modalités de la prise en charge.....	63
5.1.1.2.	Le cadre de la prise en charge :	63
5.2.	<i>Ma place de stagiaire</i>	64
5.3.	<i>Un travail d'équipe</i>	64
6.	LA METHODE :	65
6.1.	<i>Les conseils donnés aux bénévoles:</i>	65
6.1.1.	Tout transformer en jeu	65
6.1.2.	Imiter les stéréotypes de l'enfant pour entrer en relation avec lui	65
6.1.3.	Si l'enfant fait une crise, rester calme, ne pas le gronder et verbaliser	66
6.1.4.	Parler doucement, avec des mots concrets en faisant des phrases courtes	66
6.1.5.	Etre patient et positif.....	67
6.1.6.	Encourager et féliciter tout comportement positif de l'enfant.....	67
6.1.7.	Respecter un emploi du temps régulier et prévenir les changements	67
6.1.8.	Toutes les séances de jeu se passeront dans la même pièce.....	68
6.2.	<i>L'intensité :</i>	68
6.3.	<i>Les intervenants :</i>	69
6.4.	<i>Conclusion sur la méthode</i>	70

7. LA PLACE DES PARENTS DANS LA PRISE EN CHARGE :	70
8. L'APPORT DU BILAN SENSORIMOTEUR : D'APRES (BULLINGER, 2007).....	72
8.1. <i>Approche sensorimotrice de l'autisme infantile.....</i>	<i>72</i>
8.2. <i>Présentation du bilan.....</i>	<i>74</i>
8.3. <i>Quelques items du bilan.....</i>	<i>75</i>
8.3.1. « Offrandes et échanges »	75
8.3.2. Stimulation tactile :	76
8.3.3. Evaluation système visuel :	76
8.3.4. Représentations de l'organisme :	77
9. LA POSTURE.....	78
10. BIBLIOGRAPHIE	81

INTRODUCTION

Ce n'est pas moi qui suis venue au monde de l'autisme. Tout commence le 7 juin 1999, avec la naissance de Lucas, mon cousin. C'est un petit garçon blond aux yeux bleus, souriant, pleurant rarement. Il grandit, les mois passent et il apparaît comme un enfant différent. Puis finalement le diagnostic est posé. Le monde de l'autisme s'impose alors à moi. Lucas est autiste.

Je suis encore au lycée, mais déjà cette maladie m'intrigue, m'intéresse. Après de nombreuses lectures et rencontres, je m'oriente vers la psychomotricité.

Mes différentes expériences de stagiaire m'ont amenée à penser la place du corps essentielle dans la thérapie psychomotrice chez l'enfant autiste. Quelle dimension prend le corps dans la relation, dans la communication, dans le vécu et l'investissement corporels dans l'espace ?

Dans une première partie, je vais définir l'autisme, ses origines, faire le point sur les connaissances actuelles de cette maladie, et sur les moyens d'évaluation. J'aborderai ensuite la place du corps dans la prise en charge de l'enfant autiste, en parlant d'abord de ses représentations mentales, puis de sa place dans la communication.

Dans une deuxième partie, je présenterai deux études de cas d'enfants autistes, pris en charge dans des cadres différents.

Enfin dans une troisième partie, je vous ferai part de ma réflexion par rapport aux cadres des prises en charge, et de la place particulière des parents au sein de celles-ci. Je discuterai également des intérêts du bilan sensori-moteur dans la prise en charge d'enfants autistes.

**PARTIE
THEORIQUE**

1. AUTISME

1.1. Histoire et définitions

1.1.1. **Origine du mot et premières descriptions**

Le terme d'autisme vient du grec autos qui veut dire « soi-même ».

Au XIX^e siècle, toutes pathologies mentales de l'enfant étaient considérées comme le résultat d'une déficience du développement de l'intelligence.

C'est Bleuler, un psychiatre suisse, qui en 1911 utilise ce terme pour la première fois. Il décrit ainsi, chez des patients adultes atteints de schizophrénie, une évasion hors de la réalité et un retrait vers un monde intérieur.

En 1943, Léo Kanner, psychiatre américain, décrit l'autisme infantile pour la première fois. La majorité des signes cliniques alors décrits restent encore valables aujourd'hui et permettent de dresser un tableau d'autisme dans sa forme la plus classique.

1.1.2. **Description de l'autisme selon Kanner :**

« L'autisme est une incapacité innée à établir le contact affectif habituel avec les personnes, biologiquement prévue, exactement comme d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels ». Léo Kanner cité dans (Ferrari, 2004)

La première description de Kanner reposait sur une population de 11 enfants âgés de 2 ans et demi à 8 ans, et les caractéristiques cliniques révélées étaient les suivantes :

Un début extrêmement précoce des troubles.

Un isolement extrême (« aloneness ») ou retrait autistique : on note un désintérêt allant jusqu'à l'indifférence pour les personnes. L'enfant se comporte comme si les autres n'existaient pas, il ne réagit pas aux sollicitations. L'enfant refuse le contact et l'évite. Toute

tentative pour forcer le contact est vécue comme une intrusion et peut provoquer des réactions d'angoisse avec impulsions violentes et parfois même automutilation.

Un besoin impérieux de maintenir l'immuabilité de leur environnement matériel (« sameness ») : L'enfant autiste est très sensible aux changements, ainsi des modifications mêmes minimales de son environnement peuvent entraîner des crises intenses d'angoisse. Kanner souligne le fait que ces enfants possèdent une remarquable mémoire quant à l'organisation des objets dans leur environnement. L'enfant ressent le besoin de maintenir ou de restituer son environnement le cas échéant. La permanence et la stabilité de celui-ci peut faire l'objet de vérifications incessantes.

Des stéréotypies gestuelles : L'enfant exécute des gestes de façon répétées et à un certain rythme. On peut observer des balancements, des postures anormales ou encore des mouvements des bras ou des mains.

Des troubles du langage : Sur les 11 enfants étudiés par Kanner, 8 ont acquis un langage (souvent avec des retards), et les 3 autres enfants sont restés totalement mutiques. On relève dans tous les cas des troubles du langage, qui peuvent aller du mutisme complet à un langage marqué par de nombreuses anomalies telles que l'écholalie (répétition de mots ou de phrases ayant captés l'attention de l'enfant, elle peut être immédiate ou différée) ou l'inversion pronominale (incapacité à utiliser le « je », l'enfant parle de lui à la deuxième ou troisième personne).

L'intelligence : Kanner a insisté sur la différence du point de vue de l'intelligence qui existe entre les enfants autistes et les enfants déficients intellectuels à qui, ils étaient jusque là associés. En effet, Kanner pensait que ces enfants étaient d'une intelligence élevée mais non exprimée, et d'autre part qu'ils avaient une mémoire exceptionnelle. Mais la majorité des

recherches faites par la suite ont montré que 75% des personnes autistes avaient un déficit intellectuel.

Le développement physique : Pour Kanner, l'autisme est une pathologie sans trouble organique associé, car les enfants ne présentaient pas de stigmatisme physique. On sait aujourd'hui qu'il existe un grand nombre de maladies associées à l'autisme et notamment l'épilepsie.

Aujourd'hui le terme d'autisme de Kanner est encore parfois utilisé pour décrire un autisme dit « pur », c'est-à-dire sans trouble au niveau cérébral associé. Mais l'évolution des recherches scientifiques tend à nous faire penser qu'il n'existe pas d'autisme sans atteinte neurologique.

1.1.3. La description d'Asperger :

C'est en 1944 qu'Hans Asperger, psychiatre autrichien publie Les psychopathes autistiques pendant l'enfance. Il y décrit chez de jeunes patients une pauvreté des relations sociales, des troubles de la communication, et un développement de centres d'intérêts particuliers. Ces enfants présentaient donc des déficits d'un point de vue social, mais pouvaient atteindre un certain niveau de réussite qui leur permettait une intégration sociale. On retrouve donc des points communs avec la description faite par Kanner mais une expression moins sévère des troubles.

En 1981, Lorna Wing publie le travail d'Asperger qui jusque là était peu connu, et décrit le syndrome d'Asperger. Les principaux traits de celui-ci sont : des difficultés à établir des relations sociales, un manque d'empathie, un langage répétitif et pédant, une pauvreté des

communications non verbales, un intérêt marqué pour un certain sujet, une maladresse motrice.

Depuis les années 90, suite à ces travaux, le syndrome d'Asperger est considéré comme appartenant au spectre des désordres autistiques.

1.2. Hypothèses étiologiques :

1.2.1. Hypothèse électro physiologique :

Les recherches sont fondées aujourd'hui sur l'hypothèse qu'il existe chez les enfants autistes une altération des fonctions corticales, du tronc cérébral et des structures diencephaliques. Les EEG ont permis d'observer des anomalies hémisphériques bilatérales. D'autre part, l'étude de potentiels évoqués a mis en évidence un défaut de maturation qui suggère des problèmes d'intégration des informations visuelles et auditives. Certaines données tendent à prouver qu'il existe une perturbation de la latéralisation cérébrale qui expliquerait l'absence de dominance gauche pour le traitement des infos auditives, mais d'autres données infirment cette même hypothèse. Aujourd'hui, aucune de ces données n'est retrouvée de manière constante dans une population. Elles montrent seulement qu'il peut exister des perturbations. Selon de nombreux chercheurs, les troubles autistiques seraient liés à l'interaction de dysfonctionnements complexes associant les niveaux corticaux et sous-corticaux.

1.2.2. Hypothèse neurologique :

On retrouve de nombreuses pathologies neurologiques associées à l'autisme. En effet, 25% des personnes autistes développent une épilepsie dans leur vie. Et de nombreux signes cliniques propres à l'autisme permettent d'évoquer des dysfonctionnements cérébraux.

Dès le début des recherches, il a été constaté que la masse cérébrale et le périmètre crânien des personnes autistes étaient généralement supérieurs à la moyenne. De plus, de nombreuses anomalies structurales (au niveau du système limbique et du cervelet) ont été relevées chez différents patients. Avec l'avancée des techniques d'exploration et notamment grâce à l'imagerie par résonance magnétique, de nombreuses recherches ont pu être faites, et ont conclu en la présence chez la personne autiste d'un trouble du développement des structures cérébrales. Ce qui pourrait donc influencer sur le traitement des informations complexes et se répercuter sur les capacités de communication, d'interaction sociale et d'apprentissages.

Encore bien d'autres troubles cérébraux, tant anatomiques que fonctionnels, ont été observés. Ils laissent penser qu'il y a eu chez ces enfants une perturbation du développement cérébral dès la gestation. Cependant, aucun de ces troubles n'a été retrouvé chez tous les autistes ce qui empêche d'établir des liens sûrs de cause à effet.

1.2.3. Hypothèse génétique

Les études sur la récurrence de l'autisme ont montré qu'il y a un risque de 3 à 5% de récurrence chez les frères et sœurs. Ce risque passe à 36% (ou plus, selon les différentes études) si l'on considère maintenant les jumeaux monozygotes, alors que l'on retrouve chez les jumeaux dizygotes un taux de récurrence semblable à celui des simples frères et sœurs.

Les chercheurs ont également retrouvé, dans de nombreuses familles dont un enfant est atteint d'autisme, une plus grande part de "formes atténuées du syndrome" telles que des troubles cognitifs et sociaux. C'est également le cas de certaines maladies telles que la maladie de l'X fragile.

Enfin, pour ce qui est des études du génome, la piste la plus sérieuse semble être celle ayant montré, dans plusieurs familles dont deux enfants sont atteints, l'un d'autisme et l'autre du syndrome d'Asperger, des mutations altérant les gènes NLGN3 et NLGN4 localisés sur le chromosome X. Ces gènes codent pour des protéines d'adhésion cellulaire localisées au

niveau des synapses, ce qui suggère qu'un défaut dans la formation des synapses prédisposerait à l'autisme.

1.2.4. Hypothèse biochimique :

Certains neuromédiateurs auraient une influence dans l'autisme, les études les plus concluantes concernaient la sérotonine et la dopamine.

La sérotonine est un neuromédiateur jouant un rôle important du point de vue de la régulation de l'humeur, des émotions, de l'anxiété mais aussi au niveau du développement du système nerveux central.

Chez 30 à 50% des personnes autistes, on retrouve ce neuromédiateur en quantité supérieure à la normale. Des essais ont été réalisés avec un produit diminuant le taux de sérotonine, et des bénéfices ont pu être observés, mais les résultats ne sont pas stables.

La dopamine est un neuromédiateur assurant la communication entre les neurones.

Il a été observé que l'utilisation de substances bloquant les récepteurs à dopamine permet la diminution de certains symptômes tels que les stéréotypies. Ces résultats laisseraient donc penser que la dopamine serait impliquée dans l'autisme.

Les protéines

Une partie du tableau clinique de certains cas d'autisme serait liée à des dysfonctionnements de l'appareil digestif et du métabolisme en général. Il est actuellement préconisé pour les enfants autistes un régime sans gluten et sans caséine.

En effet, beaucoup d'enfants autistes ne seraient pas capables de digérer correctement ces protéines. Il est supposé que l'enzyme DPP-IV nécessaire à leur digestion est alors absente ou déficiente pour des raisons génétiques, ou a été inactivée par des causes environnementales ou par un mécanisme auto-immun. Le gluten et la caséine mal dégradés, il en résulte certains peptides aux propriétés opioïdes qui sont retrouvés dans les urines de certains enfants

autistes. Le passage de ces peptides dans le sang aurait pour conséquence une modification des perceptions, la perception auditive en particulier.

1.2.5. Hypothèse psycho dynamique / psychanalytique :

Les psychanalystes abordent l'autisme comme faisant partie du large champ des psychoses. Les auteurs qui ont véritablement discuté du concept d'autisme sont les post-kleinieniens tels que F. Tustin et D. Meltzer. Mais d'un point de vue historique, il ne faut pas oublier B. Bettelheim, et M. Mahler, car leurs théories psycho dynamiques ont rencontré un grand succès dans les années 70 aux Etats-Unis.

1.2.5.1. Bruno Bettelheim

Il considère l'autisme comme une réaction à une « situation extrême » en comparaison avec son expérience des camps de concentration. Il décrit ainsi une situation dans laquelle l'individu a l'impression que toute action de sa part reste sans effet sur son environnement. Ainsi face à l'échec précoce de la relation mère-enfant, l'enfant se retrouverait dans une « situation extrême ». Cela le pousserait alors à se replier sur lui-même et à ressentir toute tentative d'intrusion du monde extérieur comme une menace de destruction.

Malgré le succès de cette théorie dans les années 70/80, elle est aujourd'hui largement critiquée, du fait qu'elle est été interprétée comme culpabilisante pour les parents.

1.2.5.2. Margaret Mahler

Selon elle, le syndrome autistique ou autisme infantile est lié à une fixation ou une régression à la « phase autistique normale ».

La « phase autistique normale » se situerait dans les 2 premiers mois de vie, et l'enfant serait alors dans un état hallucinatoire de toute puissance, et d'autosuffisance appelé « sphère autistique ». L'enfant se protégerait alors grâce à une barrière quasi hermétique contre les stimuli extérieurs, et seuls les stimuli internes seraient perçus par l'enfant. M. Mahler appelle cette protection la « coquille autistique ».

Le syndrome autistique correspondrait alors à une attitude d'évitement actif ou « hallucination négative » par rapport à la mère et au monde extérieur en général. Cette approche supposant l'existence d'une phase autistique normale, n'est plus d'actualité aujourd'hui.

1.2.5.3. Frances Tustin

Pour Frances Tustin, il existe également une étape d'autisme normale. Cette étape est marquée par les « phénomènes autistiques » qui correspondraient aux sensations que ressent l'enfant grâce à son équipement sensoriel, et qui ne sont pas encore des perceptions. Afin de parvenir à transformer ces sensations en perceptions, l'enfant doit bénéficier d'une « bonne situation de nourrissage », c'est-à-dire d'une continuité des soins et d'une quantité suffisante de situations de satisfaction. Si l'enfant est trop souvent en situation de manque, les processus autistiques vont selon F. Tustin se maintenir et se rigidifier. Cette situation provoque chez l'enfant une dépression appelée « trou noir » par F. Tustin. Pour faire face à cette dépression, l'enfant développe un autisme.

Elle décrit alors trois types d'autisme pathologique :

Autisme primaire anormal : Ce maintient anormal de l'autisme primaire peut-être du, selon F. Tustin, à une absence totale de nourrissage affectif, ce qui correspond à des enfants décrits par Spitz comme étant atteints « d'hospitalisme ». Mais il peut aussi être lié, ce qui est plus courant de nos jours à une absence partielle de nourrissage affectif due à une déficience

grave des figures nourricières et/ou un empêchement de la part de l'enfant (équipement neurologique ou sensoriel déficient par exemple).

Autisme secondaire « à carapace » : Ce type d'autisme apparaît comme une défense contre une angoisse précoce de séparation corporelle d'avec la mère. Le « non-moi » est alors tenu à l'écart car il apparaît à l'enfant comme dangereux. L'enfant construit alors une barrière entre lui et le monde extérieur qui empêche toute communication.

Autisme secondaire régressif : Pour ces enfants, un développement apparemment normal aurait eu lieu, mais les fondations de celui-ci seraient en fait instables. On assiste alors à un moment donné à une régression de la personnalité de l'enfant allant vers un retrait autistique. L'enfant fait alors appel à des mécanismes de défense très importants tel que le clivage.

1.2.5.4. Donald Meltzer

Donald Meltzer dégage deux concepts importants en ce qui concerne l'autisme : Le démantèlement et l'identification adhésive.

Le démantèlement : Selon D.Meltzer, les enfants autistes emploient un type spécial de processus de clivage afin de démanteler leur moi en des capacités perceptuelles séparées : la vue, le toucher, l'odorat... De cette manière, l'enfant autiste transforme l'objet en une multitude d'événements uni sensoriels. L'enfant n'investit alors pas un objet mais une sensation.

Identification adhésive : A cause de ce démantèlement du Moi, la constitution d'un espace psychique est impossible. Ainsi lorsque l'enfant autiste entre en contact avec autrui, il le fait par collage ou identification adhésive.

1.2.5.5. Geneviève Haag

Dans sa *Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité* (G. HAAG et collaborateurs, 1995), Geneviève Haag effectue une lecture des troubles psychomoteurs de l'enfant autiste en lien avec un défaut d'organisation de l'image du corps. Elle explique que les différents aspects du développement de l'enfant abordés dans cette grille ne se retrouvent pas toujours associés en pratique tels qu'ils le sont ici, du fait que la sortie progressive de l'autisme se fait bien souvent de façon non harmonieuse.

L'étape « d'état autistique réussi » est marquée par un retrait massif dans un monde d'autostimulations sensorielles. Il n'y a ni communication ni expression émotionnelle. L'immuabilité est entretenue. Des angoisses corporelles amènent ces enfants à développer des états toniques extrêmes (hypertonie ou hypotonie). Le temps et l'espace sont unidimensionnels, c'est-à-dire en lien avec une donnée sensorielle unique à un instant donné.

L'étape de « récupération de la première peau », première étape évolutive, se manifeste par la recherche du « contact-dos » et par l'inclusion du corps propre dans des contenants circulaires. Retrait et stéréotypies diminuent sensiblement tandis que les crises dites de tantrum sont plus présentes. L'espace devient tridimensionnel et le temps circulaire. L'enfant commence à être affecté par la douleur et la maladie.

Lors de la « phase symbiotique installée », l'enfant autiste commence à expérimenter les deux pliures, verticale puis horizontale. Les échanges avec l'adulte apparaissent, et le langage devient possible mais encore clivé, en imitation ou écholalique. Le temps devient oscillant puis linéaire. L'enfant commence à intégrer la moitié inférieure de son corps dans son image corporelle et acquiert la maîtrise de ses sphincters.

Enfin, l'étape « **d'individuation-séparation en corps total sphinctérisé** » correspond au stade du miroir avec une reconnaissance et une conscience du corps propre. De réels échanges sont possibles et l'enfant s'affirme en tant qu'individu avec l'apparition du « non » et d'un « langage gestuel ». On observe également les débuts du jeu symbolique et une forte diminution des stéréotypies. L'enfant acquiert la permanence de l'objet et la conscience de la linéarité du temps. La sensibilité à la douleur et l'état immunitaire sont normaux.

Considérant l'avancée des recherches, notamment dans les domaines de la neurophysiologie et de la génétique, les hypothèses étiologiques actuelles s'orienteraient plutôt vers ces derniers domaines. On aurait ainsi plutôt tendance à considérer que les troubles des relations parents/enfant pouvant être observés dans les familles d'enfants atteints d'autisme seraient la conséquence, et non la cause de la pathologie. Cependant, la psychanalyse nous donne des éléments de compréhension de la problématique autistique. Ceci permettant aussi de ne plus culpabiliser les parents mais de les intégrer dans la prise en charge de leur enfant.

1.3. Classifications :

1.3.1. La classification de l'Organisation mondiale de la santé :

CIM 10

Dans cette classification, l'autisme appartient à la catégorie des troubles envahissants du développement.

F 84. Troubles envahissants du développement

F 84.0 Autisme infantile

Il s'agit d'un trouble envahissant du développement (TED) dans lequel un développement anormal ou déficient est observé avant l'âge de trois ans. Les perturbations du fonctionnement se manifestent dans les domaines des interactions sociales, de la communication et du comportement qui est répétitif et lié à des intérêts restreints. L'expression des déficits se modifie avec l'âge, mais ces déficits persistent à l'âge adulte. L'autisme peut s'accompagner de niveaux intellectuels très variables mais il existe un retard intellectuel significatif dans environ 75% des cas.

F84.1 Autisme atypique

Trouble envahissant du développement qui se distingue de l'autisme infantile par l'âge d'apparition des troubles ou parce qu'il ne correspond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques requis pour établir le diagnostic d'autisme infantile. Le recours à cette catégorie diagnostique se justifie par le fait que chez certains enfants, les troubles apparaissent au-delà de trois ans, mais cela reste rare, ou que les anomalies sont trop discrètes, voir absentes dans un des trois secteurs normalement atteints dans l'autisme (interactions sociales, communication, comportement).

F84.2 Syndrome de Rett

F84.3 Autre trouble désintégratif de l'enfance

F84.4 Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés

F84.5 Syndrome d'Asperger

F84.8 Autres troubles envahissants du développement

F84.9 Troubles envahissants du développement sans précision

1.3.2. La classification de l'association américaine de psychiatrie :

DSM IV

Comme pour la CIM 10, l'autisme fait partie des troubles envahissants du développement dans cette classification.

Désordre du développement caractérisé par :

- A. Un total de six items ou plus appartenant aux rubriques 1, 2 et 3 avec au moins 2 des signes de la rubrique 1 et un item dans chacune des rubriques 2 et 3.

1. Anomalies qualitatives de l'interaction sociale qui se manifestent par :

- altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes.
- incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement
- le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d'autres personnes (p.ex. il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l'intéressent)
- manque de réciprocité sociale ou émotionnelle.

2. Anomalies qualitatives de la communication qui se manifestent par :

- retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compréhension par d'autres modes de communication, comme le geste ou la mimique)
- chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui.
- usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique.
- absence d'un jeu de « faire semblant » varié et spontané, ou d'un jeu d'imitation sociale correspondant au niveau de développement

3. Intérêts restreints, et des comportements et activités répétitifs et stéréotypés qui se manifestent par :

- Une préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, normale soit dans son intensité, soit dans son orientation
- Une adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels.
- maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (p.ex. battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps).
- Une préoccupation persistante pour des parties d'objets.

B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l'âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants : (1) interactions sociales, (2) langage nécessaire à la communication sociale, (3) jeu symbolique ou d'imagination.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par le diagnostic de syndrome de Rett ou de Trouble désintégratif de l'enfance.

299.80 Syndrome de Rett

299.10 Désordre désintégratif de l'enfance

299.80 Syndrome d'Asperger

299.80 Trouble envahissants du développement non spécifiés (incluant l'autisme atypique)

Anomalies sévères et envahissantes dans le développement de l'interaction sociale réciproque, les intérêts et les activités mais sans que les critères soient réunis pour porter un diagnostic de trouble envahissant spécifique, de schizophrénie, de trouble de la personnalité schizophréniforme, ou de trouble évitant de la personnalité (par exemple, sujet qui présente les troubles de l'autisme mais avec une apparition des signes au-delà de trois ans, ou sujet dont la symptomatologie est juste sous le seuil de la significativité.)

Lors de son évolution, un enfant peut changer de catégories, en effet il existe un continuum entre les différentes formes de l'autisme, c'est le spectre autistique. Les efforts faits pour créer et faire évoluer ces classifications sont importants que ce soit pour la recherche ou pour la communication scientifique, mais sur le plan clinique il est indispensable de considérer l'enfant dans sa globalité. Une évaluation individuelle des capacités et des difficultés de l'enfant est indispensable. En effet, une prise en charge sera bénéfique que si elle considère l'enfant dans son environnement, avec son groupe familial.

1.3.3. Autisme ou psychose infantile

La Classification française retient quand à elle, le terme de psychose, là où la communauté scientifique internationale s'est accordée sur la notion de troubles du développement. Cette différence est responsable de difficultés de communication au niveau international. Différentes raisons ont poussé les scientifiques à abandonner le terme de psychose infantile.

Des signes cliniques montrent que dans l'autisme, il y a des anomalies de l'organisation cérébrale et donc une origine organique.

L'autisme apparaît vers 36 mois, tandis que la schizophrénie infantile débute vers 5/6 ans.

De plus, dans la psychose infantile, l'imagination est fertile et peut se traduire par des hallucinations, tandis que dans l'autisme les réactions d'angoisse sont plutôt liées à des distorsions sensorielles dues aux troubles de l'intégration des informations. L'enfant autiste ne déformerait pas le réel après se l'être représenté, mais le construirait de façon déviante.

1.4. Evaluation et diagnostic

Le diagnostic de l'autisme repose sur une observation des manifestations comportementales, et sur l'histoire du développement de l'enfant. En effet, il n'a pas encore été trouvé d'indication biologique pour permettre aux médecins de poser un diagnostic. Ce mode de diagnostic a ses limites, car des comportements autistiques peuvent être observés chez des personnes non autistes. Ce n'est donc pas parce qu'une personne présente une de ces caractéristiques comportementales qu'elle est autiste. De plus, la multiplicité des formes d'autisme pose aussi problème pour établir un diagnostic.

Jusqu'il y a quelques années le diagnostic d'autisme n'était porté que vers 3-4 ans, lorsque les signes cliniques étaient installés. Grâce aux nombreuses recherches, on sait maintenant que le diagnostic peut être posé plutôt, dans les deux premières années de vie de l'enfant car des signes sont déjà présents. Ainsi, une prise en charge thérapeutique pourra débiter plutôt, et l'évolution sera meilleure.

1.4.1. La CARS :

La CARS (Children Autism Rating Scale) est une échelle d'évaluation de l'autisme infantile mise au point par E. Schopler et ses collaborateurs en 1980, et adaptée en France par B.Rogé. Cette échelle est essentiellement utilisée lors de l'établissement du diagnostic d'autisme. Elle est composée de quinze items de comportement de l'enfant, chacun d'eux étant noté de 1 (comportement « normal ») à 4 (comportement autistique). On retrouve dans cette échelle l'évaluation de l'imitation, de l'utilisation du corps et des objets, des communications verbales et non verbales... Les résultats de l'échelle sont exprimés en termes de « non autistique », « légèrement à moyennement autistique » ou « sévèrement autistique » selon le nombre de points obtenus.

1.4.2. La PEP :

Le PEP (psycho-educational profile – profil psycho-éducatif) a été établi par E. Schopler et R.J. Reichler en 1979. Ce type d'évaluation consiste en la passation d'un certain nombre d'épreuves cotées en « échec », « émergence », ou « réussite », il est basé sur des niveaux de développement. Nous reviendrons plus précisément sur le concept d'émergence dans un sous-chapitre suivant.

Le PEP est destiné aux enfants de 18 mois à 8 ans et contient beaucoup d'items psychomoteurs tels que l'imitation, des épreuves de motricité fine et globale, de perception... Il est essentiellement utilisé pour l'évaluation initiale et les réévaluations d'enfants autistes, et le plus souvent l'évaluation est effectuée par un psychologue.

Les échelles d'évaluation utilisées dans l'autisme comportent la particularité de ne pas être cotées seulement en réussite ou échec, mais aussi en « émergence », colonne dans laquelle on note les réponses qui ne sont pas complètes mais dont les capacités sont en train de s'installer. On peut aussi voir apparaître des réponses non systématiques lors d'une même sollicitation, la capacité sera alors aussi notée « en émergence ».

Ce concept est particulièrement important lorsque l'on évalue les capacités d'une personne atteinte d'autisme puisque l'on a vu que les projets éducatifs et la mise en place de l'éducation structurée dépendaient fortement des capacités présentes chez le patient, et qu'il est donc important de pouvoir exploiter les capacités en émergence pour l'évolution du patient.

Les systèmes de cotation d'échelles classiques seront abandonnés pour avoir une évaluation plus fine permettant la mise en évidence de capacités en émergence. On adoptera donc une observation non seulement quantitative mais aussi qualitative des comportements et capacités : un comportement qui serait coté absent dans une échelle classique pourra être coté en émergence sur une échelle d'évaluation de personnes atteintes d'autisme si l'on a détecté son apparition non systématique ou l'apparition d'une partie du comportement. L'objectivité étant évidemment une nécessité dans l'évaluation, nous veillerons à déterminer le mieux possible le cadre des « réussite », « émergence » et « échec » lorsque nous évaluerons les patients.

1.4.3. **Le Vineland :**

La traduction française de cet outil est : « Echelle des comportements adaptatifs ». Le concept de « comportement adaptatif » correspond à deux concepts de base : indépendance personnelle et responsabilité sociale.

Cette échelle se présente sous la forme d'un entretien semi-structuré avec les parents ou un référent. Elle est conçue pour évaluer le comportement adaptatif dans les domaines de la socialisation, de la communication, et de l'autonomie de la vie quotidienne et de la motricité. Autrement dit, il s'agit de savoir comment l'enfant se prend en charge et quelles sont ses relations avec l'entourage. Les questions dépendent de l'âge de l'enfant et ne comportent ni de bonnes ni de mauvaises réponses.

La cotation s'effectue de la manière suivante :

2: l'activité est réalisée de façon satisfaisante et habituelle (même si l'enfant n'a l'opportunité de ne la réaliser qu'occasionnellement) ;

1 : l'activité est quelquefois réussie ou bien partiellement réussie ;

0: l'activité n'est jamais réalisée ;

N (n'a pas l'occasion) : l'activité ne peut être réalisée en raison de facteurs externes limitants

DK (don't know') : le référent ne peut répondre.

Le total des notes est ensuite converti en âge de développement dans chaque domaine et sous-domaine.

L'échelle de Vineland n'est pas un outil spécifique de l'autisme. Cette échelle a été conçue à partir d'une population normale. L'équivalent en âge mental est considéré comme peu fidèle.

L'évaluation effectuée auprès de populations autistiques peut se révéler relativement en dessous du score attendu. Certains estiment que les scores des enfants autistes sont inférieurs de moitié à ceux des enfants « normaux ». Cependant, elle offre tout de même un certain aperçu des compétences sociales.

Selon la définition générale, la Vineland peut être administrée et cotée par un psychologue, un travailleur social ou par un professionnel ayant une maîtrise, un entraînement et une expérience de l'évaluation et de l'interprétation des tests et des entretiens semi-directifs.

1.4.4. Evaluation psychomotrice :

L'évaluation quantitative classique se faisant le plus souvent à l'aide d'outils étalonnés et validés qui assurent reproductibilité et objectivité, on pourrait envisager d'utiliser ces mêmes tests dans le cadre de l'autisme. Cependant on se retrouve confronté ici à des problèmes de plusieurs types.

L'incompréhension fréquente du langage parlé oblige à donner les consignes sur un autre mode, adapté « sur mesure » au patient évalué, et qui ne sera pas forcément exactement reproductible d'un examinateur à l'autre. Les tests doivent souvent être administrés dans des conditions de temps et d'espace particulières, or nous avons vu qu'une des difficultés de la personne autiste est de pouvoir s'adapter à un changement. Si l'on impose à une personne des conditions de passation qui sont différentes de ses conditions de vie habituelles, le risque d'apparition des troubles du comportement sera grandement multiplié et l'évaluation sera alors faussée. Ces troubles du comportement sont un élément majeur dans la possibilité d'évaluation, et ils peuvent aussi être déclenchés par le fait que de nombreuses épreuves n'auront pour le patient aucun sens. Les difficultés à attribuer un sens aux situations étant un facteur important dans l'apparition des crises d'angoisse, le risque est d'autant plus grand dans des situations de tests.

Enfin, nous savons que la généralisation est très difficile chez les personnes atteintes d'autisme ; le fait que l'on mette la personne dans une situation particulière différente de ses habitudes risque de nous empêcher d'atteindre le but de l'évaluation, à savoir la représentativité des capacités psychomotrices du patient. On pourra être en face d'échecs répétés à des sollicitations standardisées alors que le patient est tout à fait capable de répondre à la même sollicitation dans d'autres conditions. On revient alors au concept d'émergence qui prend ici toute sa dimension. Face à toutes ces difficultés prévisibles, on

peut se demander par quels moyens évaluer de manière objective et rigoureuse les capacités psychomotrices. Le système d'observation, mis en place en psychomotricité, est un système particulièrement répandu et utilisé dans l'évaluation de l'autisme. Cette méthode est en effet adaptée à la population concernée puisque toutes les difficultés d'évaluation par tests sont ainsi évitées, et les observations faites sur plusieurs séances sont représentatives des capacités du patient. De plus, grâce à ces observations, il est possible de prendre en compte la dimension qualitative du geste par exemple.

2. LE CORPS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT AUTISTE

2.1. Le corps et ses représentations mentales

2.1.1. Schéma corporel et image du corps

2.1.1.1. Définitions

Ce sont les neurologues PEISSE et WERNICKE qui, à la fin du 19ème siècle, se sont penchés les premiers sur cette étude. En 1911, Henry HEAD mit en avant un concept qu'il appela «schéma corporel», sorte d'intuition du modèle postural de la personne. Vers le milieu du 20ème siècle, les travaux de Babinsky, Lhermitte, Hecaen et Ajuriaguerra vont permettre de confirmer qu'il existe bien une structure spécifique de la représentation du corps située dans les lobes pariétaux.

Le schéma corporel est la représentation que chacun se fait de son corps. Selon Ajuriaguerra (André, Bernavidès, & Giromini, 2004), « Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, visuelles le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ».

C'est le support neurologique et fonctionnel des expériences corporelles, des processus d'acquisition et d'apprentissage. C'est un modèle permanent qui nous sert de référence constante dans nos relations avec l'espace, le temps et le monde qui nous entoure.

Sa richesse dépend de la diversité des expériences motrices vécues.

C'est Schilder, psychanalyste, qui, en 1935, a introduit la notion d'image du corps en la différenciant de celle de schéma corporel. L'image du corps se pare d'un versant mental et social. Pour Schilder, le corps est un mode de relation avec l'environnement matériel et humain, et la vie affective joue un rôle considérable. Pour lui, c'est par un processus de construction active, à partir des expériences réelles du sujet, de ses désirs et de ses besoins que s'élabore la connaissance du corps. L'image du corps est une façon subjective de se ressentir et de sentir sa présence au monde. A la fois consciente et inconsciente, elle représente l'investissement psychique et émotionnel de notre schéma corporel, la manière dont on habite notre corps. Elle évolue le long de notre existence en fonction de nos expériences relationnelles.

2.1.1.2. Construction :

Le schéma corporel n'est pas inné, il se construit au cours du développement. L'intégration sensori-motrice est progressive. A la naissance, l'enfant n'est pas conscient du monde qui l'entoure, ni de son corps propre, ni de la séparation entre les deux.

Le corps subi (de 0 à 3 mois) :

Durant cette période, l'enfant subit son corps, il a des sensations agréables ou désagréables qui sont centrées sur la nourriture, le confort, le sommeil, la digestion... C'est l'adulte qui répond aux besoins de l'enfant. Ses journées suivent donc un cycle : sommeil, faim, éveil, cri, succion, satiété, et à nouveau sommeil.

De plus, l'activité sous corticale est dominante durant cette période ; la motricité est donc constituée de réflexes archaïques tels que la marche automatique, le grasping, la succion/déglutition...

Le corps vécu (de 3 mois à 3 ans) :

Au cours de cette période (vers 6 mois), les réflexes archaïques vont disparaître et laisser place à une motricité volontaire. Cette étape correspond au stade sensori-moteur de Piaget. Grâce à un enrichissement du point de vue moteur et sensoriel, l'enfant commence à vouloir agir. Il établit des relations entre ses désirs et son environnement.

Grâce à de nombreuses expériences motrices, l'enfant va découvrir des sensations kinesthésiques variées.

Vers 18 mois, l'enfant peut se reconnaître dans le miroir, et ainsi différencier son corps de celui de sa mère et des objets qui l'entourent. Vers 2/3 ans, l'enfant maîtrise mieux son corps, et peut ainsi acquérir la propreté.

Ce vécu corporel est indispensable afin d'acquérir à l'avenir une bonne connaissance de son corps.

Le corps perçu (de 3 ans à 7 ans) :

L'enfant développe des sensations et en prend conscience. Le schéma corporel devient conscient, il est intériorisé. La motricité se perfectionne, les ajustements posturaux sont meilleurs mais la dissociation gestuelle n'est pas encore de qualité. On assiste durant cette période à une évolution du dessin du bonhomme. A 3 ans, l'enfant dessine un bonhomme têtard. Puis, peu à peu, apparaissent des détails, le volume, les articulations... Le bonhomme est alors représenté en statique.

Le corps connu :

L'enfant apprend à mieux connaître son corps. Il peut en reconnaître les différentes parties, c'est l'acquisition de la somatognosie. Il va donc passer d'une connaissance globale à une connaissance topologique de son corps.

Cette somatognosie s'accompagne d'une connaissance des positions des différentes parties du corps. De plus, l'enfant va prendre conscience de son corps en mouvement et va pouvoir le représenter ainsi lors du dessin du bonhomme.

Il peut alors adapter ses déplacements à l'environnement, anticiper ses gestes, exécuter des mouvements complexes.

Le corps maîtrisé :

L'enfant n'utilise plus son corps comme centre de référence, il peut projeter son orientation sur l'autre. La réversibilité est acquise.

Grâce à cette maîtrise, l'enfant peut relâcher ou contracter volontairement des parties de son corps.

2.1.2. Enveloppe corporelle

2.1.2.1. Définition

La peau est, au sens plein du terme, l'enveloppe corporelle, elle délimite un espace au-delà duquel ce n'est plus le corps du sujet mais l'environnement ou les autres.

D. Anzieu décrit la manière dont la psyché se constitue en lien à des expériences, et surtout à des éprouvés sensoriels et corporels. Par exemple, la fonction limitante de la peau, séparant le dedans du dehors, sert de prototype corporel à la constitution d'un appareil psychique contenant des pensées, en somme, véritable *peau pour les pensées*. Pour Anzieu, c'est la peau et ses fonctions qui permettent l'apparition de la pensée et des fonctions du Moi.

La peau est l'enveloppe du corps, tout comme le Moi tend à envelopper l'appareil psychique (limiter, contenir, organiser).

2.1.2.2. Construction

Esther Bick (1968/1969) observe que le bébé pour remédier à son état de non intégration psychique doit trouver un objet contenant. Cet objet est le plus souvent, et idéalement, la mère mais il peut aussi être une lumière, une voix, une odeur... Cet objet contenant va donc avoir fonction de peau psychique. L'enfant est donc dépendant de l'adulte. En effet, c'est ce dernier qui va le placer dans un environnement avec ni trop peu, ni pas assez de stimulations. Freud, dans « l'Esquisse » en 1895, laisse entendre que la mère (ou son substitut) sert donc de pare-excitation auxiliaire au bébé. Petit à petit, l'enfant va intérioriser cette fonction maternelle à son propre fonctionnement.

Pour Anzieu, cette fonction de pare excitation se développe en s'appuyant sur une fonction corporelle, la peau, dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental qui aboutit à l'élaboration du Moi-peau. En filtrant les informations, le Moi-peau permet un sentiment de constance et de permanence rassurante permettant la régulation des affects.

Winnicott reprend ce concept lorsqu'il parle de Holding : c'est à dire la façon dont l'enfant est porté. Si le Holding est assuré de manière suffisante et régulière, le sentiment continu d'exister de l'enfant est préservé, et la maturation du nourrisson est alors possible. C'est un processus d'intégration qui conduit l'enfant à un état d'unité.

2.1.2.3. Particularités chez l'enfant autiste :

Nous avons parlé précédemment du concept de Holding et nous avons vu à quel point le comportement de la mère face à l'enfant était important. Mais certains enfants ont besoin plus que d'autres d'être portés physiquement et psychiquement. Malheureusement, il est très difficile pour les mères de percevoir ce plus indispensable. Ces enfants se retrouvent donc sans réponse à leur besoin d'enveloppement, de contenance et par conséquent en grandes difficultés. Face à cette peau psychique défaillante, l'enfant peut ressentir son corps comme un corps en morceaux, sans unité.

Les propositions de pack (enveloppement humide et froid se réchauffant au contact du corps et que les soignants accompagnent d'un « bain de paroles ») ou de séance de balnéothérapie semble bien répondre à la problématique corporelle de l'enfant autiste. L'eau ou le tissu permet de ressentir un enveloppement, et l'enfant se sent alors mieux dans son corps, il peut alors réguler son tonus, gérer ses émotions et profiter de ce moment. Mais il ne faut pas négliger la part du cadre psychique, et donc de la parole des soignants dans ce bien être corporel.

Esther Bick a observé ces enfants chez qui la constitution d'une peau à la fois contenante, et frontière entre l'intérieur et l'extérieur, le Soi et le non Soi, était déficiente. Elle parle alors pour ces enfants de la création d'une « seconde peau », par mesure de protection. Cette « seconde peau » leur servirait de carapace, et les couperait alors de toute relation avec leur environnement.

Nous retrouvons chez de nombreux enfants autistes, une marche sur la pointe des pieds. Cette démarche particulière serait selon André Bullinger un moyen de ressentir leur corps et leur enveloppe. Il suggère que l'enfant, dans une recherche de sensations corporelles, marche sur la pointe des pieds afin de ressentir plus fortement ses muscles.

En effet, pour marcher ainsi, l'enfant doit maintenir une tension musculaire forte pour garder le talon loin du sol. C'est pourquoi, la recherche de ses sensations musculaires peut devenir le but des déplacements de l'enfant autiste. « La locomotion est d'abord une source de sensations poly sensorielles liées au mouvement du corps et des segments » (Bullinger, 2007). Nous pouvons donc penser que l'absence d'un contenant tel que les chaussures qui offre à l'enfant une perception constante de son pied en globalité (enveloppe) vient à manquer lorsque ce dernier n'est plus présent. L'enfant autiste semble utiliser la marche sur la pointe des pieds pour compenser ce manque de perceptions et afin de recréer au travers de cette hypertonie une enveloppe tonique globalisante palliant à une peau psychique défaillante.

En psychomotricité, un travail sur les contenants de toutes sortes (seau, bassine, tunnel, tubes ...) permet d'amener petit à petit à l'enfant cette notion d'enveloppe, mais aussi de dedans/dehors.

2.1.3. Axe corporel et posture : d'après A. Bullinger (2004)

Nous discuterons dans cette partie de l'aspect neurophysiologique de la posture, tandis que nous considérerons l'aspect relationnel et communication plus loin.

2.1.3.1. Définition

La posture est la position du corps ou de ses parties par rapport à un système de repères déterminés. Il s'agit donc de l'orientation des éléments corporels par rapport à un autre élément corporel ou au reste du corps, mais aussi l'orientation du corps de l'individu par rapport à celui de son interlocuteur.

2.1.3.2. Développement postural

Le développement postural s'appuie sur l'état tonique de l'enfant.

Selon Bullinger, nous pouvons distinguer deux postures de bases : les postures symétriques et les postures asymétriques.

La posture symétrique est observable à la naissance, associant une hypotonie du tronc à une hypertonie des membres. Dans son schéma d'enroulement, le bébé semble replié sur lui-même. Cette posture privilégie la centration du bébé sur lui-même, et notamment sur sa sphère orale. Pour compenser un déficit tonique, l'enfant peut être amené à bloquer sa respiration. Ainsi, son buste se redresse, c'est ce que Bullinger appelle le tonus pneumatique. Mais il faut noter que cette compensation est limitée, car dès que le bébé reprend sa respiration, son buste s'effondre et le contact, auparavant établi, est rompu. De plus, ce mode de compensation s'il dure après le 1^{er} semestre de vie, freine la constitution de l'axe corporel et entraîne une non-coordination de l'espace de préhension - les mains vont rester de manière quasi-obligatoire dans leur héli-espace et leur coordination devient difficile - et perturbent la stabilité des points d'appui. « Cette instabilité détermine une difficulté majeure dans le contrôle du mouvement et affecte particulièrement le contrôle de l'adresse finale du geste », donc les praxies.

Avec le redressement du buste grâce au renforcement postural (4/7 mois), il y'a un premier haubanage avant/arrière du buste avec une équilibrage des schèmes de flexion et d'extension, ce qui permet la libération de la respiration pneumatique.

Les postures asymétriques, postures dite « d'escrimeur » déterminent une répartition tonique particulière, le côté où la tête est tournée est plus tonique, le bras de ce côté est le plus souvent en extension, la main dans la zone de vision focale. C'est cette main qui assurera

plus tard les conduites de pointage, ou servira de point d'appui. L'autre bras moins tonique peut réaliser la prise.

Elle privilégie une orientation vers d'autres objets du milieu, et sollicite l'entrée visuelle.

Le schéma d'enroulement associé à une oscillation rythmique permet le passage d'une posture asymétrique à une autre, en rendant possible le changement des points d'appui au niveau des ischions.

Ainsi, la coordination des postures asymétriques gauche et droite permettra de constituer un axe corporel, premier point d'appui à la fois physique et représentatif pour les futures fonctions instrumentales.

2.1.3.3. Particularités chez l'enfant autiste

La coordination des espaces droit et gauche. A la naissance, les espaces gauche et droit sont disjoints. Avant que la rotation du buste soit installée, la bouche va servir de relais pour passer un objet d'une main à l'autre et d'un espace à l'autre. Si les rotations ne s'installent pas, la bouche reste mobilisée comme moyen de transit et d'exploration.

L'unification de ces différents espaces crée l'espace de préhension. Cette non coordination des espaces gauche et droit va avoir des conséquences importantes au plan praxique. La planification et la coordination de gestes orientés dans l'espace sont presque impossibles.

Les deux postures asymétriques et la posture de face déterminent trois espaces qui sont disjoints tant que les rotations ne permettent pas un passage actif des objets d'un espace à l'autre. La bouche joue alors un rôle d'espace de transit pour le passage d'un espace latéral à l'autre. Cependant, les espaces ne seront reliés que lorsque le redressement et la rotation du buste seront maîtrisés, et que les deux héli corps seront rassemblées.

Les prothèses de rassemblement sont les conduites et les moyens que l'enfant à risque autistique utilise pour compenser ses difficultés essentielles de rassemblement et de stabilisation des divers espaces qu'il habite.

- **Les conduites de tassements de la colonne vertébrale par des chocs verticaux en position assise.** Nous retrouvons un effet comparable lorsque l'on offre avec nos deux bras une compression entre le sommet de la tête et les fesses. Cette manœuvre est parfois utilisée dans les services de néonatalogie pour des bébés très irritables et qui pleurent beaucoup,
- **Le blocage de la respiration ou tonus pneumatique : l'appui-dos.** Il offre à l'enfant un mode d'équilibration au schéma d'extension. D'autre part, il propose un ensemble de sensations qui relie les deux moitiés du corps et permet au regard d'acquérir une fonction d'exploration et d'échange. Ces sensations font exister le dos comme arrière-fond, un point d'appui pour les interactions de l'enfant avec son milieu,
- **La mobilisation de la langue.** Au moment où se forme la coordination entre les espaces gauches et droits, le relais par la bouche est normal
- **La prise bi-manuelle d'un objet** peut jouer le rôle de rassemblement.

D'autre part, on observe une hypotonie axiale liée à une non intégration de l'axe corporel. Selon André Bullinger, la constitution de l'axe corporel est une étape importante dans le développement du schéma corporel. C'est d'abord la zone orale qui sert de relais entre les espaces gauches et droits, puis petit à petit l'enfant va acquérir la conscience de cet axe et ainsi va pouvoir réaliser des mouvements coordonnés entre ses deux hémicorps.

Chez l'enfant autiste, les deux hémicorps sont le plus souvent non coordonnés, et cela implique une dysharmonie marquée entre ces derniers.

En psychomotricité, il va être important d'offrir à l'enfant un appui du dos, et de travailler de différentes manières sur la stimulation de l'axe corporel. On pourra par exemple réaliser des jeux d'équilibration sur le gros ballon.

2.1.4. L'enfant autiste et la notion d'espace/temps

Face aux difficultés rencontrées par l'enfant autiste pour construire une image stable et unifiée de son corps, on comprend que la structuration spatio-temporelle va être déficitaire. Il va donc falloir mettre en place des stratégies pour compenser ce manque de repères spatial et temporel et ainsi permettre à l'enfant autiste d'évoluer dans un cadre sécurisant car prévisible.

Par exemple, la mise en place d'un emploi du temps permet : de mieux comprendre la différence entre les évènements, d'anticiper les activités, d'anticiper les changements de lieux et un début de communication. L'emploi du temps peut être réalisé de plusieurs façons suivant les capacités de la personne et les contraintes de l'environnement.

Il pourra être réalisé à partir d'objets significatifs pour la personne, de photos (de la personne en situation ou de la situation isolée), d'images, de pictogrammes, de mots écrits. Les aides visuelles contribuent parfois à réduire certains troubles du comportement car en s'appuyant sur les aptitudes visuelles et la tendance aux routines des personnes autistes, elles leur permettent de mieux appréhender leur environnement et d'anticiper. Il ne faut pas oublier que ces aides doivent être progressivement estompées, et que l'imprévu est une notion à travailler.

2.2. Le corps comme moyen de communication :

« Le corps est éminemment un espace expressif. Mais il n'est pas un espace expressif parmi d'autres, il est l'origine de tous les autres, ce qui projette au dehors les significations en leur donnant un lieu, ce qui fait d'elles qu'elles se mettent à exister comme des choses, sous nos mains, sous nos yeux. Notre corps est en ce sens ce qui dessine et fait vivre le monde, notre moyen général d'avoir un monde. » MERLEAU-PONTY.1945

Les anomalies du langage sont au cœur des troubles autistiques, mais le problème de communication est plus global car tous ses aspects qu'ils soient verbaux ou non verbaux sont touchés. Chez les personnes autistes ayant développé un bon niveau d'expression verbale, l'usage approprié du langage dans le contexte social de la communication pose problème.

2.2.1. Le dialogue tonique

Dès les premiers mois, c'est par son corps que le bébé entre en relation avec son entourage. Il exprime ses besoins, ses affects, communique grâce à son tonus, ses postures, ses gestes. C'est le dialogue tonique.

2.2.1.1. Définition

Le dialogue tonique désigne l'ensemble des échanges médiatisés par la manière dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par le parent, et la manière dont le bébé y répond; il y'a ainsi une véritable interaction entre les postures des partenaires et le tonus musculaire qui est corrélatif. Il correspond à l'échange tonique qui existe entre deux corps.

2.2.1.2. Construction

Déjà, à la fin des années quarante, H. Wallon met en évidence le lien entre le tonus et l'émotion, et souligne son importance dans les interactions mère-nourrisson, parlant d'une relation tonico-affective. J. de Ajuriaguerra, reprenant la démonstration de Wallon, parle de dialogue tonique, et met en exergue la fonction du tonus dans la communication interhumaine : « l'enfant, dès sa naissance, s'exprime par le cri, par les réactions toniques axiales, par des grimaces ou gesticulations où parle tout le corps. Il réagit aux stimulations ou interventions extérieures par l'hypertonie, ou se laisse aller à une paisible relaxation. Mais c'est par rapport à autrui que ces modifications toniques prennent leur sens, et ce sont ces réactions expressives que la mère interprète et comprend » (J. de Ajuriaguerra, 1960).

Le tonus s'inscrit dans le corps mais aussi dans la relation avec le corps. Les prémices, et le meilleur exemple, se trouvent dans la relation mère enfant où l'on retrouve un dialogue corporel lié au tonus de la mère et à celui de l'enfant : c'est le dialogue tonique.

Cette relation implique les deux partenaires de façon active. Un enfant qui se sent en sécurité dans les bras de sa mère va se détendre et inversement, avec une mère inquiète l'enfant peut se crispier et se raidir. Lors de sensations tactiles, proprioceptives ou intéroceptives agréables, le bébé réagira par une « hypotonie de satisfaction » liée par exemple à la sensation de satiété. Lors de sensations désagréables, comme la faim, le bébé répondra par une « hypertonie d'appel ».

2.2.1.3. Chez l'enfant autiste

Il existe une absence de dialogue tonique avec la mère, un défaut d'adaptation postural avec le partenaire. En effet, les enfants autistes ont souvent des difficultés pour adapter leur posture à l'autre.

D'une manière plus générale, les troubles du tonus sont fréquents, selon les cas on peut être en présence d'hyper ou d'hypotonie, celles-ci prévalant à l'ensemble du corps, à un hémicorps ou à des segments corporels. Ces anomalies du tonus ont des conséquences sur la motricité et la gestualité de l'enfant. En effet, les enfants hypertoniques auront une démarche particulière marquée par un élargissement du polygone de sustentation, un manque de flexion dans les articulations, une démarche guindée.

L'hypotonie peut être comprise chez certains enfants comme une réaction d'évitement.

L'hypertonie peut être traduite comme une protestation, une réaction d'opposition de l'enfant. Ne supportant pas le contact, il se raidit. Mais on peut envisager l'hypertonie comme une auto-contention, traduisant la lutte contre un effondrement interne en lien avec l'obligation de ne s'en tenir qu'à soi-même. G.Haag, relie ces états hypertoniques ou hypotoniques aux angoisses corporelles primitives de chute et de liquéfaction vécues par l'enfant.

2.2.2. **L'attention conjointe**

2.2.2.1. Développement normal

Dans les six premiers mois, l'enfant préfère les stimuli faciaux. Il est alors capable d'une interaction deux à deux où sont associés regard, sourire, et vocalisations. Après 6 mois, l'enfant commence à s'orienter vers des objets extérieurs et plus particulièrement des nouveaux et des personnes étrangères. Vers 9 mois, il peut focaliser son attention sur un objet et sur une personne ; c'est ce qu'on appelle l'attention conjointe ou

interaction triadique. L'enfant essaie alors de partager son expérience d'un objet avec une autre personne. Ce comportement se traduit par des mouvements de va et vient entre l'objet et la personne. L'enfant apprend donc à se servir du regard pour diriger l'attention d'autrui. Il apprend ensuite à suivre et à utiliser des gestes de pointage. Il utilise alors le regard, le pointé et les gestes de donner ou de montrer. L'enfant est alors capable d'imiter la manière dont l'adulte manipule un objet.

Grâce à l'amélioration de la capacité d'attention mais aussi à une meilleure coordination motrice, l'enfant est capable d'imiter peu à peu en immédiat mais aussi en différé.

2.2.2.2. Chez l'enfant autiste

Nous avons vu que très tôt l'enfant peut répondre aux autres et interagir avec eux. Chez l'enfant autiste, ces capacités ne sont pas toujours présentes.

On constate que sur les quatre premières années de vie, leur développement social diffère ou est absent. Ces manques auront des répercussions sur le développement futur de l'enfant.

Grâce à des vidéos réalisées par des familles avant tout diagnostic pour leur enfant, il a été observé que l'enfant autiste dès les premiers mois de vie présente moins d'interactions deux à deux, que ce soit avec ses parents ou d'autres enfants.

Ces enfants ne suivent pas le geste du pointé et ne se retournent pas toujours à l'appel de leur nom. Mais ces troubles précoces de l'interaction ne sont pas toujours présents chez l'enfant autiste, pour certains ils apparaissent après une période de développement social normal.

L'enfant autiste en dyade avec l'adulte peut entrer dans des comportements de jeu, mais cette relation est difficile avec un enfant qui ne soutient pas le contact comme l'adulte face aux réactions bizarres de l'enfant autiste.

Il a été observé que l'enfant autiste utilise des gestes pour attirer l'attention de l'adulte que pour satisfaire un besoin et rarement pour partager un intérêt. Mais même dans ces situations où l'enfant a un besoin, et que l'aide de l'adulte est nécessaire, le geste est rarement accompagné du regard. L'enfant fixe son objectif mais ne peut amener par le regard l'adulte à celui-ci.

Il a été constaté que lorsque des progrès étaient faits du point de vue de l'attention conjointe, ils étaient associés à des progrès du langage verbal. Il existerait donc une relation étroite entre ces deux compétences.

2.2.3. Imitation

2.2.3.1. Définition

D'après le ROBERT (juin 2000), l'imitation est « l'action de reproduire volontairement ou de chercher à reproduire (une apparence, un geste, un acte d'autrui) ; résultat de cette action. »

« Considérée comme un couplage entre perception et action, elle établit une correspondance entre tout type de perception, immédiate, ou représentée, et tout type d'action, quelle qu'en soit la complexité. » (Nadel, Imitation et autisme)

2.2.3.2. Développement normal

Dès sa naissance, l'enfant est capable d'imiter des mouvements de la face. Mais il faut attendre 6 à 9 mois pour qu'il soit capable d'imitation intentionnelle d'actions. A 2 mois, il peut imiter des mouvements des bras, des poignets, des mains. Après 6 mois, les imitations peuvent impliquer des objets.

L'imitation a deux fonctions différentes dans le développement de l'enfant, une fonction d'apprentissage et une autre de communication. Certaines études ont montré que jusqu'à 42

mois, les enfants se servaient principalement de celle-ci comme d'un moyen de communication non verbale. Mais imiter permet d'accéder à une compréhension de soi, de son corps, mais aussi à la compréhension de l'autre.

Nous pouvons faire un lien entre l'imitation et l'expérience du miroir décrite par Jacques Lacan. Selon lui, lorsque le petit enfant se met en mouvement devant le miroir, il voit s'inscrire ces mouvements dans le miroir alors qu'il les ressent dans son corps. Peu à peu, l'enfant s'identifie à cette image qu'il a appelée « image spéculaire ». Cela lui permet de s'assumer comme un tout, et de se différencier de l'autre. Ce face à face constitue une première « forme fondamentale du je ». Pour Winnicott, le visage de la mère est la première élément qui permet au bébé de se voir, l'expérience du miroir ne peut se faire sans un sujet aimant et parlant à ses côtés.

2.2.3.3. Particularités chez l'enfant autiste

Dans les années 80, des recherches ont été faites sur un éventuel déficit de l'imitation chez l'enfant autiste, et sur les implications de celui-ci sur le développement des anomalies sociales et des difficultés de communication. Mais Jacqueline Nadel, met une limite à ces études, car elle ne différencie pas les différentes formes d'imitation et leur fonction. En effet, les recherches concernent le plus souvent l'imitation directe, et prennent rarement en compte l'imitation différée. Ainsi, selon elle l'enfant autiste serait capable d'imitation différée et même immédiate dans certains cas. Le déficit d'imitation qui existerait chez l'enfant autiste serait donc révélateur d'autres troubles plus basiques tels que la perception du mouvement.

En plus de ses possibilités d'imitation, l'enfant autiste reconnaît être imité. Ainsi, grâce à l'utilisation d'objets en double exemplaire lors de séances, nous pouvons imiter l'enfant. L'enfant reconnaissant être imité par l'adulte, un contact est établi, et permet ainsi l'émergence de comportements sociaux tels que le sourire, le regard à destination de l'imitateur.

Se servir de l'imitation paraît donc être une piste importante dans la prise en charge de l'enfant autiste, nous pouvons à travers elle entrer en communication avec l'enfant, mais aussi permettre à l'enfant de percevoir ce que ressent l'autre en reproduisant ses actions et appréhender le début de la compréhension sociale.

PARTIE CLINIQUE

Je vais présenter deux études de cas très différentes. En effet, la première concernant Louis se déroule au sein d'un IME, et j'y participe en tant qu'étudiante en psychomotricité. Tandis que pour la prise en charge de Kristofer, j'interviens en tant que bénévole d'une association.

3. LOUIS

3.1. Présentation de l'établissement

L'établissement de prise en charge est un institut médico-éducatif (IME). Il comprend un institut médico-pédagogique (IMP) et un Institut médico-professionnel (IMPro). L'IME possède une équipe de nombreux professionnels : agents administratifs et techniques, assistante sociale, éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, aides médico-psychologique, orthophoniste, psychomotriciens, psychologues, enseignants, pédopsychiatre, et directeur. Elaborant un projet en commun, ces professionnels prennent en charge des enfants autistes ou déficients intellectuels.

3.2. Présentation et contexte familial

Louis est né le 29 juillet 2000, il a donc 6 ans lors de notre première rencontre. Il a un frère jumeau: Adrien. Il vit avec son père, chauffeur de taxi, et sa mère, auxiliaire de gériatrie.

3.3. Anamnèse

3.3.1. Déroulement de la grossesse et accouchement

La mère de Louis a présenté durant la grossesse un diabète gestationnel, ainsi qu'une tension artérielle élevée. Les jumeaux ont quand à eux présenté un syndrome transfuseur-transfusé (qui se caractérise par le détournement d'une partie du débit sanguin d'un jumeau (jumeau transfuseur : Adrien) vers l'autre (jumeau transfusé : Louis). Le premier devient alors maigre et anémié, alors que le second est le plus gros. Un doppler ombilical est réalisé chez Louis, celui-ci est pathologique et témoigne donc de souffrance fœtale chronique.

L'accouchement a lieu à 33 SA par césarienne. Il a un score d'Apgar de 10 et une respiration autonome immédiate. Louis pèse alors 2.560 kg, son périmètre crânien est de 33 cm. Il passe son premier mois en service de néo natalité, à la sortie son poids est alors de 3.160kg, son périmètre crânien de 34cm et il mesure 46.5cm

3.3.2. Petite enfance

Dès les premiers mois de vie des retards dans les acquisitions psychomotrices sont observés chez Louis.

A 4 mois : Il est observé un torticolis positionnel congénital, ainsi qu'une légère hypotonie axiale. De plus, la poursuite oculaire est moyenne. Louis n'attrape pas un objet tendu devant lui. Maintenu assis par l'adulte, il ne tient pas sa tête. Sur le ventre il ne s'appuie pas sur ses avants bras.

Entre 5 et 9 mois : Il tient presque assis en trépieds, il attrape ses pieds et joue avec.

A 9 mois : Une hypotonie globale est observée ainsi qu'une plagiocéphalie. Louis ne tient pas assis sans appui et ne se déplace pas.

A 18 mois : Louis se met debout, il marche à 4 pattes ; Il mange de tout.

A 20 mois : Louis se lève avec appui et fait le tour du parc.

A 21 mois : Louis marche.

A 24 mois : Louis est à plein temps chez lui auprès de sa maman qui a arrêté de travailler pour s'en occuper.

Très peu d'éléments sont présents dans son dossier en ce qui concerne la période de 2 à 6 ans. Louis est un enfant qui dort bien, mange de tout. La propreté n'est en revanche pas acquise. Louis n'avait jusqu'en septembre 2006 pas de structure d'accueil et passait donc ses journées chez lui avec sa mère.

Il est accueilli fin septembre 2006 à l'IME.

3.4. Bilans

3.4.1. Bilan médical

Un test auditif et un test visuel sont réalisés en novembre 2003, Louis est alors âgé de 3 ans, les résultats sont normaux.

En 2003, Louis passe également un IRM sous anesthésie générale. Il est observé des séquelles de leuco malacie péri ventriculaire, une brachycéphalie (malformation du crâne due à la soudure précoce de la suture coronale. Elle se traduit par une tête courte et large, aplatie en arrière) et une craniosténose (des lésions de nécrose et/ou de gliose de la substance blanche, d'origine périnatale, au niveau de l'anneau péri ventriculaire cérébral).

Louis a un rachis hyperlaxe et une tendance à l'hyper lordose.

Louis présente des retards de développement avec des troubles de type autistique.

Il suit un traitement au Risperdal à raison de 0.25 mg/ jour.

3.4.2. Bilan éducatif

Louis est un enfant qui aime passer du temps allongé sur le dos. Il apprécie particulièrement les temps de repas et les activités sportives individuelles.

En revanche, il a beaucoup de mal à attendre, supporte mal la frustration.

La présence d'enfants trop envahissants, de cris d'enfants semble angoisser fortement Louis. Il a peur des animaux.

Du point de vue expressif, Louis ne dispose pas de langage verbal. Pour communiquer il utilise fréquemment la main de l'adulte et produit des sons plus ou moins fort selon ce qu'il veut exprimer. Louis comprend des consignes simples. L'utilisation des pictogrammes semble beaucoup l'aider.

Louis va peu vers les autres enfants, il est assez craintif. Il peut jouer avec un autre enfant mais n'est jamais à l'initiative du jeu.

A table, Louis mange seul, mais ne sait pas couper sa nourriture.

3.4.3. Bilans psychomoteurs

Un bilan d'observation a été réalisé lors de la période d'adaptation de Louis fin septembre 2006. Un deuxième bilan d'observation a été réalisé en décembre 2007.

3.4.3.1. Septembre 2006

Ce bilan est réalisé en deux fois. Louis s'est montré très différent durant les deux séances d'observation.

Le premier jour, Louis est très figé et paraît très enfermé ; assis sur une chaise, il reste immobile en évitant le regard de la psychomotricienne et le mien. La psychomotricienne lui tend un coussin en billes de polystyrène qu'il saisit aussitôt, et malaxe avec plaisir. Il ne veut ensuite plus le lâcher, et l'exprime à l'adulte par un regard furtif. Louis refuse toutes les sollicitations de l'adulte, et n'explore à aucun moment la pièce.

Le deuxième jour, Louis vient plus facilement dans la salle de psychomotricité et semble la reconnaître. L'adulte lui propose d'enlever son manteau, ce qu'il fait aussitôt. Il semble beaucoup plus détendu et marche dans la pièce en prononçant des sons « pa pa pa, da da da, ta ga ba ». Et lors d'un moment de détente allongé, il prononce même quelques mots

« bonjour ça va ». Il explore ensuite la pièce et les différents objets qui y sont présents. Pour cette exploration, il favorise le toucher. Lorsque l'adulte lui lance un ballon, il semble intéressé, et un échange de ballon s'installe. Ses gestes sont mal coordonnés et les échanges par conséquent difficiles. Il s'intéresse au tableau blanc, l'adulte lui propose donc un feutre. D'abord guidé par l'adulte il fait quelques traces, il essaie ensuite de mettre le feutre à la bouche. Il fera finalement quelques traits verticaux de lui-même en tenant le feutre du bout des doigts de la main gauche. La prise est peu tonique. La permanence de l'objet ne semble pas acquise. S'il suit des yeux la trajectoire du ballon, il peut aller le chercher sous un meuble mais s'il perd celui-ci de vue, il s'en désintéresse. Louis peut entrer en relation avec l'adulte, faire une ronde, chantonner mais aussi demander des câlins et des chatouilles.

Louis est donc un enfant qui n'a pas encore montré toutes ses capacités. Il est capable d'une certaine compréhension du langage et peut être dans la relation. Toutefois, la nouveauté des situations et la vie en groupe sont certainement très inhibantes pour lui.

3.4.3.2. Décembre 2007

Comportement :

Louis est un enfant agréable. Lors du bilan, il peut écouter et comprendre des consignes simples. Mais des épreuves du bilan ne peuvent pas lui être proposées. Deux comportements très distincts semblent dominer chez Louis : des moments d'agitation où il tourne, court... et des moments d'immobilisation, il s'assoit alors au sol et appuie son dos contre un mur.

Louis privilégie le toucher, il est beaucoup dans la manipulation sensorielle des objets qui l'entourent.

Motricité globale :

Louis semble tout particulièrement apprécier ces moments de coordinations dynamiques. Louis marche souvent sur la pointe des pieds, mais peut aussi marcher les pieds à plat. Lorsqu'il court il sautille et effectue des tours sur lui-même. Il monte et descend les escaliers en alternant mais en s'accrochant à la rampe ou à la main de l'adulte ; il apprécie aussi de les monter à l'envers. Il peut sauter d'un banc mais pas à pieds joints. Il manipule les objets en les tenant d'une main, mais ne les passe pas d'une main à l'autre. Au niveau de l'habillement, encouragé verbalement par l'adulte Louis peut s'habiller et se déshabiller seul.

Motricité fine :

Louis sait manger seul mais ne peut couper sa viande sans accompagnement de l'adulte. Il apprécie beaucoup les manipulations, et peut alors prendre les objets à pleine main. Lorsque les activités sont plus dans le faire, il privilégie une manipulation du bout des doigts. Lorsque je propose un crayon à Louis, il l'attrape du bout des doigts et tente de tracer des traits sur la feuille. L'appui est très léger.

Schéma corporel et image du corps :

Le dessin du bonhomme n'est pas réalisable.

Face à un miroir, Louis semble indifférent.

Louis est un enfant qui investit peu son corps. Il marche de biais et on pourrait y voir un clivage entre ses deux hémicorps.

Espace et temps :

Louis semble se repérer dans l'IME. Les pictogrammes lui permettent de se situer dans le temps et l'espace. Il investit peu l'espace de la salle de psychomotricité, il reste le plus souvent dans le même coin, sur le tapis.

La permanence de l'objet est acquise, Louis peut laisser ses ficelles dans une boîte pour venir en salle de psychomotricité, et les retrouver après.

Communication et expression :

Louis oscille entre des moments de contact avec un regard présent et des moments d'isolation avec fuite du regard. Louis peut faire appel à moi pour obtenir quelque chose, il se sert du bras de l'adulte. En groupe, il se montre solitaire, mais dans un cadre sécurisant, des échanges sont possibles.

Louis peut exprimer sa colère, son mécontentement et sa frustration par des cris plus ou moins forts. Il semble assez émotif.

Lorsqu'on va le chercher dans son groupe, il ne manifeste pas de réaction particulière d'accueil, mais perçoit tout de même notre présence.

Louis présente une stéréotypie qui consiste à agiter devant lui des ficelles. Lorsqu'on lui demande d'arrêter afin de faire une activité, il accepte et range sa ficelle dans sa boîte.

3.4.4. Conclusion du bilan

Louis est un enfant qui semble plus à l'aise en groupe restreint, voire même en relation duelle. Il semble important de lui permettre d'acquérir lors de séances individuelles une conscience de son corps, de ses limites, afin qu'il puisse évoluer plus sereinement au sein d'un groupe. De plus, une meilleure conscience de son corps l'amènera à se situer dans le temps et dans l'espace, ce qui semble pour l'instant très difficile pour Louis.

3.4.5. **Projet thérapeutique**

Louis sera suivi une fois par semaine en salle de psychomotricité. La séance sera encadrée par la psychomotricienne et une stagiaire.

Louis aura besoin d'un cadre contenant et sécurisant afin de permettre la relation.

Les activités corporelles telles que les parcours psychomoteurs, ainsi que des activités plus sensorielles seront à privilégier. Un travail sur la prise de conscience du corps comme étant une unité, et sur la possibilité de lier ses deux hémicorps, seraient bénéfiques à Louis.

Les séances de psychomotricité et sa participation à un atelier « terre et pâte à modeler » sembleraient donc intéressantes.

3.4.6. **Evolution**

Je rencontre Louis pour la première fois en septembre 2006 pour un bilan d'observation. La prise en charge en psychomotricité débute en septembre 2007, mais ma présence commence en décembre 2007. Cela fait donc un an et demi que Louis est entré à l'IME. Il a donc dû s'intégrer à un groupe, et apprendre à connaître les adultes l'encadrant.

Dès les premières séances, Louis en arrivant dans la salle, en fait le tour en touchant les différents murs. Puis il va s'asseoir sur le tapis en appuyant son dos contre le mur. Si on ne le sollicite pas, il peut passer de longs moments ainsi à manipuler de petits objets mous.

En atelier « terre et pâte à modeler », il semble très joyeux, manipule beaucoup mais du bout des doigts. Lors de ces manipulations, il prononce quelques sons.

Lors de la troisième séance, Louis s'installe contre le mur comme à son habitude. Nous lui apportons alors une caisse remplie de divers petits instruments de musique. Il choisit une sorte de petit œuf, et commence alors à le passer d'une main à l'autre. C'est la première fois qu'on voit en séance Louis relier ainsi ses deux hémicorps. Nous lui proposons un deuxième œuf identique, il le prend alors dans l'autre main. Il les tape l'un contre l'autre en disant « papa, maman ». C'est au cours de cette même séance, que Louis, petit à petit, tout en étant

toujours assis au sol, peut quitter son appui du mur pour finalement se retrouver au milieu du tapis. Louis me laisse donc penser, que cet appui n'était plus nécessaire car le cadre de la séance était suffisamment contenant pour le rassurer.

Nous assisterons dans les séances qui suivent à une alternance de séance très active et de séances plus calmes. Lors des séances « actives », Louis est dans des jeux moteurs, il teste son équilibre de différentes manières. Il prononce alors beaucoup de sons.

Les séances plus calmes se passent sur le tapis, et nous instaurons avec Louis des petits jeux avec des marionnettes ou nous chantons des comptines. Il semble lors de ces séances avoir réellement besoin de se poser, et de ressentir des appuis du mur dans son dos, comme pour se ressourcer, se rassurer. Puis, au fil de la séance, il peut quitter le mur et se rapprocher de l'adulte pour jouer avec lui.

Nous assistons en atelier « terre et pâte à modeler » à une évolution du comportement et de manipulations de Louis. Dans un premier temps, Louis passait beaucoup de temps à émietter la pâte. Puis lors des séances suivantes, il a commencé à la mettre à la bouche, à y goûter. Simultanément en salle de psychomotricité, Louis met de plus en plus les objets qu'on lui propose à la bouche. Comme Bullinger le constate la zone orale reste mobilisée comme moyen de transit et d'exploration pour le passage d'un espace latéral à l'autre. Louis fait alors de plus en plus de bruit avec sa bouche, des bruits de déglutition, il joue avec sa langue, sa salive... Il semble donc investir cette zone orale, jusque là non exploitée. Il vint ensuite les séances où Louis croquait à pleines dents dans la pâte.

Lors des derniers ateliers, Louis n'a pas remis la pâte à modeler à la bouche, il peut maintenant la manipuler à pleine main, et faire des boudins. L'unification de ses deux hémicorps a permis la création d'un espace de préhension Il semble éprouver un grand plaisir dans ces manipulations, et émet alors beaucoup de sons, différentes syllabes.

Nous avons accueilli deux nouveaux enfants dans cet atelier depuis trois semaines. Ces enfants semblent beaucoup trop envahissants pour Louis. Il est depuis beaucoup plus difficile pour Louis de manipuler à pleine main, il retourne à des stéréotypies manuelles. Cette activité stéréotypée, me fait penser, à ce qu'A. Bullinger dit être une réponse à une trop forte stimulation que l'enfant autiste ne peut gérer.

L'environnement est donc encore très influent sur son comportement, ou plus exactement sur son ressenti corporel. Un long travail reste donc encore à faire, pour permettre à Louis de se sentir en sécurité au sein d'un groupe d'enfants, et ainsi pouvoir profiter des activités qui lui sont proposées chaque jour.

Les dernières séances de psychomotricité se sont avérées être très différentes. Louis vient dans la salle avec l'envie de grimper, faire des parcours, réaliser différentes expériences motrices. Il apprécie tout particulièrement tester son équilibre. Louis semble réellement être passé à l'étape du corps vécu, et ainsi il apprend à connaître son corps, ses limites

4. KRISTOFER

4.1. Présentation du cadre

4.1.1. L'association

Je rencontre Kristofer dans le cadre d'une association Autisme Espoir Vers l'Ecole (AEVE). Cette association à but non lucratif a été créée en octobre 2005 par des grands-parents touchés, et désemparés par l'autisme de leur petit-fils. Ces derniers, après de nombreuses recherches et des voyages aux Etats-Unis, sont revenus en France et ont mis en pratique ce qu'ils avaient appris là bas lors de différentes formations afin d'aider leur petit fils de 2 ans ½.

C'est à partir de cette expérience qu'ils ont décidé de monter une association afin de diffuser au plus grand nombre cette méthode qui avait fait largement ses preuves avec leur petit fils. Depuis, l'association s'est enrichie d'un nombre croissant de bénévoles et l'association aide pas moins de 30 enfants (sur la région parisienne mais également en Province).

4.1.2. La méthode telle qu'elle est présentée aux bénévoles

La méthode appliquée par l'association *autisme, espoir vers l'école* est fortement inspirée de la méthode *Floortime*. Elle est surnommée la *méthode des 3 I* : stimulation Intensive, Individuelle et Interactive.

4.1.2.1. Les principes

L'objectif principal est que l'enfant puisse réintégrer l'école. Pour cela, il doit apprendre la communication, l'autonomie non pas par réflexe mais par comportement réfléchi, et l'obéissance aux règles.

L'idée est de sortir l'enfant de son monde de lui refaire apprendre toute les acquisitions depuis la naissance. Cela passe par le regard, par l'imagination en passant par les règles. Il doit apprendre à communiquer.

La méthode passe par le jeu. Chaque volontaire vient une ou deux heures dans la salle de jeu. Il n'y a aucun travail. Le regard reste le plus important. Les volontaires doivent sans arrêt rechercher le regard de l'enfant. Puis l'enfant doit apprendre à demander : il doit pointer les jeux demandés. Les volontaires imitent les stéréotypes de l'enfant afin qu'il s'intéresse à la personne en face. Tout doit être verbalisé pour qu'il apprenne à exprimer ses ressentis.

4.1.2.2. La salle de jeu

Les interventions se déroulent dans une salle de jeu. Elle doit optimiser la concentration de l'enfant. Elle ne doit pas être trop grande (7 – 10 m²) afin que l'enfant reste centré sur l'activité. Il doit y avoir le moins de bruit possible : le sol doit être recouvert d'un tapis ou d'une moquette pour insonoriser un maximum la pièce. La lumière doit être filtrée car les enfants autistes sont, en général, très attirés par la lumière ; on peut recouvrir les fenêtres de papier de soie ou autre.

La salle de jeu doit comporter :

Des jeux correspondants à l'âge de l'enfant et à ce qu'on veut lui faire travailler.

Des étagères sur lesquelles seront rangés les jeux. Elles ne doivent pas être trop hautes, pour que l'enfant puisse voir les jeux et les pointer, mais surtout elles ne doivent pas être trop basses pour que l'enfant ne puisse pas les prendre seul.

Une table pour jouer avec deux chaises face à face pour capter le regard de l'enfant.

Un miroir pour que l'enfant découvre son corps, son visage, les expressions...

Des gros jeux de mouvement du type balançoire, trampoline, toboggan...

4.1.2.3. Les 3 i

Les trois grandes caractéristiques de la méthode sont la stimulation individuelle, intensive et interactive.

La stimulation individuelle

L'enfant doit être seul avec l'adulte qui le fait jouer. En effet, cela permet à l'enfant d'être en confiance avec l'autre personne et de pouvoir rester concentré sur la relation du moment avec la personne. Le but recherché étant l'établissement d'une connexion entre l'enfant et le monde extérieur, on privilégie donc la relation individuelle.

La stimulation intensive

L'enfant doit être stimulé environ 40 heures par semaine. Le but est qu'il apprenne à revenir dans notre monde. Il ne peut rien apprendre par lui-même, il a besoin de l'autre pour lui montrer et lui expliquer.

La stimulation interactive

La priorité de la méthode est la communication. L'enfant doit apprendre à communiquer. Ce ne sont pas les connaissances pures qui sont importantes à acquérir. Dans toute activité, l'apprentissage n'est pas celui de l'activité mais celui de l'interaction mise en jeu.

4.2. Anamnèse

4.2.1. Présentation et contexte familial

Kristofer est né le 24 septembre 1997 à Reims, il a donc presque 9 ans lors de notre rencontre. Il vit à Paris seul avec sa maman depuis 1 an, son père vit à Toulouse pour des raisons professionnelles avec la grande sœur de Kristofer. Ils ont choisi cette solution car la prise en charge de Kristofer débutée à Paris était bénéfique, et ils ne désiraient donc pas l'interrompre.

4.2.2. Déroulement de la grossesse et accouchement

Aucun problème n'a été rencontré durant la grossesse. L'accouchement a lieu à terme sans difficulté, et sous péridurale.

Kristofer pèse 4 kg 300 à la naissance et mesure 54 cm.

4.2.3. Enfance

Durant la première année de vie de Kristofer, rien de particulier n'est à signaler. Il dort bien, mange bien. Sa maman a pris un congé parental pour s'en occuper à domicile.

De 1 à 2 ans : La maman relève un début de sommeil perturbé. Kristofer accepte de manger de tout mais ne mastique pas. Entre 13 et 14 mois, Kristofer prononce ses premiers mots. Kristofer est alors inscrit en garderie, et c'est le début de l'acquisition de la propreté pour Kristofer. Il fait ses premiers pas à 17 mois.

De 2 à 3 ans : Le sommeil est toujours très perturbé. Kristofer ne mastique toujours pas, et ne mange pas seul. Il fréquente toujours la garderie. C'est à cette période que la maman relève un début d'isolement, l'émergence de jeux stéréotypés. De plus la propreté est en régression.

De 3 à 4 ans : Il n'est noté aucune amélioration du point de vue du sommeil et de l'alimentation. Kristofer entre alors à l'école, en jardin d'enfants mais à l'étranger, car son père a été muté. Le langage de Kristofer régresse, et on assiste à l'apparition de l'écholalie. Kristofer n'est plus propre.

De 4 à 5 ans : Kristofer entre à l'hôpital de jour, et débute alors un traitement neuroleptique. Le sommeil est toujours perturbé, mais un début d'autonomie est observé lors des repas. Une prise en charge en orthophonie débute alors pour Kristofer à raison de deux fois par semaine, et en psychomotricité une fois par semaine en libéral. Kristofer ne parle plus, sauf en utilisant l'écholalie.

De 5 à 6 ans : Des progrès sont observés du point de vue du sommeil et de l'alimentation. Les séances d'orthophonie sont poursuivies, mais il y a arrêt de la psychomotricité pour des raisons financières. Kristofer se rend tous les mercredi au centre aéré. Kristofer rencontre des problèmes à l'hôpital de jour, car il présente des troubles du comportement. Le traitement neuroleptique devient quotidien.

De 6 à 7 ans : Aucun changement particulier n'est à noter. Kristofer débute une prise en charge autour du poney une fois par semaine.

De 7 à 8 ans : Le temps de prise en charge à l'hôpital de jour est réduit. Une rééducation à domicile par une psychologue débute. Un travail est fait sur la propreté qui est alors retrouvée en 3 semaines. La famille entame alors un régime sans gluten et sans caséine pour Kristofer. Les séances d'équitation se poursuivent. Kristofer se rend toujours au centre aéré, mais a dorénavant besoin d'être accompagné. Il a été suivi également en rééducation Tomatis par une orthophoniste avec beaucoup de succès.

De 8 à 9 ans : La prise en charge en hôpital de jour est stoppée. La rééducation à domicile avec la psychologue augmente alors, et les séances d'orthophonie passent à 5 par semaine. Le papa est à nouveau muté en province, mais la maman reste à Paris avec Kristofer afin de ne pas interrompre la prise en charge à domicile qui lui est très bénéfique. Il débute une prise en charge avec une association. Des étudiantes en psychologie et psychomotricité viennent à domicile faire jouer Kristofer, et le stimuler. Pour des raisons financières, la maman est obligée d'arrêter les séances avec les poneys.

De 9 à 10 ans : Le sommeil est bon, Kristofer poursuit le régime sans gluten et sans caséine. Il y a diminution de la prise en charge, puis arrêt par l'association et ce pour différentes raisons qui seront exposées plus loin. Il est finalement décidé que Kristofer et sa maman rejoignent le reste de leur famille à Toulouse.

De 10 à 11 ans : Arrivée à Toulouse, le changement de domicile se passe bien. Une prise en charge à domicile débute, mais plus soutenue avec plusieurs intervenants (deux psychologues et également 2 éducateurs) ; une autre psychologue en libéral pour diversifier les lieux de rééducation, orthophonie et beaucoup plus d'activités physiques (poney, natation, patinoire et rollers).

De 7 ans et demi jusqu'à 10 ans environ, Kristofer a suivi la méthode PECS qui a finalement été délaissée pour le Makkaton car Kristofer s'y sent beaucoup plus à l'aise et communique ainsi avec énormément de plaisir.

Kristofer a également suivi la méthode Padovan (une rééducation neurofonctionnelle) avec une orthophoniste pendant deux ans à Paris et il continue à Toulouse.

4.3. Bilan

Kristofer est un jeune garçon d'origine malgache, il a un physique longiligne. Il est observateur de son environnement, tout en étant très dynamique.

Ce bilan est un bilan d'observation réalisé sur les premières séances de jeu.

Motricité globale

Kristofer marche, il court en sautillant. Il peut donner des coups de pied dans un ballon ou un coussin qui traîne au sol. Il monte les escaliers en alternant mais en s'accrochant à la rampe et les descend en alternant. Il saute aisément à pieds joints, en particulier sur son trampoline. Il apprécie les lancements de ballons ou autres objets mous comme ses coussins de canapé. Au niveau de l'habillement, il n'a pas réellement d'autonomie mais participe par des mouvements d'accompagnement.

Motricité fine

Kristofer sait manger seul même si ses gestes manquent parfois de précision. Les encastresments simples sont difficiles, mais l'entraînement permet la réussite de ces exercices. Il peut faire une tour de 3 cubes, et parfois plus avec l'aide de l'adulte. L'enfilage de perles est possible, mais difficile à cause de son manque de concentration.

Schéma corporel et image du corps

Kristofer utilise beaucoup le miroir, fait des mimiques (se tire la langue), des gestes et des stéréotypies devant. Il fait ainsi une comparaison visio-kinesthésique qui lui confirme son intégrité corporelle mais qui montre qu'il n'a pas encore de représentation de son corps bien installée. On a un début d'intellectualisation du corps puisqu'il peut désigner environ dix parties du corps sur lui mais ne les nomme pas. Lors de comptines simples l'imitation de gestes est possible.

Espace –Temps

Dans la salle de jeu, l'adaptation spatiale est bonne et tout l'espace est investi. Dans la rue, Kristofer est, d'après sa maman, très inquiet, comme perdu.

Kristofer semble avoir acquis certains repères concernant le temps de la journée, notamment concernant les repas. Son comportement d'attente (et parfois de réclamation) montre qu'il sait par exemple que le déjeuner a lieu à la suite de notre séance. Son emploi du temps constitué de photos lui permet de plus en plus d'anticiper le déroulement des journées.

Comportement ludique et relation aux objets

Il connaît bien les objets qui l'entourent dans l'espace de la salle de jeu. Il les manipule un peu, les explore parfois mais cette activité reste toutefois assez rigide, souvent sous forme de rituels. Son action n'est pas organisée et n'a pas le plus souvent de but précis et repérable. De plus, à l'exception de son trampoline, les objets ne sont que rarement utilisés à bon escient. Enfin, certains jouets sont utilisés préférentiellement pour se mettre en retrait.

Au niveau des stimulations sensorielles, Kristofer montre une certaine attirance pour les sons en tous genres, notamment ceux de la rue (voitures, camions, motos) et ceux de la cour d'école qu'on voit de la fenêtre de la salle de jeu. Mais ces sons le perturbent beaucoup et l'empêchent réellement de rester en relation. Les pressions au niveau des épaules et des bras sont un bon moyen de l'apaiser lorsqu'il est énervé. Au niveau visuel, Kristofer semble gêné par la lumière trop forte.

Communication et expression

Le comportement de Kristofer oscille entre des moments de grande agitation, et des moments d'observation par la fenêtre ou encore allongé sur son canapé.

Kristofer utilise le pointage ou les PECS lorsqu'il a besoin de faire une demande, mais ce n'est que lorsqu'il y a une réelle motivation pour lui : par exemple manger.

Il peut demander de l'aide à l'adulte lorsqu'il se retrouve en difficulté pour attraper quelque chose. Son regard est le plus souvent fuyant, mais dans la demande il peut jeter un regard furtif à l'adulte.

Kristofer fait preuve de comportements hétéro et auto agressifs, il est alors comme coupé du monde environnant, et il est difficile de le calmer.

Il est très proche de sa mère, avec qui il vit désormais seul. Une grande complicité est visible entre eux, et Kristofer se réfugie souvent dans ses bras pour demander des câlins.

4.4. Conclusion du bilan

Kristofer est pour l'instant dans des jeux moteurs et sensoriels, et n'a pas accès au jeu symbolique. Le comportement est solitaire et la communication très limitée sans l'intervention de l'adulte. Kristofer est actuellement dans un travail actif de recherche d'unité corporelle et de construction d'une image mentale stable de son corps.

La création d'interactions, le développement du faire semblant et la prise de conscience du corps et des émotions sont donc des points essentiels à travailler.

4.5. Projet

Je rencontrerai Kristofer, 1h30 par semaine à son domicile, dans la salle de jeu aménagée.

Le projet sera axé sur la communication. Le but sera de permettre à Kristofer de s'adresser à l'autre, et de partager ses expériences et ses émotions. Une grande place sera accordée aux propositions de jeu de Kristofer, afin qu'on apprenne à se connaître. Je verbaliserai au maximum, ses actions et émotions, afin de l'aider à mettre des mots sur son vécu corporel.

4.6. Présentation du cadre des séances

La méthode appliquée par l'association *Autisme, espoir vers l'école* est fortement inspirée de la méthode *Floortime*.

Elle est surnommée la *méthode des 3 I* : les trois grandes caractéristiques de la méthode sont la stimulation Individuelle (l'enfant est seul avec l'intervenant), Intensive (30 à 40 heures par semaine) et Interactive (la priorité de la méthode est la communication).

Les séances ont lieu au domicile de l'enfant, dans une salle de jeu aménagée. Je me rends donc chez Kristofer tous les mercredis de 10h30 à 12h.

4.7. Evolution

La première séance de jeu avec Kristofer se passe en compagnie de sa maman. Je reste alors un peu en retrait. Elle lui propose différentes activités : Puzzle, cubes, enfilage de perles....

Il les réalise à table calmement.

Au bout d'un certain temps il semble en avoir assez et se lève. Il monte alors sur le trampoline, où il passe un long moment à sauter en se regardant dans la glace.

Sa maman en profite alors pour me faire part de ses activités favorites.

La semaine suivante, Kristofer semble surpris de me voir arriver. Sa maman nous accompagne dans la salle de jeu et nous pouvons alors passer un petit moment ensemble. La séance consistera surtout en des jeux moteurs. Il demande ensuite à sortir pour retrouver sa maman.

Lors de la troisième séance, Kristofer ne semble toujours pas, malgré les verbalisations de sa maman, avoir pris conscience de ma venue. Il refuse de venir avec moi dans la salle de jeux. Sa maman nous accompagne puis nous laisse seul. Nous passons quelques minutes à jouer puis il se montre très agressif (il me tire les cheveux et me pince) tout en regardant vers la porte. Il semble qu'il agisse ainsi pour que sa maman soit obligée d'intervenir.

Pour aider Kristofer à anticiper ma venue sa maman me demande de lui apporter une photo de moi dont elle se servira dans son emploi du temps. La mise en place de stratégies pour compenser ce manque de repères spatial et temporel va permettre à Kristofer d'évoluer dans un cadre sécurisant car prévisible. De plus, d'un commun accord avec sa maman nous décidons qu'elle n'intervienne plus lorsque Kristofer se montre agressif, afin qu'il ne profite pas de cette situation.

Lors de la quatrième séance, Kristofer se cache à mon arrivée, tout en rigolant. Il fini par venir avec moi dans la salle. Au bout de 20 minutes de jeu il se montre à nouveau agressif, je me fâche en exagérant l'expression de la colère sur mon visage. Cela semble fonctionner et il me demande aussitôt pardon avec le signe approprié. Nous pouvons alors recommencer à jouer.

Lors de la cinquième séance Kristofer a ma photo sur son emploi du temps. A mon arrivée il semble alors plus disposé à venir jouer avec moi. Au bout d'une heure de jeu, il décolle ma photo de l'emploi du temps et la place dans la pochette « c'est fini » placé en dessous. Je comprends donc que ça suffit pour aujourd'hui, et verbalise sa demande.

Durant ces séances, j'ai essayé de poser quelques rituels afin de structurer le temps. En arrivant, j'enlève mes chaussures et si Kristofer a les siennes, il fait de même. Ensuite, nous montons sur le trampoline où nous sautons tous les deux en chantant de petites comptines. Kristofer semble apprécier ces moments là et est alors très en relation. Mais il faut tout de même veiller à ce qu'il ne se laisse pas déborder par ses émotions et sensations internes, car à ce moment là la communication est totalement rompue.

Les fins de séance sont le plus souvent des temps calmes sur son canapé. Puis nous remettons nos chaussures et nous allons retrouver ensemble sa maman dans le salon.

Une des comptines travaillées sur le trampoline est « j'ai un gros nez rouge ». A travers celle-ci on nomme différentes parties du visage, mais aussi des vêtements. Petit à petit Kristofer peut suivre la comptine en réalisant les gestes.

Au fil des séances, Kristofer semble de plus en plus content lors de mon arrivée. Les échanges sont fréquents et notamment du point de vue du regard. Il est désormais possible d'instaurer des jeux à deux. Lorsqu'il en ressent le besoin, Kristofer peut demander des pressions en pointant des parties de son corps. Il est aussi très intéressé par la musique et demande que l'on allume le lecteur CD en le pointant du doigt.

Il faut noter que le comportement de Kristofer peut être très différent d'une séance à l'autre en fonction de sa fatigue mais aussi des changements de son environnement qui le perturbent. Ainsi certaines séances n'ont pu être possibles car Kristofer n'était pas du tout disponible.

Lors des séances qui vont suivre, Kristofer va émettre de plus en plus de sons. Ainsi, avec les différents bénévoles qui s'en occupent il est décidé d'insister pour qu'il prononce le début des mots lors de ses demandes : Mu pour musique, Tr pour trampoline ou encore Me pour merci. De plus, petit à petit, Kristofer développe des gestes issus du Makkaton, ce qui lui permet de s'exprimer plus facilement.

Le trampoline n'est donc plus à la disposition de Kristofer, il doit dorénavant me le demander à mon arrivée. Très vite Kristofer va pointer et dire Tr car c'est une activité qu'il apprécie tout particulièrement.

Dans les séances qui suivent nous mettons en place avec Kristofer des jeux de « un, deux, trois je t'attrape » ou « un, deux trois je te chatouille ». Lors de ces jeux, il est vraiment dans la relation avec moi et peut me demander encore avec un signe Makkaton.

Kristofer fait des progrès dans la régulation de ses émotions et de son tonus. Il passe moins d'un extrême (hypertonique il saute partout) à l'autre (allongé sur son canapé immobile). Il peut passer du temps assis à tourner les pages d'un livre que je lui lis ou à faire des jeux tels que des tours de cubes.

Avec sa maman, Kristofer a appris à dire oui et non de la tête. Au début cela paraissait peu naturel mais petit à petit il a pu s'en servir à bon escient. De plus en faisant ces signes de tête il regarde l'adulte droit dans les yeux.

Lors de jeu de ballon ou de construction de tours de cubes nous introduisons la notion de : « A toi, à moi », Kristofer écoute et attend son tour. Des jeux variés peuvent donc être engagés avec Kristofer.

La fin de l'année scolaire étant arrivée, Kristofer et sa maman ont quitté Paris pour rejoindre leur famille à Toulouse. Avec Kristofer la communication devient peu à peu possible, ce qui lui permet maintenant de s'exprimer un peu plus. L'agressivité a nettement diminué grâce aux différents moyens de se faire comprendre qui lui ont été offerts. Le travail n'est pas fini et la prise en charge va continuer à Toulouse. Kristofer va donc rencontrer de nouveaux étudiants bénévoles, et poursuivre son apprentissage.

DISCUSSION

5. LA PRISE EN CHARGE PSYCHOMOTRICE AU SEIN D'UN IME

5.1. La psychomotricité

5.1.1.1. Les modalités de la prise en charge

Les séances de psychomotricité durent entre 30 et 45 minutes, à raison d'une fois par semaine. Le psychomotricien va chercher l'enfant dans son groupe éducatif. Il en est de même pour le retour après la séance. La prise en charge peut-être individuelle ou en groupe. Le psychomotricien peut travailler en collaboration avec une psychologue ou avec les éducateurs.

5.1.1.2. Le cadre de la prise en charge

La salle de psychomotricité est située au rez-de-chaussée de l'IMP. D'une superficie d'environ 20m², la salle n'est réservée qu'à l'usage de la psychomotricité. La salle peut permettre des activités motrices spécifiques à la prise en charge ; mais est suffisamment petite pour devenir un espace contenant pour l'enfant. C'est un espace très clair, avec de nombreuses fenêtres, situées à une hauteur suffisante pour ne pas voir ce qui se passe dans la salle. La porte est le plus souvent fermée à clef lors des prises en charges afin de rassurer l'enfant et éviter des tentatives d'intrusion d'autres enfants. Les séances peuvent également se passer en extérieur. L'IME dispose en effet d'une forêt où l'on peut faire du vélo, d'une pataugeoire et d'un terrain de sport. La psychomotricienne pratique également la thérapie avec le cheval dans un centre équestre du département.

5.2. Ma place de stagiaire

Dans un premier temps, ma place était une place d'observatrice. En effet, j'ai passé beaucoup de temps en recul, afin d'apprendre à connaître les différents enfants, et pour leur laisser le temps de me découvrir. Petit à petit, j'ai pu dans les prises en charge individuelles jouer le rôle du tiers. Une grande partie des enfants autistes se retrouvent dans un besoin de collage à l'adulte, une tentative de relation fusionnelle avec le thérapeute. L'arrivée d'une troisième personne permet de créer une nouvelle dynamique relationnelle et d'éviter ce collage.

5.3. Un travail d'équipe

Au sein de l'IME, les enfants sont pris en charge par différents professionnels : éducateurs, orthophoniste, enseignants, psychomotricien, psychologue, infirmier, pédopsychiatre. Chacun a un rôle bien défini auprès de l'enfant, mais ce travail se fait en coordination. Rien n'est laissé au hasard. Un projet est rédigé pour chaque enfant. En cas de difficulté, les différents professionnels peuvent se rencontrer afin d'élaborer ensemble d'une solution au problème rencontré.

De plus, grâce aux différents ateliers proposés aux enfants l'après-midi, les professionnels peuvent s'associer pour les animer, et ainsi assembler leurs spécificités et compétences.

6. LA METHODE

6.1. Les conseils donnés aux bénévoles:

Lors de la formation réalisée par l'association, il est donné quelques conseils aux bénévoles. Après 9 mois de pratique, et en tant que future psychomotricienne, je reviens sur chacun d'entre eux pour en discuter.

6.1.1. Tout transformer en jeu

Cette méthode est basée sur la communication, une communication établie à travers le jeu. Le jeu a une place centrale au cours du développement de tout enfant, et lui permet entre autre de découvrir son corps, tester les caractéristiques des objets, entrer en relation avec ses pairs, comprendre les règles sociales, développer son imaginaire... C'est la raison pour laquelle travailler par l'intermédiaire du jeu paraît être un choix pertinent avec l'enfant autiste qui ne développe pas lui-même cette envie de jouer.

6.1.2. Imiter les stéréotypies de l'enfant pour entrer en relation avec lui

J'ai eu l'occasion d'appliquer ce conseil, l'enfant se retourne alors vers moi, stoppe ses gestes ou mouvements stéréotypés et me regarde. Mais je pense qu'il ne faut pas prendre ce conseil pour une recette à appliquer automatiquement. Il me semble qu'en tant que professionnel, nous savons, nous sentons quand cela peut être bénéfique à la relation. De la même manière, imiter m'enfant lorsqu'il joue avec un objet peut s'avérer très intéressant comme nous l'avons vu plus haut.

6.1.3. Si l'enfant fait une crise, rester calme, ne pas le gronder et verbaliser

Il est pour moi essentiel de savoir garder le contrôle de ses émotions, et ne pas se laisser à son tour déborder face à la colère de l'enfant. Le gronder ou se fâcher ne sert à rien, l'enfant ne fait pas un caprice, il ne va pas bien, et ne peut l'exprimer verbalement. C'est pourquoi la verbalisation est indispensable, il faut mettre des mots sur ce qui se passe sans interpréter ses gestes. Il faut rester dans une verbalisation descriptive de ses émotions apparentes et de ses actions, en essayant de le rassurer, l'apaiser. Ainsi, il va acquérir l'expérience progressive que son environnement est stable, fiable, quelque soit la violence et la destructivité de ce qu'il projette lorsqu'il fait une crise. Les émotions quand elles surgissent chez l'enfant autiste ne sont pas mentalisées. Ainsi comme la mère qui met des mots sur les sensations du bébé, le thérapeute met des mots sur ce qu'il observe chez l'enfant pour l'aider à décrypter son corps, ses sensations, son environnement.

6.1.4. Parler doucement, avec des mots concrets en faisant des phrases courtes

Il faut s'adapter au niveau de compréhension de l'enfant comme on le ferait face à n'importe quel patient. Selon (Rogé, 2003) : « la compréhension est littérale. L'enfant ne saisit pas les informations qui doivent être inférées et qui sont présentées indirectement. Les métaphores ne sont pas comprises spontanément. » Il est donc nécessaire de permettre à l'enfant de nous comprendre grâce à des phrases simples, contextuelles et concrètes.

6.1.5. Etre patient et positif

Nous savons bien que les progrès, quelle que soit la méthode employée, ne se font pas en un jour. Nous allons donc avoir à faire face à des périodes de stagnation, et même de régression. Il faut donc être préparé à cela pour ne pas se décourager au premier obstacle.

« La temporalité de l'enfant autiste reste, si elle n'est pas totalement figée, extrêmement lente et pour cela souvent déroutante, voire décourageante. » (Latour, septembre/octobre 2006)

6.1.6. Encourager et féliciter tout comportement positif de l'enfant

Durant les séances de jeu, il faut être le plus attentif possible afin de capter la moindre tentative de communication lancée par l'enfant. Ainsi, en répondant aux signaux de l'enfant, on lui montre l'effet que celui-ci a sur nous. Peu à peu, il pourra prendre conscience du sens de la communication, et des signaux qu'il envoie. L'enfant va ainsi comprendre qu'il a un effet sur son environnement, sur l'autre ce qui participe au sentiment d'être un sujet en relation.

6.1.7. Respecter un emploi du temps régulier et prévenir les changements

Nous savons que l'enfant autiste a un besoin de maintenir inchangé son environnement habituel, car des modifications de celui-ci peuvent être à l'origine de manifestations d'angoisse. La régularité permet donc de le rassurer. La séance de jeu disposant ainsi d'un cadre temporel mais aussi psychique, contenant pour l'enfant. L'enfant peut compter sur notre présence chaque semaine à la même heure. Grâce à l'emploi du temps imagé de Kristofer, les absences ou changements peuvent lui être signifiées concrètement. Il est ainsi possible de prévenir d'éventuelles angoisses dues à ces modifications.

6.1.8. Toutes les séances de jeu se passeront dans la même pièce

Il me semble que dans un premier temps, il est intéressant de suivre ce conseil, et donc de rester dans un lieu fixe et défini. Cette salle de jeu aménagée permet, de plus, de supprimer toute source de distraction qui pourrait venir parasiter l'attention de l'enfant. Mais il est essentiel d'adapter ce conseil à l'enfant. Il faut pouvoir, dès que celui-ci a établi une relation de confiance, et est donc sécurisé avec l'adulte, quitter la salle de jeu, et apprendre à jouer, à établir des relations dans des cadres variés où des facteurs d'inattention existent.

6.2. L'intensité :

Kristofer est suivi environ 30 heures par semaine et par une dizaine d'intervenants différents. Chaque bénévole effectue des séances de jeu d'une heure trente environ. Cette prise en charge intensive m'a tout de suite interrogée. Comment un enfant peut-il passer autant de temps enfermé dans une salle ? Comment peut-il s'y retrouver face au nombre important d'intervenants (bénévoles de l'association et professionnels extérieurs) ? N'est ce pas contradictoire de vouloir des repères stables pour l'enfant et de proposer un si grand nombre d'intervenants différents ?

Kristofer passait donc chaque jour de nombreuses heures dans sa salle de jeu, mais face à ses progrès il me semble que l'on peut dire que cette intensité lui a été bénéfique. Il faut toutefois noter que la maman de Kristofer était très attentive aux besoins de son fils, ainsi lorsqu'il n'était pas bien, fatigué, elle nous prévenait et écourtait les séances. Lorsque Kristofer était laissé un long moment seul, il s'isolait et ses stéréotypies augmentaient alors. Il semble donc que lui accorder du temps et entrer en relation avec lui, lui permettait de sortir de son enfermement.

Il était difficile pour Kristofer, au début, d'accepter la venue des différents intervenants. Sa maman a alors eu l'idée de mettre en place un emploi du temps, avec les différents temps de la journée de Kristofer représentés par des photos ou images. Ainsi, les différents intervenants étaient représentés par leur photo, et placés entre le goûter et le dîner ou entre le déjeuner et le centre aéré... Kristofer a beaucoup investi ce système, et a ainsi pu se préparer à accueillir chacun d'entre nous. A notre arrivée, notre photo avait été collée sur son tableau, et lorsqu'il était l'heure de se dire au revoir, Kristofer la plaçait dans la boîte « c'est fini ». Il a très vite acquis cette utilisation, et pouvait ainsi s'en servir pour nous faire comprendre qu'il était l'heure de se dire au revoir. Ceci, ajouté à la régularité des séances de jeu, a permis à Kristofer d'établir des relations privilégiées avec chacun d'entre nous. Il faut ajouter qu'il nous différenciait bien les uns des autres, et ainsi n'initiait pas les mêmes jeux avec chacun d'entre nous.

6.3. Les intervenants :

L'association dispose de critères peu sélectifs pour recruter ses bénévoles. En effet, elle demande, en résumé, des personnes motivées de 16 à 77 ans. Il me semble pourtant indispensable d'avoir une formation adaptée pour s'engager dans cette méthode, même si nous parlons de séances de jeu. Comment une personne n'ayant jamais eu de contact avec le monde de l'autisme peut-il réagir de manière adaptée aux différentes réactions de l'enfant ?

Kristofer a lui eu la chance d'avoir uniquement des intervenants professionnels (psychologue et orthophoniste), ou des étudiants (en psychologie, psychomotricité, éducateur spécialisé).

Je pense que l'association prend un risque en recrutant ainsi ; je ne pense pas qu'on puisse devenir soignant avec simplement un peu de bonne volonté et quelques heures de formation. De la même manière, elle ne doit pas selon moi convertir les parents en thérapeutes.

6.4. Conclusion sur la méthode

On remarque à travers cette méthode une volonté de se couper du système de santé. De plus en plus de parents font appel à ce type d'associations, car ce que leur propose le système médical ne leur convient pas. Des associations aux méthodes très variées se multiplient, parmi lesquelles il est probablement difficile pour les parents d'enfants autistes de se retrouver. Mais, face aux nombreuses méthodes américaines, il est vrai qu'aucun équivalent n'existe aujourd'hui en France. Il est regrettable que cette association ne fonctionne pas plus en lien avec les professionnels de santé, et également qu'elle ne remette pas plus en question sa méthode. Cette méthode ne peut convenir à tous les enfants, elle doit être adaptée au cas par cas pour être utile, et ceux en lien avec des professionnels.

7. LA PLACE DES PARENTS DANS LA PRISE EN CHARGE :

La place des parents, dans les deux prises en charge que j'ai présentées, est très différente. En effet, dans le cas de Kristofer, les parents et plus spécifiquement la mère de Kristofer, fait partie intégrante de la prise en charge. Tandis que dans le cas de Louis, je n'ai jamais rencontré ses parents, ni eu le moindre contact avec eux. Cette différence m'a amené à réfléchir sur le rôle des parents dans la prise en charge, et les avantages ou les inconvénients de leur implication.

Louis est entré dans l'IME il y a maintenant un an et demi, la prise en charge en psychomotricité se fait, comme on l'a vu, au sein de celui-ci. Nous allons chercher Louis dans son groupe ; ce sont les éducateurs référents de Louis qui nous servent de lien, et nous informent de son état. Mais il est souvent difficile pour ces derniers de connaître précisément le quotidien de l'enfant à son domicile, ainsi nous sommes souvent dans l'inconnu face aux ressentis, et vécus de Louis. Le lien avec les éducateurs ne remplace pas le lien

parent/thérapeute. De plus, une rupture se crée ainsi entre l'institution et la maison et, cela est sûrement compliqué à gérer pour un enfant autiste qui peut présenter des angoisses de morcellement. Un cadre contenant ne peut être maintenu ainsi, du fait de l'absence de continuité favorable à l'alliance thérapeutique : soignant/parents/enfant.

Kristofer, non scolarisé, est quotidiennement auprès de sa maman. Il me semble que cela est très lourd à porter, et peut nuire à la vie privée de celle-ci. Sans tomber dans cet extrême, il me paraît indispensable d'intégrer la famille à la prise en charge de l'enfant. Mais cette intégration ne doit, à mon avis, pas se faire comme le propose l'association, c'est-à-dire en poussant les parents à réaliser eux aussi des séances de jeu avec leurs enfants, et ceux dans les mêmes conditions qu'avec les différents intervenants. Il serait préférable que le temps passé avec la famille, soit employé à généraliser les « enseignements » dans toutes les situations de la vie quotidienne. Ainsi sorties au parc, courses, visites à des proches sont autant d'occasions qui serviront à généraliser et à travailler à l'amélioration du comportement. De même, le bain, les repas, l'habillage sont d'autres exemples de la vie quotidienne où le parent a un rôle indispensable à jouer.

A mon sens, il ne faut donc pas, comme a tendance à le faire l'association, confondre le rôle de parent et celui de thérapeute.

8. L'APPORT DU BILAN SENSORIMOTEUR : D'APRES (BULLINGER, 2007)

En plus de mon stage en IME, j'ai effectué, au premier semestre de cette année, un stage dans un service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent au sein d'un hôpital parisien. Ce service accueille 12 enfants de 3 à 6 ans (10 en hospitalisation de semaine et 2 en hospitalisation de jour) présentant des troubles envahissants du développement.

En parallèle, un centre de recherches et d'études pour autisme et troubles du développement, accueille un enfant en observation, à un rythme de deux jours par semaine, durant trois semaines, en hospitalisation de jour. Au cours de cette observation, l'enfant passe différents bilans médicaux et paramédicaux (examens : génétique, neurologique, sanguin ... et bilans : orthophonique, psychologique, psychomoteur...)

Dans le service, la psychomotricienne est formée au bilan sensori-moteur, ce qui influe beaucoup sur sa passation des bilans et sa pratique professionnelle. Les bilans psychomoteurs qu'elle réalise sont donc complétés de quelques épreuves du bilan sensori-moteur d'André Bullinger. Cet apport m'a semblé très intéressant face à ces enfants chez qui la passation de tests psychomoteurs purs est rarement envisageable. De plus, il apporte un complément d'information sur le développement sensorimoteur.

8.1. Approche sensorimotrice de l'autisme infantile

L'approche sensorimotrice permet une compréhension des dimensions sensorimotrices dans le développement de l'enfant atteint d'autisme.

L'enfant atteint d'autisme utilise la modulation de son tonus pour ressentir ses limites corporelles, ce qui l'amène à privilégier les systèmes sensorimoteurs traitant des flux sensoriels. Ainsi, la non-intériorisation des relations spatiales oblige l'enfant à utiliser des repères matériels pour pouvoir exister dans son milieu.

Dans le développement tonico-postural du bébé, trois dimensions, la flexion, l'extension et la rotation, s'organisent pour constituer l'axe corporel et un espace coordonné, pouvant supporter les interactions tournées sur le monde physique et le milieu humain. La prévalence de l'hyper-extension du buste chez l'enfant atteint d'autisme a des conséquences importantes dans la coordination entre flexion, extension et rotation, et au niveau des relations spatiales. Ainsi, on peut observer des différences de tonus, d'une part, entre les côtés gauche et droit du corps, et, d'autre part, entre le haut et le bas du corps. Selon G. Haag, cette répartition tonique particulière correspond aux notions de clivage vertical, où l'enfant atteint d'autisme néglige un hémicorps, et de clivage horizontal, les membres inférieurs étant « abandonnés ». Comme l'enfant autiste a peu construit d'ajustement entre les schèmes de flexion et d'extension, il recherche des appuis sur l'avant et dans le dos. L'enfant va s'asseoir dans un coin de la pièce, le dos contre une paroi, se coucher à plat ventre sur un gros ballon, se rassembler dans un carton.

Concernant la différence de tonus entre les côtés droit et gauche du corps, Bullinger constate que la zone orale reste mobilisée comme moyen de transit et d'exploration pour le passage d'un espace latéral à l'autre. Afin de tendre vers une meilleure coordination des deux hémicorps, nous travaillons sur l'axe se situant sur le devant du corps, soit en donnant des informations sensorielles le long de cet axe, soit en offrant un coussin ou un ballon sur lequel l'enfant peut prendre appui. Bullinger parle alors de *prothèses de rassemblement*. Ce type d'appui est important à donner, lorsque l'enfant présente un fort taux d'angoisse pouvant l'amener à des conduites automutilatoires. L'appui sur le devant donne un sentiment de rassemblement du corps qui entraîne une diminution de l'angoisse.

Lié aux difficultés de régulation tonique, nous constatons que ces enfants privilégient un traitement des flux sensoriels par les structures archaïques du système nerveux, responsables de l'analyse des aspects qualitatifs de la stimulation. Les réactions des enfants autistes à un

flux sensoriel oscillent entre des décharges motrices qui métabolisent le trop de tension créée par la stimulation et des activités d'autostimulations qui maintiennent un état tonique acceptable, si la stimulation n'est pas suffisante.

Il a été observé que les conduites que l'enfant autiste se fabrique face à une source de stimulations peuvent devenir, très vite, répétitives. Dans ces situations, les appuis physiques (main dans le dos, coussin sur l'avant) ou du milieu humain par le dialogue tonique peuvent supporter ce passage à des conduites instrumentées. En effet, lors d'une évaluation sensorimotrice d'un enfant atteint d'autisme, il a été observé qu'en plaçant un coussin sur le devant de son corps, il pouvait jeter une balle en focalisant sa trajectoire, alors qu'auparavant il manipulait compulsivement cet objet dans son plan médian sans regarder ce qu'il faisait. Ce type d'appuis peut également amener des échanges plus structurés avec l'enfant atteint d'autisme.

Ce type d'intervention, qui se fonde sur le développement sensorimoteur et la perspective instrumentale, a pour objectif d'amener ces enfants à une plus grande habitation de leur espace corporel, et donc à une stabilisation tonico-émotionnelle, à partir de laquelle les échanges avec le milieu humain et les possibilités cognitives peuvent se construire et acquérir une permanence.

8.2. Présentation du bilan

Ce bilan permet de saisir le fonctionnement de l'enfant, selon différents aspects du développement sensorimoteur (aspect relationnel ou dialogue tonique, utilisation des systèmes sensoriels, régulation tonico-émotionnelle, construction globale du corps, organisation spatio-temporelle, praxies ...).

Le bilan sensori-moteur est un outil d'évaluation centré sur la problématique psychocorporelle de l'enfant, et repose sur « un ensemble de mises en situation » permettant l'investigation des compétences motrices, sensorielles, cognitives et émotionnelles de la personne.

Je vais donc présenter certaines épreuves du bilan qui m'ont semblées importantes dans l'évaluation et la prise en charge de l'enfant autiste. Je compléterai la description de chaque épreuve par une étude de cas.

J'ai choisi de présenter le cas d'Antoine, qui est accueilli dans le service en vue d'une évaluation diagnostique, et une éventuelle prise en charge en hospitalisation de semaine à temps partiel. Antoine est né le 20 janvier 2004, il a 3 ans 9 mois lors de notre rencontre. Il est l'aîné d'une fratrie de 2, et sa maman attend à nouveau un enfant. Son père, originaire de Guinée, vit en France depuis 20 ans. Il est infirmier de nuit. Sa mère, originaire du Mali, est arrivée en France il y a 8 ans. Elle est femme au foyer. Antoine est un enfant mince. Il exprime peu d'émotion par son visage, semble impassible.

8.3. Quelques items du bilan

8.3.1. « Offrandes et échanges »

Le bilan débute par une épreuve avec des baguettes en bois. Cette épreuve nous renseigne sur la construction de l'axe corporel et sur les coordinations oculo-manuelles. Il est proposé à l'enfant de les attraper une par une. Elles sont présentées à l'enfant soit au niveau médian, soit au niveau des héli-espaces gauche ou droit.

Spontanément Antoine (3 ans et 9 mois) les attrape avec sa main droite et les passe dans sa main gauche qui tient le tas de baguettes. Ses mouvements sont adaptés. Il croise l'axe médian.

Au niveau visuel, il ne semble pas regarder les baguettes présentées dans les héli-espaces gauche et droit, il paraît regarder uniquement dans le plan médian. Comme lorsqu'il passe une baguette devant lui d'une main à l'autre.

On peut se demander si les coordinations oculo-manuelles sont possibles en dehors de l'axe médian ?

Sa prise est fine, il tient les baguettes entre le pouce et l'index.

8.3.2. Stimulation tactile

On présente à l'enfant une balle à picot, et une autre avec des fils en caoutchouc. La prise de ces balles peut être irritative pour certains enfants présentant des troubles envahissants du développement, mais ils sont tout de même attirés par cet objet. Sa prise en main peut alors ressembler à celle d'un objet brûlant qu'on serait tenté de lâcher.

Antoine regarde les balles avec curiosité, en touche une mais refuse de la prendre. Antoine semble dérangé par cette matière étrange. Après discussion avec son père, on apprend qu'Antoine ne supporte pas que ses parents lui coupent les ongles ou les cheveux. Il semble avoir une hypersensibilité tactile.

8.3.3. Evaluation système visuel

Cette épreuve permet d'évaluer les détections périphériques et la vision focale, ainsi que la coordination entre ces dernières. Elle consiste à déplacer lentement une source lumineuse de l'extrême gauche à l'extrême droite de l'enfant, et sans arrêt et sans attendre son regard.

La lumière semble réellement gêner Antoine qui la repousse à plusieurs reprises.

Antoine paraît ne pas regarder dans son héli-espace gauche. De gauche à droite, on observe qu'il a beaucoup de difficultés à suivre la lumière. De même de droite à gauche, il peut suivre à l'aide de son doigt pointé sur la source lumineuse. Il décroche systématiquement son regard, au niveau du plan médian cela peut rendre compte de la fragilité de son axe corporel.

8.3.4. Représentations de l'organisme :

« Le voyage de Garelli » : L'enfant est installé confortablement sur le dos, les jambes allongées et les bras le long du corps. On lui présente alors une balle que l'on va poser sur différents parties de son corps : le coude, l'épaule, la tête, le pied, le ventre... On explique ensuite à la personne que la balle va faire un « voyage » sur son corps. La personne doit verbaliser le voyage, par exemple allant de sa main droite à son pied droit. On varie les trajets, ils se font d'abord d'une main à l'autre puis d'un pied à l'autre, puis sur un hémicorps et enfin ils deviennent asymétriques.

Cette épreuve n'a pu être proposé à Antoine et ce pour différentes raisons (instabilité, irritabilité tactile, et complexité de l'épreuve).

Une autre épreuve vient compléter les épreuves sur le schéma-corporel, « la poupée monstre ». On présente à l'enfant une poupée à qui on a inversé une jambe avec la tête. On attend une réaction émotionnelle de l'enfant. On laisse l'enfant observer, et s'il le souhaite expliquer comment réparer la poupée. Ensuite, on propose la poupée normale en spécifiant que l'on va retourner l'autre à l'usine.

Spontanément Antoine observe mais ne verbalise aucun étonnement ou remarque. Lorsqu'on lui présente ensuite « la poupée dite normale » il n'a pas de réaction émotionnelle. On peut s'interroger quant à la représentation qu'Antoine a de son propre corps, mais aussi sur sa capacité à verbaliser ce qu'il ressent.

9. LA POSTURE

J'ai également, au cours de cette année, beaucoup affiné, mon regard sur la communication non-verbale. C'est un outil essentiel pour le psychomotricien. Par le corps sont transmis des émotions, des affects, ce que le patient ne peut pas dire ou ce dont il n'a même pas conscience. La communication non verbale apporte ainsi beaucoup d'informations au psychomotricien sur la façon dont le sujet vit les choses.

Le psychomotricien peut avoir un rôle d'interprète pour l'enfant. Au fur et à mesure de la croissance, la communication par le corps et les postures laisse place à une communication beaucoup plus verbale. Le psychomotricien peut aider les parents à donner une signification et une importance au langage corporel, qui perdure particulièrement chez l'enfant autiste. Ainsi, grâce à une lecture du corps et des postures les parents pourront répondre de manière adaptée aux demandes de leur enfant.

Par ailleurs, si la posture prise par notre patient est importante, nous savons maintenant que celle du thérapeute l'est tout autant. Nous devons être capables de nous positionner de manière adaptée à la situation et au patient : « Un ajustement postural adapté est la base indispensable à la communication non verbale. » Ainsi, le thérapeute doit pouvoir adapter sa posture en fonction des angoisses corporelles que l'enfant autiste manifeste. Cette adaptation passe par une écoute du langage corporel de l'enfant, mais aussi une écoute de notre propre corps face à ce que nous renvoie l'enfant.

CONCLUSION

J'ai eu l'opportunité d'avoir vu évoluer deux enfants autistes dans des cadres différents. Il me semble qu'ils ont tous les deux changé de manière positive, malgré un rythme et une progression différents.

Louis a appris à vivre au sein d'un groupe, en accepter les règles. Il a pu profiter pleinement de ses séances de psychomotricité pour réaliser des expériences corporelles variées. Il a ainsi pu prendre conscience de sa verticalité, et s'autoriser à plus de manipulations. Louis a alors pu débiter une exploration plus approfondie de son environnement.

Kristofer a, après une longue période consacrée à la rencontre des différents intervenants, fait des progrès du point de vue de la communication. Il paraît avoir pris conscience de l'intérêt de s'exprimer, que ce soit verbalement ou corporellement. Il me semble que la méthode lui a permis de progresser. Pour que cela continue, il semble important que celle-ci soit en constante évolution, parallèlement aux progrès de Kristofer.

Mon expérience de stagiaire m'aura apporté la conviction de l'importance de la place du corps, que ce soit dans la communication pour Kristofer, ou plus dans un vécu corporel pour Louis.

Face à ces deux prises en charge, et aux nombreuses méthodes qui émergent ces dernières années, il me semble que ce qui est indispensable, c'est de faire du « sur-mesure ». En effet, à chaque enfant autiste, ses particularités, ses difficultés, et je dirais même « son autisme » ; ainsi une méthode ne peut convenir pour tous, et chaque prise en charge doit faire l'objet d'une réflexion particulière élaborée autour de l'enfant et sa famille.

Je suis aujourd'hui convaincue de la nécessité d'une prise en charge précoce, et intensive avec les enfants autistes. Je finis l'année avec beaucoup plus de connaissance sur cette maladie mais également avec beaucoup d'interrogations, notamment en ce qui concerne les différents modes de prise en charge. Cela me pousse à continuer à lire et à réfléchir sur le sujet.

Il me semble qu'en tant que professionnel, il serait intéressant de ne pas se fermer à ces méthodes. Nous pouvons y trouver de nombreux outils, et la formation que nous avons reçue couplée à l'expérience, nous permettront sûrement de les adapter à nos prises en charge. Peut-être est-ce la solution pour éviter qu'un si grand nombre de familles soit tenté de se couper du système de santé ?

BIBLIOGRAPHIE

10. BIBLIOGRAPHIE

Amy, M.-D. (2004). *Comment aider l'enfant autiste*. Dunod.

André, P., Bernavidès, T., & Giromini, F. (2004). *Corps & psychiatrie*. Heures de France.

Bullinger, A. (2007). " Sensori-motricité et psychomotricité" p 70-75 in *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Edition Erès.

Bullinger, A. (2007). " La régulation tonico-posturale chez le bébé" pp76-80 in *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Edition Erès.

Bullinger, A. (2007). " La genèse de l'axe corporel, quelques repères" pp76-80 in *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Edition Erès.

Bullinger, A. (2007). " Approche instrumentale de l'autisme infantile" pp174-189 in *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Edition Erès.

Bullinger, A. (2007). " Le bilan sensori-moteur- Les items du bilan sensori-moteur" pp202-256 in *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*. Edition Erès.

Bullinger, A. (2001). Les prothèses de rassemblement. (E. s. Elsevier, Éd.)
Neuropsychiatrie Enfance Adolescence (49), pp. 62-65.

Calza, A., & Contant, M. (2007). *Psychomotricité*. Masson.

Césari, P. (1960). "L'imitation" p14-41 in *Psychologie de l'enfant*. Paris: Presses
Universitaires de France.

Coste, J.-C. (1977). *La psychomotricité*. Presses Universitaires de France.

Ferrari, P. (2004). *L'autisme infantile*. Presses Univesitaires de France.

Grandin, T. (2001). *Ma vie d'autiste*. Paris: Odile Jacob.

Houzel, D. (2005). *Le concept d'enveloppe psychique*. Edition In press.

Latour, A.-M. (septembre/octobre 2006). Le travail en psychomotricité avec
l'enfant autiste. *Soins psychiatrie* , 41-45.

Nadel, J. Imitation et autisme. *Cerveau & Psycho* (4), 68-71.

Nadel, J., & Decety, J. (2002). *Imiter pour découvrir l'humain*. Presses
Universitaires de France.

Rivière, J., Mellier, D., Blossier, P., Noack, N., Beylier-Im, R., Balaÿ, C., et al.
(1999). *La prise en charge psychomotrice du nourrisson et du jeune enfant*. Solal.

Robert, P. (juin 2000). *Le Petit Robert*. Paris: Edition Dictionnaire Le Robert.

Rogé, B. (2003). *Autisme, comprendre et agir*. Dunod.

Staes, B. d. (2004). *La psychomotricité au service de l'enfant*. De Boeck et Belin.

Tardif, C., & Bruno, G. (2003). *L'autisme*. Nathan université.

Tustin, F. (1977). *Autisme et psychose de l'enfant*. Editions du Seuil.

CONFERENCE :

CRAIF. (5 février 2008). Différentes modalités de prise en charge de l'autisme.
Paris.

SITES WEB :

DSM IV : <http://autisme.france.free.fr/docs/c4.htm>. (s.d.).

CIM 10 : <http://www.psy-net.info/psychiatrie/cim10/fr/doc/8.html>.
(s.d.).

ANNEXES

THERAPIE PAR LE JEU : L'approche Greenspan

Article de la Société québécoise de l'autisme septembre 1999

Le Floor-time, une approche mise au point par le **Dr Stanley Greenspan**, a été initialement créé dans le but d'éveiller l'intérêt de certains enfants pour le monde extérieur. Bien que cette approche développementale n'ait pas été spécialement conçue pour les autistes, on l'emploie à l'occasion, principalement aux États-Unis, avec les enfants présentant des troubles du spectre autistique (troubles envahissants, syndrome d'Asperger, etc.).

1. Présentation générale de l'approche

Un des éléments distinctifs du Floor-time réside dans son but premier : à l'inverse des méthodes comportementales les plus connues, l'approche ne vise pas d'emblée l'émergence de réactions appropriées chez l'enfant. Elle met plutôt l'accent sur la création d'une véritable **communication bi-directionnelle** qui se traduira d'ailleurs, éventuellement, par des améliorations du comportement. De manière générale, on cherche à rendre l'enfant **plus attentif** à son environnement, **plus flexible** envers les changements et capable d'amorcer par lui-même les interactions. On veut aussi l'amener à résoudre certains problèmes.

À la base du Floor-time, on retrouve une observation vérifiable : **tous les enfants apprennent à travers leurs jeux**. Pour découvrir le monde, les petits l'explorent à leur manière, en fonction de ce qui les entoure. Et, même si cette exploration paraît plus étriquée ou inhabituelle dans le cas des autistes, le principe est tout aussi valide pour eux.

D'autre part, penser que l'enfant ne peut apprendre qu'à travers des leçons didactiques est une perspective d'adulte... Dans l'optique du Floor-time, des jeux habilement menés peuvent obtenir autant de résultats que l'enseignement traditionnel : la **motivation** qu'ils suscitent peut effectivement amener l'enfant à communiquer avec les autres pour le simple plaisir de le

faire. Par ailleurs, le langage ne constitue pas un pré-requis à l'interaction sociale. Certaines personnes peuvent s'exprimer aisément sans pour autant entrer en relation avec les autres, et l'inverse est tout aussi vrai. C'est pourquoi l'interaction visée par l'approche de Greenspan ne passe pas nécessairement par une communication verbale.

Le but premier consiste simplement à **créer un contact**. Si, par exemple, l'enfant est étendu sur le sol et qu'il le frappe de la main, le thérapeute peut décider d'en faire autant avec lui. Cette façon inusitée d'agir induit plusieurs conséquences : premièrement, cela amène l'enfant à prendre conscience qu'un autre individu opère dans sa sphère d'activités. Ce type de réaction lui montre de surcroît que les comportements des autres, comme les siens, ont quelque chose d'imprévisible. La simplicité du contact va, dans un troisième temps, faire en sorte que l'enfant le comprenne, et la motivation qui en découle peut l'inciter à accroître graduellement ses champs d'intérêts.

Une fois l'interaction initiée, bien sûr, on vise éventuellement à instaurer des comportements appropriés; cependant, un utilisateur du Floor Time ne doit pas tenter de réduire les mauvais comportements dès le départ : comme on l'a suggéré, il essaiera plutôt de créer le contact à partir de ces comportements, avant de passer à des activités moins inhabituelles.

2. Fonctionnement de l'approche

1 En premier lieu, le thérapeute ou le parent essaie **d'identifier le niveau de développement** de l'enfant et **son intérêt** du moment, de manière à préparer l'intervention. Cette phase, d'une durée variable, en est donc une **d'observation**. En écoutant l'enfant et en le regardant, on étudie son humeur et on repère les signes indiquant la meilleure façon de le rejoindre.

2 La seconde étape consiste à **ouvrir un cercle de communication avec l'enfant**. Une fois que son style et son comportement ont été évalués, on peut alors l'approcher avec les

mots et les gestes adéquats, en partant de ses intérêts du moment.

3 *Se laisser conduire par l'enfant* est la troisième phase du Floor-time. Après l'approche initiale, on tente de devenir un **partenaire** de jeu et un assistant pour l'enfant, à qui on laisse le contrôle de l'action et des différentes mises en scène. Cette façon d'agir contribue à renforcer son estime personnelle et son habileté à s'exprimer, ou lui donnera, tout au moins, le sentiment d'être compris.

4 Dans un quatrième temps, on poursuit les jeux, *en élargissant cette fois-ci les activités et en les poussant toujours plus loin*. On y parvient, par exemple, en introduisant de nouveaux éléments ou en apportant des commentaires, tout en évitant de se montrer envahissant. À ce stade, le parent ou l'intervenant peut aussi interroger l'enfant dans le but de stimuler sa pensée créatrice : devant la collision d'une petite voiture, par exemple, on pourrait dire quelque chose du genre : "Cette auto a tellement d'énergie qu'elle va très vite. Essaie-t-elle d'aller quelque part ?" Une telle intervention débouche sur plusieurs possibilités qui ne se présenteraient sans doute pas si le parent s'était borné à demander la raison de l'accident.

5 Par la suite, on laisse l'enfant fermer le cercle de communication; cette phase survient lorsqu'il a élaboré, à partir des suggestions de l'intervenant ou du parent, de nouvelles idées qui lui sont propres. La cinquième étape du Floor-time est donc **de clore le cercle de communication**.

D'autre part, chaque amorce d'interaction fait apparaître de nouveaux cercles qui s'insèrent les uns dans les autres, et ces derniers peuvent d'ailleurs se succéder rapidement. Au fil de ces différents contacts, l'enfant se met généralement à les apprécier, et comprend de mieux en mieux la valeur d'une communication bi-directionnelle.

3. Stratégies et suggestions pour l'application

Beaucoup de **situations quotidiennes** peuvent être exploitées au bénéfice du Floor-time. Par exemple, le moment où l'on habille l'enfant, le temps des repas, celui du bain, etc. Par ailleurs, toutes les activités sont bonnes si elles occasionnent l'interaction : faire semblant de cuisiner ensemble, dessiner une murale, jouer au ballon, regarder des images...

Aussi, afin d'expérimenter une large gamme d'activités, il est utile de se munir de **matériel de toute sorte**. À titre d'exemple, voici une liste d'objets utiles : aliments de plastique, appareils jouets (téléphone, aspirateur, micro-ondes...), boîtes d'allumettes, petites autos, bateaux, outils, poupées, trousse de docteur, dinosaures de plastique, petits soldats, blocs de bois, livres d'histoires, pâte à modeler, ballon, etc.

À des fins d'organisation, plusieurs utilisateurs du Floor Time recommandent le recours à des boîtes transparentes de manière à séparer les différentes sortes de matériel : par exemple, les vêtements pour se déguiser, les crayons de couleurs, les marionnettes, etc. pourraient être rangés séparément. D'abord, le fait que les boîtes laissent voir leur contenu permet à l'enfant de sélectionner ce qui l'intéresse dès le départ. Cela présente aussi l'avantage de faciliter le rangement de la pièce une fois l'activité finie; pour inclure l'enfant dans ce processus, on devrait d'ailleurs l'amener à replacer les divers objets dans leurs contenants respectifs.

4. Conseils aux utilisateurs potentiels du Floor Time

Voici des principes de base que les utilisateurs du Floor-time, parents ou thérapeutes, devraient idéalement garder en tête. (Notons qu'ils peuvent ne pas s'appliquer dans certains cas, selon l'âge de l'enfant, son niveau de développement, le fait qu'il s'exprime oralement ou non, etc...).

- Laissez l'enfant conduire et **assistez-le dans ce qu'il entreprend**. L'activité comme telle est moins importante que le fait de la faire ensemble

- Utilisez la **gestuelle**, le **ton de votre voix** (joyeuse, triste, apeurée...) et le **langage corporel pour accentuer l'émotion de vos propos et de vos actions**

- **Insistez pour avoir une réponse**

- Donnez une signification symbolique aux objets pendant que vous jouez (par exemple, poser le pied dans un bassin en prétendant qu'il s'agit d'un lac très froid...). De même, attribuez aux gestes de l'enfant une intention et un but, ou donnez-leur une nouvelle signification

- Pendant que vous jouez, **aidez votre enfant à pousser l'activité plus loin**. Développez-la autant que vous le pouvez : en faisant semblant d'être idiot, en faisant de faux mouvements, en interférant...

- Si un problème surgit pendant le jeu, **trouvez une solution symbolique** : par exemple, si une poupée tombe par terre, on peut suggérer à l'enfant de la guérir à l'aide d'une trousse de docteur, etc.

- **Soyez impliqués dans l'activité** : plutôt que de toujours questionner l'enfant à propos d'une poupée (par exemple), on peut aussi parler à cette dernière...

- **Créez des obstacles** dans le cadre du jeu (ex. : faire en sorte qu'un autobus bloque la route et, en jouant un personnage, inciter l'enfant à résoudre le problème)

- Utilisez le jeu pour aider votre enfant à comprendre et à maîtriser les choses qui peuvent l'avoir effrayé. Travaillez à la fois **avec la réalité et la fiction**

- Mettez l'accent sur le déroulement du jeu : le début (définition des personnages, présentation de la situation...), le milieu et la fin (bilan, etc.)

• **Ne transformez pas la séance en une leçon** ou une expérience d'enseignement et n'interrompez pas l'activité tant qu'il y a une interaction.

• **Discutez avec l'enfant de thèmes abstraits** (les bons et les méchants, la séparation ou la perte, la jalousie, la colère, la compétition, etc.) Souvenez-vous que les jeux symboliques et la communication sont des moyens sûrs de pratiquer, de comprendre et de maîtriser la totalité des idées et des expériences émotionnelles...

• Enfin, n'oubliez pas que l'important dans le Floor Time **est le plaisir partagé.**

Les Stades du développement de l'enfant selon Dr S. Greenspan

Stade 1 (0-4mois) : Autorégulation sensorielle et émotionnelle, attention partagée et intérêt pour le monde

Capacité de l'enfant à réguler son attention et son comportement tout en étant intéressé par une gamme complète de sensations (odeurs, bruits...).

Capacité de l'enfant à entrer dans un état d'attention conjointe avec une autre personne.

Stade 2 (2-7mois) : Initiation, attachement, engagement dans la relation

Capacité de l'enfant à s'engager stablement dans des relations chaleureuses et profondes avec une palette de sentiments variés comme la tristesse, la confiance...

Stade 3 (3-10mois) : Communication intentionnelle réciproque

Capacité de l'enfant à entrer dans une communication bidirectionnelle.

Stade 4 (9-18 mois) : Résolution de problèmes sociaux, organisation des comportements.

Capacité à lier ensemble plusieurs cercles de communication (ex : l'enfant prend la main, mène à la porte du placard, pointe du doigt, émet des sons pour exprimer sa demande d'un gâteau). Cette étape est nécessaire pour aborder les besoins émotionnels de base (ex : explorer son univers,)

Stade 5 (18-30 mois) : Pensée créative, capacités de représentation

Capacité de l'enfant à créer des représentations mentales et à vouloir utiliser des mots/images pour exprimer ses ressentis, à accéder au jeu de faire semblant.

Stade 6 (30-48mois) : Combinaison des représentations, Pensée logique

Capacité de l'enfant à établir des liens entre une représentation interne, une pensée et une émotion. Conduit à une meilleure différenciation réel/imaginaire, une gestion des émotions, un apprentissage de la concentration.

Stade 7 : Pensée multicausale et triangulaire

Capacité à envisager le point de vue d'autrui, décentration, empathie.

Stade 8 : Pensée émotionnelle (Gray area)

Capacité à comprendre les enjeux relationnels,

Stade 9 : Pensée réflexive, sens de soi complexe

Conscience de soi élaborée, réflexion sur son propre fonctionnement, débats d'idées, philosophie.

RESUME

Mes différentes expériences de stagiaire m'ont amenée à penser la place du corps essentielle dans la thérapie psychomotrice chez l'enfant autiste. Quelle dimension prend le corps dans la relation, dans la communication, dans le vécu et l'investissement corporels dans l'espace ?

J'ai eu l'opportunité d'avoir vu évoluer deux enfants autistes dans des cadres différents. Face à ces deux prises en charge, et aux nombreuses méthodes qui émergent ces dernières années, il me semble que ce qui est indispensable, c'est de faire du « sur-mesure ». Ainsi une méthode ne peut convenir pour tous, et chaque prise en charge doit faire l'objet d'une réflexion particulière élaborée autour de l'enfant, et sa famille.

Mots Clefs: corps, psychomotricité, enfant autiste, prise en charge

SUMMARY

During my vocational course, my different experiences made me believe that the body's place was really important in the autistic child psychomotrice therapy.

What dimension takes the body in relation, in communication, in what has been lived and in the body investment in space?

I had the opportunity to observe two autistic children in two different contexts. Facing those two ways of taking care, and facing all the new methods, I think it's essential to "made to measure" with these children. Thus, one method could not convey to each child. A reflection need to be elaborate for every autistic child and his family.

Keys words: body, psychomotricity, autistic child, taking care of