


Éric W. PIREYRE *et al.*

Autisme, corps et psychomotricité

DUNOD

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--	--

© Dunod, 2019
 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
 www.dunod.com

ISBN 978-2-10-076999-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	XV
<i>AVANT-PROPOS</i>	XVII
Les concepts du soin psychomoteur	XIX
Les psychomotriciens et les recommandations de la Haute Autorité de la Santé	XX
Autisme et soin psychomoteur	XXI
Les neurosciences et les troubles du spectre autistique	XXIII
Le corps et l'esprit	XXV
L'approche psychomotrice	XXVI
<i>PRÉSENTATION DE L'OUVRAGE</i>	XXIX
<i>CONSIDÉRATIONS PRÉALABLES. AUTISME : UN DÉBAT PASSIONNÉ QUI A BESOIN D'ÊTRE RAISONNÉ</i>	XXXI
Julie Lobbé et Tiphanie Vennat	
Pourquoi est-ce si compliqué de parler d'autisme ?	XXXI
Une confrontation par le biais de la justice ou des médias	XXXI
Les différents courants	XXXII
<i>Le courant psychanalytique, XXXII • Le courant cognitivo-comportemental, XXXIII • Des présupposés archaïques, XXXIV</i>	

Notre démarche	XXXV
Clinique et développements croisés : Le cas d'Isabelle	XXXV
<i>Éléments diagnostiques, XXXV • Éléments du profil psychomoteur, XXXV •</i>	
<i>Dynamique de la prise en charge, XXXVI • Analyse des limites et proposition thérapeutique, XXXVII</i>	
Le projet : au-delà du débat, pour une approche clinique sensible et observatrice	XXXVII
<i>Dépasser le clivage, XXXVII • Collaborer, XXXVIII • Pour une psychomotricité hybride, XXXVIII</i>	
Annexes	XL
<i>Annexe 1, XL • Annexe 2, XLI • Annexe 3, XLII</i>	

PREMIÈRE PARTIE

LES ÉMOTIONS

1. Vignette	3
Julie Lobbé	
2. Analyses psychomotrices	5
Bernard Meurin	
Les deux modalités expressives de l'émotion	5
Petit détour par William James	6
Émotion et autisme	7
Conclusion	8
3. Identifier les émotions	9
Julie Lobbé	
Le mouvement émotionnel	9
La sécurisation	10
<i>La sécurisation humaine, 10 • La sécurisation matérielle, 10</i>	
Propositions de prises en charge	11
<i>Le travail en collaboration avec l'école, 11 • Le travail avec la famille, 12</i>	
Conclusion	13

4. Abraham, un parcours d'exil émotionnel	15
Tiphanie Vennat	
Le corps, terre d'asile	16
La psychomotricité comme lieu d'expérience du sensible	17
Conclusion	19
5. Éprouvés corporels et émotions	21
Sylvie Gadesaude	
6. Synthèse	25
Julie Lobbé	

 DEUXIÈME PARTIE

L'ORALITÉ

7. Vignette	29
Bernard Meurin	
8. Intégrer la sphère orale	31
Bernard Meurin	
Intégration de la zone orale dans le développement sensori-moteur	31
Sabine ou la difficulté à faire face aux situations de repas	33
Le relais oral	34
Conclusion	34
9. Neurodéveloppement et stimulation de la zone orale	35
Julie Lobbé	
Les différentes facettes de l'oralité	35
<i>La facette neurodéveloppementale, 35 • La facette corporelle, 36 • La facette psychique, 36 • La facette communicationnelle, 36 • La facette relationnelle, 37</i>	
Propositions de prise en charge	37
<i>La sollicitation globale du corps en relation, 37 • La stimulation orale, 38</i>	
Conclusion	39
10. L'impossible tétée	41
Tiphanie Vennat	

11. Une bouche seule, ça n'existe pas	47
Sylvie Gadesaude	
La cavité primitive, dedans/dehors et plaisir	47
La bouche, lieu de rencontre avec un premier objet	49
12. Synthèse	51
Bernard Meurin	

TROISIÈME PARTIE

L'AXE DU CORPS

13. Vignette	55
Tiphanie Vennat	
14. Analyses psychomotrices	57
Tiphanie Vennat	
L'axe corporel d'Amaury, une verticale vide	57
Une recherche d'axe corporel en montagnes russes	58
Au pied de la montagne : le travail au sol	58
A la conquête de l'axe : gravir la montagne	60
<i>Repousser, 60 • Monter et descendre, 61</i>	
Conclusion	61
15. Amaury et la question de l'axe corporel	63
Bernard Meurin	
Approche sensori-motrice de l'axe corporel	63
Axe corporel et clinique psychomotrice	65
Conclusion	66
16. L'axe psychique	67
Julie Lobbé	
L'axe corporel, pilier de la motricité	67
L'axe corporel comme révélateur psychique	68
Propositions de prises en charge en psychomotricité	69
<i>De l'ancrage du bassin à la libération des mouvements et de la sensorialité, 69 • La mise en sécurité et le portage, 70</i>	

Signes cliniques de l'axe corporel	71
17. L'axe et « l'écorce »	75
Sylvie Gadesaude	
L'écorce solide	76
L'écorce liquide	78
L'écorce gazeuse	79
18. Synthèse	81
Tiphanie Vennat	

QUATRIÈME PARTIE

LES MAINS

19. Vignette	85
Sylvie Gadesaude	
20. Analyses psychomotrices	87
Sylvie Gadesaude	
Motricité fine et schéma corporel	87
Motricité fine et image du corps	89
Conclusion	91
21. Expériences	93
Julie Lobbé	
Des bases favorables à l'expérience des mains	93
<i>La relation tonico-émotionnelle, 93 • La quête d'autonomie, 94</i>	
L'expérience des mains	94
<i>La main au regard de la sensorialité, 94 • L'utilisation fonctionnelle de la main, 95 • La main comme vecteur de communication, 96</i>	
Propositions thérapeutiques	96
<i>Des activités sensorielles, 96 • Une structuration et une valorisation des activités, 96</i>	
Conclusion	97

22. À propos de Lucie : le thème des mains	99
Bernard Meurin	
Pourquoimémainelfonsa ?	99
La psychomotricité pour augmenter la puissance d'agir et de penser	100
Le point de vue sensori-moteur	101
Conclusion	102
23. La main, interface entre soi et le monde : de la fusion à la séparation	103
Tiphany Vennat	
La main au profit de la fusion	104
La main au profit de la séparation	104
La médiation danse comme une main tendue	106
Conclusion	107
24. Synthèse	109
Sylvie Gadesaude	

CINQUIÈME PARTIE

LA CONTENANCE

25. Vignette	113
Bernard Meurin	
26. Arthur ou la recherche des fonctions contenantantes	115
Bernard Meurin	
Quelques mots sur « l'axe de développement sensori-moteur »	115
Arthur, l'espace du torse et l'espace du corps	117
Conclusion	118
27. Contenance et cohérence centrale	121
Julie Lobbé	
La comodalité sensorielle	121
La cohérence centrale et ses conséquences	122
<i>Particularités, 122 • Les conséquences dans les relations avec l'environnement, 123 • Les conséquences développementales, 123</i>	

Propositions de prise en charge	124
<i>Adaptation du milieu : vers une unité environnementale, 124 • Travail de l'enroulement : vers une unité corporelle, 124 • Travail de la prise d'informations : vers une unité cognitive, 125</i>	
Conclusion	125
28. Contenance et incontenances	127
Tiphany Vennat	
L'expérience de la naissance ou la perte de l'enveloppe contenante	127
Les « incontenances » d'Arthur	128
Le travail de la contenance en psychomotricité	129
D'une réalité clinique complexe à l'idéal thérapeutique : le difficile chemin vers la contenance	130
Conclusion	131
29. Une contenance thérapeutique	133
Sylvie Gadesaude	
Contenance physique et contenance psychique	133
Clinique de la contenance	135
<i>Une contenance à travers le cadre de la séance, 135 • Une contenance à travers la capacité de penser du thérapeute, 136 • Une contenance propre qui se construit dans les échanges pendant séances, 137</i>	
30. Synthèse	139
Bernard Meurin	
SIXIÈME PARTIE	
L'ENVELOPPE	
31. Vignette	143
Tiphany Vennat	
32. Faire peau neuve, une difficile séparation	147
Tiphany Vennat	
L'enveloppe commune	147
L'enveloppe interne	147
Sacha et l'enveloppe percée	148

La défense autistique comme enveloppe palliative	149
L'enveloppe en séance de psychomotricité	149
<i>Le toucher sensoriel de la peau commune, 149 • Les jeux d'exploration de l'enveloppe interne, 150</i>	
Conclusion	151
33. Sacha et les enveloppes	153
Bernard Meurin	
L'autonomie ça n'existe pas	153
Au niveau du langage	154
Au niveau corporel :	154
La concrétude du corps	155
Conclusion	156
34. L'enveloppe : place de la sensorialité	157
Julie Lobbé	
Enveloppe et sensorialité	157
<i>L'enveloppe comme interface, 157 • Hyposensibilité proprioceptive, 157</i>	
Enveloppe et psychisme	158
Parenthèse linguistique	159
Propositions de prises en charge	160
<i>Apports sensoriels et prévisibilité, 160 • La médiation du cheval, 160</i>	
Conclusion	161
35. Enveloppe et représentations	163
Sylvie Gadesaude	
Enveloppe et cadre thérapeutique	164
<i>La première rencontre, 164 • Groupe et enveloppe, 165</i>	
Mise en représentation des enveloppes corporelles : de la perception à la représentation	165
<i>Des enveloppes perceptives..., 165 • ...Aux enveloppes représentées, 166</i>	
36. Synthèse	167
Tiphany Vennat	

SEPTIÈME PARTIE

L'ATTENTION CONJOINTE

37. Vignette	171
Sylvie Gadesaude	
38. Inventer et tisser à deux	173
Sylvie Gadesaude	
Fondements théoriques	174
À la recherche de l'attention conjointe avec Hugo	175
<i>Un objet à partager par le jeu, 175 • Une histoire à tisser, 176</i>	
39. À propos de l'attention conjointe	179
Bernard Meurin	
Attention conjointe : De quoi s'agit-il ?	179
Attention conjointe et imitation	181
Attention conjointe et autisme	182
Conclusion	182
40. L'attention conjointe, une fonction cognitive qui convoque l'autre ?	183
Julie Lobbé	
Analyse psychomotrice	183
<i>Lien avec le développement du langage verbal, 184 • L'attention conjointe dans l'autisme, 185</i>	
Propositions thérapeutiques	185
<i>Le jeu, 186 • La communication concrète, 186</i>	
Conclusion	187
41. Hugo et l'autre : deux mondes disjoints	189
Tiphany Vennat	
La quête du partage	189
Le travail de l'attention en psychomotricité	190
Vers une attention conjointe	191
<i>De la solitude du symptôme au conjoint de la relation thérapeutique, 191</i>	
<i>• L'ailleurs partagé de la danse, 191</i>	
Conclusion	192

42. Synthèse	193
Sylvie Gadesaude	

DISCUSSIONS FINALES

<i>CONCLUSION PAR BERNARD MEURIN</i>	197
De la psychanalyse à la phénoménologie	197
De la phénoménologie à l'approche sensori-motrice	198
De l'approche sensori-motrice à Spinoza	198
Bilan : Le travail d'écriture	199
<i>CONCLUSION PAR JULIE LOBBÉ</i>	201
Des constats	201
<i>Une histoire, 201 • Le contexte français, 202 • Un débat et de réelles différences, 203</i>	
Des méthodes	203
<i>L'intégration sensorielle, 203 • Le programme TEACCH, 204</i>	
Les limites de la psychanalyse et de l'éducation structurée	205
<i>La psychanalyse, 205 • L'éducation structurée, 207 • Les atouts de la psychanalyse et de l'éducation structurée, 207</i>	
Des expériences	209
<i>Les analyses des co-auteurs, 209 • C'est quoi la psychomotricité ?, 209 • C'est quoi l'autisme ?, 210 • Un futur, 210</i>	
Bilan	212
<i>CONCLUSION PAR TIPHANIE VENNAT</i>	215
Comment je conçois l'autisme : mes modes d'approche	215
<i>Dans la gangue, il y a des pépites, 215 • La question de l'autre, 215 • Le travail des restes, 216 • Une question de vie ou de mort, 217 • La question sensible du référentiel théorique, 218</i>	
Ce que la pratique de la danse contemporaine enseigne à la pratique psychomotrice auprès d'enfants autistes	220
<i>L'épure, 220 • La polymorphie des corps, 221 • Le sol, 221 • Le principe chorégraphique de la répétition, 224 • L'improvisation et la composition, 224</i>	

Le mot en psychomotricité	225
<i>CONCLUSION PAR SYLVIE GADESAUDE</i>	227
Une approche développementale commune entre psychomotricité et autisme	227
<i>Une approche épistémologique commune, 227 • Le processus maturationnel de de Ajurriaguerra (1980) et le processus autistique d'Hochmann (2007), 228 • Une approche psycho-pathologique pour rendre compte de dysfonctionnements dont l'expression est corporelle ou relationnelle., 229</i>	
Une réalité clinique : il n'y a pas un mais des enfants autistes (Golse, 2013)	229
Jouer avec les enfants autistes, un travail d'incarnation	234
Bilan	237
<i>CONCLUSION PAR ÉRIC W. PIREYRE</i>	239
L'engagement corporel du psychomotricien	239
L'importance du dialogue tonico-émotionnel (DTE)	242
Le triptyque sensations-émotions-représentations	243
Le développement psychomoteur	244
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	249

Liste des auteurs

Ouvrage dirigé par :

Éric W. PIREYRE

Psychomotricien clinicien. Il a exercé en services de pédiatrie et néonatalogie. Son exercice professionnel est désormais consacré à la pédopsychiatrie. Il est formé au bilan sensori-moteur A. Bullinger. Il enseigne la psychomotricité à l'ISRP Paris, dans les IFP de la Pitié-Salpêtrière, Lille, Mulhouse et Rouen. Il a publié plusieurs ouvrages et préside l'Association Française de Thérapie Psychomotrice.

Avec la participation de :

Sylvie GADESAUDE

Psychomotricienne. Elle exerce maintenant en cabinet libéral après avoir travaillé en Externat Médico-Pédagogique. Elle a obtenu un Diplôme Universitaire de psychopathologie des troubles des apprentissages à l'Université Paris VI Pitié-Salpêtrière. Lauréate du prix Michel Sapir en 2013, elle enseigne la psychomotricité à l'ISRP Paris.

Julie LOBBÉ

Psychomotricienne. Elle a exercé en cabinet libéral, en EHPAD et en SESSAD-Autisme à Paris, parallèlement à des activités de formation à l'Institut Supérieur

de Rééducation Psychomotrice (Paris). Elle s'oriente ensuite vers la pédagogie et devient cadre de santé-formateur puis directrice pédagogique de l'Institut Inter Régional de Psychomotricité de Mulhouse.

Bernard MEURIN

Psychomotricien au CHRU de Lille dans le service de pédopsychiatrie. Après avoir exercé en CMP, il rejoint l'Unité d'Évaluation Diagnostique en lien avec le Centre Ressources Autismes « ex Nord-Pas de Calais », d'abord auprès d'enfants puis également d'adultes. Il est chargé de cours dans plusieurs Instituts de Formation en Psychomotricité à Lille et à Paris. Formé au bilan sensori-moteur André Bullinger, il intègre l'équipe pédagogique au Bilan Sensori-moteur au sein de l'Institut de Formation André Bullinger (IFAB). Il est aujourd'hui coordinateur de la formation lilloise. Il s'oriente progressivement vers la réflexion éthique et obtient un Master II de philosophie dans la spécialité « éthique du vivant » à l'université Charles De Gaulle. Il intègre alors la commission consultative de l'Espace Ethique du CHRU de Lille. Aujourd'hui il poursuit ses études de philosophie en cycle doctoral à l'université Paris I Panthéon-Sorbonne sous la direction du Professeur Jean-François Braunstein. Il a participé à plusieurs publications collectives dont : *La théorie spinoziste et ses usages actuels* (sous la dir. de C. Jaquet), *Le Corps sans limites* (sous la dir. de A. Cambier), *L'enfant autiste et son corps* (sous la dir. de F. Joly) ainsi que *La psychomotricité entre psychanalyse et neurosciences* (sous la dir. de N. Girardier).

Tiphanie VENNAT

Psychomotricienne et danseuse. Elle a obtenu un Master International en Psychomotricité et s'intéresse à la question de la douleur en danse dans une perspective phénoménologique. Lauréate d'une bourse du Ministère de la Culture (dispositif ARPD du Centre national de la danse), elle réaffirme la pertinence du travail psychomoteur en ce domaine. Elle travaille aujourd'hui en Externat Médico-Pédagogique et dans une unité de soin pour enfants souffrant de pathologies neurologiques acquises. Elle enseigne la pratique de la danse comme médiation psychomotrice à l'ISRP Paris. Elle publie régulièrement dans la revue *Évolutions Psychomotrices* et a récemment participé à la rédaction du *Manuel d'enseignement de la psychomotricité*.

Avant-propos

LE CAS D'ALI

Ali a huit ans. Il participe très volontiers à sa prise en charge psychomotrice avec moi. Depuis plus d'un an, il montre son intérêt pour ce rendez-vous hebdomadaire. S'il est sensible à mes propositions, il lui arrive fréquemment de faire preuve d'initiative. Ce jour-là, il s'assoit d'emblée sur une chaise placée perpendiculairement au bureau. Comme il ne s'exprime pas verbalement, je me mets à sa disposition pour un temps d'échange par la médiation corporelle. Ce que nous, les psychomotriciens, appelons le dialogue tonique. Je suis donc en face de lui, assis moi aussi sur une chaise. Je sais que son mode de communication favori, en séance, implique ses mains. Je lui tends donc les miennes dans une invitation au contact. Ali accepte mon geste et pose ses mains sur les miennes. Dès lors, je décide de mettre en place les conditions d'une écoute « psychomotrice » : attentif à ses réactions affectives, à ses émotions (car je le sais parfois en difficulté de régulation en ce domaine) et aux miennes, à nos perceptions, à nos échanges possibles de regard et à toute manifestation de son comportement qui signifierait un inconfort ou une demande d'arrêt de cet échange.

Le dos de ses mains est posé au creux des miennes. Je guette les variations toniques possibles car elles signifieraient une modulation de la communication. Une envie ou une initiative.

Je fais le choix de ramener ses deux mains l'une contre l'autre entre les deux miennes. Ma proposition est acceptée. Je suis soulagé car j'ai eu l'impression d'avoir pris un risque.

D'ailleurs, je sens les mains d'Ali se détendre entre les miennes. Ses avant-bras s'affaiblissent légèrement et son souffle change. Là, je suis très étonné car Ali respire d'habitude très mal. Il garde constamment un gros volume d'air dans ses poumons, n'utilisant que quelques productions sonores et inexpressives pour évacuer une courte expiration.

Il se détend. Moi aussi.

Je prends un peu d'assurance et commence à imprimer un léger mouvement de nos quatre bras. Un balancement rythmique latéral. D'abord d'amplitude faible puis allant en s'accroissant.

Les bras d'Ali suivent ma proposition. Ses jambes qui se balançaient encore il y a quelques instants s'immobilisent... J'accrois encore le mouvement avec l'idée de nous décoller tous les deux de la chaise et de passer en position debout. Sa respiration restant calme et un sourire apparaissant, je mets à exécution mon projet.

Nous nous levons ensemble. Reliés par nos mains, nous faisons quelques pas ensemble. Tout le corps d'Ali me dit son acquiescement. La communication entre lui et moi s'avère excellente. Je m'enhardis et le fais monter sur le plateau de bois que j'avais préalablement disposé dans la salle. Face à la fois au miroir et au ventilateur en fonctionnement. De la sorte, je table sur un ensemble de sollicitations sensori-motrices synchrones et acceptables pour Ali : un ressenti proprioceptif et vestibulaire par les sauts que je vais l'encourager à expérimenter sur le plateau, l'air du ventilateur sur sa peau et son reflet dans le miroir (car je sais que cette proposition lui a déjà convenu par le passé). Je compte beaucoup également sur ma présence bienveillante et un contact corporel constamment à l'écoute de mon patient.

Comme prévu, il se met à sauter à pieds joints. Puis à rire. Les vibrations du plateau sont fortes et jouent leur rôle vestibulaire. Je prends la parole :

« Oh, Ali, comme tu sautes haut ! Tu as l'air de bien t'amuser ! Continue, je suis avec toi. »

Poursuivant son activité, Ali module par moments. Il varie son orientation sur le plateau, expérimente donc le souffle de l'air sur d'autres endroits de son corps et perd un peu le contact visuel avec le miroir. Il éprouve de fortes perceptions et je lui témoigne de ce qu'il vit. De la sorte, des liens peuvent se créer entre les perceptions et la communication avec une autre personne. Ainsi va le développement psychomoteur classique...

Il prend des initiatives. Ses mains toujours dans les miennes, je me contente de le suivre dans ses envies. Nous sommes toujours dans un vrai moment de communication. Je ressens dans mon corps et mon esprit notre présence commune. De l'attention conjointe.

Tout à coup, il se met à tourner sur lui-même et lève les bras. Je vais devoir m'adapter car la situation ne permet pas de maintenir tel quel le contact. Je décide de lâcher brièvement ses mains pour les placer au-dessus des siennes. La paume de mes mains touche le bout de ses doigts tendus. Je ne tourne pas mais lui si. Il vire autour de son axe corporel. Il prend conscience de la sorte d'une partie de son corps. Je prends la

décision de parler à Ali de ce qu'il est apparemment en train de vivre. Mon objectif est d'inscrire par la parole ce ressenti dans l'esprit de l'enfant :

« Tu tournes autour de toi-même ! Ça fait comme une ligne ! »

À la fin de la séance, Ali partira content et droit comme un i.

L'équipe soignante remarquera la démarche légèrement modifiée d'Ali et la lui verbalisera à son tour.

Cette séquence, banale en psychomotricité, est très révélatrice d'une certaine approche de l'enfant avec autisme. Puisque tel est le thème de notre ouvrage commun, j'ai trouvé intéressant de commencer par une illustration clinique. Avant de vous proposer d'autres aspects de notre métier. Le soin psychomoteur en est un.

LES CONCEPTS DU SOIN PSYCHOMOTEUR

Détailler mes intentions et mes projets pour Ali, dans cet épisode clinique, pourrait nous conduire à réfléchir à la nature du fonctionnement sensoriel de l'enfant avec autisme, du dialogue tonico-émotionnel, de la disponibilité psychocorporelle empathique du psychomotricien, de la prise de conscience et de l'image du corps et de la notion de soin.

Car je suis tout entier impliqué dans cet échange relationnel, corporel et psychique avec Ali. Mon tonus s'adapte à l'enfant. Mes émotions participent de la situation. Je propose mais il dispose. Cette fois-là, je l'accompagne vers la découverte de son axe. J'interviens donc sur la construction de l'image du corps de cet enfant. Car l'axe du corps est la représentation psychique de la colonne vertébrale. Et c'est ma présence psychique et corporelle qui assure cette « transformation ».

Voilà l'idée de cet ouvrage collectif. Montrer ce que des psychomotriciens peuvent proposer comme travail auprès d'enfants et d'adolescents avec autisme. Notre profession fournit pour cela les efforts nécessaires pour que les interventions psychomotrices s'accordent aux modalités recommandées pour la prise en charge des enfants et adolescents avec autisme. Voyons ce que dit la réglementation en vigueur en ce domaine.

LES PSYCHOMOTRICIENS ET LES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE LA SANTÉ

En 2012, la HAS a publié, en matière d'autisme, un texte important qui donne des directions fortes. En résumé, voici celles qui concernent les psychomotriciens :

- L'autisme se caractérise par des perturbations des interactions sociales réciproques, des communications et comportements à caractère restreint, répétitif et stéréotypé.
- Le projet proposé à l'enfant et à sa famille doit être personnalisé, les soins visent à favoriser l'épanouissement personnel, la participation à la vie sociale, l'autonomie et la qualité de vie.
- Les parents sont associés à la prise en charge éducative mais aussi thérapeutique s'ils le souhaitent.
- Les interventions des professionnels visent à améliorer la communication, le langage, les interactions sociales et les domaines (...) sensoriel, moteur, émotionnel et le comportement.
- Des stratégies intégrées sont utilisées pour prévenir ou réduire la fréquence ou les conséquences des comportements problématiques et pour limiter les risques de sur- ou sous-stimulation.
- Il est important de prendre en compte les goûts et les centres d'intérêt des patients, de faciliter l'expression de leurs choix et préférences, de prendre en compte l'expression verbale ou non verbale de l'adhésion ou de l'opposition de l'enfant/adolescent. Et d'être attentif aux signaux donnés par l'enfant, d'y être réceptif et réactif et de partir dans la mesure du possible des activités, désirs et intentions de l'enfant lui-même plutôt que de systématiquement imposer par l'apprentissage d'un comportement décidé a priori sans observation préalable de la personnalité de l'enfant ou sans chercher à saisir les occasions de coopération ou de coordination avec lui.
- Il est recommandé d'écouter à tout moment le patient, de l'associer à sa prise en charge, de l'observer en continu dans tous les moments de sa vie (dans le cas d'un lieu de vie), de procéder à des évaluations de la communication non verbale, des émotions (reconnaissance et expression), de l'attention conjointe, de l'imitation, de la fréquence d'initiation de la communication, de la mémoire, de l'attention et de la représentation de l'espace et du temps.
- Il est important de repérer des réponses inhabituelles à certaines expériences sensorielles tactiles, proprioceptives, auditives, visuelles ou gustatives et de

porter attention aux acquisitions motrices globales, fines et visuo-manuelles, à la régulation du tonus et au schéma corporel (connaissance du corps).

- Mener des actions directes auprès de l'enfant ou de l'adolescent, faire connaître les particularités de leur fonctionnement aux personnes qui s'occupent d'eux, proposer un cadre relationnel sécurisant, recourir à des interventions précoces, globales et coordonnées et utiliser des réponses variées permet de concourir au bien-être et à l'épanouissement personnel du patient.

Les prises en charge psychomotrices sont donc recommandées par la HAS. Les interventions peuvent être thérapeutiques et concerner des fonctions ne se développant pas spontanément (ex : attention, fonctions sensorielles et motrices, langage, mémoire, reconnaissance et gestion des émotions etc.). Le développement de la communication nécessite qu'une relation individuelle s'établisse progressivement par l'attention et la disponibilité que l'adulte témoigne à l'enfant/adolescent, à partir de ses centres d'intérêt. Elle doit, le cas échéant, être accompagnée d'outils de communication alternative, type PECS ou autres.

Il y a par ailleurs « accord d'experts » pour les approches qui permettent d'expérimenter des situations de partage, tour de rôle, attention à l'autre [...], prises en compte des pensées et intentions de l'autre afin d'aider l'enfant à anticiper, prévoir, comprendre l'autre, généraliser et apprendre. Une aide thérapeutique est recommandée pour « gérer l'anxiété, l'agressivité, les comportements problèmes, la dépression ».

Le soin psychomoteur est une réponse au handicap autistique. Comment doit-il se positionner ?

AUTISME ET SOIN PSYCHOMOTEUR

À l'heure actuelle, plus personne ne conteste l'origine neurodéveloppementale de l'autisme. La littérature est riche pour soutenir cette hypothèse. Si les débats restent vifs en France entre les différents champs de connaissance et d'accompagnement de ces enfants et adultes handicapés, il est évident que la profession de psychomotricien a un rôle très important à tenir. Mais si elle est existentiellement plurielle, elle doit constamment s'adapter aux évolutions des connaissances et des pratiques. Née de la neurologie, de la psychiatrie, de la pédagogie et de la psychologie, elle ne peut renier ses origines. Il lui est structurellement impossible de « s'affilier » à la théorie dominante du moment, quelle qu'elle soit.

Ni d'utiliser quelque technique que ce soit dans un but autre que psychomoteur. Ce faisant, elle serait en danger de mort.

Par conséquent, les psychomotriciens doivent être et sont divers. Et c'est une bonne chose car toutes sortes de patients, quels qu'ils soient, réclament toutes sortes de psychomotriciens. Pour autant ces derniers gardent entre eux une cohérence dans leurs approches et dans les principes actifs des soins qu'ils proposent. Et aucun type de patient ne peut être accompagné de façon univoque à tout moment de sa vie. Aucune prise en charge ne convient à tous et tous requièrent des approches différentes selon les périodes de leur vie.

C'est aussi le cas des patients avec autisme. En ce domaine, aucune voie d'abord ne peut se dire toute-puissante. Aucun psychomotricien ne peut s'affirmer en capacité d'accompagner favorablement et à coup sûr tous types de patients. Certains patients avec autisme doivent être soignés et tous doivent bénéficier d'un accès au savoir dans la mesure de leurs capacités.

C'est pourquoi il est important d'expliquer comment travaillent des psychomotriciens auprès de leurs patients avec autisme. *Des psychomotriciens et non pas les psychomotriciens.* Les quatre collègues qui se sont donné cette belle mission d'explication et de transparence sont tous très différents dans leur exercice professionnel. S'ils ne représentent pas « la profession de psychomotricien » (mais est-ce possible ?), ils s'appliquent au quotidien à aider leurs patients de toutes leurs forces corporelles et psychiques. Ils s'impliquent personnellement très loin et très profondément avec toute la passion possible. Et leurs résultats sont excellents, on le verra au fil de chacun de leurs textes.

Quant à l'aspect neurodéveloppemental de l'autisme, je souhaite montrer les compétences et les connaissances des psychomotriciens en ce domaine. Si de nombreux collègues savent que les études menant au diplôme d'état durent trois ans, peu en connaissent le contenu. Rares sont ceux qui sont au fait du programme d'études et des niveaux de savoir des professionnels formés actuellement. Particulièrement en neurosciences. J'utiliserai donc ici, en introduction, certaines références pour exposer un pan de notre savoir et pour appuyer notre ouvrage commun. Les données exposées peuvent parfois, mais pas toujours, paraître un peu anciennes mais leur intérêt est de se confirmer les unes les autres.

LES NEUROSCIENCES ET LES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE

Voici une première synthèse proposée par Valeri et Speranza (2009) :

« Les personnes avec autisme présentent une activation anormale du gyrus fusiforme, l'aire cérébrale impliquée lorsque nous regardons un visage [...] Il existe des anomalies structurelles dans les régions cérébrales corrélées avec le système des neurones miroirs, impliqué entre autres dans les mécanismes empathiques [...] Des retards de maturation au niveau des lobes frontaux, des anomalies sérotoninergiques dans le cortex préfrontal, des anomalies dans le cortex préfrontal ainsi que des anomalies dans le cortex orbito-frontal ont été mises en évidence [...] Dans les épreuves de mémoire de travail spatiale, on a mis en évidence une réduction d'activation du cortex préfrontal dorso-médian [...] Les déficits des fonctions exécutives sont en lien avec des anomalies précoces du fonctionnement du lobe temporal médian [...] Les lobes frontaux sont en intégration dysfonctionnelle avec le reste du cerveau. On constate d'ailleurs un retard de maturation postnatale des lobes frontaux et une réduction de la connectivité fonctionnelle des lobes frontaux avec d'autres aires corticales et sous-corticales [...] Les déficits des fonctions exécutives peuvent être considérés comme une explication théorique valide de la symptomatologie autistique [...] On connaît la moindre activation de la région préfrontale médiane chez les patients présentant un syndrome d'Asperger. »

Voici ce que disent Perrin et Maffré (2013) :

« Il existe de nombreux dysfonctionnements cérébraux [...] Le cortex cérébral des personnes avec autisme présente des singularités neuro-anatomo-fonctionnelles [...] On a découvert des anomalies amygdalo-hippocampiques dans le cerveau des sujets avec autisme [...] Il y a un hypodébit métabolique au niveau des lobes préfrontaux [...] Un défaut d'activation métabolique au niveau du gyrus fusiforme et du gyrus temporal supérieur de l'hémisphère gauche est observé [...] Le développement cérébral dans l'autisme semble marqué par une phase initiale de croissance excessive suivie d'un ralentissement relatif [...] On fait des hypothèses à propos d'anomalies de la migration neuronale, du corps calleux, du septum lucidum, de certains ventricules (dilatation)... [...] Il y a chez les personnes avec autisme une augmentation du volume cérébral par rapport aux sujets contrôle (ce phénomène est fonction de l'âge de l'enfant) [...] Il y a une plus grande réduction du volume de la substance grise et de l'épaisseur corticale par rapport aux sujets contrôle après l'âge de 2 à 4 ans. Les variations de volume cérébral ne concernent pas forcément l'ensemble des lobes cérébraux [...] Le volume de la région du cortex cingulaire antérieur, des gyri temporaux supérieur et moyen (perception et analyse des stimuli acoustiques) est modifié [...] Le volume de l'amygdale (avec réduction à un âge plus avancé) augmente précocement [...] On constate un excès de croissance du volume des vermis cérébelleux [...] Il y a une diminution du volume du thalamus (on y voit une absence de progression des connexions cortico-thalamiques) [...] On observe une forte influence de l'activité de l'amygdale (support des émotions) sur le cortex dorso-médian [...] On constate un défaut de spécialisation des aires

impliquées dans le traitement des visages [...] A l'IRM, on cerne des anomalies structurelles et fonctionnelles et une connectivité aberrante entre amygdale, gyrus temporal supérieur, gyrus fusiforme et cortex préfrontal [...] Il y a des modifications de la trajectoire de croissance cérébrale chez les sujets avec autisme, suggérant un trouble précoce du développement. »

L'Inserm, pour sa part, remarque :

« Une diminution de la densité neuronale, de la taille des neurones et de l'arborisation dendritique dans plusieurs structures limbiques du cerveau antérieur (hippocampe, amygdale, septum médian). Une diminution de la taille des cellules granulaires et surtout une diminution du nombre des cellules de Purkinje dans la partie postérieure du cervelet (mais cette recherche repose sur un petit nombre de sujets). »

Rousselle (2009) apporte les précisions suivantes :

« Il y a absence de développement des systèmes inhibiteurs centraux [...] On voit une accumulation anormale de la substance blanche dans le cerveau (très marquée dans le cortex préfrontal). Cela serait dû à un ralentissement de la mort neuronale postnatale [...] La communication entre les structures corticales serait bloquée. »

Enfin, Gepner (2012) constate :

« Un défaut de la migration cellulaire dans l'autisme [...] Des défauts d'expression du récepteur au GABA (entraînant une hyperexcitabilité dans les réseaux neuronaux et un désordre du filtrage des stimuli de l'environnement extérieur mais aussi intrinsèque) ainsi qu'une anomalie de la différenciation et de la migration des neurones [...] La diminution de la mort neuronale et/ou l'augmentation de la prolifération neuronale, la migration cellulaire altérée avec des désordres de la cytoarchitecture corticale et sous-corticale, la réduction de la taille des neurones et la synaptogénèse altérée [...] La sous-connectivité entre les régions antérieures et postérieures du cerveau [...] Les anomalies des voies cérébello-thalamo-corticales au cours de tâches d'apprentissage visuo-moteur ».

On peut synthétiser toutes ces données en suspectant fortement une mauvaise construction du cerveau dans l'autisme. Des anomalies plutôt corticales sont rapportées. Ces anomalies sont peut-être liées à la structure même du cortex mais aussi à une connectivité aberrante entre les différentes zones corticales et entre certaines zones corticales et sous-corticales. Un exemple typique concernerait les relations entre amygdale et cortex. L'hippocampe est une zone corticale habituellement massivement reliée à l'amygdale. Normalement l'hippocampe exerce une fonction inhibitrice sur l'amygdale dont le rôle est de déclencher des réactions rapides face à un danger. Normalement également, l'hippocampe, structure impliquée dans la mémorisation, inhibe ou module l'intervention de l'amygdale en procédant à une comparaison entre le stimulus dangereux actuel et les souvenirs de situations analogues. Si besoin, l'hippocampe inhibe ou diffère