

Sous la direction de
Françoise **GIROMINI**
Jean-Michel **ALBARET**
Philippe **SCIALOM**

Manuel d'enseignement de psychomotricité

3. Clinique et thérapeutiques

Collection
PSYCHOMOTRICITÉ

de boeck  solal

NOTO
VERSION NUMÉRIQUE

Collection Psychomotricité

**MANUEL D'ENSEIGNEMENT
DE PSYCHOMOTRICITÉ**

**Tome 3 –
Clinique et thérapeutiques**

*Sous la direction de Françoise Giromini,
Jean-Michel Albaret et Philippe Scialom*

De Boeck-Solal
4, rue de la Michodière
75002 Paris
Tél. : 01.72.36.41.60

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre
domaine de spécialisation, consultez notre site web :

www.deboeck.fr

© De Boeck Supérieur SA, 2015
Fond Jean-Pâques 4, B1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit.

Imprimé en Belgique

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : mai 2015
ISBN : 978-2-35327-309-6

Les auteurs

Jean-Michel Albaret, psychomotricien, maître de conférences, HDR, université de Toulouse III Paul Sabatier ; directeur de l'IFP de Toulouse.

Éric Aubert, psychomotricien, psychothérapeute CHU de Toulouse ; brevet fédéral d'entraîneur en gymnastique.

Claire Aubigny, psychomotricienne ; enseignante vacataire à l'IFP de Paris, Université Pierre & Marie Curie.

Sophie Bednarek, psychomotricienne, GHU Henri Mondor-Albert Chenevier, Creteil ; enseignante vacataire à l'université Paris Est Créteil.

Aurélié Bernard, psychomotricienne.

Laurent Bonnotte, psychomotricien, enseignant vacataire à l'IFP de Paris.

Jérôme Boutinaud, psychomotricien, psychologue clinicien, maître de conférences, Université Paris V René Descartes.

Isabelle Buissard, psychomotricienne, instructrice de locomotion, chef de service du Service d'inclusion pour enfants aveugles et malvoyants de Paris ; enseignante vacataire à l'IFP de Paris.

Alexandre Constant, psychomotricien, enseignant vacataire à l'IFP de Paris.

Pierre Dalarun, psychomotricien, psychothérapeute, Paris.

Véronique Defiolles-Peltier, enseignante vacataire à l'IFP de Paris et à l'ISRP de Paris et Marseille.

Camille Delahaye, psychomotricienne ; enseignante vacataire à l'IFP de Paris et à l'ISRP de Paris.

Marion Delfaure, psychomotricienne.

Chantal Dutems Carpentier, psychomotricienne, enseignante vacataire à l'IFP de Paris.

Mathilde Etienne, psychomotricienne ; master international en psychomotricité ; enseignante vacataire à l'ISRP de Paris.

Claire Exposito, psychomotricienne, psychothérapeute ; enseignante vacataire à l'IFP de Paris

Géraldine Forest, psychomotricienne, CH de Vienne (38) et CHU de Lyon.

Mathilde Fradet, psychomotricienne ; enseignante vacataire à l'IFP de Paris.

Carol Gay-Brown, psychomotricienne, instructrice de locomotion ; enseignante vacataire à l'IFP de Paris.

Sandra Gaumet, psychomotricienne, GH Pitié-Salpêtrière.

Françoise Giromini, psychomotricienne, diplômée en sciences humaines section philosophie, professeure associée à l'UPMC et directrice de l'IFP de Paris (2001 à 2010) ; enseignante vacataire à l'IFP de Lille et à l'ISRP de Marseille.

Sabrina Guitard, psychomotricienne ; enseignante vacataire à l'IFP de Toulouse.

Adeline Hougron, psychomotricienne.

Déborah Innocent Mutel, psychomotricienne ; formatrice à l'IFP de Toulouse.

Séverine Jacquet, psychomotricienne.

Claire Jutard, psychomotricienne, psychologue, GH Pitié-Salpêtrière ; enseignante vacataire à l'IFP de Paris.

Soline Lecervoisière, psychomotricienne, Centre expérimental orthophonique et pédagogique, Paris.

Mélanie Le Corre, psychomotricienne.

Cindy Le Menn-Tripi, psychomotricienne, CHRU de Tours.

Florence Lequenne, psychomotricienne ; directrice pédagogique de l'IFP de Hyères.

Jean-Philippe Louvel, psychomotricien, enseignant vacataire à l'IFP de Paris.

Jérôme Marquet-Doléac, psychomotricien ; master « Activités physiques adaptées à la prévention et santé publique » ; formateur à l'IFP de Toulouse.

Élodie Martin, psychomotricienne ; master « Recherche en neuropsychologie et neurosciences cliniques » ; formatrice à l'IFP de Toulouse.

Mounia Omrana, psychomotricienne, graphomotricienne ; master international en psychomotricité.

Ariane Périllat-Mercerot, psychomotricienne, MPR adulte neurologie et SSR gérontologie.

Monique Perrier Genas, psychomotricienne, CAMSP de Vienne (38) ; enseignante vacataire à l'IFP de Lyon.

Julien Perrin, psychomotricien, CRA Midi Pyrénées et IME ; enseignant vacataire à l'IFP de Toulouse.

Armand Pijulet, psychomotricien, musicothérapeute, percussionniste, conteur ; enseignant vacataire à l'IFP de Paris.

Geneviève Ponton, psychomotricienne, enseignante vacataire à l'IFP de Paris.

Magalie Ramo, psychomotricienne.

Florence Reinalter Ponsin, psychomotricienne ; master « Responsable d'évaluation, de formation et d'encadrement », enseignante vacataire à l'ISRP de Paris.

Myriam Sadigh, psychomotricienne.

Alexandrine Saint-Cast, psychomotricienne ; docteur en Sciences de l'éducation ; coordinatrice ISRP OIPR.

Philippe Scialom, psychomotricien, psychologue clinicien, psychanalyste membre de la Société de Psychanalyse Freudienne ; enseignant vacataire à l'ISRP de Paris.

Régis Soppelsa, psychomotricien, cadre de santé ; master « Sport, motricité, santé et société » ; formateur à l'IFP de Toulouse.

Marie Warnery, psychomotricienne, psychothérapeute en relaxation statico-dynamique ; enseignante vacataire à la faculté de médecine de Limoges.

Sommaire

Les auteurs.....	III
Introduction.....	1
Chapitre 1. La stimulation psychomotrice du nourrisson.....	5
Chapitre 2. Thérapies psychomotrices et troubles du spectre autistique.....	19
Chapitre 3. Les troubles psychotiques chez l'enfant	45
Chapitre 4. Rééducation des troubles de la coordination dynamique générale	59
Chapitre 5. Trouble de l'acquisition de la coordination	65
Chapitre 6. Rééducation des troubles de la perception temporelle, utilisation des techniques rythmiques	75
Chapitre 7. Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).....	89
Chapitre 8. Trisomie 21 et retards mentaux.....	97
Chapitre 9. L'enfant sourd en psychomotricité : éducation précoce et prise en charge des troubles associés...	107
Chapitre 10. La déficience visuelle.....	123

Chapitre 11. Le polyhandicap	139
Chapitre 12. La douleur en psychomotricité	147
Chapitre 13. Pathologie psychomotrice associée aux troubles anxieux chez l'enfant	169
Chapitre 14. Troubles du comportement alimentaire : anorexie et boulimie.....	183
Chapitre 15. Conduites addictives et toxicomanies	201
Chapitre 16. Conduites addictives et alcoolodépendance.....	217
Chapitre 17. Clinique de l'obésité.....	229
Chapitre 18. La précarité.....	255
Chapitre 19. Pathologie psychomotrice associée aux troubles anxieux chez l'adulte	265
Chapitre 20. Traumatismes crâniens.....	279
Chapitre 21. Accidents vasculaires cérébraux (AVC)	293
Chapitre 22. Maladie de Huntington (MH)	303
Chapitre 23. Sclérose latérale amyotrophique	311
Chapitre 24. La sclérose en plaques	317
Chapitre 25. Prise en charge des symptômes psycho-comportementaux de la démence	341
Chapitre 26. Maintien de la marche et des gestes de la vie quotidienne dans la démence.....	357
Chapitre 27. La maladie de Parkinson.....	375
Chapitre 28. La prévention de la chute	387

Chapitre 29. Les soins palliatifs : accompagnement en fin de vie	405
Conclusion.....	425
Index.....	427
Table des matières	433

Introduction

Séverine Jacquet, Philippe Scialom

Ce tome reflète la très grande variété de la psychomotricité et la richesse du travail des psychomotriciens d'aujourd'hui. Parmi la diversité des nombreux textes qui nous ont été proposés, nous avons choisi de présenter des approches moins connues et novatrices comme les prises en charge dans les prisons ou autour de la précarité, les maladies de civilisation, les toxicomanies, l'anorexie, l'alcoolisme, l'accompagnement en fin de vie et les soins palliatifs, mais aussi des secteurs en plein développement du fait de la demande et des connaissances récemment acquises sur des sujets tels que les pathologies dégénératives, la douleur, l'autisme, etc.

Notre objectif consiste à présenter ici un échantillon assez large de lieux thérapeutiques, de types de patients, de périodes de la vie, de médiations possibles mais aussi de personnalités différentes de psychomotriciens. À partir d'une base commune, ils ont complété et étoffé leur formation personnelle, développé un style, opté pour un courant de pensée ou un autre, étendu et ciblé leurs centres d'intérêt, intériorisé une lecture des symptômes qui leur est propre tout en étant adaptée à des cas singuliers.

Dans cette diversité, nous découvrons à travers chaque article le travail psychocorporel et le raisonnement clinique effectués par chaque psychomotricien depuis la première phase d'accueil du patient, de bilan et de diagnostic, jusqu'à la prise en charge elle-même, en passant par les arguments des choix opérés quant à la médiation, les indications ou les orientations qui peuvent évoluer au fur et à mesure. Ainsi, les grandes lignes sont exposées de façon très complète, incluant un rappel de la sémiologie qui guidera la façon de mener le bilan et associé au choix adapté d'une médiation parmi d'autres possibles. Les paramètres étant multiples à chaque phase de la démarche thérapeutique, le psychomotricien a des décisions à prendre en s'ajustant au patient et au lieu de consultation. Il doit étayer ses décisions sur ses compétences professionnelles et particulières, cela en lien avec les éventuels co-thérapeutes.

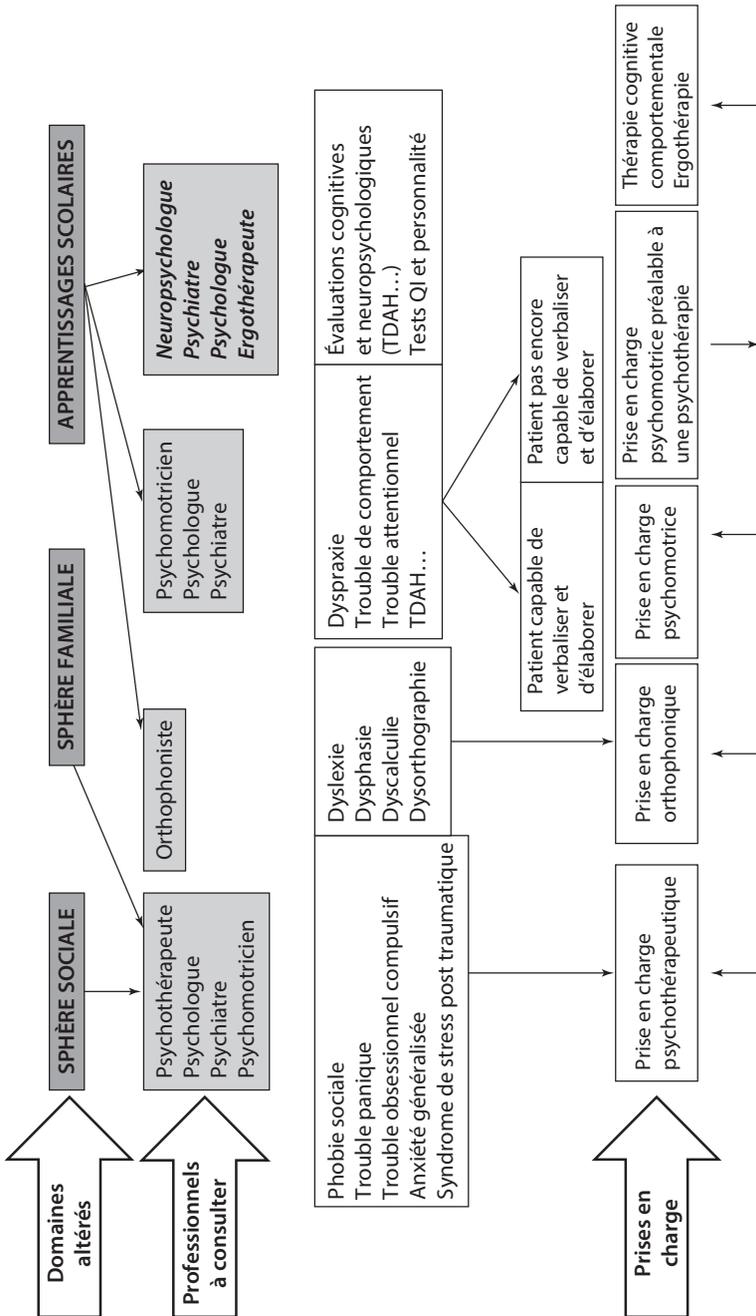


Figure 1. Exemple d'arbre décisionnel pour des troubles anxieux (Séverine Jacquet). En fonction des conclusions des bilans, les prises en charge à mettre en place peuvent être spécifiques ou des co-thérapies complémentaires associées. Les indications peuvent évoluer au cours de la prise en charge selon les étapes et/ou pour ajuster le meilleur angle d'approche thérapeutique adapté à l'évolution du patient et de sa réceptivité.

Nous retrouverons donc à chaque fois la base de la démarche psychomotrice partagée par l'ensemble de la profession. Nous avons schématisé, sur la *figure 1*, les étapes successives qui constituent une arborescence décisionnelle. Ce raisonnement s'applique ici aux pathologies psychomotrices associées aux troubles anxieux chez l'enfant et peut donc se décliner de différentes manières selon les combinaisons des différents contextes cliniques que peut rencontrer chaque psychomotricien. La trame est repérable dans le fil de chacun des textes exposés dans cette partie. Cet ouvrage dégage donc l'essence même de la psychomotricité d'aujourd'hui, riche, variée et spécifique.

Chapitre 1

La stimulation psychomotrice du nourrisson

Monique Perrier-Genas

Pour aborder l'approche psychomotrice du bébé ou du nourrisson, je choisis de parler non pas de stimulation psychomotrice mais d'élan psychomoteur. L'espace de soin en psychomotricité est un espace-temps propice à l'animation du lien parent/enfant, où le cadre posé permet que se déploie un élan du parent vers son bébé et du bébé vers son parent. Cet élan psychomoteur est essentiel pour le développement du bébé et de la parentalité.

Ma pratique auprès de bébés prématurés et de bébés atteints de handicaps plus ou moins sévères m'a amenée à mesurer combien le parent est démuni dans la rencontre avec son enfant. Souvent la séparation précoce mère/bébé a été radicale et très éprouvante pour chacun des protagonistes. L'enfant a parfois eu besoin d'une assistance technique importante ; le pronostic a pu être réservé ; la crainte de séquelles s'est profilée à l'horizon. Et lorsqu'une anomalie ou un handicap est annoncé, au pied du berceau, le handicap « prend toute la place » et « phagocyte » le lien parent/enfant.

L'élan psychomoteur du bébé vers son parent ou du parent vers son bébé peut être entravé, non seulement par la fragilité somatique de l'enfant ou par ses conséquences mais aussi par toutes les émotions difficilement « métabolisables » vécues dans le temps de la naissance.

Aussi les parents ont-ils besoin d'être entourés pour aller à la rencontre de leur bébé, le « sentir » dans tous les sens du terme. Le bébé a besoin du soutien des professionnels pour que son parent puisse être sensibilisé à ses manifestations, parfois tout simplement pour que le parent puisse le regarder, le toucher, entrer en contact avec le bébé qu'il est. En effet, le parent est déstabilisé par ce que renvoie le réel du corps de l'enfant (petit poids, hypotonie sévère,

corps « appareillé », etc.) et par le handicap annoncé. Le vecteur du soin en psychomotricité est le corps de l'enfant, non seulement un corps instrumental, fonctionnel mais un corps de désir, d'émotion et de relation.

Le concept de psychomotricité laisse entrevoir que l'aspect développemental se lie (s'attache) à l'énergie psychique, dans un nouage dont le point de départ n'est autre qu'une rencontre partagée affectivement et émotionnellement entre parent et enfant. Mais la rencontre ne va pas toujours de soi.

L'approche psychomotrice du bébé prématuré présentant une vulnérabilité sur le plan neurologique mais pouvant être indemne de séquelles et l'approche psychomotrice du bébé à terme ayant des atteintes neurologiques ont en commun la nécessité pour le professionnel de prendre soin du lien parent/enfant naissant.

Je choisis donc de parler d'« élan psychomoteur » et de décrire les modalités qui peuvent susciter cet élan chez le parent et le nourrisson. Le terme de « sollicitations » sera employé afin de mettre en valeur la part active du bébé. Je traiterai de manière plus générale du soutien au nourrisson et pas spécifiquement au bébé prématuré, même si je fais quelques remarques à ce propos.

Avant de dégager plus précisément des axes de travail, deux postulats sont à prendre en compte : le bébé est en attente sensorielle, et il est mobilisable psychiquement.

1. Un bébé en attente sensorielle

Le bébé a une première expérience sensorielle *in utero* : les travaux de Luc Marlier (laboratoire d'imagerie et de neurosciences cognitives, CNRS/UAS Strasbourg) mettent cela en évidence de façon tout à fait remarquable. Le développement prénatal des systèmes sensoriels commence par le toucher puis la sensibilité vestibulaire, la gustation, l'olfaction, l'audition, la vision. Quand le bébé naît, il est en attente d'expériences et, peut-être pourrions-nous dire, d'un continuum d'expériences sensorielles (Collet & D'Ercole, 2008). La naissance est un passage, depuis un monde intra-utérin vers un environnement extérieur, qui va lui demander beaucoup d'adaptation. D'un environnement liquide, très contenant, où les sensations lui parviennent de manière filtrée, « tamisée », avec des stimulations faibles et amorties, le bébé se retrouve dans un environnement aérien où il va être exposé, d'une part, à un flot de stimulations beaucoup plus importantes et directes, et aux forces de la gravité d'autre part.

Mais la nature est bien faite : ses systèmes sensoriels, qui se sont mis en place *in utero* à partir de sollicitations mesurées, vont permettre à l'enfant de continuer à construire des repères pour appréhender son nouvel environnement.

2. Un bébé mobilisable psychiquement

À la naissance, le bébé, soumis en quelque sorte à un déferlement sensoriel issu du monde extérieur, ou secondaire à ses perceptions internes, trouve sécurité et rassemblement au creux des bras de son parent. Le parent est un « objet contenant » tel que le définit Albert Ciccone, attracteur des investissements, de l'attention, des éprouvés du bébé (Ciccone, 2011). Le parent qui a investi émotionnellement et affectivement l'enfant donne une forme à ces éprouvés. Le bébé s'appuie sur « l'appareil à penser » de son parent pour s'organiser. La mise en place de la fonction alpha explicitée par Bion, d'une part, et les concepts de *holding* et de *handling* définis par Winnicott, d'autre part, peuvent être considérés comme les ressorts de l'accès à cette intersubjectivité. D'un point de vue psychique, la fonction alpha permet à la mère de prendre en compte les éprouvés émotionnels qui débordent son enfant. Elle les « transforme » (par l'envoi de ses mots, ses sourires, ses vocalises, par sa façon de faire) en de la réassurance et de l'apaisement au bébé. En définissant le *holding*, Winnicott éclaire le lien existant entre le portage physique, dont bénéficie le bébé dans les bras de son parent, et le portage psychique réalisé par celui-ci à son égard. Selon Winnicott, le toucher et les manipulations inhérentes aux soins du bébé (*nursing* ou alimentation, par exemple), sont des « médias » pourvoyeurs d'intense communication entre les partenaires, ce qu'il nomme *handling*.

Dans des situations complexes en périnatalité, ces ressorts que sont la fonction alpha, le *holding* et le *handling* peuvent ne pas fonctionner. Le parent a du mal à s'engager, blessé narcissiquement ou en grand désarroi devant ce qui arrive à son petit bébé. Le nourrisson lui aussi peut avoir moins de moyens pour aller à la rencontre de l'environnement (problème somatique, prématurité, etc.).

3. Des axes de travail

Le bébé a eu des premières expériences *in utero* qui constituent un « terreau » d'où peut naître un élan psychomoteur. Le déploiement de l'élan psychomoteur du bébé à son parent et du parent vers son bébé est renforcé par la qualité d'accompagnement du professionnel.

Trois modalités de travail, véritables catalyseurs pour la création de cet élan psychomoteur, sont à prendre en compte :

- la mise en forme de l'environnement et l'ancrage dans une temporalité ;
- « l'adresse psychomotrice » nécessaire au bébé ;
- le cadre interne de travail du professionnel.

4. La mise en forme de l'environnement et l'ancrage dans une temporalité

4.1. Une mise en forme de l'environnement physique

Le soin en psychomotricité prend en compte la construction du rapport à l'environnement. Le bébé a besoin de s'inscrire dans le monde physique et il a des moyens pour le faire. Les bébés vulnérables sont dans une certaine immaturité d'un point de vue neuro-sensoriel. L'environnement doit pouvoir se moduler aux capacités du bébé et non pas l'inverse. Un premier axe de travail sera donc de concevoir comment l'environnement physique peut être adapté.

Le bébé doit être préservé d'un excès de lumière et de bruit, d'autant qu'il est né loin du terme (à moins de 32 semaines d'aménorrhée, par exemple). En effet, la vision et l'audition sont les derniers systèmes à maturation chez le fœtus, et les premiers sens à être amplement sollicités à la naissance. Dans un service de néonatalogie ou d'hospitalisation pédiatrique, le psychomotricien sera donc, avec l'ensemble de l'équipe, sensible à toutes les pratiques en soin de développement qui protègent le bébé de stimuli visuels ou auditifs trop intenses (Perrier Genas, 2013).

En consultation externe, la salle de psychomotricité se doit d'être un espace accueillant qui se démarque des consultations médicales : un tapis déplié au sol invite à se retrouver dans une rencontre singulière avec l'enfant. Cocons et coussins sont à disposition, offrant différentes installations possibles pour le bébé. De même pour le parent : chaises, poufs, coussins. Une table à langer avec un point d'eau est utile compte tenu des besoins du bébé. Bébé et parents doivent pouvoir se sentir à l'aise.

L'aménagement et la décoration offrent à l'enfant des stimuli variés mais qui sont des sollicitations à sa mesure : tableaux au mur qui présentent des contrastes noir/blanc, mobiles qui donnent accès à la verticalité, etc.

4.2. L'ancrage dans une temporalité

Le temps s'est « arrêté », suite à l'annonce de malformation qui a été faite à la naissance du bébé. La rêverie n'est plus possible à l'endroit du bébé ; l'avenir devient inenvisageable pour les parents. Dans d'autres situations, au contraire, le temps s'est accéléré : la naissance a été synonyme d'urgence, urgence vitale pour le bébé ou sa mère, quelquefois les deux. Un long séjour en néonatalogie a été nécessaire, qui a fait vivre aux parents un sentiment de dépossession vis-à-vis de leur bébé.

Le psychomotricien doit prendre le temps d'accueillir parents et enfant, de laisser se dérouler ce premier temps de rencontre avant toute proposition. Le suivi en psychomotricité est un espace/temps arc-bouté sur un tempo et une rythmicité.

Le tempo prend en compte la réalité émotionnelle de la famille. Fréquemment, le bébé arrive dans un cosy ou dans les bras de son parent. Parfois le bébé dort. Il est nécessaire de prendre le temps de faire connaissance. L'objectif est de soutenir ce que bébé et parents ont pu construire et découvrir ensemble, d'échanger sur ce qui reste difficile. Les événements de la vie du bébé, ce qu'il aime bien, ce qui est compliqué pour lui, sont alors facilement relatés.

Dans un second temps ou lors de la séance suivante, l'installation sur le tapis peut être proposée. La création de repère premier pour chacun est un véritable travail : l'entrée dans la salle, le passage pour le bébé des bras du parent sur le tapis, etc.

Une rythmicité est à construire avec la famille : sur indication médicale, parents et enfant sont reçus en psychomotricité. Dans le cadre de ces séances, parents et bébé expérimentent une façon d'être ensemble. Une régularité de rendez-vous se met en place. Ainsi, ces familles très bousculées dans le temps de la naissance se réinscrivent dans une temporalité.

5. L'adresse psychomotrice nécessaire au bébé

La pratique psychomotrice prend origine, d'une part, dans le sensoriel en restant au plus près des possibilités et des besoins du bébé et, d'autre part, dans cet échange relationnel, émotionnel et affectif essentiel pour lui.

Quatre volets de cette adresse psychomotrice nécessaire au bébé peuvent être détaillés : les mots et la voix ; le travail autour des appuis posturaux ; l'implication dans des sollicitations tactiles, kinesthésiques, vestibulaires ; l'ouverture au jeu.

5.1. Les mots et la voix

Le psychomotricien parle à l'enfant, met des mots sur son vécu. « On dirait qu'il vous écoute » ; « Il y a des ondes positives ici » : la façon de faire du professionnel laisse penser le parent. Souvent les mères (ce sont elles que je reçois le plus fréquemment) sont sans voix, encore sous le choc des émotions liées à la naissance. Le professionnel parle, chante, utilise sa voix en séance. Il souligne aussi l'importance pour le bébé de la voix de sa mère qui est un véritable repère dès la vie utérine. Avant de voir sa mère, le bébé l'entend. Le psychomotricien soutient parfois la mère pour qu'elle s'adresse dans sa langue maternelle à son bébé.

Au travers des mots, de la mélodie ou de la berceuse, l'émotion est palpable. L'univers du bébé s'ouvre. Le bébé cherche alors le regard de l'autre. C'est alors que, souvent, sa mère se risque à l'appeler ou à chantonner.

5.2. Le travail autour des appuis posturaux

Les bébés sont soumis à la pesanteur et certains peuvent avoir besoin de cocon pour être un peu plus « rassemblés » dans leur corps. Le cocon offre un soutien postural intéressant. En effet, il respecte le schéma d'enroulement, l'équilibre des chaînes musculaires antérieures et postérieures ainsi que la posture asymétrique (Bullinger, 2010). Posture qui fait partie du répertoire de base du nouveau-né. Les appuis posturaux que le bébé trouve sur le cocon lui permettent de développer des capacités relationnelles plus importantes. Grâce au cocon (figure 2), le bébé est bien maintenu, avec un rapprochement de ses mains possible vers sa bouche. Il dirige aussi plus facilement son regard. Cette installation permet de repérer avec le parent de quoi l'enfant a besoin : un cocon en prévention de déformations orthopédiques (prévention de la plagiocéphalie, par exemple) ou tout simplement du confort et un apaisement. Le parent constate le mieux-être de son bébé, ce qui ne reste pas sans effet.

Le bébé confortablement installé ne renvoie pas la même image à son parent : la situation devient alors plus propice à l'échange.

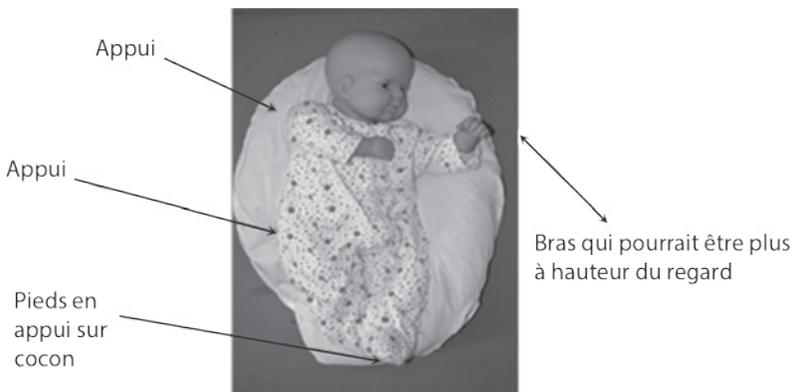


Figure 2. Installation en cocon

5.3. L'implication dans des sollicitations tactiles, kinesthésiques et vestibulaires

La séance de psychomotricité est le lieu d'une rencontre où parent et enfant « se parlent au travers du toucher ».

5.3.1. Du côté du tactile

Guidance dans le toucher

Le psychomotricien encourage le parent à toucher son bébé en précisant que celui-ci préfère de grands mouvements amples faits avec les mains, car les effleurements peuvent le surprendre et générer de l'inconfort.

Sollicitations tactiles douces

Le psychomotricien commence des mobilisations douces et invite ensuite le parent à prendre le relais auprès de son enfant. Les pratiques de stimulation non invasive du transit intestinal chez l'enfant prématuré décrites par Myrtha Martinet sont un très beau modèle de mobilisation, à reprendre et à adapter au besoin (Martinet & Rossi Jelidi, 2012). Le bébé installé à plat dos, avec un soutien permettant une flexion de sa nuque, est sollicité au niveau du bassin. Lorsque le bébé est détendu (nuque souple, dos en flexion, membres en flexion), il suffit de soulever le bassin avec une main – l'autre main est posée (sans appuyer) au-dessus de l'ombilic et la base du thorax de l'enfant. Avec ce soutien, la tonicité du dos diminue et les mouvements des bras et des jambes sont facilités. Puis, avec ces soutiens, proposition est faite d'installer l'enfant en posture asymétrique vers la droite ou la gauche ; de soutenir cette posture pendant 3-4 minutes. La détente ressentie et la motricité spontanée des membres inférieurs de l'enfant peuvent faciliter l'élimination de gaz et de selles.



Figure 3. Sollicitations tactiles douces

Les bébés ressentent un véritable bien-être ; le parent est très fier de soulager ainsi l'inconfort de son enfant. Mouvement d'ouverture et de fermeture du corps : le psychomotricien propose au bébé à plat dos, bras et jambes bien regroupés sur lui (autrement dit en flexion) de se faire « tout petit ».

Il accompagne ensuite les mouvements de l'enfant sans forcer ou contraindre le bébé. Puis en douceur, il entraîne le bébé dans un mouvement d'extension de ses bras et de ses jambes.

Découverte du massage

Des massages en vague peuvent être très appréciés par le bébé qui peut être habillé ou nu (la température ambiante doit être suffisante pour qu'il n'ait pas froid). Avec sa main gauche, le professionnel débute, depuis la joue droite du bébé jusqu'à son pied gauche, un ample mouvement d'enveloppement qui, par de douces pressions, parcourt l'avant du corps du bébé. Le contact visuel et tactile est intense avec l'enfant (*figure 4*). Une mélodie fredonnée accompagne les gestes. C'est seulement quand le professionnel a initié le mouvement avec sa main droite sur la joue gauche de l'enfant qu'il peut retirer sa première main qui tenait encore le pied gauche du bébé. Très vite, le professionnel cède sa place au parent. Et les bébés sont très aidants, font une risette, ce qui permet de souligner le plaisir ressenti par le bébé dans ce contact privilégié avec son parent. Il peut bouger, engageant ainsi les mains parentales à des explorations d'autres parties du corps de l'enfant.



Figure 4. Continuité de contact

5.3.2. Du côté du vestibulaire et du kinesthésique

Le portage

Le psychomotricien porte le bébé avec des portages favorisant la flexion du bassin. Le parent demande parfois à être initié à ces portages ou bien, par imitation, les adopte.



Figure 5. Portage du bébé bien entouré par les bras et le regard maternels



Figure 6. Portage en ouverture : bébé bien tenu



Figure 7. Une autre forme de portage



Figure 8. Des moments de grande intensité

Des expérimentations

Des bercements dans les bras ou dans de petits hamacs improvisés (le parent tenant l'extrémité du hamac face à son enfant) sont proposés.

Ces différentes sollicitations tactiles, kinesthésiques et vestibulaires ont des effets thérapeutiques : amélioration de la stabilité comportementale, éveil de l'activité motrice... mais surtout elles permettent un véritable « portage psychique » entre le parent et son bébé.

5.4. L'ouverture au jeu

Des sollicitations sensorimotrices sont possibles car la proximité tant corporelle qu'émotionnelle est plus grande entre le bébé, le parent et le professionnel.

Jeu de « coucou » : les deux adultes sont installés sur le tapis, d'un côté et de l'autre du bébé. Le professionnel entraîne le bébé à plat dos sur le tapis, à partir d'une légère rotation du bassin, à s'installer sur le côté. Le bébé est ainsi tourné du côté de son parent. Un jeu de « coucou » peut démarrer. Le professionnel « donnant » de la voix au bébé ; le parent faisant écho.

Jeu de ressenti et de retrouvailles : le bébé est installé à plat ventre sur un gros ballon, doux et peu gonflé, le parent accroupi devant le ballon. Le professionnel tient le bébé et bascule légèrement le ballon, avec douceur, en direction du parent. Des retrouvailles s'ensuivent : le visage du parent est très près de celui de l'enfant.

Des premiers jeux faisant appel aux notions de macro-rythmes et de micro-rythmes, qui ont été étudiées par le professeur Marcelli, sont initiés : « la petite bête qui monte », par exemple (Marcelli, 2006).

L'observation attentive des manifestations du bébé conduit le professionnel à s'ajuster aux réactions et émotions de l'enfant comme de son parent. Une aire de jeux s'ouvre ; elle est précieuse. Parfois, les séances de psychomotricité sont le premier lieu où le jeu fait son apparition entre le parent et l'enfant.

6. Le cadre interne de travail du professionnel

Dans les séances, la communication infraverbale du bébé est mise en valeur et reconnue comme une première forme de langage de l'enfant. Par ailleurs, le parent, soutenu par le professionnel, est davantage en mesure de s'aventurer dans un échange qui engage corporellement mais aussi psychiquement chacun des protagonistes.

Afin d'étayer par ses propositions et son écoute le bébé et son parent, le professionnel doit pouvoir se reposer sur des temps d'analyse de la pratique. Ce travail de réflexivité sur le contenu des séances le guide pour être plus à même de s'ajuster à la singularité de chaque rencontre.

6.1. L'histoire de Louna

À la fin de la grossesse de Mme H., une hypotrophie fœtale rattachée dans un premier temps à une insuffisance placentaire est diagnostiquée. L'accouchement est alors déclenché à 36 semaines d'aménorrhée et Louna naît. Elle est transférée dans le service néonatalogie de l'établissement (type 2A) compte tenu de son petit poids de naissance (1,8 kg). Des anomalies neurologiques et une microcéphalie conduisent au diagnostic de l'encéphalopathie à cytomégalo-virus et entraînent une mutation de Louna pour un traitement antiviral sur un établissement de type 3 (Amiel-Tison & Gosselin, 2010). Louna reste hospitalisée deux mois. Dans le cadre de la pédopsychiatrie de liaison et à la demande du médecin pédiatre, je reçois Louna et ses parents en consultation externe. Nous nous connaissons déjà car je les avais saluées, elle et sa maman, lors de son court passage en néonatalogie.

Louna a trois mois. Elle a un retard staturo-pondéral (avec microcéphalie) et une hypertonie généralisée (poings fermés, bras fléchis ou éventuellement en chandelier dans la position allongée, membres inférieurs plutôt en extension avec peu de mouvements spontanés). Sa gesticulation est très pauvre.

6.2. Déroulement du suivi

À notre première rencontre officielle, toute la famille est là : Louna avec ses deux parents et son grand frère Lucas, âgé de deux ans et demi. Louna, dans les bras de sa mère, pleure et Lucas cherche de mille façons à calmer sa sœur. Ses essais, empreints de maladresse, sont touchants. Mme et M. H. relatent le parcours de leur petite fille. Puis, sa tête mieux calée contre le bras maternel, Louna finit par s'apaiser. Je chante et sa maman la berce tout doucement. Je la félicite pour la position qu'elle a trouvée pour calmer leur enfant car le portage de Louna n'est pas aisé. Nous convenons de rendez-vous réguliers.

Le suivi en psychomotricité de Louna permet dans un premier temps de ne pas laisser Mme et M. H. seuls, sous le choc de l'annonce du handicap important qui leur a été faite. Les médecins leur ont laissé peu d'espoir quant aux capacités motrices, auditives et visuelles de Louna. L'inscription au CAMSP est envisagée à moyen terme. En amont, le suivi en psychomotricité à l'hôpital donne un premier appui à cette famille. Ainsi Mme et M. H. cheminent avec leur petit bébé, sans être trop rapidement inscrits dans une structure spécialisée.

Les séances ouvrent une aire de jeu où Louna peut, bien installée sur le tapis, dans un cocon, expérimenter le plaisir qu'il peut y avoir à être touché et massé. Le positionnement en flexion favorisé par le cocon aide Louna à se détendre. Les trémulations de sa jambe gauche s'apaisent. Les propositions de jeux demandant des postures et des positionnements différents nous obligent à oser tenter ensemble des installations nouvelles et Louna passe des bras de sa mère aux miens. Ces expérimentations ont pour effet une ouverture de leur corps à corps : Mme H. s'adresse de plus en plus en face à face à sa petite fille. Et Louna est réactive. Elle est certaines fois très disponible et profite des petits mouvements d'ouverture et de fermeture du corps dans lesquels nous l'entraînons. Un éclat de rire et des vocalises traduisent sa participation active à l'échange. Bien que très démunie d'un point de vue neuromoteur, Louna emploie pleinement les moyens qui sont les siens. La médiation de la psychomotricité lui offre des expériences pour faire des tentatives et construire des repères. Bien sûr, les expériences sont à sa mesure et se répètent. Au fil du temps, elle peut par son sourire ou ses mimiques dire sa satisfaction ou son refus.

Lorsqu'elle atteint l'âge de 8 mois, l'inscription au CAMSP est effective. Mme et M. H. ont besoin de temps pour faire « alliance » avec les différents intervenants de la structure. Je soutiens le travail de mes collègues, notamment l'intervention de la kinésithérapeute, essentielle compte tenu de la spasticité de Louna.

Les sollicitations en psychomotricité sont des expériences sensorimotrices et sensoritoniques de base qui permettent à Louna, au-delà de ses atteintes neurologiques, de découvrir le mouvement et de s'éveiller. À 15 mois, elle a

toujours une tenue de tête très défaillante. Toutefois, allongée sur le tapis, elle se retrouve sur le côté en activant elle-même une bascule du bassin très légèrement initiée par un geste de ma part. Ce nouveau positionnement lui permet de taper avec son poing sur le tambourin posé près d'elle. Mme H. arrive à s'émerveiller des conquêtes de sa petite fille. Louna, dont le retard staturopondéral reste important, est moins figée dans son corps. Elle cherche autant que faire se peut à coordonner ses mains en direction de l'arche du tapis d'éveil. Désormais, elle peut porter le poing à la bouche.

Les manifestations de Louna traduisent son intentionnalité. Elle peut pleurer : soit par lassitude soit par déception de ne pas être arrivée à saisir un objet, par exemple. Je lui dis que je comprends sa colère. Mme H. est alors très pensive et triste. Louna anticipe aussi en fermant les yeux lorsque je l'installe sous un mobile. Bien que gênée par un strabisme, elle regarde et mène une poursuite oculaire de plus en plus précise.

Les séances de psychomotricité sont un espace-temps où les manifestations de Louna sont décryptées et où elle nous montre qu'elle avance dans la construction de son rapport au monde. À partir de ses sensations, de ses perceptions, de la qualité de sa relation avec son parent et avec le professionnel, cette petite fille construit son intelligence.

Une grande confiance s'est établie entre nous trois. Mme H., par ses attitudes, laisse percevoir ses « coups de cafard ». Elle m'interroge quelquefois sur l'avenir de sa petite fille. Je soutiens que Louna a du désir pour ce qui l'entoure et que cela est précieux.

Le suivi de Louna se termine alors pour ce qui me concerne ; il se poursuivra sur le CAMSP. Lors de notre dernière séance, Mme H. souhaite faire une photo de la salle en installant Louna sur le tapis et m'invite à me mettre aux côtés de sa petite fille.

Conclusion

L'élan psychomoteur entre un parent envers son bébé et un bébé envers son parent est essentiel. À travers cet élan psychomoteur, l'enfant construit son rapport à son propre corps et au monde environnant. Par ces échanges qui puisent leur origine dans le sensoriel, le tonique, le moteur, tout cela étant combiné et empreint d'affectivité et d'émotion, enfant et parent se découvrent. La parentalité se déploie et le petit bébé peut devenir sujet, sujet de son histoire avec ses « possibles » et ses « manques ». La psychomotricité est, me semble-t-il, très adaptée pour soutenir parents et enfant dans cette aventure humaine.

Références bibliographiques

- Amiel-Tison, C., & Gosselin, J. (2010). *Pathologie neurologique périnatale et ses conséquences*. Paris : Elsevier Masson.
- Bullinger, A. (2010). *Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars*. Toulouse : Erès.
- Ciccione, A. (2011). *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Paris : Dunod.
- D'Ercole, C., & Collet, M. (2008). *Périnatalogie*. Paris : Arnette.
- Marcelli, D. (2006). *La surprise, chatouille de l'âme*. Paris : Albin Michel.
- Mattei, J.-F. (2013). De l'homme et son ADN. *Archives de Pédiatrie*, 20(3), 223-231.
- Perrier Genas, M. (2013). Réflexion sur les soins de développement. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 175, 4-44.

Photos réalisées avec l'aimable participation de Sabrina Fischer.

Chapitre 2

Thérapies psychomotrices et troubles du spectre autistique

Séverine Jacquet, Claire Jutard,
Cindy Le Menn-Tripi, Julien Perrin

La classification internationale des maladies (CIM-10 [OMS, 1993]) définit les troubles envahissants du développement (TED) comme un « groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif ».

La CIM-10 distingue, selon une approche catégorielle, huit formes de TED, dont l'autisme. On assiste néanmoins à une évolution des approches nosologiques (Maffre, 2013). Le DSM-5 (APA, 2013) adopte ainsi une approche dimensionnelle et regroupe les différentes catégories de TED au sein d'une même entité appelée « troubles du spectre autistique » (TSA) qui s'étend le long d'un continuum en fonction de l'intensité des symptômes présentés. Les TED et les TSA recouvrent la même réalité clinique. Néanmoins, l'approche dimensionnelle qui est non exclusive permet notamment d'envisager la possibilité de comorbidité avec d'autres troubles neuro-développementaux tels que le TDAH¹, les TSLO² ou les TAC³. Cependant, la CIM-10 reste actuellement la classification de référence. Tout diagnostic faisant appel à une autre classification (DSM [APA], CFTMEA [Misès, 1987]) doit donc être associé à sa correspondance dans la CIM-10.

¹ TDAH : trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (F90)

² TSLO : trouble spécifique du langage oral (F80)

³ TAC : trouble d'acquisition des coordinations (F82)

L'autisme altère précocement le développement de l'enfant et persiste jusqu'à l'âge adulte tout en évoluant dans son expression (notions de transformation développementale). Le taux de prévalence des TED est estimé à 0,6 %-0,7 % et 0,1 %-0,2 % pour l'autisme, ce qui représente statistiquement pour l'année 2012 en France environ 5 000 nouveaux cas de TED, dont près de 1 500 d'autisme.

L'étiologie de ces troubles reste à ce jour mal connue et elle est probablement multifactorielle (HAS, 2010). Le *sex-ratio* (quatre garçons pour une fille), le taux de concordance chez les jumeaux monozygotes (90 %) ou le risque de récurrence élevé (de cinquante à cent fois plus que dans la population générale) suggèrent une forte contribution génétique. À ce jour, les caractéristiques psychologiques des parents ne peuvent être retenues comme des facteurs causaux de l'autisme. De même, il n'y a pas de lien entre l'autisme et la maladie cœliaque secondaire à une intolérance au gluten ou à la vaccination (ROR).

L'autisme altère le fonctionnement de la personne dans l'ensemble de ses dimensions (sociale, communicationnelle, cognitive, sensorielle, motrice ou encore émotionnelle). Cette atteinte qualitative dite envahissante est extrêmement variable d'un individu à l'autre selon l'intensité de la symptomatologie et la présence ou non de troubles associés (déficience intellectuelle, épilepsie, troubles psychiatriques, etc.). À ces facteurs propres à l'individu, s'ajoutent des facteurs exogènes qui conditionnent également l'évolution de ces troubles au cours de la vie. Parmi ceux-ci, la réalisation d'un diagnostic précoce et la mise en œuvre d'une intervention adaptée sont déterminantes.

1. Généralités sur les interventions : une évaluation diagnostique et fonctionnelle

En l'absence de marqueurs biologiques, l'approche diagnostique est essentiellement clinique (HAS, 2005). Elle associe une démarche de diagnostic nosologique (visant le repérage des particularités de la personne dans les domaines des interactions, de la communication et des intérêts, et l'identification d'éventuelles pathologies associées ou d'éléments étiologiques à l'aide d'examens complémentaires de la vision, de l'audition, et de consultations neurologiques et génétiques) et une démarche d'évaluation fonctionnelle (visant à apprécier les niveaux de fonctionnement de la personne).

Le diagnostic d'autisme ou de TED est formulé sur la base d'observations pluridisciplinaires de professionnels expérimentés complétant les observations parentales. Pour ce faire, et quel que soit l'âge, l'utilisation d'outils standardisés et validés associée au jugement clinique est recommandée. On distingue notamment les outils suivants.

L'ADI-R (*Autism Diagnosis Interview revised* [Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994]) : guide d'entretien semi-structuré avec les parents d'environ deux heures s'intéressant à la description des comportements actuels et à ceux présentés vers l'âge de 4-5 ans dans les trois domaines où la CIM-10 décrit des perturbations.

L'ADOS-G (*The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* [Lord *et al.*, 1989]) : outil d'observation en semi-structuré d'une durée de 30 à 45 minutes composé de quatre modules correspondant à différents niveaux de développement langagier. Il s'intéresse à l'observation de la triade symptomatique.

CARS (*Childhood Autism Rating Scale* [Schopler *et al.*, 1980]) : échelle diagnostique permettant d'apprécier l'intensité des troubles autistiques en s'intéressant à l'observation de quatorze domaines habituellement perturbés dans les TSA.

La cotation de ces différents outils permet l'obtention de scores qui, comparés à des notes seuils, permettent de situer ou non la personne dans les TED ou l'autisme. En raison de leurs bonnes validités et qualités métriques, l'ADI et l'ADOS constituent des « *gold standards* » dont l'utilisation requiert néanmoins une formation spécifique. Leur utilisation combinée est particulièrement recommandée. L'usage de la vidéo est également reconnu comme un outil intéressant pour la discussion clinique et pour rapporter les observations aux parents.

L'évaluation fonctionnelle permet de dresser le profil de développement de la personne dans différents domaines (cognitif, communication, psychomoteur, autonomie). Pour certains domaines, l'adaptation des procédures ou tests habituellement utilisés est nécessaire en fonction des particularités comportementales présentées par les personnes avec TSA. Certains outils sont néanmoins particulièrement adaptés aux TSA.

PEP-3 (Profil psycho-éducatif 3^e édition [Schopler *et al.*, 2008]) : test permettant de mesurer des niveaux de développement et des émergences situés entre 2 et 7 ans dans différents domaines (cognition verbale et préverbale, langage expressif, langage réceptif, motricité fine, motricité globale, imitation visuo-motrice) et de préciser les caractéristiques comportementales (expression affective, réciprocité sociale, comportements moteurs et verbaux).

TTAP (*Teach Transition Assessment Profile* [Schopler *et al.*, 2013]) : outil spécifiquement dédié aux adolescents et adultes permettant de mettre en évidence les aptitudes de la personne ainsi que ses émergences dans six domaines fonctionnels (aptitude professionnelle, comportement professionnel, autonomie, aptitude à organiser ses loisirs, communication fonctionnelle, relation interpersonnelle).

VABS (*Vineland Adaptive Behavior Scale* [Sparow *et al.*, 1984]) : entretien semi-structuré permettant de mesurer les comportements socio-adaptatifs

dans les domaines de la socialisation, de la communication, de l'autonomie et de la motricité.

Le diagnostic d'autisme peut être porté à partir de l'âge de 3 ans et, dans un certain nombre de cas, à partir de 2 ans. En dessous de cet âge, la fiabilité diagnostique n'est pas établie. La formulation d'un diagnostic précoce revêt divers intérêts. Elle permet tout d'abord de limiter l'errance et le stress des familles tout en permettant l'accès à l'information et à des conseils pratiques. Elle favorise également la mise en œuvre d'interventions précoces déterminantes pour l'évolution de l'enfant et permet la prise en charge des troubles associés. Elle limite enfin le risque de survenue de sur-handicap (troubles du comportement). D'autre part, chez les adultes étant parvenus à une certaine intégration sociale, la formulation d'un diagnostic peut permettre de mieux comprendre les difficultés rencontrées dans le quotidien et durant l'enfance. Concernant les personnes adultes plus lourdement atteintes, l'identification d'un TSA ou les requalifications diagnostiques peuvent permettre aux professionnels et établissements concernés d'appréhender différemment leurs comportements, d'élaborer des projets personnalisés et des services plus spécifiques, et d'orienter différemment la dynamique institutionnelle (en termes de plan de formation, d'inscription dans un réseau spécifique, etc.). L'évaluation diagnostique et fonctionnelle connaît, dans le même temps, un certain nombre de limites. Aussi précise soit-elle, cette évaluation ne constitue qu'une photographie obtenue à un moment donné et ne présume en rien des évolutions de la personne. Par ailleurs, les niveaux de fonctionnement mesurés doivent être considérés avec précaution et envisagés comme des indicateurs de tendances obtenus dans un contexte particulier. Pour finir, quel que soit l'âge, la démarche diagnostique permet d'envisager une meilleure adaptation de la personne à l'environnement comme de l'environnement aux besoins spécifiques de la personne.

La HAS (2012) propose que cette démarche diagnostique soit réalisée par une équipe pluridisciplinaire spécialisée (CAMPS, CMP, équipe pluridisciplinaire de proximité) et coordonnée dans un délai ne dépassant pas trois mois après la consultation ayant suspecté un TED. Le recours aux unités d'évaluation des Centres de ressources autisme (CRA) ne devrait intervenir que pour les cas dits complexes (au regard du profil clinique ou de la situation de la personne et de sa famille [cf. troisième plan autisme]). Les résultats de cette évaluation doivent être transmis aux parents au cours d'une rencontre et par écrit de façon claire. Ils doivent également être partagés avec les équipes engagées dans le suivi afin de permettre une adaptation des prises en charge sans pour autant en constituer un préalable indispensable. Il est recommandé de réaliser ces évaluations diagnostiques et fonctionnelles tous les deux ans entre 2 et 6 ans, puis aux âges et situations de transitions. Parallèlement, il est recommandé aux équipes engagées dans le suivi de réaliser une évaluation fonctionnelle annuelle afin de réactualiser le projet personnalisé d'intervention (PPI).

2. Projet personnalisé d'intervention (PPI) global, coordonné et pensé en collaboration avec la famille

Afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes avec TSA, les projets d'intervention qui leur sont proposés doivent être :

- personnalisés - en raison de la variabilité interindividuelle des profils cliniques, les interventions doivent tenir compte du profil particulier de la personne avec TSA (intensité des symptômes, profil développemental) et de sa singularité (centres d'intérêt) ;
- globaux - en raison du caractère envahissant des troubles et de l'hétérogénéité de développement des personnes avec TSA, les interventions doivent soutenir la personne dans différentes dimensions (HAS, 2012, p. 40) ;
- coordonnés - la pluralité des interventions ne doit pas aboutir à une juxtaposition des actions thérapeutiques ; aussi, le projet vise le partage des objectifs et des stratégies par l'ensemble des intervenants (libéraux au sein de réseaux, services ou établissements sanitaires ou médico-sociaux).

Le PPI doit préciser les objectifs fonctionnels à atteindre dans chacun des domaines ciblés à l'issue de l'évaluation, les moyens proposés pour les atteindre (type d'activité, technique), les professionnels compétents pour les mettre en œuvre ainsi que les échéances de réévaluation des objectifs. Les objectifs thérapeutiques doivent être choisis et classés par ordre de priorité en fonction des résultats obtenus lors des évaluations et des attentes formulées par la personne et son entourage en termes d'aide dans la vie quotidienne, scolaire/professionnelle, sociale et affective. Cette co-construction favorise une adhésion au projet et les échanges entre tous les acteurs de l'intervention (ANESM, 2010). Ce projet doit également être réactualisé régulièrement en fonction de l'évolution de la personne. Il peut s'appuyer sur diverses approches globales recommandées au sein desquelles le psychomotricien a toute sa place.

3. Place du psychomotricien dans les interventions globales recommandées

Les interventions globales (à la différence des interventions juxtaposées) ont pour objectifs de soutenir l'ensemble du développement de la personne avec autisme et de l'aider à acquérir des comportements adaptés dans tous ses lieux de vie. Ces approches globales d'orientation développementale, éducative et

comportementale ne doivent pas être exclusives mais doivent être, bien au contraire, complémentaires. De plus, au sein de ces interventions globales peuvent être inclus des temps d'intervention spécifique ciblés sur des fonctions particulières du développement, notamment la motricité, la sensorialité et le schéma corporel pour le travail en psychomotricité. Afin de maintenir un projet cohérent et individualisé centré sur la personne présentant un TSA, il est important que tous les intervenants soient formés aux interventions globales dont elle bénéficie. La structuration de l'environnement (organisation spatio-temporelle claire et visuelle, source de stimulation limitée), la collaboration étroite avec la famille, et la généralisation des compétences sont des points communs nécessaires à l'optimisation des interventions.

3.1. Interventions développementales

3.1.1. Le modèle de Denver et le programme Early Start Denver Model : une approche fondée sur la psychologie du développement

Ce programme d'intervention, conçu pour les très jeunes enfants d'âge préscolaire (à partir de 12 mois) suspectés de présenter un TSA, a été élaboré par les équipes de Rogers et de Dawson (Dawson, 2009 ; Rogers & Dawson, 2013). Son fondement théorique est basé sur le modèle du développement du jeune enfant émergeant de la relation sociale décrit par Stern. L'intervention est centrée sur le jeu et l'établissement d'une relation positive avec l'enfant afin de développer la motivation sociale (l'intérêt pour l'environnement social) (Rogé, 2010). Une évaluation régulière du développement permet de faire évoluer les objectifs. Dans un milieu social organisé et routinier, ce programme utilise des stratégies d'apprentissage comportementales (comme la méthode de l'*Applied Behavior Analysis* : ABA) et exerce de façon spécifique les comportements sociaux (l'imitation, le partage émotionnel et l'attention conjointe). Ce programme développemental individualisé met l'accent sur la pluridisciplinarité : psychologue, éducateur, orthophoniste, psychomotricien travaillent de concert (Rogé, 2013). La famille, formée et accompagnée par des thérapeutes, est également actrice dans l'élaboration des objectifs et dans le traitement de leur enfant. Une intervention quotidienne comprenant au minimum vingt heures d'activités sociales par semaine est indispensable pour obtenir un maximum de progrès.

3.1.2. La thérapie d'échange et de développement : une approche intégrative fondée sur les fonctions neurophysiologiques du développement

Cette thérapie, décrite pour la première fois en 1978, a été créée au centre de Pédopsychiatrie du CHRU de Tours par le Pr Lelord et le Pr Barthélémy avec

leur équipe (Barthélémy, 1995). C'est une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale qui réunit l'enfant présentant un TSA et son thérapeute autour de séquences de jeux dans un climat de réussite (Bataille, 2010). Cette thérapie repose sur des bases neurophysiologiques du développement de l'enfant et plus particulièrement du développement de la réciprocité sociale (Bonnet-Brilhault, 2012). Le TSA « prendrait ses racines dans des anomalies très précoces du fonctionnement des réseaux neuronaux complexes dits du "cerveau social" qui sous-tendent des fonctions essentielles dédiées à la perception d'autrui et aux ajustements sociaux réciproques » (Barthélémy, 2013). Afin de favoriser l'éveil de la curiosité physiologique naturelle de l'enfant vers le milieu social, l'environnement doit être adapté. Ainsi, trois règles d'or sont définies afin que le thérapeute place l'enfant dans des conditions environnementales optimales pour interagir : la sérénité (lieu calme et décor épuré, avec des sollicitations claires et simplifiées), la disponibilité (guidance continue de l'attention de l'enfant dans un but d'échange) et la réciprocité (toute ébauche de geste ou de parole venant de l'enfant et dirigée vers autrui est étayée par le thérapeute dans un but de synchronisation des échanges). En intégrant l'observation de l'enfant dans ses différents lieux de vie, les évaluations pluridisciplinaires régulières (psychologique, orthophonique, psychomotrice, Échelle des comportements autistiques révisée : ECA-R [Lelord & Barthélémy, 2003], Échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme : ADOS [Lord *et al.*, 1989]) et les échanges avec la famille, des fonctions du développement sont ciblées afin de répondre aux besoins individuels de l'enfant. Treize fonctions sont décrites : attention, perception, association, intention, tonus, motricité, imitation, émotion, instinct, contact, communication, régulation, cognition. Pour permettre la généralisation des acquisitions réalisées en thérapie d'échange et de développement, d'autres situations d'interaction en petit groupe appliquent les mêmes principes (Le Menn-Tripi, 2013).

3.1.3. Place de la psychomotricité dans les interventions développementales

Le travail du psychomotricien prend son essence dans la dynamique du développement global de la personne, et plus spécifiquement dans le développement de la sensorialité, de la motricité, du schéma corporel et de la motricité sociale (imitation gestuelle, communication non verbale, coopération motrice, etc.). En ce sens, la psychomotricité a toute sa place dans ces interventions globales fondées sur le développement particulier de la personne présentant un TSA. De plus, lorsqu'une intervention spécifique en psychomotricité est envisagée auprès d'une personne présentant un TSA, il est nécessaire que le psychomotricien ait acquis une bonne connaissance des interventions globales et

qu'il soit en lien avec l'ensemble des intervenants (thérapeutes, famille) afin de conserver un projet individualisé cohérent.

3.2. Interventions psycho-éducatives

3.2.1. *Traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication – TEACCH (Treatment and Education for Autistic and related Communication Handicapped Children)*

Ce programme d'éducation structurée, développé par Schopler et Reichler dans les années 1960 à l'université de Caroline du Nord, repose principalement sur les recherches en psychologie de l'apprentissage (avec notamment les théories cognitivo-comportementales) et en psychologie du développement. Cette intervention propose un accompagnement de la personne présentant un TSA tout au long de la vie, en collaboration étroite avec son environnement naturel allant d'un apprentissage individualisé pour les plus jeunes à une assistance à l'autonomie pour les adultes comme le « *job coaching* » sur le lieu de travail. Ce programme est né du constat suivant : les capacités d'apprentissage des personnes avec un TSA sont plus élevées dans le cadre d'un enseignement structuré (structuration du temps, de l'espace, des interactions sociales), alors qu'au contraire, elles tendent à diminuer dans un environnement non structuré. Des repères concrets, une prévisibilité dans le temps et des aides visuelles permettent à la personne présentant un TSA d'être moins anxieuse, d'organiser ses comportements, de mieux comprendre son environnement matériel et social, et d'interagir avec lui. Une évaluation développementale préliminaire et le recensement des observations de la famille dans la vie quotidienne permettent de construire un programme d'enseignement individualisé. La famille constitue un partenaire incontournable des professionnels. Des outils d'évaluation du développement (existant en version française) ont été créés afin d'élaborer un programme individuel ciblé sur les capacités en émergence (c'est-à-dire en cours d'acquisition) : PEP-3 (Profil psychoéducatif version 3, pour les enfants), AAPEP (Profil psychoéducatif pour adolescents et adultes) et TTAP (*Teacch Transition Assessment Profile*), [Magerotte, 2010 ; Schopler, 2013]. L'intervention repose essentiellement sur l'organisation de l'environnement et la mise en place de séances psychoéducatives en individuel focalisées sur les compétences en cours d'acquisition. Les notions de renforcement des comportements et de généralisation des compétences sont également incluses dans ce programme.

3.2.2. *Analyse appliquée du comportement- ABA (Applied Behavior Analysis)*

Cette méthode initiée par Ole Ivar Lovaas, docteur en psychologie à l'université de Californie, a été décrite dans les années 1960. Elle est basée

principalement sur les recherches en psychologie de l'apprentissage et plus spécifiquement sur le conditionnement opérant décrit par Skinner. Elle cible son intervention sur des comportements « clés » pour la personne présentant un TSA, qui contribueront à son intégration dans la société : faire apparaître des comportements favorisant le développement, réduire ou faire disparaître des comportements considérés comme « inadaptés ». Les comportements observables et mesurables sont analysés en prenant en compte (Magerotte, 2010) :

- les conséquences du comportement, ce qui se produit juste après le comportement (y a-t-il un processus de renforcement positif ou négatif de ce comportement qui en augmente ou qui en diminue la probabilité d'apparition ?) ;
- les antécédents précédant le comportement, ce qui se produit avant le comportement (y a-t-il un ou plusieurs événements externes ou internes à la personne qui participera(en)t à l'apparition de ce comportement ?).

Cette analyse du comportement permet de poser des hypothèses fonctionnelles et ainsi de choisir des stratégies individualisées d'intervention qui sont réévaluées régulièrement. La construction du projet se réalise en étroite collaboration avec l'entourage. Les types de renforcements sont choisis avec la famille. Ils peuvent être primaires (répond à un besoin physiologique), secondaires (objet apprécié) ou sociaux (chatouille, sourire). De façon progressive, les renforçateurs sont diminués et orientés vers des renforçateurs sociaux. L'application cohérente du projet nécessite que tous les intervenants en soient informés (comportements ciblés, aménagements du contexte et renforçateurs à apporter). La formation de la famille à cette méthode est fortement recommandée afin de favoriser la généralisation des acquis au contexte naturel. Lovaas préconise une durée de sollicitation intensive de 40 heures par semaine en associant des temps d'apprentissage en condition structurée et dirigée, à des temps d'apprentissage en milieu écologique (habillement, repas, loisirs) [Miquel-Grenier, 2013].

3.2.3. *Place de la psychomotricité dans les interventions psychoéducatives*

Pour conserver une bonne cohérence dans le projet global, la connaissance (théorique et pratique) de ces interventions psychoéducatives est nécessaire lorsque le psychomotricien travaille avec une personne présentant un TSA. De plus, certains principes permettent d'optimiser l'intervention en psychomotricité comme la structuration visuelle du temps et de l'espace, ou encore la mise en place de stratégies d'apprentissage (Miquel-Grenier, 2013). Pour chaque personne, il est nécessaire d'individualiser et de faire évoluer la structuration du milieu en fonction de ses capacités de compréhension et de ses

besoins, mais aussi d'homogénéiser dans les différents lieux de vie les moyens de structuration et de communication (maison, école, loisir, travail, institution sanitaire et/ou médico-sociale, intervention spécifique). Nous pouvons tout de même citer quelques exemples d'organisation spatio-temporelle fréquemment retrouvés lors d'une intervention spécifique en psychomotricité : mettre en place un emploi du temps visuel séquençant les moments forts de la séance, installer des routines de travail, placer des cerceaux au sol afin de visualiser la place de chacun lors d'un jeu dynamique partagé, donner une fonction à chaque lieu (le banc pour retirer et mettre ses chaussures, la table pour les activités de manipulation manuelle). Du fait de la présence d'un trouble du langage et de la communication chez les personnes présentant un TSA, l'adaptation des modalités de consigne s'avère nécessaire (Le Menn, 2009) : préférer les supports visuels et exagérer les communications non verbales, simplifier les messages verbaux en allant à l'essentiel, accompagner le geste de la personne. L'analyse clinique des comportements et l'utilisation des renforcements peuvent être aussi des outils intéressants dans la pratique du psychomotricien. La généralisation des compétences acquises au cours des interventions spécifiques en psychomotricité et les échanges réguliers avec la famille doivent être également des préoccupations constantes du psychomotricien (Miquel-Grenier, 2013).

3.3. Interventions globales actuellement non recommandées

Les recommandations de l'HAS (2012) mettent en garde au sujet de différentes interventions en raison de « l'absence de données sur leur efficacité, le caractère exclusif de leur application et leur absence de fondement théorique » :

- programme Son Rise[®] ;
- méthode des 3 i ;
- méthode Feuerstein ;
- méthode Padovan ou réorganisation neurofonctionnelle ;
- méthode Floortime ou Greenspan, en tant que méthode exclusive ; cette pratique peut être proposée au sein d'un projet d'interventions coordonnées ;
- méthode Doman-Delacato ;
- recours au mélange gazeux dioxyde de carbone-oxygène associé à une des méthodes précédentes.

4. Interventions spécifiques recommandées non psychomotrices

En parallèle et complémentaires aux approches dites globales, diverses thérapies spécifiques sont recommandées (HAS, 2012). Ces interventions focalisées visent l'amélioration d'un domaine précis du fonctionnement de la personne avec TSA.

4.1. Interventions relatives au domaine de la communication et du langage

Ces interventions vont favoriser le développement de la communication non verbale (regard, pointage, attention conjointe, imitation, etc.) et du langage oral (tant au niveau de l'expression que de la compréhension). Les orthophonistes sont les professionnels garants de la mise en œuvre et de la généralisation dans les différents lieux de vie des objectifs et des moyens dans ce domaine.

Afin de favoriser la communication expressive, l'introduction des moyens augmentatifs de communication comme le Makaton (Grove & Walker, 1980) ou le PECS (*Picture Exchange Communication System* [Frost & Bondy, 2002]) sont recommandés dès le plus jeune âge, de même que la formation des parents à l'utilisation de ces outils. Chez la personne présentant un bon niveau de langage oral, il est également important de favoriser le développement des habiletés pragmatiques (usage social du langage). Sur le plan réceptif (compréhension), le recours aux supports visuels (sous la forme d'objets, de photos, ou de pictogrammes) est également encouragé. Les recommandations HAS précisent qu'il ne faut pas exclure d'enseigner l'écrit lorsque l'enfant de 6 ans ou plus ne parle pas. La communication facilitée n'est en revanche pas recommandée chez les enfants avec TED.

La HAS (2012) précise que tout PPI doit comporter des objectifs dans ce domaine y compris chez des personnes n'ayant pas développé de langage. Les moyens mis en œuvre peuvent prendre la forme de séance d'orthophonie dont la fréquence doit être appréciée au cas par cas. Toutefois, chez l'enfant de moins de 6 ans ne s'exprimant pas encore oralement ou ayant un très faible lexique, une fréquence de 2 à 4 fois par semaine est recommandée afin de favoriser l'émergence d'un langage oral ou de tout autre moyen de communication.

4.2. Interventions relatives à la gestion des comportements problématiques

En raison de leurs difficultés de communication et de leurs particularités de fonctionnement (rigidité, trouble du traitement sensoriel), les personnes avec TSA présentent fréquemment des troubles du comportement.

La HAS (2012) précise que tout PPI doit comporter des actions visant la prévention et, le cas échéant, la réduction ou la gestion des comportements problématiques. Parmi les interventions préventives pouvant être proposées, on distingue la mise en place d'un système de communication augmentée, l'adaptation de l'environnement (structuration spatio-temporelle), et l'anticipation des situations problématiques. En cas de trouble du comportement, il est conseillé de rechercher d'éventuelles causes somatiques (douleur) et de procéder à une analyse fonctionnelle de ces comportements (contextes d'apparition et de maintien, fonction des comportements). Si nécessaire, il est recommandé de promouvoir l'apprentissage de comportements adaptés en vue de réduire la fréquence ou l'intensité des comportements problématiques à l'aide de techniques comportementales voire de traitement médicamenteux si ceux-ci génèrent une gêne intense et durable et compromettent l'intégration sociale de la personne. Le recours aux lieux « calme-retrait » ou d'apaisement doit rester une action d'exception selon une procédure prédéterminée. En dehors du domaine de la recherche clinique tel que défini par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP, 2010), la pratique du packing n'est pas recommandée.

4.3. Autres interventions spécifiques

S'agissant des enfants et des adolescents, la HAS (2012) propose un ensemble de recommandations pour les interventions concernant les domaines des interactions, des émotions, du fonctionnement cognitif, de la sexualité, de la santé somatique, des apprentissages scolaires et préprofessionnels, des activités quotidiennes et de l'environnement matériel. Nous renvoyons le lecteur à ces recommandations pour obtenir de plus amples informations.

5. La psychomotricité, un cadre d'intervention spécifique

5.1. Évaluation psychomotrice

L'évaluation psychomotrice peut se situer dans deux cadres d'intervention différents et revêt alors des objectifs sensiblement distincts. Elle peut tout d'abord se situer dans une phase dite de diagnostic et concerner aussi bien

de jeunes enfants (primo-diagnostique) que des adultes (requalification diagnostique). L'évaluation psychomotrice associe dans ce cas une démarche de repérage des signes spécifiques d'autisme (évaluation diagnostique) et une démarche d'évaluation des niveaux de développement de la personne sur le plan psychomoteur (évaluation fonctionnelle). Elle contribue également à la mise en évidence d'éventuelles comorbidités neuro-développementales (TAC, TDAH). Ce type d'évaluation requiert une très bonne connaissance des caractéristiques cliniques de l'autisme et de leur variabilité dans les domaines des interactions, de la communication et des intérêts.

L'évaluation psychomotrice peut également se situer en cours de suivi et s'adresse alors à l'ensemble des personnes avec TSA bénéficiant d'interventions spécialisées. L'objectif essentiel est alors de contribuer à l'élaboration et à l'évolution d'un PPI en justifiant ou non l'indication d'un suivi en psychomotricité et/ou en mesurant les effets des thérapeutiques sur le plan psychomoteur. Pour cela, le bilan doit permettre de situer les niveaux de fonctionnement de la personne dans les domaines psychomoteurs au regard de son âge chronologique (pour identifier un retard) et de son niveau de fonctionnement cognitif non verbal pour identifier, en cas d'hétérogénéité des performances, un trouble psychomoteur. Parallèlement, il est utile d'observer les stratégies d'adaptation ou de compensation spontanément mises en œuvre par la personne et de recueillir les stratégies d'aides les plus pertinentes (verbale, gestuelle, visuelle, physique). Une fois ces données obtenues, la mise en perspective avec les autres données développementales ou les précédentes évaluations permet de discuter de la pertinence d'un suivi en psychomotricité et d'en préciser le contenu. À distance, elle contribue également à objectiver les évolutions de la symptomatologie autistique. Ce type d'évaluation implique une bonne connaissance des outils standardisés et des adaptations devant être mises en œuvre afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes avec TSA (Perrin & Laranjeira, 2009).

Quel que soit le cadre dans le quel elle se situe, l'évaluation psychomotrice s'appuie néanmoins sur certains principes fondamentaux. Tout d'abord, celle-ci s'intègre toujours dans une démarche pluridisciplinaire afin de tenir compte de l'hétérogénéité développementale des personnes rencontrées. À l'instar de ces autres évaluations, le bilan psychomoteur est également réalisé en lien étroit avec l'entourage de la personne, que ce soit dans le recueil des attentes et des observations du quotidien ou dans la restitution des résultats obtenus. Ensuite, l'évaluation psychomotrice ne vise pas uniquement l'évaluation des compétences de la personne mais doit aussi permettre d'apprécier l'usage que la personne en fait tant sur le plan fonctionnel que relationnel. Par conséquent, les tests standardisés et/ou les mises en situation sont proposés dans un contexte ludique propice aux échanges et aux plaisirs partagés et laissent aussi la place à l'expression de la spontanéité. S'agissant des outils d'évaluation, il n'y a pas de tests psychomoteurs spécifiques aux personnes

avec TSA. Le psychomotricien doit donc utiliser les tests habituels et proposer des aménagements individualisés afin de garantir une bonne compréhension et une bonne participation de la personne évaluée (Le Menn-Tripi, 2013 ; Pourrageau & Perrin, 2013). L'utilisation de supports visuels de communication ou la mise à disposition dans le temps du bilan des moyens augmentatifs de communication habituellement utilisés par la personne (par exemple, classeur PECS) en sont une illustration.

5.2. Indications de suivi en psychomotricité

L'analyse des résultats du bilan psychomoteur associée aux données recueillies dans le quotidien de façon directe (observations) ou indirecte (auprès de l'entourage ; familial, éducatif, pédagogique) permet d'identifier des domaines de fonctionnement déficitaires et la désadaptation qu'ils occasionnent. Elle permet également de justifier ou non d'une indication de suivi en psychomotricité. De manière générale et sans être exhaustif, on peut distinguer deux types d'indication en fonction des cibles d'intervention.

5.2.1. Intervention psychomotrice portant essentiellement sur des compétences focalisées ou spécifiques

Il s'agit d'intervention visant la rééducation d'altérations (retards ou troubles) dans des domaines précis du développement psychomoteur (par exemple : trouble praxique, sensoriel, visuoconstructif, des fonctions exécutives, difficulté de repérage spatio-temporel, représentation corporelle, signes d'anxiété, etc.). Dans ce cas, la spécificité de l'intervention psychomotrice tient aux domaines qui sont abordés. Ces domaines peuvent, par exemple, être abordés à travers des mises en situation perceptivo-motrices, des techniques de remédiation cognitive, des techniques spécifiques (relaxation) ou à travers des activités médiatisées (cirque, piscine, cheval...).

5.2.2. Intervention psychomotrice portant essentiellement sur des compétences transversales

Il s'agit d'intervention visant la rééducation d'altérations de compétences transversales relatives au domaine de la communication sociale qui sont spécifiquement atteintes dans les TSA. Elles comprennent les compétences « socles » de la communication non verbale (regard, attention conjointe et pointage, tour de rôle, imitation) auxquelles on peut ajouter les notions d'intérêt porté à autrui et de coopération, les notions d'activités symboliques (jeu de faire semblant) (Perrin, 2011) ou les notions d'habiletés sociales (Andanson *et al.*, 2012). Dans ce cas, la spécificité de l'intervention psychomotrice se définit davantage par

les moyens utilisés par le psychomotricien. Il peut s'agir d'activités sensorimotrices, de méthodes dites expressives (mime, danse, musique), ou d'activités médiatisées (activité physique adaptée, nouvelle technologie, etc.).

Il est entendu que les compétences focalisées et transversales sont étroitement liées et interdépendantes. La prise en charge d'un trouble moteur peut, par exemple, faire appel à des compétences d'imitation, de même que la stimulation des compétences de jeu peut faire appel à des compétences motrices. Par ailleurs, ces deux types d'indication ne sont pas exclusifs l'un de l'autre. Ils coexistent bien souvent chez une même personne avec TSA et peuvent donner lieu à une intervention unique aux axes thérapeutiques complémentaires. Néanmoins, la « précision des objectifs » qu'implique l'intervention psychomotrice auprès de personne avec TSA conduit généralement à choisir un type d'indication en fonction notamment de l'âge de la personne. Chez le très jeune enfant (en dessous de 4 ans), il est ainsi recommandé de donner priorité à la stimulation des compétences de communication sociale (attention conjointe, imitation) et en matière de jeux ludiques. Ces dernières constituent en effet des facteurs prédictifs des capacités de communication ultérieures (Toth *et al.*, 2006). Selon le profil de l'enfant, il sera ensuite pertinent d'y associer ou d'évoluer vers une intervention psychomotrice plus focalisée et ce jusqu'à l'âge adulte.

Différents cadres d'intervention (individuel/groupe) peuvent également être envisagés. Il est ainsi habituellement recommandé de privilégier tout d'abord les interventions individualisées. Ces dernières constituent en effet un cadre d'intervention contrôlé et sécurisant favorable à la mobilisation de la personne avec autisme. Dans la mesure où elles impliquent une contrainte relationnelle supplémentaire, les interventions groupales peuvent être envisagées dans un second temps afin de favoriser la généralisation des compétences apprises (Bruandet, 2013). Par exemple, dans la perspective de favoriser l'intégration sociale d'un enfant, il pourra être pertinent de lui enseigner en individuel le tour de rôle avant de l'utiliser en groupe puis en situation écologique (par exemple, lors des parcours psychomoteurs réalisés à la maternelle). Dans le cadre des TSA, il est nécessaire de disposer d'un taux d'encadrement suffisant et adapté au profil des personnes afin de faciliter la gestion des comportements problématiques et de garantir le maintien d'objectifs thérapeutiques individualisés.

5.3. Choix, formulation et mise en œuvre des objectifs thérapeutiques en psychomotricité

Dans le cadre spécifique des TSA, l'objectif de l'intervention psychomotrice est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de la personne et de son entourage en favorisant, d'une part, l'adaptation de la personne à son environnement et, d'autre part, en aidant à réduire l'expression de la symptomatologie autistique. Pour ce faire, il est nécessaire d'associer une démarche

développementale (qui vise à réduire l'écart à la norme ou à homogénéiser les compétences psychomotrices) et une démarche comportementale (qui vise à l'apprentissage de stratégies palliatives et à la diminution des comportements problématiques).

5.3.1. Formulation des objectifs thérapeutiques

Dans tous les cas, une formulation opérationnelle des objectifs thérapeutiques apparaît essentielle (Montreuil & Magerotte, 1994). Il s'agit de décrire le comportement attendu en termes observable et mesurable afin d'apprécier plus finement l'évolution de l'enfant et de dynamiser un suivi qui s'inscrit généralement dans la durée. Les objectifs thérapeutiques généraux tels que « développer les compétences motrices » devront donc être déclinés en objectifs plus précis tels qu'« apprendre à sauter à la corde ». Ces activités seront ensuite déclinées en compétences abordées tout d'abord de façon isolée (enchaîner des sauts pieds joints, faire tourner une corde, maintenir un rythme régulier, etc.) puis progressivement combinées dans des situations plus ou moins proches de la tâche finale visée selon les capacités de transfert de la personne. Cette démarche implique également de préciser les conditions de réalisation du comportement visé (lieu, type d'aide, matériel utilisé) et les critères de réussite (à partir desquels on considère la compétence comme acquise).

Une des principales difficultés dans la prise en charge des personnes avec autisme, notamment lorsqu'elles présentent une déficience associée, est la multiplicité des objectifs thérapeutiques envisageables. Afin de garantir l'efficacité de l'intervention et de ne pas mettre la personne avec autisme en difficulté, il est préférable de hiérarchiser les priorités. De manière générale, ce sont les observations du quotidien en termes de besoins et d'impacts des troubles qui doivent guider le thérapeute dans le choix de ses objectifs (fonctionnalité des apprentissages). Pour un adulte avec autisme vivant dans un dispositif institutionnel, il sera sans doute plus pertinent de privilégier les compétences psychomotrices lui permettant d'apprendre à s'habiller seul plutôt que de centrer la thérapie autour d'objectifs visant le développement de compétences isolées comme l'attention ou l'écriture. De même, la présence de comorbidités éventuelles (TAC ou TDAH) conditionne les décisions thérapeutiques en termes d'objectifs et de moyens (Soppelsa *et al.*, 2009). En effet, les synergies qu'entretiennent les troubles conduisent à un développement singulier qui appelle à des innovations thérapeutiques. Ainsi, dans le cadre d'un TSA avec TDAH, l'association d'une thérapie médicamenteuse spécifique aux habituelles stratégies psychoéducatives peut être envisagée tout en sachant qu'elle semble dans ce cas moins efficace que dans le cas d'un TSAH isolé (Antshel *et al.*, 2013). Par ailleurs, il est probable que cette association implique de choisir en première intention la

gestion de l'hyperactivité, de l'impulsivité et de l'inattention tout en adaptant les stratégies rééducatives classiques aux spécificités autistiques.

5.3.2. Formulation des moyens thérapeutiques

Le choix des moyens thérapeutiques (activités et stratégies) découle de l'analyse du profil et des modalités de fonctionnement de l'enfant. Dans une perspective d'apprentissage, il est ainsi judicieux de s'appuyer sur ses points forts et sur ses intérêts afin de développer les compétences plus fragiles. Ainsi, afin de stimuler les comportements de pointage proto-déclaratif chez un jeune enfant avec TSA, il peut être pertinent de s'appuyer sur ses bonnes compétences perceptives visuelles et son attrait pour les puzzles, en disséminant par exemple les pièces de part et d'autre de la salle (en prenant soin de les mettre hors de portée) et en le guidant vers le comportement attendu (pointage associé au regard vers l'interlocuteur). Il est néanmoins essentiel de veiller à se situer dans une zone d'apprentissage dite « proximale » (Vigotsky, 1997), à savoir entre les compétences acquises et émergentes, afin de garantir l'adhésion et la réussite de l'enfant. En revanche, lorsque l'on se situe dans une perspective d'autonomisation, il est préférable de choisir des activités mobilisant des compétences acquises. De la même façon, il est préférable de stimuler les compétences sociales d'une personne à partir d'une activité qu'elle maîtrise et apprécie afin de ne pas la mettre en difficulté.

5.3.3. Vers une généralisation des apprentissages

La mise en œuvre des objectifs et des moyens thérapeutiques choisis spécifiquement pour une personne donnée doit régulièrement être réinterrogée. En ce sens, il est nécessaire de prévoir en amont un calendrier de réévaluation afin de réduire progressivement le niveau d'aide apportée (guidage physique et/ou verbal, aides visuelles, emploi du temps de séance, niveau de ritualisation, etc.) et de faire évoluer les objectifs fixés. Une attention particulière doit également être portée à la généralisation des apprentissages. En effet, les modes de fonctionnement singulier des personnes avec TSA les conduisent à souvent cloisonner leurs apprentissages. Ainsi, leur sensibilité aux détails les empêche de percevoir deux situations comme analogues (généralisation du stimulus), et leur rigidité de fonctionnement limite le transfert de compétences dans une tâche relativement proche de l'activité initiale (généralisation de la réponse). Afin de pallier ces difficultés, il est donc nécessaire que la thérapie psychomotrice passe progressivement d'une pratique constante à une pratique variable et d'une pratique bloquée à une pratique aléatoire. La coordination des interventions est également un aspect essentiel à la généralisation.

5.4. La fonction de coordination du psychomotricien

Le projet thérapeutique proposé en psychomotricité s'inscrit dans le cadre plus général du PPI. Il intègre non seulement les objectifs spécifiques relatifs à ce domaine du développement mais aussi des objectifs plus transversaux qui seront abordés sous l'angle psychomoteur ou dans le cadre particulier de la prise en charge psychomotrice. En ce sens, le psychomotricien peut assurer, dans le cadre d'un projet coordonné, une mission d'intervention directe auprès de la personne et/ou une intervention plus indirecte. En tant que personne référente de la dimension psychomotrice, le psychomotricien s'assure, par exemple, de la prise en compte de cette dimension dans le projet global (en termes de ressources, de difficultés ou de particularités) et dans les actions quotidiennes (ex : diffusion des stratégies d'aides apprises en rééducation). Il intègre également des objectifs non spécifiques abordés dans d'autres cadres thérapeutiques (ex : solliciter la demande d'aide avec des supports visuels). Cette démarche transdisciplinaire, tant au niveau de l'évaluation que de l'intervention, permet de répondre au besoin de cohérence des personnes avec TSA et favorise la généralisation des apprentissages. Loin de niveler les spécificités professionnelles, elle enrichit au contraire les pratiques de chacun et impose une coordination de chaque instant. Dans le temps, elle favorise la fluidité et la continuité des parcours. Elle implique de bonnes compétences de communication entre les professionnels et une connaissance précise des attributions de chacun.

6. Organisation des interventions préconisées selon l'âge et le profil des personnes avec TSA

Concernant les enfants et adolescents, la HAS a élaboré différents scénarii de prises en charge selon l'âge et le profil des enfants. Durant la prime enfance (niveau maternel), il est préconisé de mettre en œuvre des interventions précoces, globales et coordonnées, fondées sur une approche éducative et comportementale visant plus particulièrement les domaines de la communication (non verbale et verbale), des interactions (imitation, jeu), du développement moteur et sensoriel, des émotions et du comportement. Ces interventions doivent être assurées par une équipe formée et supervisée avec un taux d'encadrement d'un adulte pour un enfant et à un rythme hebdomadaire d'au moins 25 heures. Ces durées comprennent les temps de scolarisation avec accompagnement individuel adapté et pour partie les activités proposées par les parents formés durant les temps du quotidien (repas, toilette, jeux, etc.). Si des interventions globales ne sont pas accessibles, il est recommandé de proposer dans un premier temps des interventions ciblées sur le domaine de

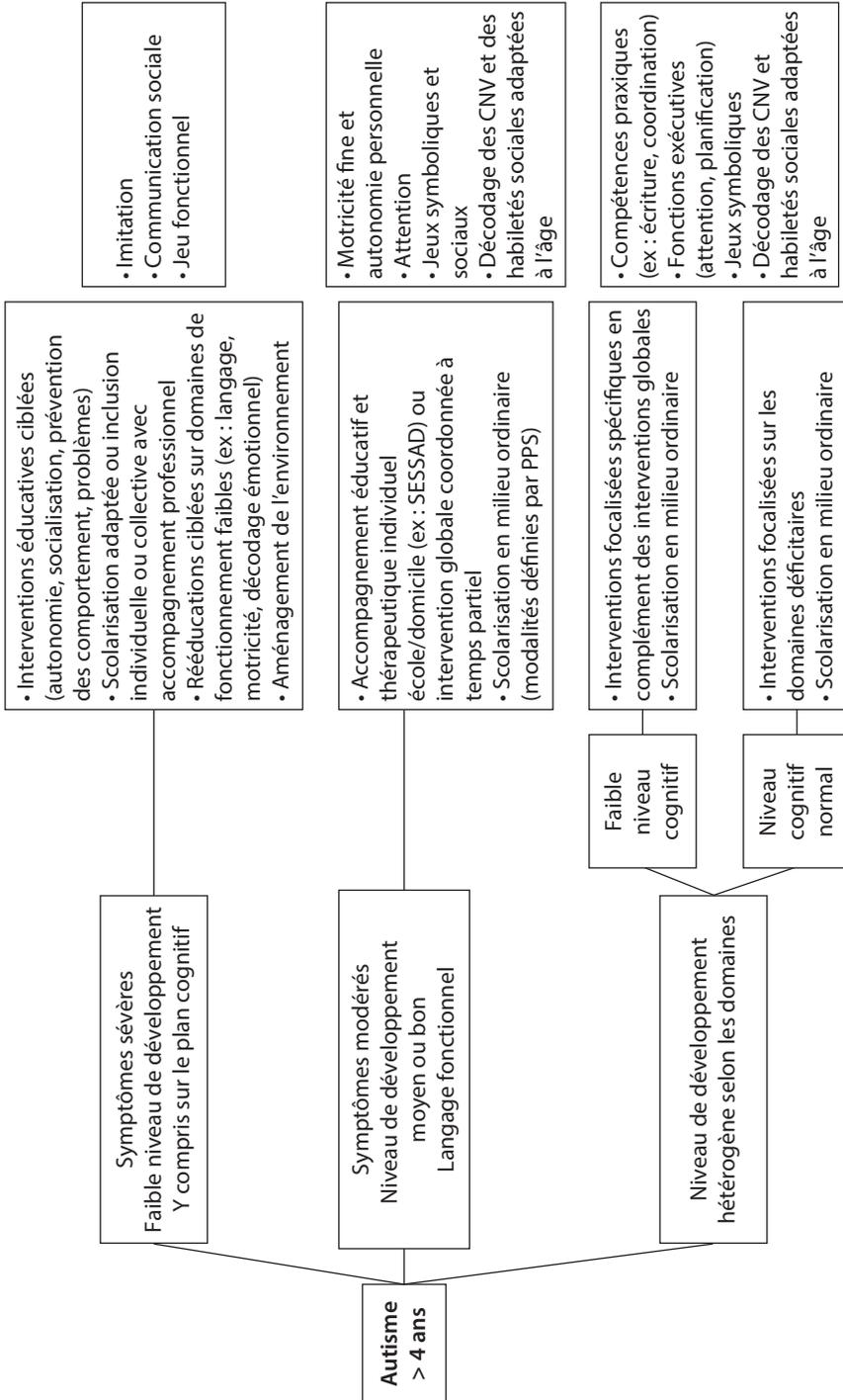


Figure 9. Co-élaboration parentale. Coordination du dispositif d'intervention multidisciplinaire.

la communication (non verbale, verbale, imitation) et du langage. La mise en œuvre d'intervention globale doit prendre le relais dès que possible. Par la suite, les recommandations préconisent différentes modalités d'intervention selon le profil des personnes. À l'âge adulte, on ne dispose pas actuellement de recommandations de pratiques. Néanmoins, la poursuite d'une approche thérapeutique globale tenant compte des spécificités autistiques reste nécessaire. L'intégration sociale, que ce soit dans la sphère professionnelle ou des loisirs, constitue également un enjeu majeur.

7. Illustration clinique

Dimitri est reçu à l'âge de 18 mois par le pédopsychiatre d'une unité petite enfance, rattachée à un service hospitalier de pédopsychiatrie. Ses parents viennent sur les conseils d'une amie qui fera fonction d'interprète car ils ne parlent et ne comprennent que le russe. Ils s'inquiètent du développement de Dimitri comparativement à l'aîné qui a deux ans de plus. Dimitri ne présente aucune capacité de réciprocité du regard ni d'attention conjointe. Le langage est absent. Il n'a pas de jeu fonctionnel adapté à son âge et s'enferme dans des comportements stéréotypés (fait tourner inlassablement les objets qui sont à sa portée).

Il est alors proposé à sa famille de venir dès la semaine suivante dans un petit groupe encadré par différents professionnels afin de faire une première évaluation des difficultés de Dimitri. Pour compléter l'évaluation fonctionnelle de son développement, un bilan psychologique (échelle de Vineland et PEP-R) ainsi qu'un bilan sensorimoteur (Bullinger, 2005) sont réalisés dans le mois qui suit. Des examens complémentaires et un bilan orthophonique seront effectués au cours des mois suivants, lorsque Dimitri sera reçu au centre de diagnostic et évaluation de sa région. Celui-ci conclut qu'il souffre d'un autisme infantile (CIM-10). Il présente un retard avec un profil de développement hétérogène. Le domaine de la communication (cognition verbale et préverbale, langage expressif et réceptif) est le plus touché. La motricité globale le situe aussi en décalage par rapport à son âge. Il présente également des difficultés sévères dans l'adaptation (modification des routines, difficultés à passer d'une activité à l'autre). Le bilan sensorimoteur fait particulièrement ressortir : des irritabilités tactiles au niveau des membres qui gênent l'exploration et les capacités praxiques, ainsi qu'un défaut de coordination entre le haut et le bas du corps et un manque d'investissement du bas du corps.

Très rapidement, avant même que le diagnostic ne soit posé, une prise en charge est proposée à Dimitri et sa famille. Chaque semaine, ils sont accueillis au sein d'un petit groupe parents/enfants, en individuel, par une psychologue pour soutenir le développement socio-émotionnel et cognitif de Dimitri

ainsi qu'en psychomotricité puis en orthophonie (trois séances par semaine). La cohérence du projet est assurée par le médecin référent de Dimitri qui le recevra avec sa famille toutes les trois semaines. Les parents, en particulier la mère, qui ne travaille pas, s'engagent avec volonté dans l'accompagnement de leur enfant. La maman prend également des cours de français. Elle peut ainsi mieux comprendre ce que proposent les thérapeutes, questionner directement les professionnels, jusqu'à participer à des formations spécialisées dans l'accompagnement des personnes autistes.

La prise en charge en psychomotricité de Dimitri, qui a pour référentiels l'approche sensorimotrice de Bullinger et l'intégration sensorielle développée par Ayres (1972), intègre également le modèle TEACCH. Du fait de ses difficultés d'adaptation, des repères très concrets sont mis en place pour l'aider à se situer dans le temps et dans l'espace. Au-delà du respect de l'horaire de prise en charge, des routines de début et de fin de séance sont instaurées. Un emploi du temps visuel fait avec des photos sera aussi ajouté quelques mois plus tard. L'espace est également aménagé afin qu'il puisse anticiper sur ce qui va être proposé ou sur ce qu'il peut y faire. Par exemple, les activités sensorielles se déroulent dans un espace réservé dans un coin de la pièce, avec un tapis mou placé à la verticale dans l'angle, sur lequel il peut prendre appui corporellement et trouver un soutien postural. La salle est ainsi aménagée chaque semaine de la même manière avec des espaces différenciés selon les activités. Le matériel est également organisé pour qu'il puisse distinguer « activité à faire » puis « activité terminée », évitant ainsi qu'il ne s'enferme dans la manipulation stéréotypée d'objets s'il ne sait pas ce qui va suivre.

Sur le plan de la communication, du fait de l'absence totale de langage verbal et même de pointage, la méthode PECS (système de communication par échange d'images) est proposée par l'orthophoniste et reprise par les différents intervenants. La participation de ses parents a permis que Dimitri s'en saisisse rapidement et que cela fonctionne dans les différents espaces où il évolue. En psychomotricité, ce système de communication a permis de réduire considérablement le nombre de crises de colère, lui offrant la possibilité de faire des choix et de mieux supporter le passage d'une activité à une autre.

Les différents aménagements permettent ainsi de mettre en place les axes de travail dégagés pour Dimitri grâce au bilan sensorimoteur réalisé initialement. Progressivement, les irritabilités tactiles s'amenuisent. Le quotidien de l'enfant s'en trouve amélioré : il tolère mieux le retrait des vêtements, la douche et le toucher des textures qui déclenchaient auparavant des comportements d'évitement ou de retrait. Les explorations sont alors un peu plus riches et les coordinations bimanuelles se consolident. Lors des séances, Dimitri sollicite également l'adulte pour recevoir des massages en profondeur, des pressions fermes et des percussions osseuses qui sont sources de calme et de plaisir, ce qui le fait sourire et babiller. Il reprend également ce type de stimulation

en situation active et se masse tout seul avec des balles à picots ou un objet qui vibre. Il explore ainsi les différentes parties de son corps, ce qui soutient l'intégration de son schéma corporel. Un travail sur les appuis corporels et l'investissement du bas du corps est aussi mis en place à travers des jeux sensorimoteurs et l'utilisation de gros matériel. Ainsi, il ne trébuche plus lors des changements de niveaux au sol et grimpe facilement sans aide. Son équilibre est bien stable. Il retire seul ses chaussettes et ses chaussures. La stabilité de l'environnement et la prévisibilité dans le déroulement des séances permettent aussi une amélioration du contact visuel et des échanges. Dimitri regarde parfois l'adulte, fait des demandes et amorce des comportements d'imitation.

Au cours de la troisième année de Dimitri, la prise en charge se réorganise et s'intensifie. Une psychologue spécialisée dans l'autisme intervient chaque jour au domicile. Les prises en charge en psychomotricité et en orthophonie se poursuivent et s'articulent à ce nouvel accompagnement qui s'inscrit dans la continuité de ce qui avait été mis en place jusqu'alors. Cela a permis à Dimitri d'entrer à l'école à l'âge de 4 ans accompagné de sa psychologue. Une auxiliaire de vie scolaire (AVS) a par la suite pris le relais de l'accompagnement.

Références bibliographiques

- Agence nationale de l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) (2010). *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement*.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Andanson, J., Pourre, F., Aubert, E., & Raynaud, J.-P. (2012). Social skills training groups for adolescents with Asperger syndrome: a six-years' review of an approach focused on cognitions and emotions. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60 (5, Suppl.), S27.
- Antshel, K., Zhang-James, Y., & Faraone, S.V. (2013). The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(10), 1117-1128.
- Ayres, J. (1972). *Sensory Integration and learning disorders*. Los Angeles, CA : Western Psychological Services.
- Barthélemy, C., Hameury, L., & Lelord, G. (1995). *L'autisme de l'enfant : la thérapie d'échange et de développement*. Paris : Expansion Scientifique Française.
- Barthélemy, C. (2013). La thérapie d'échange et de développement et la psychomotricité : principes partagés, pratiques complémentaires – La TED : une rééducation neurofonctionnelle de la communication. In J. Perrin & T. Maffre (Eds.), *Autisme et psychomotricité* (pp. 305-307). Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Bataille, M., Dansart, P., Blanc, R., Mahe, C., Malvy, J., & Barthélemy, C. (2010). Autisme : La thérapie d'échange et de développement. In C. Tardif (Ed.), *Autisme et pratiques d'intervention* (pp. 59-84). Marseille : Solal.
- Bonnet-Brilhault, F., & Barthélemy, C. (2012). Thérapie d'échange et de développement : une rééducation neurofonctionnelle de la communication. In C. Barthélemy

- & F. Bonnet-Brilhault (Eds.), *L'autisme de l'enfance à l'âge adulte* (pp. 130-131). Paris : Flammarion.
- Bruandet, F. (2013). Groupe à médiation psychomotrice : expérience pratique en CAMPS. In J. Perrin & T. Maffre (Eds.), *Autisme et psychomotricité* (pp. 447-468). Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Bullinger, A. (2005). *Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2009). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver Model. *Pediatrics*. doi : 10. 1542/peds.2009-0958.
- Fombonne E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65(6), 591-598.
- Frost, L., & Bondy, A. (2002). *Le système de communication par échange d'images : manuel de formation*. Newark, DE : Pyramid Educational Product
- Grove, N., & Walker, M. (1990). *Le vocabulaire Makaton : les signes et les symboles comme instruments de développement de la communication. Makaton Vocabulary Development project*. La Roche-sur-Yon : AAD Makaton.
- Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (2010). *Avis relatif aux risques associés à la pratique du packing pour les patients mineurs atteints de troubles envahissants du développement sévères*. Paris : HCSP.
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2005). *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme*.
- Haute Autorité de Santé (HAS) (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale (argumentaire)*.
- Haute Autorité de Santé (HAS) & Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux (ANESM) (2012). *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (argumentaire)*.
- Leaf, R., & Mc Eachin, J. (2006). *Autisme et ABA : une pédagogie du progrès*. Paris : Pearson Éducation.
- Lelord, G., & Barthélémy, C. (2003). *Échelle d'évaluation des comportements autistiques*. Paris : éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Le Menn, C., Pourre, F., & Aubert, E. (2009). Réalisations motrices et trouble envahissant du développement : étude comparée de différentes modalités de consignes. In *Entretiens de Psychomotricité 2009* (pp. 61-66). Paris : Les Entretiens médicaux.
- Le Menn-Tripi, C., Blanc, R., Bonnet-Brilhault, F., & Barthelemy, C. (2013). La thérapie d'échange et de développement : principes partagés, pratiques complémentaires. In J. Perrin & T. Maffre (Eds.), *Autisme et Psychomotricité* (pp. 305-319). Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Le Menn-Tripi, C. (2013). Évaluation psychomotrice de l'enfant avec un trouble du spectre autistique. In J. Perrin & T. Maffre (Eds.), *Autisme et Psychomotricité* (pp. 345-360). Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). *Autism Diagnosis Interview-Revised (ADI-R)* (adaptation française de Bernadette Rogé et al.). Paris : Hogrefe France.
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., & Schopler, E. (1989). *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)* (adaptation française de Bernadette Rogé et al.). Paris : Hogrefe France.

- Maffre, T. (2013). Définition et évolution des concepts : aspects historiques. In J. Perrin & T. Maffre (Eds.), *Autisme et psychomotricité*. Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Magerotte, G., Bouchez, M.-H., & Willaye, E. (2010). L'intervention psycho-éducative : des pratiques pour favoriser le développement des personnes avec autisme. In C. Tardif (Ed.), *Autisme et pratiques d'intervention* (pp. 85-125). Marseille : Solal.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2013). *Troisième Plan Autisme (2013-2017)*. Consulté le 4 janvier 2014 sur <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-autisme2013-2.pdf>
- Miquel-Grenier, E. (2013). Psychomotricité et éducation structurée. In J. Perrin & T. Maffre (Eds.), *Autisme et psychomotricité* (pp. 321-314). Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Misès, R. (1987). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)*.
- Montreuil, N., & Magerotte, G. (1994). *Pratiques de l'intervention individualisée*. Bruxelles : De Boeck.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (1993). *CIM-10 : Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris : Masson.
- Perrin, J., & Laranjeira, C. (2009). L'évaluation psychomotrice dans le cadre du diagnostic précoce de l'autisme et des TED. *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, 28, 92-105.
- Perrin, J. (2011). Le jeu chez les enfants avec autisme. In *Autisme et jeu – Apprendre à jouer avec la personne autiste* (pp. 21-36). Tarbes : Éditions Actes Autismes.
- Pourrageau, J.-P., & Perrin, J. (2013). Évaluation psychomotrice chez la personne adulte avec TSA. In J. Perrin & T. Maffre (Eds.), *Autisme et psychomotricité* (pp. 361-376). Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Rogé, B. (2010). Les interventions précoces pour les enfants avec autisme. In C. Tardif (Ed.), *Autisme et pratiques d'intervention* (pp. 23-58). Marseille : Solal.
- Rogé, B. (2013). Le modèle de Denver pour la prise en charge des jeunes enfants atteints d'autisme : un outil supplémentaire dans les ressources du psychomotricien. In J. Perrin & T. Maffre (Eds.), *Autisme et psychomotricité* (pp. 289-303). Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Rogers, S. J., & Dawson, G. (2013). *L'intervention précoce en autisme : le modèle de Denver pour jeunes enfants*. Paris : Dunod.
- Schopler, E., Reichler, R. J., Devellis, R. F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 91-103.
- Schopler, E., Lansing, M. D., Reichler, R. J., & Marcus, L. M. (2004). *Psychoeducational Profile Third Edition (PEP-3)* (traduit par M. H. Bouchez, G. Magerotte, L. Mimo & E. Willaye avec la collaboration de C. Tréhin). Bruxelles : De Boeck.
- Schopler, E., Mesibov, G., Chapman, M., & Thomas, J. B. (2013). *TTAP Programme TEACH*. Bruxelles : De Boeck.
- Schopler, E., Lansing, M., & Waters, L. (2001). *Activités d'enseignement pour enfants autistes*. Paris : Masson.
- Schopler, E., Reichler, R.J., & Lansing, M. (1988). *Stratégie éducative de l'autisme et des autres troubles envahissants du développement*. Paris : Masson.

- Soppelsa, R., Albaret, J.-M., & Corraze, J. (2009). Les comorbidités : théorie et prise de décision thérapeutique. In *Entretiens de Psychomotricité 2009* (pp. 5-20). Paris : Expansion Formation et Éditions.
- Sparow, S., Balla, D., & Cicchetti, D. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, MN : American Guidance Service. (adaptation française d'Éric Fombonne, Sophie Achard et René Tuffreau (1995). L'évaluation du comportement adaptatif : l'échelle de Vineland. *Les Cahiers du CTNERHI* (67-68), 79-90 (Classe II).
- Toth, K., Munson, J., Meltzoff, A.N., & Dawson, G. (2006). Early predictors of communication development in young children with autism spectrum disorder: Joint attention, imitation, and toy play. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(8), 993-1005.
- Vygotski, L. (1997). *Pensée et langage*. Paris : La Dispute.

Index

A

accident vasculaire cérébral (AVC)
293–301, 412

accompagnement en fin de vie 1, 405–424

accordage (affectif, émotionnel) 82, 145

addictions 201–209, 215

adolescence, adolescent 21, 45, 78, 103,
134, 171, 176, 184–188, 191, 198,
223, 271

adulte 20–22, 26, 31, 34, 38, 51, 78, 102,
131, 133, 152, 157, 165, 191, 205,
210, 212, 232, 265, 274, 303, 311

affectivité 17, 218

agoraphobie 208

aidants 342–344, 349, 352, 358, 364,
371, 375, 382

alcoolisme 1, 188, 294

alcoolodépendance 217–226

Alzheimer (maladie d') 78, 341, 345,
349, 352, 357–364

ambidextre (voir Latéralité) 271

anaclitique 51, 187, 238

angoisse(s) 46, 49–55, 105, 128, 149,
155–159, 163–167, 170–173, 178,
187, 190, 199, 207, 220, 224, 232,
237, 257, 269, 277, 296–298, 307,
328, 342, 396, 402, 407–409, 412,
422

archaïques 49, 52, 191, 196, 199,
219, 222, 407

anorexie 1, 183–200, 223, 237

anxiété 2, 32, 128, 155, 169–180, 186,
190, 199, 205, 210, 239, 269, 273,
282, 296, 304, 314, 328, 332, 343,
364, 367, 387, 394, 426

aphasie 295, 366

apprentissage 2, 24–27, 30, 34, 50, 54,
62–71, 352, 359–365, 395, 402,
404

apraxie 366

arbre décisionnel 2, 180, 352, 383

art plastique (dessin, modelage,
peinture) 205, 296

assimilation, accomodation 129, 267,
272

ataxie 141, 392

attachement 101, 171, 187, 191, 238

attitudes 79, 128, 157, 171, 178, 207,
224, 288, 421

autisme 1, 19–40, 46, 51

B

ballant 128, 213

balnéothérapie (Piscine) 206, 328, 338

bilan psychomoteur (voir Examen
psychomoteur) 31, 50, 114, 117,
125, 144, 170, 173, 211–214, 271,
284, 313, 326, 350, 389, 395

biorythme 83–88

boulimie 183, 187, 189, 193, 233

C

cadre thérapeutique 61, 193, 260

cancer 149, 166, 203, 293

carence 85, 113, 217, 233, 239, 267

carence imaginaire 218

cécité (Malvoyance) 123, 280

cécité congénitale 125

Charlop-Atwell 118, 126

cheval 32, 81, 112

chute 60, 113, 128, 133, 164, 217, 222,
275, 279, 304, 336, 350, 352, 358,

365, 376, 381, 383, 387–404, 412, 420, 423
 cirque 32
 claustrophobie 315
 clivage 151
 co-construction 23
 cognitif 38, 47
 communication 7, 19–21, 26, 29–33, 36–39, 77, 101, 107, 114–117, 128, 143, 152, 172, 193, 218, 223, 284, 292, 299, 305, 315, 347, 350, 367, 408–414, 422
 compétences 26, 31–37, 46, 49, 54, 63, 66, 80, 97, 99, 116, 272, 343, 358, 367, 371, 377, 396, 407
 comportement alimentaire 233
 contenance 224, 242, 286, 305, 408, 420
 contrôle postural 365, 392
 coopération 25, 32, 146
 coordination(s) 19, 37, 65, 77, 81, 84, 104, 112, 116–118, 205, 248, 280, 297, 305, 319, 326, 328, 338, 358, 376, 383, 392, 397, 425
 bimanuelle 39, 132
 intermodale 125
 dynamiques générales 59–64
 corporéité 241
 co-thérapie 2, 296
 course 60
 créativité 84, 115, 120, 160, 200, 245, 336, 408, 417

D

danse (danse-thérapie) 33, 205, 246
 déficience 20, 34, 78, 97, 127, 139–143, 296, 358, 377, 426
 visuelle 123–136
 démyélinisation 318
 dépendances 171, 183, 186, 188, 193, 199, 201, 211, 217, 220, 256, 279, 294, 339, 357, 371, 377, 396, 412, 418
 désorientation spatiale 348–351
 dessin 45, 49, 52, 54, 71, 94, 105, 116, 126, 136, 207, 209, 218, 246, 250, 326

développement 5–8, 19–27, 36–38, 47–50, 65, 77–79, 101, 125, 141, 171–179, 191, 217, 257, 381
 cognitif 155, 169
 moteur 36
 psychomoteur 32, 97, 107, 113, 125, 128, 134, 146, 152–155, 169, 172, 178, 402
 dialogue tonique, dialogue tonico-émotionnel 107, 145, 152, 159–161, 173, 223, 266, 270, 288, 307, 408, 416
 douleur 1, 30, 87, 147–167, 196, 205, 231, 240, 244, 267, 280, 295, 312–316, 319, 322, 342, 350, 365, 375, 383, 405, 412, 426
 DSM 19, 40, 45–48, 65, 90, 171, 183, 189, 202
 dysarthrie 295, 300, 304, 312, 319
 dysgraphie (voir aussi écriture) 79, 127, 425
 dyskinésies 381
 dyslexie 176
 dysmorphophobies 188, 193
 dysphasie 48
 dysphonie 295, 300
 dyspraxie (voir Trouble de l'acquisition de la coordination) 2, 48, 65, 114, 175
 dysprosodie 300
 dysrythmie 88, 260
 dysthymie 184
 dystonie (voir Tonus) 141, 304

E

échelle de développement (voir Examen psychomoteur) 144
 écriture 34, 37, 54, 69, 71, 177
 élan psychomoteur 5–7, 17
 embryogenèse 110
 émotions 5, 9, 15, 17, 25, 30, 36, 76–78, 85, 148, 152, 155, 159, 161, 173, 195, 204, 208, 212, 215, 224, 239, 242, 247, 251, 266, 270, 281, 286, 288, 305, 320, 329, 337, 408, 415, 422

- empathie 160, 259
 énergie psychique 6, 151
 équilibration 85, 110, 116, 270, 350,
 393, 397, 403
 équilibre 104, 113, 118, 127, 153, 204,
 270, 273, 280, 283, 296, 304, 324,
 326, 328, 337, 365, 377, 380, 383,
 389-394, 403
 dynamique 116, 218, 299, 397
 statique 116, 218, 220, 276,
 395-397
 espace 5, 17, 26, 39, 51, 60, 62, 75, 82,
 87, 103-105, 110, 116, 123, 127,
 135, 144, 150, 154, 159, 165, 180,
 187, 190, 197, 209, 242, 256, 261,
 271, 280, 286, 296, 305, 319, 329,
 348, 351, 396, 401, 404, 416, 421
 espace-temps 304, 423
 esthétique 262, 286, 291, 296
 éthique 52, 150, 170, 313, 412
 examen psychomoteur (voir aussi bilan
 psychomoteur) 77, 82, 143
 expression corporelle 180, 205, 270,
 290, 330, 410
 examen géronto-psychomoteur (EGP)
 395
 extensibilité 213
- F**
- famille 9, 22-28, 38, 50, 84, 86, 99, 112,
 140, 154, 179, 203, 248, 297, 303,
 331, 343, 359, 394, 405, 411-414,
 426
 fœtus 8
 formation 21, 39, 170, 265, 349, 352,
 370, 380, 383, 405, 411, 417, 426
- G**
- geste 12, 17, 25, 70, 80, 107, 116, 128,
 130, 136, 152, 174, 194, 197, 205,
 220, 265, 272, 289, 312, 328, 350,
 352, 357, 360, 363, 366, 369, 417
 gnosies 357
 agnosie 366
 anosognosie 218, 281, 285, 290,
 295, 304
 asomatognosie 218
 athanatognosie 218
 somatognosie 105, 126, 307
 graphisme, graphomotricité 54, 68,
 101, 105, 114, 119, 126, 180, 328
 groupe 90, 102, 105, 111, 119, 150, 190,
 200, 203-209, 219, 246, 258,
 275-277, 284, 286-292, 296, 300,
 323, 330, 349, 380, 384, 394, 397,
 419
- H**
- handicap 5, 16, 22, 78, 99-103, 108, 133,
 139-146, 270, 279, 282, 293, 312,
 318, 320-326, 339, 426
handling 7, 242
holding 7, 173, 222, 242
 Huntington (maladie de) 303-309, 392,
 420-424
 hyperactivité (TDA/H) 19, 65, 78, 89,
 172, 180, 324
 hypertonie 15, 100, 113, 143, 324
 hypotonie 5, 98, 100, 110, 113, 118, 143
- I**
- identité 142, 235, 300, 308, 313, 326,
 339, 424
 image de soi 154, 243, 248, 286, 291,
 314, 364
 image du corps 49, 101, 127, 150, 158,
 183, 218, 242, 296, 306, 325, 328,
 422
 imaginaire 51, 53, 102, 155, 159, 197,
 242, 291, 326, 329
 imitation 12, 21, 25, 29, 37, 69, 112, 126,
 276, 308, 368
 immaturité 8, 178, 193, 222
 implication corporelle 420
 incarnation 327
 institution, institutionnel 22, 34, 54, 61,
 108, 111, 113, 140, 198, 341, 346,
 349, 370, 388, 398, 405, 423
 interactions 19, 26, 31, 36, 61, 78, 89,
 107, 112, 155, 157, 172, 229, 306,
 308, 317, 347, 395
 interactions précoces 199

introjection 150

J

jeu 9, 14, 24, 28, 32, 37, 49, 53, 80, 86,
94, 112-116, 132, 143, 154, 159,
174, 178, 180, 183, 192, 194, 199,
202, 272, 288, 384, 397, 409-412,
416, 418, 420

jeu d'adresse 112

jeu dramatique 158, 246, 328

jeu théâtral 292

K

kinesthésies 10-14, 67, 75, 80, 129, 133,
245, 324, 328

L

latéralité 105, 112, 115, 119, 126

libéral (exercice) 275, 291, 388, 394

lien 5, 49, 87, 107, 161, 172, 175, 183,
187-191, 196, 214, 222, 242,
245-247, 263, 270, 283, 285, 305,
325, 331, 336, 339, 392, 423

M

M-ABC 116, 125

maladresse 79, 127, 133, 173, 319

malvoyance (voir Cécité) 123-136

marche 60, 85, 103, 112, 116-118, 127,
132, 246, 275, 280, 282, 287, 299,
319, 333, 335-337, 350, 357-371,
375-382, 387, 389-398

maturation 8, 98, 127, 152

médiation corporelle 172, 265, 426

médiation théâtrale 297, 300

médiation thérapeutique 174-176

mémoire 84, 93, 101, 164, 198, 210, 267,
271, 280, 290, 296, 320, 344, 346,
357, 359-365

mémoire de travail 69, 92, 101, 381

méthode G. B. Soubiran 265-273

mime 33, 246, 328, 410

miroir 88, 118, 129, 135, 220, 259, 299,
412, 420

modelage 117, 192, 194, 197, 246, 250

Moi-peau 158, 199, 329

musique 33, 80, 158, 194, 258, 305, 328,
347, 360, 382, 414, 423

myélinisation 98

N

narcissisme 154, 188, 285, 288, 305

neurofeedback 90, 93

neurologie 166, 299, 420

neuropsychologie 279, 284, 323

nourrisson 5-17, 107, 426

O

obésité 185, 229-251

objet contenant 7

organisation (cérébrale, développe-
mentale, gestuelle, rythmique,
spatiale, temporo-spatiale) 47,
63, 70, 77, 108, 112, 114, 127, 132,
178, 205, 266, 328, 366

orientation spatiale (désorientation
spatiale) 110, 126, 128, 133, 136,
362

P

palliatifs (soins) 1, 405-424, 426

paratonie 118, 152, 180, 213, 218

pare-excitation 158, 218, 222

Parkinson (maladie de) 78, 375-384,
391-394

peau 194, 199, 221, 245, 259, 286, 307,
312, 409

peinture 52, 246, 328

perception 7, 25, 75-84, 108, 110, 123,
125, 134, 159, 173, 190, 204, 213,
221, 245, 268, 271, 285, 298, 324,
332, 339, 397, 407

percussions 39, 79, 86, 245, 269

personne âgée 78, 152, 357, 365,
387-401

peur 80, 128, 171, 193-196, 272, 335,
358, 364, 387, 396, 401, 411, 423

phénoménologie 149

phobie 2, 130, 171, 211, 387

piscine 32, 250, 283, 286

pluridisciplinarité 24, 142
 polyconsommation 203, 206–210
 polyhandicap 139–146
 ponction lombaire 161–163, 331–333
 posture 157, 205, 245, 265, 287, 297,
 328, 332, 348, 377, 398, 409, 421
 praxies 50, 77, 153, 350
 précarité 1, 203, 207, 255–264, 426
 préhension 117, 119, 144, 197, 280
 prématurité 7, 109, 219
 prévention de la chute 365, 387–404,
 393
 proprioception 277, 305, 328, 377, 396
 proxémie 305
 psychanalyse, psychanalytique 52, 103,
 147, 190, 409
 psychodrame 226
 psychosomatique 83–85, 148, 155, 188,
 238, 243, 259, 265–273

Q

quatre pattes 112, 132

R

rachis 394
 recommandations de pratiques 38
 réflexe (archaïques, d'équilibration)
 100, 113, 306, 331, 351, 392, 397,
 416, 365, 392, 399
 réinsertion sociale 279
 relaxation 32, 52, 85–88, 106, 158–166,
 193, 205, 214, 220, 245, 250, 262,
 276, 296, 305, 315, 329, 339, 382,
 396, 426
 psychosomatique 85, 265–273
 remyélinisation 318
 représentation du corps 129, 174, 219
 représentation mentale 126, 128, 134,
 178, 290
 restriction cognitive 232, 236, 240, 247
 rythme 84, 86, 95, 127, 149, 171, 242,
 245, 266, 326, 347, 370, 380, 406,
 423
 rythmicité 8, 199, 258, 392, 420

S

saut 34, 80, 60, 62, 105, 112, 115
 schéma corporel 24, 40, 52, 77, 101, 112,
 126, 150, 152, 164, 204, 242, 284,
 294–298, 324, 402, 418, 420
 schizophrénie 47, 50, 78, 274
 sclérose en plaques 312, 317–339
 sclérose latérale amyotrophique (SLA)
 ou maladie de charcot 311–316
 sensibilité 6, 35, 82, 84, 142, 249, 280,
 294–298, 312, 319, 396
 sensibilité somato-viscérale 153
 sensorialité 24, 146, 245, 258, 260, 296,
 305, 324, 414
 sensorimoteur 38, 100, 108, 125, 142,
 330, 366, 408
set-point 233, 248
 Snoezelen 345, 347
 stigmatisation 235, 238
 stimulation sensorielle 198, 239,
 345–347
 stress 2, 83, 128, 152, 172, 207, 229, 239,
 266–268, 272, 305, 332, 383, 391
 surdité 107, 117
 surhandicaps 142
 surstimulation sensorielle 259
 symptôme 1, 19, 37, 51, 68, 84, 91, 141,
 143, 160, 172, 175–177, 185, 193,
 198, 203, 222, 239, 275, 293, 303,
 313–315, 318, 324, 332, 341, 347,
 349, 359, 375, 381, 384, 405, 408,
 426
 syndrome(s) 2, 47, 51, 97, 100, 109, 203,
 210, 268, 299, 332, 337, 387, 403
 cérébelleux 319, 324
 dépressif 171, 281, 420
 d'Uthoff 320
 dysexécutif 295, 299
 anxio-dépressifs 203, 320
 système nerveux 317, 393, 399

T

tatouage 259
 tempo 77, 93, 95
 temporalité 7–9, 76, 242, 256, 260
 temps 17, 26, 39, 75, 150, 165, 242, 286, 319

terre/modelage 52
théâtre 205, 246, 286, 288–291
tic 135, 287, 425
tonus 174, 204–207, 213, 225, 245, 280,
289, 296, 300, 305, 313, 319, 326,
376, 382, 403
toucher thérapeutique 158, 161, 166,
192–194, 244, 296–298, 305, 315,
329, 339, 422
toxicomanies 1, 201
trampoline 62, 403
transdisciplinarité 426
transfert 52, 158
transmission 141, 148
traumatisme crânien 279–292
trisomie 21 97–106
troubles
trouble du déficit de l'attention/
hyperactivité (TDA/H)
19, 31, 34, 89–96, 180

trouble de l'acquisition de la
coordination (TAC) 31,
34, 65–71
trouble envahissant du dévelop-
pement (TED) 19, 29, 45,
48, 63, 79, 81
trouble obsessionnel compulsif
(TOC) 2
trouble psychomoteur 31, 65,
169–172, 175, 272, 425
troubles du comportement
alimentaire (TCA) 183–
200, 240, 247–249

V

vestibulaires 6, 9–14, 107–110, 113, 116,
392, 396
vieillesse 78, 387, 392
vie quotidienne 305
vision 6, 110, 114, 117, 124, 128–130,
144, 241, 245, 319, 335, 377

Table des matières

Les auteurs	III
Introduction	1
Chapitre 1. La stimulation psychomotrice du nourrisson	5
1. Un bébé en attente sensorielle.....	6
2. Un bébé mobilisable psychiquement	7
3. Des axes de travail.....	7
4. La mise en forme de l'environnement et l'ancrage dans une temporalité	8
4.1. Une mise en forme de l'environnement physique.....	8
4.2. L'ancrage dans une temporalité	8
5. L'adresse psychomotrice nécessaire au bébé.....	9
5.1. Les mots et la voix	9
5.2. Le travail autour des appuis posturaux.....	10
5.3. L'implication dans des sollicitations tactiles, kinesthésiques et vestibulaires	10
5.3.1. Du côté du tactile	11
Sollicitations tactiles douces	11
Découverte du massage.....	12
5.3.2. Du côté du vestibulaire et du kinesthésique	12
Le portage	12
Des expérimentations.....	14
5.4. L'ouverture au jeu.....	14
6. Le cadre interne de travail du professionnel	15
6.1. L'histoire de Louna	15
6.2. Déroulement du suivi.....	16
Conclusion.....	17
Chapitre 2. Thérapies psychomotrices et troubles du spectre autistique ..	19
1. Généralités sur les interventions : une évaluation diagnostique et fonctionnelle.....	20

2. Projet personnalisé d'intervention (PPI) global, coordonné et pensé en collaboration avec la famille.....	23
3. Place du psychomotricien dans les interventions globales recommandées	23
3.1. <i>Interventions développementales</i>	24
3.1.1. <i>Le modèle de Denver et le programme Early Start Denver Model : une approche fondée sur la psychologie du développement</i>	24
3.1.2. <i>La thérapie d'échange et de développement : une approche intégrative fondée sur les fonctions neurophysiologiques du développement</i>	24
3.1.3. <i>Place de la psychomotricité dans les interventions développementales</i>	25
3.2. <i>Interventions psycho-éducatives</i>	26
3.2.1. <i>Traitement et éducation des enfants avec autisme et autres handicaps de la communication – TEACCH (Treatment and Education for Autistic and related Communication Handicapped Children)</i>	26
3.2.2. <i>Analyse appliquée du comportement- ABA (Applied Behavior Analysis)</i>	26
3.2.3. <i>Place de la psychomotricité dans les interventions psychoéducatives</i>	27
3.3. <i>Interventions globales actuellement non recommandées</i>	28
4. Interventions spécifiques recommandées non psychomotrices.....	29
4.1. <i>Interventions relatives au domaine de la communication et du langage</i>	29
4.2. <i>Interventions relatives à la gestion des comportements problématiques</i>	30
4.3. <i>Autres interventions spécifiques</i>	30
5. La psychomotricité, un cadre d'intervention spécifique	30
5.1. <i>Évaluation psychomotrice</i>	30
5.2. <i>Indications de suivi en psychomotricité</i>	32
5.2.1. <i>Intervention psychomotrice portant essentiellement sur des compétences focalisées ou spécifiques</i>	32
5.2.2. <i>Intervention psychomotrice portant essentiellement sur des compétences transversales</i>	32
5.3. <i>Choix, formulation et mise en œuvre des objectifs thérapeutiques en psychomotricité</i>	33
5.3.1. <i>Formulation des objectifs thérapeutiques</i>	34
5.3.2. <i>Formulation des moyens thérapeutiques</i>	35
5.3.3. <i>Vers une généralisation des apprentissages</i>	35
5.4. <i>La fonction de coordination du psychomotricien</i>	36

6. Organisation des interventions préconisées selon l'âge et le profil des personnes avec TSA	36
7. Illustration clinique	38
Chapitre 3. Les troubles psychotiques chez l'enfant	45
1. Éléments historiques autour de la notion de psychose infantile	45
2. Les troubles psychotiques chez l'enfant dans les différentes classifications actuelles	47
3. Éléments diagnostiques.....	48
3.1. <i>Sémiologie</i>	48
3.2. <i>Le bilan psychomoteur</i>	50
3.3. <i>Diagnostic différentiel et examens complémentaires</i>	51
4. Organisation d'un projet thérapeutique	51
4.1. <i>Objectifs et arguments de la prise en charge</i>	51
4.2. <i>Méthodes envisageables</i>	52
4.3. <i>Illustration d'un type de méthode : le jeu spontané</i>	53
4.4. <i>Ajustements possibles au cours du traitement et en fonction de l'évolution de l'enfant</i>	53
5. Exemples cliniques.....	54
5.1. <i>Aurélien, 11 ans</i>	54
5.2. <i>Thomas, 5 ans</i>	55
Chapitre 4. Rééducation des troubles de la coordination dynamique générale.....	59
1. Définition de la coordination dynamique générale	59
2. Principes généraux d'organisation des séances pour un travail sur la coordination dynamique générale	61
Conclusion.....	64
Chapitre 5. Trouble de l'acquisition de la coordination	65
1. Revue de la littérature.....	65
1.1. <i>Approche orientée sur le déficit</i>	66
1.2. <i>Approche orientée sur la performance</i>	67
1.3. <i>Les travaux récents</i>	68
2. Mise en place de la rééducation	68
2.1. <i>Imitation et pratique individuelle</i>	69
2.2. <i>Travail spécifique</i>	69
2.3. <i>Les apprentissages scolaires</i>	71
Conclusion.....	71

Chapitre 6. Rééducation des troubles de la perception temporelle, utilisation des techniques rythmiques.....	75
A. Rééducation des troubles de la perception temporelle et utilisation des techniques rythmiques.....	75
1. Préambule sur la perception temporelle.....	75
2. Les troubles de la perception temporelle.....	77
3. Sémiologie en fonction de l'âge.....	78
4. Place de la thérapie psychomotrice dans l'ensemble du dispositif de soin.....	79
5. Vignettes cliniques.....	79
5.1. Exemple d'Agathe, 6 ans.....	80
5.2. Exemple d'Émie, 5 ans.....	81
B. Structuration rythmique et stress chez l'enfant.....	83
1. Biorythmes et structuration psychomotrice.....	83
2. Déstructuration des biorythmes : temps social et stress contemporain.....	84
2.1. Généralités.....	84
2.2. Étude de cas : Albert.....	85
Conclusion.....	87
Chapitre 7. Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H).....	89
1. Les thérapeutiques.....	90
2. Théo, 7 ans : séances préliminaires avant d'aborder l'attention et les fonctions exécutives.....	94
Chapitre 8. Trisomie 21 et retards mentaux.....	97
1. Remise en question.....	97
2. Sémiologie large.....	97
2.1. Épidémiologie.....	97
2.2. Présentation rapide de la sémiologie large.....	98
2.3. Une grande variabilité interindividuelle.....	98
2.3.1. Le facteur génétique.....	98
2.3.2. Le facteur éducatif.....	99
2.3.3. Le facteur environnemental.....	99
3. L'environnement.....	99
4. Sémiologie psychomotrice de l'enfant porteur de trisomie 21.....	100
4.1. Perturbations de la fonction tonique.....	100
4.2. Retard des acquisitions locomotrices et posturales.....	100
4.3. De l'intégration perceptive à l'action.....	100
4.4. Troubles de la motricité fine et du graphisme d'origine spatiale et tonique.....	101
4.5. Difficultés d'attention, concentration, cognition.....	101

4.6. Retard de l'intégration du schéma corporel et problématique de l'image du corps.....	101
4.7. Le développement psychoaffectif, le comportement et la relation aux autres.....	101
5. Perspectives thérapeutiques et rééducation psychomotrice	102
5.1. Les consultations parents – enfant avec le tout-petit	102
5.2. Une prise en charge précoce, mais aussi globale et pluridisciplinaire	103
5.3. Question envisagées pour conclure.....	103
6. Illustration clinique d'une prise en charge en psychomotricité	104
Chapitre 9. L'enfant sourd en psychomotricité : éducation précoce et prise en charge des troubles associés	107
1. Épidémiologie, aspects médicaux.....	108
1.1. Classification des surdités, prévalence	108
1.2. Typologie des troubles associés	109
1.3. Les atteintes vestibulaires	110
2. L'indication psychomotrice.....	110
2.1. Éducation précoce et éveil psychomoteur	111
2.2. Évaluation des troubles associés / sémiologie d'une atteinte vestibulaire	113
2.3. Adaptations du bilan/communication	114
3. Principes de base de la rééducation vestibulaire en psychomotricité	116
3.1. Renforcer les entrées visuelles	116
3.2. Renforcer les entrées proprioceptives.....	117
4. Maxence : la contribution du bilan psychomoteur au diagnostic de troubles associés.....	117
Conclusion.....	119
Chapitre 10. La déficience visuelle.....	123
1. Définitions et généralités	124
1.1. Le sens morphoscopique.....	124
1.2. Le sens lumineux.....	124
1.3. Le sens spatial.....	124
1.4. Type de déficience visuelle	125
2. Le bilan psychomoteur avec les déficients visuels	125
3. Les principales indications de rééducation psychomotrice	127
3.1. Troubles psychomoteurs dus à une déficience visuelle acquise ...	127
3.1.1. Schéma corporel et image du corps	127
3.1.2. Marche et équilibre.....	127
3.1.3. Orientation spatiale et représentation mentale	128
3.1.4. Stress, tension et peur.....	128

3.2. Troubles psychomoteurs dus à une déficience visuelle congénitale.....	128
3.2.1. Troubles de la posture et de la communication non verbale	128
3.2.2. Blindismes.....	129
3.2.3. Troubles de la représentation du corps	129
3.2.4. Troubles de la représentation des mots.....	129
3.2.5. Troubles de la représentation des choses.....	130
3.2.6. Troubles de la représentation des actes.....	130
3.2.7. Troubles de la représentation des lieux.....	130
3.2.8. Troubles du comportement.....	131
4. Rééducations psychomotrices spécifiques aux déficiences visuelles.....	131
4.1. Pour un tout-petit déficient visuel.....	131
4.2. Rééducation spécifique pour un enfant déficient visuel.....	132
4.3. Rééducation spécifique pour une personne adulte déficiente visuelle acquise	133
4.4. Rééducation spécifique pour une personne aveugle congénitale.....	134
5. Autres points et adaptations du suivi en psychomotricité, spécifiques aux personnes déficientes visuelles	135
Chapitre 11. Le polyhandicap	139
1. Le polyhandicap : terminologies et représentations	140
2. De l'irréparable à ce qui peut être évité.....	141
3. D'une étude clinique, aiguïsons notre observation et construisons notre pratique	143
4. L'observation psychomotrice	143
5. Le soin en psychomotricité.....	144
Conclusion.....	146
Chapitre 12. La douleur en psychomotricité	147
1. Définition.....	148
2. Neurophysiologie de la douleur.....	148
2.1. Circuit 1.....	148
2.2. Circuit 2.....	149
3. Comment penser la douleur ?	149
3.1. La douleur en phénoménologie	149
3.2. La douleur et l'investissement psychique	150
4. L'impact de la douleur.....	152
4.1. Douleur, tonus et émotions.....	152
4.2. Développement psychomoteur et comportement chez l'enfant douloureux.....	152

4.2.1. Perturbation du schéma corporel de l'enfant	153
4.2.2. Perturbations de l'image du corps	154
4.2.3. Oppositions aux soins	154
4.2.4. Penser la mort	154
5. Douleur et angoisse	155
6. Comment évaluer la douleur ?	156
6.1. L'écoute et l'observation	156
6.2. Les échelles d'évaluation : présentation succincte	156
6.2.1. Échelles adaptées aux enfants	156
6.2.2. Échelles adaptées aux adultes	157
7. Comment prendre la douleur en charge ?	157
7.1. Les outils du psychomotricien	157
7.2. Apports de la relaxation	158
7.2.1. Représentation de soi et relation aux autres	158
7.2.2. Aire imaginaire	159
7.2.3. Sommeil	159
7.2.4. Alliance thérapeutique	159
7.3. La psychomotricité relationnelle comme garante d'un espace de symbolisation pour l'enfant douloureux	160
8. Exemples cliniques	161
8.1. Relaxation et douleur chez l'enfant	161
8.2. Douleur chronique suite à un accident corporel : quête de sens ..	163
8.3. L'angoisse d'être trop près	164
8.4. Douleur et psychose sévère	165
8.5. Neurologie et douleur	166
Conclusion	166

Chapitre 13. Pathologie psychomotrice associée aux troubles anxieux chez l'enfant

1. Définitions	170
2. Anxiété et pratique psychomotrice	173
2.1. Motifs de consultation	173
2.2. Le bilan psychomoteur : outil de détection	173
2.3. Prise en charge et choix de la médiation thérapeutique	174
2.3.1. Médiation	174
2.3.2. Prise en charge : cibler l'anxiété ou le trouble psychomoteur ?	175
2.3.3. Étape préparatoire à un travail de psychothérapie ?	176
2.4. Conclusion	177
3. Illustration clinique	177
3.1. Présentation	177
3.2. La rencontre, le temps du bilan	177

3.3. <i>La prise en charge psychomotrice préalable à la psychothérapie</i>	178
3.4. <i>Épilogue</i>	179
Chapitre 14. Troubles du comportement alimentaire : anorexie et boulimie	183
A. Présentation de l’anorexie et de la boulimie	183
1. L’anorexie mentale.....	184
1.1. <i>Un trouble complexe et multifactoriel</i>	184
1.2. <i>Point de vue psychodynamique de l’anorexie mentale</i>	186
2. La boulimie	189
2.1. <i>Critères de diagnostic</i>	189
2.2. <i>Point de vue psychodynamique de la boulimie</i>	190
3. Traitements et indications thérapeutiques dans les TCA	190
Conclusion.....	191
B. Approches psychomotrices de l’anorexie	192
1. La relaxation	193
2. Le toucher thérapeutique.....	193
3. Le cas de Rose, jeune anorexique de 19 ans	194
3.1. <i>Le massage</i>	195
3.2. <i>La mise en forme par le modelage</i>	197
4. Enveloppements humides thérapeutiques (EHT).....	197
5. SMMS : soins à médiation multisensorielle	198
5.1. <i>Indications</i>	198
5.2. <i>Contre-indications</i>	199
6. L’expression par le jeu	199
Chapitre 15. Conduites addictives et toxicomanies	201
A. Les troubles d’utilisation de substances : notions élémentaires	201
1. Définition	201
1.1. <i>Contexte</i>	202
1.2. <i>Les structures d’accompagnement des usagers de drogues</i>	203
1.3. <i>Les risques sanitaires et sociaux</i>	203
1.4. <i>Les traitements</i>	203
2. Addictions et psychomotricité.....	204
2.1. <i>Le corps et l’addiction</i>	204
2.2. <i>Sémiologie psychomotrice et indications en psychomotricité</i>	205
2.3. <i>Évaluation psychomotrice et projet thérapeutique</i>	205
B. Illustration clinique d’une prise en charge en psychomotricité de polyconsommation	206
1. Présentation de la patiente.....	206
2. Début de l’hospitalisation	206

3. Évaluation psychomotrice	207
4. Suite de l'hospitalisation	208
5. Fin de l'hospitalisation	208
Conclusion de la thérapie psychomotrice	209
C. Illustration clinique d'une thérapie psychomotrice comme aide au sevrage cannabis et tabac.....	210
1. Cas clinique de M.C.....	211
2. Cas clinique de M. T.....	211
3. Le bilan psychomoteur.....	212
4. Conclusions du bilan et choix de la prise en charge	213
5. Effets	214
Conclusion.....	215
Chapitre 16. Conduites addictives et alcoolodépendance.....	217
1. Le corps de l'alcoolique.....	217
2. Le projet thérapeutique.....	219
2.1. <i>Le sevrage et la demande de soins</i>	219
2.2. <i>Le corps en relation à l'autre</i>	220
2.3. <i>Les différentes médiations</i>	220
2.3.1. <i>Prise de conscience du corps par le mouvement</i>	220
2.3.2. <i>Techniques de relaxation</i>	220
2.3.3. <i>Le toucher</i>	222
3. Cas clinique.....	223
Conclusion.....	226
Chapitre 17. Clinique de l'obésité.....	229
1. Qu'est-ce que l'obésité ?	230
1.1. <i>Définition</i>	230
1.2. <i>Conséquences médicales de l'obésité</i>	231
1.3. <i>Comment et pourquoi devient-on obèse ?</i>	232
1.4. <i>Pourquoi est-il difficile de perdre du poids de façon conséquente et durable ?</i>	233
1.5. <i>Être obèse dans la société actuelle</i>	234
2. Les traitements et prises en charge actuels, leurs limites.....	235
2.1. <i>Abord médical et chirurgical</i>	235
2.2. <i>Abord psychologique et psychothérapique</i>	238
2.3. <i>Approche bio-psycho-sensorielle</i>	239
3. Obésité et psychomotricité	240
3.1. <i>Intérêt de l'approche psychomotrice chez les personnes obèses (Gaumet, 2014)</i>	240
3.1.1. <i>Améliorer la perception et l'estime de soi</i>	241
3.1.2. <i>Favoriser l'expression des émotions</i>	242
3.1.3. <i>Réajuster le rapport au temps et à l'espace</i>	242

3.1.4. <i>Accompagner la perte de poids</i>	243
3.1.5. <i>Soulager les douleurs ostéo-articulaires</i>	244
3.1.6. <i>Les étapes vers l'intégration de soi</i>	245
3.1.7. <i>Séances individuelles ou groupes ?</i>	246
3.2. <i>La psychomotricité comme discipline transversale d'une prise en charge co-thérapeutique (Dalarun, Duret-Gossart & Peuteuil, 2008)</i>	247
4. <i>Vignettes cliniques</i>	248
4.1. <i>Cas de Patricia, 35 ans</i>	248
4.2. <i>Cas de Victor, 53 ans</i>	249
4.3. <i>Cas de Samia, 12 ans</i>	250
Conclusion.....	251
Chapitre 18. La précarité	255
1. <i>Les mouvements d'enveloppes : faire avec l'insécurité</i>	255
1.1. <i>La fuite</i>	255
1.2. <i>L'effondrement</i>	256
2. <i>Les enveloppes face à la précarité</i>	257
2.1. <i>L'espace</i>	257
2.2. <i>Analyse à partir de la sensorialité</i>	258
2.3. <i>L'histoire du sujet est transcrite sur son corps</i>	259
3. <i>La prise en charge en psychomotricité</i>	260
3.1. <i>Le travail sur la demande</i>	260
3.2. <i>Exemple de Nadine</i>	261
Conclusion.....	263
Chapitre 19. Pathologie psychomotrice associée aux troubles anxieux chez l'adulte	265
A. L'accompagnement thérapeutique de patients adultes en relaxation psychosomatique, méthode G. B. Soubiran® : illustrations cliniques	265
1. <i>Se réconcilier avec un corps douloureux</i>	267
1.1. <i>Cas de M. B.</i>	267
1.2. <i>Évolution</i>	268
2. <i>Se situer à partir de son corps</i>	271
2.1. <i>Présentation de M. H.</i>	271
2.2. <i>Bilan psychomoteur</i>	271
2.3. <i>Évolution</i>	272
Conclusion.....	273
B. Cas clinique illustrant la méthode de relaxation adaptée aux pathologies psychotiques adultes	274
1. <i>Présentation de M. B.</i>	274
2. <i>Évolution</i>	276
Conclusion.....	277

Chapitre 20. Traumatismes crâniens.....	279
1. Sémiologie.....	280
2. La place spécifique de la psychomotricité dans le suivi de ces personnes en accueil de jour	283
2.1. <i>L'accueil de jour</i>	283
2.1.1. <i>Pour qui ?</i>	283
2.1.2. <i>Pourquoi ?</i>	283
2.1.3. <i>Comment ?</i>	284
2.2. <i>La psychomotricité</i>	284
2.2.1. <i>L'observation et les projets</i>	284
<i>Les troubles de l'équilibre, de la coordination,</i> <i>du schéma corporel</i>	284
<i>Les troubles du comportement qui perturbent</i> <i>les relations à autrui</i>	284
<i>Les troubles de la perception de soi et de l'image</i> <i>du corps</i>	285
2.2.2. <i>Les médiations</i>	286
<i>Groupe théâtre</i>	286
<i>Groupe théâtre d'improvisation</i>	286
<i>Groupe relaxation et toucher thérapeutique</i>	286
<i>Groupe piscine</i>	286
<i>Groupe esthétique et bien-être</i>	286
<i>Groupe marche</i>	287
<i>Groupe multisports (gym douce, ping-pong, bowling,</i> <i>badminton, etc.)</i>	287
<i>Groupe image de soi</i>	287
2.2.3. <i>Le positionnement du psychomotricien</i>	287
3. Le groupe théâtre d'improvisation	288
3.1. <i>Les objectifs de ce groupe</i>	288
3.2. <i>Une séance type</i>	289
3.3. <i>L'exemple de Xavier</i>	290
3.3.1. <i>Présentation de Xavier</i>	290
3.3.2. <i>Évolution</i>	290
3.4. <i>Le rôle du groupe</i>	291
3.5. <i>Les suites du groupe</i>	291
Conclusion.....	292
Chapitre 21. Accidents vasculaires cérébraux (AVC)	293
1. Définitions	293
1.1. <i>L'AVC ischémique</i>	293
1.2. <i>L'AVC hémorragique</i>	294
1.3. <i>Facteurs de risque et conséquences possibles</i>	294

2. Sémiologie.....	294
2.1. <i>Hémiplégie</i>	294
2.2. <i>Hémi-parésie</i>	294
2.3. <i>Hémi-paresthésie</i>	294
2.4. <i>Trouble phasique</i>	295
2.5. <i>Négligence corporelle</i>	295
2.6. <i>Négligence spatiale unilatérale</i>	295
2.7. <i>Syndrome dysexécutivo-comportemental</i>	295
2.8. <i>Troubles cognitivo-comportementaux</i>	296
2.9. <i>Douleurs neuropathiques</i>	296
2.10. <i>Autres signes</i>	296
3. Psychomotricité et AVC.....	296
4. Vignettes cliniques.....	297
4.1. <i>Cas clinique 1 : suivi d'un patient en Unité neurovasculaire aiguë (UNVA)</i>	297
4.1.1. <i>Présentation du patient</i>	297
4.1.2. <i>Projet thérapeutique</i>	298
4.1.3. <i>Évolution</i>	298
4.2. <i>Cas clinique 2 : suivi d'un patient en Médecine physique et réadaptation (MPR) puis en hôpital de jour (HDJ)</i>	299
4.2.1. <i>Présentation du patient</i>	299
4.2.2. <i>Projet thérapeutique</i>	299
4.2.3. <i>Évolution</i>	299
Conclusion.....	300
Chapitre 22. Maladie de Huntington (MH)	303
1. Sémiologie.....	303
2. Psychomotricité et maladie de Huntington, un espace-temps relationnel.....	304
3. Vignette clinique : suivi d'un patient présentant une MH à prédominance comportementale.....	306
3.1. <i>Présentation du patient et anamnèse</i>	306
3.2. <i>Première rencontre</i>	306
3.3. <i>Projet thérapeutique</i>	306
3.4. <i>Évolution</i>	307
Conclusion.....	308
Chapitre 23. Sclérose latérale amyotrophique	311
1. « Le corps emmuré ».....	311
2. Sémiologie de la SLA.....	312
3. Psychomotricité et SLA.....	313
4. Bilan psychomoteur.....	313
5. Accompagnement, indications et contre-indications.....	314

6. Vignette clinique	315
6.1. Présentation.....	315
6.2. Évolution	315
Chapitre 24. La sclérose en plaques	317
1. Généralités	317
1.1. Étiologie	317
1.2. Mécanisme.....	318
1.3. Épidémiologie	318
2. Clinique et évolution	318
2.1. Signes cliniques.....	318
2.2. Pronostic	320
2.2.1. Évolution de la maladie.....	320
2.2.2. Échelle EDSS (Expanded Disability Scale Status)	321
2.2.3. Évolution et types de maladie	321
La SEP rémittente-récurrente.....	321
La SEP secondairement progressive	321
La SEP primaire progressive.....	321
3. Les traitements	322
3.1. Rôle et fonctions des traitements.....	322
3.2. Liste des principaux traitements	322
3.3. Effets secondaires et impact des traitements.....	322
3.4. Autres traitements.....	323
4. Lecture psychomotrice de la sclérose en plaques	323
4.1. Sclérose en plaques et schéma corporel	324
4.1.1. Perturbation et remaniements du schéma corporel.....	324
4.1.2. Témoignage de patients.....	324
4.2. Sclérose en plaques et image du corps	325
4.2.1. Une image du corps altérée et mouvante.....	325
4.2.2. La relation à soi.....	325
4.2.3. La relation à l'entourage	325
4.2.4. La relation au monde médical.....	326
5. L'approche psychomotrice	326
5.1. Bilan psychomoteur	326
5.2. Le projet thérapeutique.....	327
5.3. Les objectifs.....	327
6. Les médiations.....	328
7. Le travail de groupe	330
8. Instants cliniques	330
8.1. La nécessité du travail d'équipe.....	331
8.2. À l'annonce du diagnostic	331
8.2.1. L'histoire de Mlle P.	331
8.2.2. Perceptions du patient.....	332

8.2.3. Rôle du psychomotricien	332
8.2.4. Exemple de Mme L.	332
8.3. Au cours d'épisodes de poussées	334
8.3.1. Perceptions du patient	334
8.3.2. Rôle du psychomotricien	334
8.3.3. Exemple de Mme S.....	334
8.4. Tout au long de la pathologie, de son suivi et de ses différents traitements.....	336
8.4.1. Perceptions du patient	336
8.4.2. Rôle du psychomotricien	337
8.4.3. Exemple de Mme B.	337
8.5. Au cours d'une rééducation.....	338
8.5.1. Perceptions du patient	338
8.5.2. Rôle du psychomotricien	338
8.6. Le cas des patients dépendants vivant en foyer	339
8.6.1. Perceptions du patient	339
8.6.2. Rôle du psychomotricien	339
Conclusion.....	339

Chapitre 25. Prise en charge des symptômes psycho-comportementaux de la démence..... 341

1. L'évaluation des troubles du comportement.....	342
2. La prise en charge des SCPD	343
2.1. Les différentes approches	344
2.1.1. Les interventions centrées sur la stimulation cognitive	344
2.1.2. Les approches psychothérapeutiques et sociothérapeutiques ..	345
2.1.3. Technique de gestion du comportement	345
2.1.4. La thérapie par réminiscence.....	346
2.1.5. Les stimulations sensorielles.....	347
2.1.6. Les interventions multisensorielles de type Snoezelen	347
2.1.7. Les interventions centrées sur l'aménagement de l'environnement physique	348
2.1.8. Les interventions centrées sur la relation aidant-aidé.....	349
2.2. Étude de cas : exemple de la déambulation	349
Conclusion.....	352

Chapitre 26. Maintien de la marche et des gestes de la vie quotidienne dans la démence..... 357

1. Place du psychomotricien dans la prise en charge du patient atteint de démence.....	358
2. Principes généraux dans le maintien de l'autonomie des sujets atteints de démence	359

2.1. Utilisation de la mémoire procédurale dans les apprentissages perceptivomoteurs	359
2.1.1. Généralités	359
2.1.2. Vignette clinique	360
2.2. Pratique constante dans les apprentissages moteurs.....	360
2.3. Les techniques d'apprentissage issues de la revalidation neuropsychologique.....	362
2.3.1. Techniques d'apprentissage utilisant les capacités préservées	362
La technique d'estompage.....	362
La récupération espacée.....	363
2.3.2. Utilisation d'aides externes et structuration de l'environnement	364
3. Particularités dans le maintien de la marche et la prévention des chutes dans la maladie d'Alzheimer	365
4. Présentation des techniques de rééducation des activités de la vie quotidienne (AVQ) dans la démence (Ylief)	365
5. Évaluation des conduites déficitaires et préservées.....	367
6. Prise en compte des facteurs externes.....	369
6.1. Technique de facilitation	369
6.2. Technique d'estompage.....	369
6.3. Vignette clinique	370
7. Formation des soignants.....	370
Chapitre 27. La maladie de Parkinson.....	375
1. Généralités	375
2. Place de la thérapie psychomotrice dans l'ensemble du dispositif de soins	376
2.1. Maladie de Parkinson et psychomotricité.....	376
2.2. Principes de la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson.....	376
2.2.1. Techniques d'indiciage extrinsèque.....	378
2.2.2. Techniques de repérage intrinsèque	378
Le séquençage	379
L'utilisation de signaux auto-initiés et du soliloque	379
L'exagération du mouvement (Training Big)	379
La visualisation	380
2.3. Autres techniques	380
2.3.1. La danse.....	380
2.3.2. Le tai-chi-chuan.....	381
2.3.3. La relaxation	381
2.3.4. Le concept Bobath.....	382
2.3.5. Approches combinées.....	384

Chapitre 28. La prévention de la chute	387
A. La prévention des chutes chez la personne âgée	387
1. Les facteurs de risques	388
2. Étiologies de la chute	389
2.1. <i>Aspects psychologiques</i>	391
2.2. <i>Aspects moteurs : les troubles de la marche, de l'équilibre, les ajustements posturaux</i>	391
2.3. <i>Aspects cognitifs</i>	393
3. Place du psychomotricien dans la prévention de la chute du sujet âgé	393
4. La prévention des chutes en psychomotricité.....	394
4.1. <i>Indications</i>	394
4.2. <i>Modalités de la prise en charge psychomotrice</i>	394
4.3. <i>Cadre</i>	395
4.4. <i>Contenu</i>	395
4.5. <i>Les aspects psychologiques</i>	396
4.6. <i>Les aspects sensoriels</i>	396
4.7. <i>Le renforcement musculaire</i>	396
4.8. <i>L'équilibre statique et dynamique</i>	397
4.9. <i>Les aspects cognitifs</i>	398
5. Prévention primaire.....	398
Conclusion.....	399
B. L'accompagnement du chuteur âgé en psychomotricité : de la chute au relever	401
1. La peur de chuter	401
2. La chute	402
3. Se relever	402
4. Outils	402
Chapitre 29. Les soins palliatifs : accompagnement en fin de vie	405
1. L'organisation actuelle et les structures de soins palliatifs	406
2. Le rôle du psychomotricien en soins palliatifs.....	407
2.1. <i>Les motifs d'indication psychomotrice en soins palliatifs</i>	407
2.2. <i>Médiations et cadre de travail</i>	408
2.3. <i>Le travail en articulation avec le psychologue</i>	409
2.4. <i>Le travail en articulation avec le kinésithérapeute</i>	410
2.5. <i>Le travail auprès des équipes soignantes</i>	411
2.6. <i>Le travail auprès des familles</i>	411
3. Vignette clinique : l'accompagnement de Mme V. et des soignants qui l'entourent	412
4. Suivi d'un patient présentant une maladie de Huntington à prédominance motrice	420

4.1. <i>Présentation du patient et anamnèse</i>	420
4.2. <i>Première rencontre</i>	421
4.3. <i>Projet thérapeutique</i>	422
4.4. <i>Les médiations utilisées</i>	422
4.5. <i>Évolution</i>	422
Conclusion	425
Index	427

Manuel d'enseignement de psychomotricité

3. Clinique et thérapeutiques

Ce troisième tome du *Manuel d'enseignement de psychomotricité* est résolument centré sur la clinique. Les auteurs y mettent l'accent sur l'importance de la **réflexion clinique** et de l'**implication psychocorporelle** du psychomotricien dans le traitement des patients.

L'ouvrage présente un très large panel des **pathologies** traitées en psychomotricité. Ces pathologies, toujours plus nombreuses, témoignent de l'élargissement croissant du champ d'action de cette discipline.

La grande diversité des situations exposées, dans lesquelles théorie et pratique sont en constante interaction, fait de ce tome 3 un ouvrage complet et riche où s'affirme indéniablement l'abord spécifique de la psychomotricité. Il constitue à ce titre un support indispensable pour le professionnel et un guide incontournable pour l'étudiant.



Françoise Giromini est psychomotricienne et diplômée en sciences humaines (section philosophie). Professeure associée à l'université Pierre et Marie Curie, elle a été la directrice de l'Institut de formation en psychomotricité à la faculté de médecine Pitié-Salpêtrière de 2001 à 2010.



Jean-Michel Albaret est psychomotricien et enseignant-chercheur à l'université de Toulouse. Depuis 1999, il est directeur de l'Institut de formation en psychomotricité de Toulouse à la faculté de médecine Toulouse-Rangueil.



Philippe Scialom est psychomotricien, psychologue clinicien et enseignant vacataire en psychologie à l'Institut supérieur de rééducation psychomotrice de Paris.

Également disponibles



Tome 1
Concepts
fondamentaux



Tome 2
Méthodes et
techniques



<http://noto.deboeck.com> : la version numérique de votre ouvrage

- 24h/24, 7 jours/7
- Offline ou online, enregistrement synchronisé
- Sur PC et tablette
- Personnalisation et partage

MANENS3
ISBN 978-2-35327-309-6



9 782353 273096



www.deboeck.fr