

Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
 www.em-consulte.com

*neuropsychiatrie
 de l'enfance
 et de l'adolescence*

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 57 (2009) 160–165

Cas clinique

Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères. II : illustration clinique

Sensory-motor integration approach of severe pervasive developmental disorders: A clinical observation

C. Jutard, A. Kloeckner, D. Périsse, D. Cohen*

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47–83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

Résumé

L'abord sensorimoteur des pathologies autistiques sévères a connu de nombreux développements récents, en particulier grâce à l'apport des travaux d'André Bullinger. Nous proposons dans ce second article une illustration clinique partant du bilan sensorimoteur initial comme clé de voûte des options thérapeutiques en psychomotricité. La prise en charge, décidée à raison de deux séances hebdomadaires en salle et en piscine, permet d'illustrer les axes techniques et leurs implications au plan sensorimoteur. L'évolution sur deux années tant au plan général que des données du bilan sensorimoteur est également présenté.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Sensory-motor integration approach of severe pervasive developmental disorders has become more popular during the recent years thank to André Bullinger's research in the field of infant development. In this second paper, we aim to report a clinical illustration starting at the sensory-motor assessment as a key for therapeutic proposal in psychomotor therapy. The treatment included two sessions per week in classical room and in pool, alternatively. Technical interventions during sessions are presented and articulated with the sensory-motor assessment. Course of general functioning during the two years of treatment as well as comparison of yearly sensory-motor assessment are summarized.

© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Sensorimotricité ; Trouble envahissant du développement ; Intégration sensorielle

Keywords: Sensorimotricity; Pervasive developmental disorder; Sensory integration

Ce second article propose d'illustrer l'articulation entre bilan sensorimoteur (BSM) et prise en charge, en particulier auprès d'enfants présentant un autisme sévère. Nous partons d'une observation unique suivie de manière longitudinale dans le cadre d'un travail thérapeutique commun concernant une jeune enfant, Louise, suivie en consultation, AK pratiquant un BSM chaque année et CJ réalisant la prise en charge.

Pour rappel, le BSM consiste à évaluer : les modalités sensorimotrices, le développement postural et les capacités praxiques. Cette évaluation se fait en présence des parents, mais aussi des

professionnels ayant en charge l'enfant [1]. Cela crée donc un espace d'échange permettant à la fois un remaniement des représentations de l'enfant mais aussi d'élaborer un projet de soin cohérent.

1. Anamnèse

En février 2002, Mme E. vient avec une demande précise de BSM pour sa fille Louise. Celle-ci a alors six ans, mais apparaît comme moins âgée du fait d'un retard staturopondéral important. Sa posture est caractérisée par une grande hypotonie axiale qui fait qu'elle a le dos voûté et les jambes fléchies en position statique. Les contacts sont difficiles et alternent entre un évitement et des rapprochés qui provoquent beaucoup d'excitation.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : david.cohen@psl.aphp.fr (D. Cohen).

Tableau 1
Profil du PEP-R de Louise à l'âge de neuf ans.

Domaine	Âge de développement	Âge de développement émergent
Imitation	3 ans	3 ans 10 mois
Perception	3 ans 2 mois	4 ans 1 mois
Motricité fine	1 an 6 mois	3 ans 3 mois
Motricité globale	2 ans 6 mois	3 ans 1 mois
Coordination oculomanuelle	2 ans 4 mois	2 ans 8 mois
Performance cognitive	2 ans 1 mois	3 ans 1 mois
Cognition verbale	1 an 6 mois	2 ans 4 mois

Louise est née en Asie en 1997 et a été très rapidement placée dans un orphelinat. Mme E. vit seule et adopte Louise à l'âge de quatre mois. Mme E. parle d'un développement harmonieux, malgré un retard global des acquisitions et des troubles relationnels précoces. La marche n'apparaît qu'à trois ans et demi et les premiers mots à cinq ans.

Si, au début, ces difficultés sont mises sur le compte d'un début de vie difficile et de l'adoption, très rapidement, une prise en charge intense et précise des troubles de l'enfant se met en place :

- un suivi en kinésithérapie dès l'âge de 12 mois ;
- un suivi en psychothérapie psychanalytique dès l'âge d'un an¹ ;
- la mise en place d'un programme de multistimulations, à partir d'une méthode britannique (*Brain Solutions The developmental Re-education Centre*) chaque matinée et suivi encore aujourd'hui.

Ce programme consiste en de multiples situations de stimulations tant intellectuelles que physiques [2]. Dans un second temps, s'ajoute aussi un suivi en orthophonie une à deux fois par semaine avec pour support la méthode Makaton (méthode associant simultanément un mot à un signe et un pictogramme) à partir de l'âge de six ans [3].

De nombreux examens médicaux ont été réalisés et n'ont pour l'instant pas révélé d'anomalie génétique ou organique. Le diagnostic ICD10 retenu est celui d'autisme de Kanner associé à un retard mental sévère et à une probable insuffisance motrice cérébrale même si l'examen neurologique ne montre pas d'asymétrie motrice ni de déficit spécifique. Il est confirmé à l'âge de neuf ans par un score de 43 à la Child Autism Rating Scale (CARS) qui situe Louise dans la frange des autismes sévères [4] et un profil développemental montrant de nombreux déficits au profil psycho-éducatif-révisé (PEP-R) de Schopler et al. [5], en particulier dans les domaines de la motricité fine et de la cognition verbale (Tableau 1).

Il est à noter qu'en plus des diverses prises en charge déjà évoquées, Louise va en maternelle quatre après-midi par semaine, participe à un cours de danse à l'extérieur et fait de la musique avec un professeur privé. Mme E. organise pour sa fille une prise

en charge très centrée sur les acquisitions. Un point d'honneur est mis sur l'apprentissage.

2. Quelques éléments sur le premier BSM

2.1. Principales constatations cliniques

Louise présente un déficit important de la régulation tonique. Celui-ci est plus marqué au niveau du bas du corps. Elle passe d'une rigidité extrême à un abandon tonique important suivant les situations.

Il ressort aussi une grande irritabilité tactile présente au niveau du visage, des membres supérieurs et des jambes. Cette irritabilité favorise « les réponses en hyperextension » qui sont très fréquentes et ne permet pas à Louise de stabiliser son image corporelle. Les fonctions instrumentales, les prises, les manipulations sont très limitées du fait des irritations tactiles.

2.2. Recommandations thérapeutiques

L'aménagement d'espaces sécurisants et contenant améliore les possibilités d'échange avec son milieu. Les situations en appui ventral (gros ballon) lui permettent de se stabiliser et favorisent, par le relâchement de la respiration, les productions de vocalises et de quelques mots.

Les conclusions du bilan fournissent et articulent les grands axes de la prise en charge (travail d'intégration sensorielle, de détente...) et des pistes d'aménagements qui pourront faciliter le travail (garantir des situations contenant, veiller aux mises en formes par appui dorsal ou par prise de position d'enroulement...), respecter son rythme et favoriser les situations où Louise est en situation active.

Les objectifs généraux de la prise en charge sont formulés comme suit :

- de mettre Louise le plus possible en position active en lui proposant un lieu où elle puisse faire des expériences par elle-même, en lui fournissant un espace qui met de côté toutes les sollicitations éducatives et d'apprentissages très présentes dans les multiples activités qu'elle fait au quotidien ;
- de favoriser la détente, la régulation tonique et les schèmes d'enroulement pour qu'elle puisse faire des expériences nouvelles et des explorations autrement que dans un schéma d'extension qui s'installe dès lors qu'il y a stimulation (c'est-à-dire travailler sur l'équilibre sensoritonique) ;

¹ Nous n'avons pas pu obtenir de précision quant à la nature exacte de ce suivi psychanalytique précoce au plan technique.

- de proposer un cadre stable et sécurisant, en limitant les stimulations et favorisant les échanges ;
- de mettre en place un travail d'intégration sensorielle, en particulier au niveau tactile, afin de réduire ses irritabilités.

Suite au BSM, il est donc décidé de proposer une prise en charge à un rythme de deux fois par semaine. Une séance en balnéothérapie et l'autre en salle.

3. La première année de prise en charge

3.1. La première rencontre

La première rencontre est très impressionnante. CJ reçoit Louise et sa mère dans une petite salle. Les objets volent à travers la pièce, Louise fait de nombreux allers-retours entre le placard à jeux et sa mère ou CJ. Elle attrape du bout des doigts tout ce qu'elle trouve et le jette, elle n'investit aucun objet. Le contact est difficile et Louise semble très angoissée par cette situation. Elle semble insaisissable. Il est difficile de penser et les pistes de travail dégagées par le BSM ont alors servi de support dès le départ.

3.2. Les séances en balnéothérapie

Ce type de médiation a permis de mettre en place les objectifs énoncés précédemment avec certaines spécificités. En effet, l'eau fournit un lieu riche en expériences sensorielles et motrices. Elle est propice aux jeux corporels, à l'exploration psychomotrice, aux échanges et à la rencontre avec l'autre. Les contacts peau à peau, les sensations fournies par l'eau, le déshabillage, le séchage ou le rhabillage fournissent de multiples stimulations. Les enveloppes sensorielles, les limites et l'enveloppe corporelle sont en permanence sollicitées. L'eau va aussi avoir des répercussions sur le corps, sur la motricité et la tonicité. Les appuis, la verticalité, la fluidité du mouvement vont être modifiés et nécessiter une attention plus spécifique qu'en milieu aérien.

Cette prise en charge se déroule en cothérapie avec un collègue psychomotricien, ce qui permet d'instaurer une dynamique parfois difficile à maintenir en relation duelle avec Louise. Par ailleurs, la constitution d'un couple thérapeutique est aussi intéressante du fait de la configuration familiale, puisqu'il n'y a pas de « père » ni dans la vie quotidienne ni dans le discours de la mère.

D'un point de vue diachronique, on note les points suivants au cours de la première année. Au début, Louise manifeste une angoisse très intense. Elle est très excitée et rit beaucoup. Nous lui avons alors proposé d'approcher l'eau par le biais d'un petit bac installé dans une pièce annexe à celle du bassin. Louise y trempe un peu ses mains, puis ses pieds, elle se déplace beaucoup d'un bout à l'autre de la pièce en marchant le plus souvent sur quatre appuis (les mains et les pieds). Ses allers-retours sont marqués d'arrêts lorsqu'elle s'approche de nous. Dès le début, Louise nous montre qu'elle profite de

cet espace cadrant, mais lui laissant aussi un maximum de liberté. Nous remarquons que dès que notre attention envers elle diminue, elle revient nous solliciter et provoque même un jeu de cache-cache lorsqu'elle se met à quatre pattes. Nous notons également qu'elle a sans cesse recours à une sensorialité particulière qui nous évoque le « démantèlement » décrit par D. Meltzer et al. [6]. En effet, elle se place là où il y a un courant d'air, tapote ses genoux, tapote l'eau, court au risque de tomber car ça glisse... Elle recherche en permanence des stimulations unisensorielles fortes, ce que l'on retrouve chez de nombreux artistes.

En quelques semaines, après des épisodes d'immersion totale et de longues apnées dans le bac, nous arriverons donc à la descente dans le bassin. Au début, Louise cherche peu à se déplacer, est assez passive sauf pour se lâcher et couler. Cependant, elle nous sollicite par des interpellations sonores ou visuelles. Durant de nombreuses séances Louise manifeste beaucoup d'excitation. Cela nous questionne beaucoup et lui proposons alors de la sortir de l'eau si c'est trop difficile pour elle. Ses rires s'apaiseront alors.

Progressivement, Louise semble profiter de ce moment. Après six mois de prise en charge, elle est plus calme, se déplace dans le bassin, explore l'espace et le matériel. Un espace de jeu s'est installé. Elle plonge du bord du bassin ou se laisse glisser sur un tapis faisant usage de toboggan.

Nous travaillons beaucoup sur la prise d'appui, que ce soit sur nos propres corps ou en utilisant du matériel (rocher, tapis mis en toboggan). Dans les différentes situations, nous veillons à favoriser l'enroulement dans le portage et avec le soutien du matériel (bouées, frites) pour aboutir à l'extension à travers des repoussés, des sauts, des déplacements avec matériel. Elle réussira finalement, après plusieurs semaines, à sortir seule du bassin.

Les temps de déshabillage, de séchage et de rhabillage sont aussi très importants au niveau sensoriel et instrumental. Notre rôle a été de soutenir Louise dans ces étapes tout en l'aidant. Louise a également beaucoup investi le miroir proche du banc où elle se déshabillait et se rhabillait. Le miroir a joué un rôle très important dans sa découverte du corps. Elle a passé beaucoup de temps à se regarder de près ou de plus loin sans tomber dans la fascination. Nous avons remarqué que son attention se portait beaucoup sur son dos, elle se regardait autant que possible de dos tout en se tapotant le bassin et surtout le sacrum. Elle associait perception visuelle, sensation tactile et kinesthésique, supposons-nous dans une perspective intégrative.

3.3. Les séances en salle

Là aussi, proposer un travail en salle répondait à des objectifs spécifiques :

- de proposer un cadre contenant, c'est-à-dire tant au niveau de l'adulte mais aussi au niveau matériel. Louise n'avait alors pas accès au petit matériel, mais seulement à un minimum de gros matériel (uniquement gros ballon, tapis, rouleau et deux ou trois structures en mousse). CJ proposait aussi au départ le

plancher en bois (identique à celui du bilan), lui permettant d'avoir son espace à elle dans la pièce ;

- de travailler sur les irritabilités tactiles grâce à diverses sources comme le ventilateur, le tissu, les plumes, les graines afin qu'elle puisse par la suite investir les fonctions instrumentales ;
- de travailler sur la verticalisation, amener Louise à se mettre plus debout, à vivre diverses expériences d'équilibration et solliciter l'exploration par les pieds.

Le travail débute d'abord avec l'utilisation du plancher en bois contenant et du ventilateur. Progressivement, l'excitation laisse place à l'exploration et l'utilisation d'objets modelables par l'air du ventilateur comme le tissu ou des plumes. Louise profite aussi du souffle du ventilateur pour investir sa bouche qui jusqu'alors l'était très peu. Elle se met face au ventilateur et dit « coucou » qui alors se transforme en vibrations sonores.

Afin de gérer les débordements d'excitation, elle fait de nombreux allers-retours entre le cadre en bois où se trouve la source de stimulations et l'extérieur. Par exemple, alors que CJ propose des jeux tactiles, elle sort du cadre, s'éloigne, revient et demande de souffler sur ses pieds, de les toucher, de les « gratouiller », puis ressort... pour revenir. Il est indispensable de suivre son rythme et de respecter ces nombreux allers-retours qui permettent finalement de maintenir une continuité dans ses actions et d'éviter les ruptures liées à ses difficultés de régulation.

Pour toute activité, CJ propose des mises en forme du corps, en tentant de lui donner un maximum d'appuis (surtout, au niveau du dos) tout en favorisant l'enroulement et limitant ainsi les réponses aux stimulations en hyperextension. Ces installations, parfois difficiles à mettre en place mais indispensables, permettent d'obtenir une bien meilleure disponibilité de sa part. Par exemple, installée sur le ventre ou assise sur le gros ballon, le travail se fait face au miroir en faisant de nombreux jeux de bouche et de vocalise. La position face au miroir permet à la fois de ne pas être en face-à-face, ce qui est intenable pour elle, mais aussi de lui fournir un appui dorsal, de servir « d'arrière fond ».

Progressivement, un face-à-face s'installe et l'échange prend pour support les comptines, les mimiques et les jeux de doigts. Louise montre une capacité à s'accorder à l'autre et prend plaisir à fredonner lorsque CJ chante ou à dire quelques mots. Elle initie parfois des chansons en disant par exemple « ding ding dong ».

Au fil des séances, un véritable dialogue tonique s'installe, permettant la mise en place d'un espace entre deux et l'instauration de la représentation d'un autre. Louise investit fortement les jeux corporels, elle sollicite CJ pour des jeux d'équilibre et de déséquilibre, d'abord assise puis debout, par exemple sur le rouleau, le gros ballon et la planche à roulette. Elle peut aussi prendre le temps de découvrir les sensations procurées par un gros matelas rempli de billes de polystyrène soit en s'installant dedans et en bougeant de différentes manières ou en marchant dessus. Les gros objets lui servent avant tout à se rassembler pour ensuite explorer. Progressivement, Louise a pris de l'assurance dans ses explorations motrices, puis s'est mise à grimper sur tout ce qu'elle trouvait.

4. Le second BSM

Après une année de prise en charge, il a donc été proposé ce second bilan. Du point de vue du psychomotricien en charge du traitement, cela lui a permis :

- de prendre du recul sur cette prise en charge bihebdomadaire et, surtout, de ne pas entrer dans une routine qui s'installe vite avec des enfants présentant ce type de pathologie ;
- d'objectiver les progrès faits par Louise ;
- de mieux cerner les axes de travail à poursuivre ou à mettre en place.

En résumé, ce second BSM révèle les points suivants. Tout d'abord, les progrès de Louise sont très importants à la fois dans ses capacités à entrer en communication et dans ses acquisitions motrices. Louise recherche davantage le contact et propose des situations d'échange avec l'adulte par le biais d'imitations ou de vocalises. Elle a également acquis une meilleure régulation tonique au niveau du bas du corps, même si l'activation de la chaîne d'extension persiste. De plus, alors qu'elle restait beaucoup au sol, elle est dans une recherche extrême de verticalité. Elle grimpe sur tout ce qu'elle trouve (tables, chaises. . .) comme si la verticalité était instrumentalisée, recherchait plus l'extension que le redressement.

La jonction entre les différentes parties du corps (haut/bas et droite/gauche) n'est pas intégrée et un travail sur la coordination reste à effectuer. Enfin, les irritabilités tactiles sont encore importantes au niveau des membres supérieurs et gênent les manipulations.

5. La deuxième année de prise en charge

Ainsi, suite à ce bilan, nous décidons donc de poursuivre la plupart des axes de travail évoqués au tout début de la prise en charge. Louise vient toujours deux fois par semaine. Une fois en balnéothérapie et l'autre en salle.

La prise en charge en balnéothérapie va se poursuivre avec les mêmes objectifs. Les séances sont plus difficiles : Louise s'affirme de plus en plus, teste nos limites et celles du cadre. Elle semble aussi jouer avec la possibilité de faire des choix et d'être entendue.

Lors des séances en salle, au fil de l'année, Louise commence à ouvrir seule le placard et jette un peu moins. Elle montre de la curiosité et commence à manipuler de manière adaptée certains objets comme les poupées pour lesquelles elle manifeste plus d'attention, leur donne à boire et me demande de leur faire « bateau sur l'eau ».

Alors que la première année nous avons beaucoup travaillé sur la verticalisation, en l'encourageant à se mettre plus debout, à vivre diverses expériences d'équilibration et à travailler l'exploration par les pieds, nous lui proposons alors de revenir au sol ou en appui sur un gros coussin rempli de billes ou sur le ballon physiologique. Nous travaillons donc beaucoup au niveau du bassin, sur l'enroulement et la détente, par des situations variées afin qu'elle puisse se poser.

Cette transition de debout sur des objets (surtout, le bureau) vers le sol va se faire par le portage. Louise grimpe debout sur le bureau et CJ la prend sur son dos, la déplace à travers la pièce pour ensuite la déposer dans un gros coussin. Elle lui fait répéter cette séquence des dizaines de fois pour ensuite pouvoir aller s'installer directement sur le coussin. À travers ce jeu, CJ a donc travaillé avec Louise sur toute la partie antérieure de son corps, sur les appuis et sur l'accordage tonique. Louise était au départ raide comme un bâton, elle ne se tenait même pas. CJ la portait complètement. Au fil des semaines, leurs deux corps, leurs tons se sont adaptés et Louise s'est assouplie, posée sur elle, se laissant porter mais se portant un peu elle-même si l'on peut dire.

On voit donc qu'il a fallu répéter de nombreuses fois la même situation, qui pourrait sembler monotone et enfermante, mais qui est cependant nécessaire pour Louise, c'est-à-dire qui suit son rythme.

Il lui est alors proposé des situations favorisant l'enroulement, afin de trouver une certaine mobilité et une harmonie dans l'utilisation des différentes chaînes de tension myofaciales, en particulier la chaîne antéromédiane (cf. Section 6). À travers différentes installations, Louise peut ainsi se poser et alors « libérer » ses pieds, ses mains et son regard qu'elle investit alors et qui améliorent le contact et l'échange.

Par exemple, elle s'installe dans un gros coussin à billes, un peu inclinée, sur le dos. Elle s'en fait une sorte de cocon. CJ peut alors se mettre face à elle. Elle a un bon appui au niveau du dos qui lui permet de la solliciter directement en face à face. Elle lui tend alors ses pieds, ses mains, lui demande de les attraper, de souffler dessus. Elle la sollicite aussi énormément pour que CJ chante des comptines, elle tape dans les mains, commence à imiter certains gestes comme « tape, tape petites mains ».

Ce travail d'enroulement conduit donc à favoriser l'utilisation des deux hémicorps, à solliciter la coordination des deux mains en travaillant d'un côté, puis de l'autre, ce qui s'est fait principalement sur le gros ballon, à travers des comptines, des jeux de mains (pomme de reinette, scions du bois).

6. Discussion

L'approche développementale proposée par A. Bullinger apporte un éclairage tout à fait intéressant au psychomotricien réalisant la prise en charge de l'enfant autiste. Elle va le guider et s'intégrer à sa pratique, progressivement construite à partir d'outils divers et variés, pratiques et théoriques. Elle s'articule parfaitement à certaines approches psychodynamiques qui proposent une compréhension intégrative du développement de l'enfant. Par exemple, la grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité, établie par G. Haag et al. [7], est un outil prometteur pour le suivi, mais on ne dispose pas encore de données longitudinales.

Il semble également possible d'articuler ce travail à une approche fondée sur l'anatomie fonctionnelle. Du reste, les fondamentaux de l'intégration sensorimotrice sont tout autant les travaux d'André Bullinger que ceux d'A. Jean Ayres, plus ancrés dans la neurophysiologie développementale, c'est-à-dire dans l'anatomie fonctionnelle (voir article I jumelé [1]). Le travail

avec Louise s'est inscrit dans la lignée des travaux de Benoît Lesage réalisés à partir de la description par G. Struyf-Denys [8] de plusieurs structures anatomofonctionnelles et des expériences qu'elles étaient. Benoît Lesage a développé la notion de chaînes de tension myofaciales qui permettent de faire un lien entre la structure anatomofonctionnelle du corps et la signification dans l'économie psychique du sujet de l'activation préférentielle de certaines chaînes. Six structures soutiennent des attitudes [9]. Celle qui nous a intéressés avec Louise était la chaîne de tension antéromédiane. Cette structure gouverne le schème posturo-moteur de l'enroulement, qui signifie le retour sur soi, le centrage, l'ancrage dans le sol. C'est aussi la position fœtale qui renvoie à la position du nourrisson, notamment dans les bras de sa mère au moment du nourrissage. Cette position amène donc à une disponibilité tonique et sensorielle et prépare les étapes futures qui vont conduire à la verticalisation. En revenant à Louise, on voit bien chez elle l'activation préférentielle de la chaîne des extenseurs aboutissant à une hypertonie de la chaîne posturomédiane. Il y a alors blocage de la ceinture scapulaire, la tirant en arrière et provoquant une posture « en chandelier ». Par conséquence, cette tension induit une difficulté chez elle à porter les mains à la bouche, dans l'axe médian. Un diaporama-vidéo accessible via Internet propose de nombreux extraits des deux premiers BMS et de séquences de prise en charge qui permettront au lecteur de mieux visualiser cette évolution².

Il y a quelques années, on retrouvait des difficultés assez similaires chez de nombreux nourrissons ayant été couchés en décubitus ventral pour le sommeil lors des différentes campagnes de prévention de la mort subite du nourrisson. Ces bébés présentaient une prédominance du plan postérieur de l'axe sur le plan postérieur, un raccourcissement des muscles postérieurs de la nuque et des muscles des épaules imposant alors la posture « en chandelier » des membres supérieurs. Cette posture particulière entraînait alors des anomalies dans les acquisitions statiques, mais aussi un retard dans les activités de préhension et de manipulation [10]. Ils finissaient par ne plus pouvoir s'enrouler alors qu'il s'agit d'une étape nécessaire à la constitution d'un axe, permettant à l'enfant de ramener ses mains dans un plan médian. A. Bullinger [11] a montré à quel point la maîtrise du rassemblement des mains dans le plan médian, en cohérence avec le regard, est une étape capitale dans la construction de l'axe et l'unification des deux hémiespaces droit et gauche. On voit donc comment, en tant que psychomotriciens, on peut articuler ces différentes notions. Un premier constat visuel, sur l'attitude corporelle privilégiée peut nous donner des pistes de recherches, puis de travail s'inscrivant dans une théorie du développement intégrative¹.

7. Conclusion

Cette observation illustre selon nous l'intérêt de l'utilisation du BSM comme outil d'évaluation et de formulation d'axes

² Le diaporama vidéo est accessible sur le site de la faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie : <http://www.chups.jussieu.fr/en-ligne/index.html#resspsych> ; sous l'intitulé diaporama LOUISE avec les identifiants et mots de passe suivants : ID : SENSORIMOTRICITE ; Mot de passe : NEUROPSY.

de travail pour une prise en charge en psychomotricité d'une jeune patiente autiste. Louise a beaucoup changé depuis le début de la prise en charge. Les troubles de la régulation tonique sont beaucoup moins importants, notamment au niveau du bas du corps. Elle a acquis une meilleure aisance corporelle qui lui a donné de l'assurance pour explorer les différentes situations proposées. Le BSM a permis de préciser les difficultés sensorimotrices de Louise qui, au début de la prise en charge, se situaient pour certaines à un niveau de développement « espace du buste », pour d'autres à un niveau de développement « espace du torse ». La prise en charge telle que détaillée plus haut a tenu compte de la nécessité de reprendre avec Louise certains de ses fondamentaux tout en s'appuyant sur les pistes de travail que le BMS a permis de dégager car certaines conditions sont apparues favorisant d'une motricité plus harmonieuse.

Par ailleurs, Louise a fait de gros progrès au niveau de la communication et recherche beaucoup plus les situations d'échanges avec l'adulte. Elle prend plaisir dans les jeux de mimiques et d'imitation. En aucun cas, ces progrès ne peuvent être attribués à la seule perspective psychomotrice. Il est probable que dans le même temps Louise ait pleinement bénéficié des diverses prises en charge mises en place. L'évolution a été très rapide au cours des deux premières années, mais les acquisitions stagnent un peu depuis. Louise se montre fatiguée et profite des séances pour se poser. Son emploi du temps s'est alourdi, elle va à l'école à temps plein, continue le programme de stimulation quotidien, les différentes prises en charge et les diverses activités extrascolaires. La prise en charge s'est poursuivie par notre équipe jusqu'à l'année dernière. Un BSM est proposé chaque année pour faire le point et nous commençons à évoquer un rythme d'une séance par semaine.

Remerciements

Les auteurs remercient le Pr André Bullinger pour avoir accepté de superviser les bilans sensorimoteurs effectués chez Louise et pour tous les efforts de formation continue qu'il procure dans le champ de la psychomotricité.

Références

- [1] Kloeckner A, Jutard C, Nicoulaud L, Tordjman S, Cohen D. Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères I : introduction aux travaux d'André Bullinger. *Neuropsychiatr Enf* (soumis à publication).
- [2] www.brainsolutions.org.
- [3] Howlin P. Practitioner review: psychological and educational treatments for autism. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39:307–22.
- [4] Shopler E, Reichler RJ, De Velis RF, Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Aut Dev Dis* 1980;10:91–103.
- [5] Schopler E, Reichler RJ, Bashford A, Lansing MD, Marcus LM. *The Psychoeducational Profile Revised (PEP-R)*. Austin: Pro-Ed; 1990.
- [6] Meltzer D, Bremner J, Hoxter S, Weddell D, Wittenberg I. *Explorations in autism*. Strath Tay: Clunie Press; 1975.
- [7] Haag G, Tordjman S, Duprat A, Urwan S, Jardin F, Clément MC, et al. Psychodynamic assessment of changes in children with autism under psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal* 2005;86:335–42.
- [8] Struyf-Denys G. *Les chaînes musculaires et articulaires*. Paris: Éditions Frison-Roche; 1989.
- [9] Lesage B. Les chaînes musculaires : mouvement, image, relation. *Ther Psychomotrice* 1995;104:20–31.
- [10] Vaivre-Douret L. Influence de l'expérience posturale chez le nourrisson (décubitus ventral) sur l'organisation et le développement de la motricité. *J Pediatr Pueric* 1994;1:34–43.
- [11] Bullinger A. Vision, posture et mouvement chez le bébé. Approche développementale et clinique. In: Jouen F, Henocq A, editors. *Du nouveau-né au nourrisson*. Paris: PUF; 1994. p. 47–61.