

CHI MEULAN – LES MUREAUX

Institut de Formation des Psychomotriciens



« PSYCHOMOTRICHIEN »

L’apport de la thérapie canine sur la communication non verbale d’adultes trouble du spectre autistique

Mémoire de fin d’études

Pour le diplôme d’Etat de Psychomotricien

Formation continue années 2014 à 2017

Rédigé par Marie BEOUT

Sous la direction d’Alexandra Goddet

Remerciements

Je tiens à remercier ma maitre de mémoire, Alexandra Goddet, qui a su me guider, me soutenir et me rassurer tout au long de l'année.

Je remercie mes maitres de stage, Julie Grateau et Isabelle Godet, qui m'ont transmis leur goût pour la psychomotricité. Elles m'ont aidée et épaulée dans la réalisation de ce mémoire.

Mes remerciements à Stéphanie Da Silva, thérapeute animale, pour m'avoir laissé assister à ses séances et m'avoir montré le potentiel du chien comme animal médiateur. Une pensée pour ses deux chiennes, Solaï et Caresse.

Merci à mes formateurs Philippe Kostka, Olivier Nogues, Florian Cottancin et Chloé Chaberty ainsi qu'à tous les intervenants.

Je tiens aussi à remercier ma maman, sans qui rien n'aurait été possible... Merci de m'avoir soutenue dans les moments de doutes et d'avoir toujours cru en moi.

Merci à mon conjoint qui m'a réconfortée dans les moments difficiles.

Je remercie également mes camarades de promotion, pour leur soutien, leur cohésion, leur amitié et l'attention qu'ils ont porté sur ce mémoire.

Enfin, j'ai une pensée chaleureuse pour tous les patients rencontrés au cours de mes trois années d'études. Rien n'aurait été possible sans leur confiance.

« L'animal ne se nourrit pas d'attentes idéalisées envers les humains, il les accepte pour ce qu'ils sont et non pas pour ce qu'ils devraient être » Levinson, 1962

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	3
Glossaire.....	5
Introduction.....	7
Partie théorique.....	9
I) Les troubles du spectre autistique (TSA) :.....	10
1. Evolutions du terme « autisme ».....	10
2. Définition et classifications de l'autisme.....	13
3. Diagnostic du TSA chez l'enfant et l'adulte.....	16
4. Sémiologie du TSA à l'âge adulte.....	18
4.1. Fonctionnement cognitif.....	18
4.2. Fonctionnement psychomoteur.....	19
5. Prise en soins éducatives spécifiques.....	21
II) La communication chez les TSA :.....	23
1. Les définitions.....	23
2. Le développement de la communication chez les enfants TSA.....	24
2.1. Le développement de la communication non verbale.....	24
2.2. Le développement de la communication verbale.....	25
3. La communication non verbale.....	27
4. Les aides à la communication.....	28
III) La thérapie animale et la thérapie canine :.....	29
1. La thérapie animale.....	29
1.1. Définitions.....	29
1.2. Législation.....	30
1.3. Premières expériences et publications.....	31
2. La thérapie canine.....	32
2.1. Homme et chien à travers le temps.....	32
2.2. Le chien, un animal social.....	32
2.3. Le chien, animal majeur dans la thérapie animale.....	33
2.4. Sélection d'un chien médiateur.....	34
2.5. Spécificité du chien médiateur en psychomotricité.....	36
Problématique.....	38
Partie clinique.....	39

I) Présentation de la structure :	40
1. Présentation du foyer d'accueil médicalisé.....	40
2. Projet d'établissement du foyer d'accueil médicalisé.....	40
3. Place du psychomotricien en foyer d'accueil spécialisé dans les troubles du spectre autistique	41
II) Protocole d'observation :	42
1. La thérapie canine	42
1.1. Cadre	42
1.2. Déroulement d'une séance type de thérapie canine	43
2. Les temps libres	44
3. Construction de l'outil d'observation	44
3.1. Méthode d'observation.....	44
3.2. Grille d'observations	44
3.3. Ethogramme	45
III) Etudes de cas :	49
ETUDE DE CAS DE JEAN.....	49
ETUDE DE CAS DE GREGOIRE	55
Partie discussion	62
I) Influence du chien médiateur sur la communication non verbale et les interactions des résidents :	63
1. Cas de Jean.....	63
2. Cas de Grégoire.....	64
II) Etudes et théories sur les effets de la thérapie canine :	65
1. Le toucher	65
2. Le regard	65
3. Comportement général	66
4. Communication et interactions	67
5. Attention	67
III) Favoriser la communication non verbale chez les TSA :	68
1. Rôle du psychomotricien dans la communication non verbale	68
2. Sur quels aspects de la communication non verbale peut-on agir ?	70
IV) Limites de la thérapie canine en psychomotricité :	70
Conclusion	73
Bibliographie	74
Annexes	77

Glossaire

AAA : Activité assistée par l'animal

ABA : Analyse appliquée du comportement ou *Applied Behavior Analysis*

AMP : Aide médicopsychologique

CAJ : Centre d'accueil de jour

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CIM : Classification internationale des maladies

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CRA : Centre ressources autisme

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

IAMP : Intervention animale modulée précoce

IME : Institut médico-éducatif

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

PECS : Système de communication par échange d'images ou *Picture Exchange Communication System*

PVI : Projet de vie individualisé

TAA : Thérapie assistée par l'animal

TAC : Trouble d'acquisition de la coordination

TAG : Trouble anxieux généralisé

TDC : Trouble dépressif caractérisé

TEACCH : Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children

TED : Trouble envahissant du développement

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

TSA : Trouble du spectre autistique

Introduction

Partant des versants moteur, corporel et psychique, la psychomotricité permet au patient de prendre conscience de son corps grâce à diverses médiations et techniques psychocorporelles telles que la gymnastique, la relaxation, l'expression corporelle... En psychomotricité, le corps est au centre de la relation thérapeutique. Observer la communication non verbale et le langage corporel sont indispensables pour créer une bonne alliance thérapeutique. En effet, la communication non verbale donne parfois plus d'informations sur l'état émotionnel d'une personne que ce qu'elle peut elle-même en dire.

En stage avec des adultes autistes, pour la plupart non verbaux, j'ai immédiatement été surprise par leur expressivité et leur désir de communiquer bien qu'ils ne peuvent pas user du langage oral. Au quotidien, nous donnons beaucoup d'importance à la parole et nous en oublions l'importance du langage corporel. Le psychomotricien, professionnel du corps, a-t-il un rôle à jouer dans la communication non verbale ? Nous tenterons de répondre à cette question dans ce mémoire.

Le foyer dans lequel j'effectue mon stage fait intervenir une thérapeute animale, une fois toutes les deux semaines. Celle-ci, également psychologue clinicienne, vient avec sa chienne, un berger australien noir et blanc. En séance de thérapie canine, j'ai observé une modification des comportements non verbaux des résidents : les résidents timides sont davantage expressifs et les résidents agités sont plus calmes. Ainsi, je me suis interrogée sur l'influence du chien sur la communication non verbale et les interactions des résidents. Dans ce mémoire, je vous présenterai la médiation animale et plus particulièrement la thérapie canine. La thérapie canine est une médiation nouvelle et originale qui utilise le chien comme animal médiateur. En général, les médiateurs utilisés sont d'ordre corporel ou matériel. Le chien est un être vivant et social qui a son propre langage corporel pour communiquer. Afin d'interagir avec lui, il faut être attentif à son comportement et adapter le nôtre pour qu'il nous comprenne.

Dans une première partie, je définirai les troubles du spectre autistique, j'exposerai le développement des communications verbale et non verbale puis, j'expliquerai en quoi consiste la médiation animale et notamment la thérapie canine.

Dans une deuxième partie, j'illustrerai la partie théorique à travers deux études de cas afin de mettre en avant l'influence du chien médiateur sur la communication non verbale des résidents.

Enfin, dans la partie discussion, j'essaierai de répondre à ma problématique en utilisant les deux cas cliniques et je développerai des points importants tels que le rôle du psychomotricien dans la communication non verbale et les limites de la thérapie canine.

Partie théorique

I) Les troubles du spectre autistique (TSA) :

1. Evolutions du terme « autisme »

Le terme « autisme » a été utilisé pour la première fois en 1911 par Eugen Bleuler, psychiatre suisse, pour décrire chez les adultes atteints de schizophrénie le repli sur soi et la perte de lien avec la réalité extérieure. Pour constituer le mot « autisme », Bleuler a contracté les mots « auto-érotisme » utilisés par Freud (1905) car selon lui, les schizophrènes ne possèdent pas d'éros ou de pulsion de vie.

En 1943 est publié l'article *Autistic disturbances of affective contact* du psychiatre américain Léo Kanner. Dans cet article, Kanner décrit l'autisme infantile comme un « trouble autistique inné du contact ». Selon lui, les autistes sont atteints dès les premiers mois de la vie par deux symptômes essentiels. D'une part, un isolement social (ou *aloneness*) que Kanner décrit comme le repli autistique qui existe dès les premiers mois de la vie chez les personnes atteintes d'autisme infantile. Il s'agit d'un isolement extrême avec une profonde indifférence voire un désintérêt total vis-à-vis des personnes et objets extérieurs. D'autre part, un besoin d'immuabilité (ou *sameness*) caractéristique chez les jeunes autistes qui sont très attachés à la routine, intolérants à tous les changements et ayant des activités et des comportements répétitifs.

Kanner observe, dès la naissance, l'incapacité de ces enfants à établir une relation normale avec l'environnement et les personnes qui les entourent. Les enfants ont des troubles du contact et du langage rendant l'interaction difficile. Leur langage est peu développé, atypique et non inscrit dans l'échange et la réciprocité. Il ne leur sert pas à transmettre des messages ou à communiquer avec autrui, ils sont comme des échos et le sens des mots est inflexible.

De plus, Kanner précise que le développement intellectuel des jeunes autistes est globalement retardé mais que des compétences exceptionnelles peuvent être observées telles que leurs capacités mnésique et perceptive remarquables.

Kanner (1943) décrit les parents des enfants autistes comme rarement chaleureux. Il parle de personnes cultivées, portées vers l'abstraction et sans véritable intérêt pour les personnes. Il termine en mettant en avant le caractère inné du trouble autistique. En 1949, dans l'article *Problems of nosology and psychodynamics in early childhood autism*, les propos de Kanner s'intensifient. Il décrit les enfants autistes comme laissés dans un réfrigérateur qui ne décongèle pas et qui se tournent vers la solitude pour trouver du réconfort. A la suite de ces propos, le terme « mère réfrigérateur » (ou refrigerator mother) apparaît pour qualifier une attitude froide des parents, surtout des mères, d'enfants autistes ou schizophrènes. Face au mécontentement

engendré par ses propos, Kanner, au meeting de *l'Autism Society of America*, en 1969, précise qu'il a toujours utilisé des termes non ambigus comme inné mais que ses propos ont été déformés en « c'est l'entière responsabilité des parents ».

Par la suite, Bruno Bettelheim (1950), pédagogue et psychologue américain, reprend le terme et le concept de « mère réfrigérateur » de Kanner pour orienter les thérapeutes vers l'idée d'une cause acquise et relative aux parents. Bettelheim reprend la théorie de la mère suffisamment bonne de Winnicott. Pour lui, une mère trop froide serait la mère d'un psychotique et une mère trop chaude engendrerait une psychose symbiotique. Selon Mahler (1960), la psychose symbiotique est caractérisée par son début au cours de la 3^{ème} année précédée par une phase normale de développement correspondant à l'abandon de la fusion symbiotique avec la mère et à l'apparition du sentiment d'individuation. Elle est marquée par la perte des acquisitions antérieures, un apparent désintérêt, une hypotonie accompagnée d'une régression motrice et la disparition de la communication verbale et préverbale.

Il écrit « tout au long de ce livre, je soutiens que le facteur qui précipite l'enfant dans l'autisme infantile est le désir de ses parents qu'il n'existe pas » et « ce n'est pas l'attitude maternelle qui produit l'autisme, mais la réaction spontanée de l'enfant à cette attitude ». Cette idée de responsabilité de la mère dans le développement de l'autisme perdurera durant 50 ans, ce qui lui a valu un grand nombre de critiques.

D'autre part, Bettelheim déporté à Buchenwald, compare l'état autistique et la sidération observés dans les camps de concentration en faisant l'hypothèse qu'une « situation extrême » peut pousser les enfants autistes à se construire un rempart affectif, une « forteresse vide ». Il définit une situation extrême par son environnement profondément destructeur où l'Homme se trouverait dans un état constant de stress, avec l'angoisse permanente de la mort sans pouvoir agir sur la situation. En 1944, le psychiatre viennois, Hans Asperger observe comme Kanner (1943 ; 1949) chez les « garçons asociaux ». Il observe une incapacité d'établir des relations adaptées, à être empathique et de s'ajuster à l'humeur de l'autre. Il observe aussi la présence de compétences excellentes qui contrastent avec un développement hétérogène et lacunaire. Asperger appelait ces enfants des « petits professeurs » du fait de leur capacité à parler de leur sujet favori avec beaucoup de détails.

Kanner et Asperger décrivent des symptômes similaires et emploient tous les deux le terme « autisme ». La différence entre leur tableau clinique de l'autisme tient au fait que les jeunes décrits par Asperger, malgré leurs troubles, ont une meilleure adaptation à l'environnement, un

meilleur niveau d'intégration sociale allant de pair avec des capacités intellectuelles plus importantes, voir des talents impressionnants dans un domaine spécifique. C'est en 1981 que le terme « syndrome d'Asperger » est utilisé pour la première fois dans un compte-rendu publié par Lorna Wing, psychiatre et spécialiste de l'autisme.

Aujourd'hui, les spécialistes utilisent le terme « syndrome d'Asperger » pour décrire ce que l'on nomme l'autisme de haut niveau. Une appellation qui concerne les personnes atteintes d'autisme possédant des aptitudes linguistiques très développées avec des manifestations autistiques minorées.

En 1957, Margaret S. Mahler décrit la « psychose symbiotique » à partir de sa théorie du développement psychoaffectif. Elle théorise trois phases de développement. Durant les quatre premières semaines de vie, Mahler décrit l'« autisme normal ». Le sommeil et le nourrissage sont les deux seules activités de l'enfant. Il n'a pas conscience de l'existence de sa mère et ne différencie par son monde intérieur (sensations corporelles) du monde extérieur (environnement). De plus, pour gérer sa frustration, le bébé va accéder à une satisfaction hallucinatoire de ses désirs tels que la nourriture, Mahler parle d'hallucination du sein. Ce système est clos et autosuffisant. Du 2^{ème} au 10^{ème} mois, Mahler décrit la « phase symbiotique normale ». Dans cette phase, l'enfant est dépendant de la mère, il entretient une relation duelle fusionnelle amenant l'illusion de la toute puissance et l'omnipotence. La relation forte entre la mère et l'enfant est symbiotique. Au travers des perceptions et sensations de la mère, l'enfant va se tourner progressivement vers l'extérieur pour y trouver des sources de gratifications. A partir du 10^{ème} mois et jusqu'à trois ans, Mahler décrit la « phase d'individuation-séparation ». L'enfant se tourne vers l'extérieur grâce à la prise de conscience de ces sensations corporelles et de ses perceptions mais aussi grâce à la motricité et au langage. L'enfant veut apprendre et découvrir l'environnement. De fait, il se détache de sa mère et acquiert la permanence de l'objet.

A partir de sa théorie sur le développement psychoaffectif, Mahler va décrire deux formes de psychoses précoces : la psychose autistique due à une fixation au stade de l'autisme normal et la psychose symbiotique due à la fixation au stade symbiotique.

Pour Mahler, dans la psychose autistique, les objets transitionnels sont remplacés par des objets fétiches, qui ont valeur uniquement pour le sujet mais n'ont aucune valeur relationnelle. Actuellement, ces objets sont appelés « objets autistiques ».

A partir des années 70, l'autisme est considéré comme une pathologie neurodéveloppementale et non innée comme l'avait décrit Kanner. Le diagnostic s'appuie sur une approche descriptive c'est-à-dire qu'on recherche les symptômes comportementaux observables.

2. Définition et classifications de l'autisme

La CIM 10 (Classification Internationales des Maladies, 10^{ème} édition) est la dernière classification européenne des maladies créée par l'organisation mondiale de la santé. Celle-ci a été publiée en 1992 et éditée en français en 1993. Des révisions sont en cours et la CIM 11 devrait être publiée courant 2018.

Pour poser le diagnostic d'autisme, la HAS (Haute Autorité de Santé) recommande l'utilisation de la CIM 10 dans laquelle les critères diagnostiques de l'autisme infantile sont les suivants :

Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :

- Langage utilisé dans la communication sociale.
- Développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques.
- Jeu fonctionnel ou symbolique.

Présence d'au moins six des symptômes décrits en 1, 2 et 3 :

1. Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :

- Absence d'utilisation adéquate du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité dans les interactions sociales.
- Incapacité à développer des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions.
- Manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse inadaptée aux émotions d'autrui ou un manque d'adaptation du comportement selon le contexte social ou une faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs.
- Ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes.

2. Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :

- Retard ou absence totale de développement du langage oral, sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique.
- Incapacité à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes quel que soit le niveau de langage atteint.
- Usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases.
- Absence de « faire semblant » ou absence de jeu d'imitation sociale.

3. Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :

- Préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation.
- Adhésion compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels.
- Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs : stéréotypies motrices.
- Préoccupation pour certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux.

Le DSM V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^{ème} édition) est la dernière classification des pathologies psychiatriques publiée en 2013 par la société américaine de psychiatrie (ou *American Psychiatric Association*). C'est une classification de référence internationale. Dans le DSM V, le terme TED (Troubles Envahissants du Développement) disparaît et est remplacé par le terme TSA inclus dans la catégorie plus vaste des troubles neurodéveloppementaux.

L'abandon du terme TED, présent dans le DSM IV, au profit du terme TSA est le résultat d'une nouvelle façon de penser l'autisme. En effet, dans le DSM V, la notion de troubles de la communication sociale ou communication pragmatique est introduite. Ces troubles sont observables aussi bien dans la communication sociale verbale que non verbale et entraînent des limitations dans la participation sociale, la réussite scolaire ou la performance de travail.

Ainsi, une personne peut être diagnostiquée TSA sans la présence de stéréotypies motrices ou d'intérêts restreints. La présence de troubles de la communication pragmatique suffit à faire le diagnostic. Auparavant, ces personnes étaient diagnostiquées TED non spécifiés ou syndrome d'Asperger (DSM IV).

Les diverses modifications effectuées dans les classifications sont le reflet de la multiplication des expressions de l'autisme. Il n'existe pas un unique profil d'autisme car les signes cliniques se manifestent différemment et à intensité variable d'une personne à une autre.

Dans le DSM V, les caractéristiques des TSA peuvent être classées en deux catégories que l'on nomme dyade autistique. La première catégorie inclue la communication ainsi que les interactions sociales et la seconde englobe les comportements stéréotypés et les intérêts restreints.

Difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales (actuellement ou précédemment). Présence des trois symptômes :

- Déficit dans la réciprocité socio-émotionnelle.
- Déficit dans la communication non verbale : difficultés à allier des moyens de communication non verbale à la communication verbale, à intégrer des moyens verbaux et non verbaux au contexte, à utiliser et à comprendre le contact visuel, les gestes, la posture et les expressions faciales.
- Difficulté à développer, maintenir et comprendre des relations sociales appropriées pour l'âge à adapter son comportement à différents contextes sociaux, à partager le jeu symbolique et imaginaire avec autrui et à manifester de l'intérêt pour autrui.

Comportements stéréotypés et intérêts restreints (actuellement ou précédemment). Présence d'au moins deux symptômes :

- Utilisation de mouvements répétitifs et stéréotypés, utilisation particulière du langage et des objets.
- Insistance sur la similitude, aux routines et rituels verbaux ou non verbaux.
- Intérêts restreints, limités ou atypiques quant à l'intensité et au type d'intérêt.
- Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel envers des éléments sensoriels de l'environnement.

Ces symptômes doivent être présents au début de l'enfance et perturbent considérablement le fonctionnement actuel dans les domaines sociaux, scolaires ou professionnels, ou d'autres domaines importants. Les perturbations ne sont pas mieux expliquées par la déficience intellectuelle ou un retard global de développement.

En pratique, les professionnels utilisent en plus de la CIM 10 le DSM V pour faire le diagnostic de TSA car la classification est plus récente et les signes cliniques correspondent davantage aux personnes autistes rencontrées au quotidien.

Sous fond d'origine multifactorielle, il se dégage plusieurs étiologies :

- Génétique : les scientifiques internationaux s'accordent pour dire que des gènes de prédisposition à l'autisme existent cependant à ce jour, aucun gène n'a encore été isolé.
- Neurobiologique : une des origines de l'autisme peut trouver son origine dans un trouble du système nerveux central car des anomalies cérébrales de structure et de fonctionnement ont été mis en évidence.
- Environnementale : l'autisme peut provenir de facteurs environnementaux. En effet, il a été prouvé que des traumatismes périnataux, la prise de substances toxiques durant la grossesse, la présence de pollution et de toxines dans l'environnement de l'enfant majoreraient le risque d'apparition d'autisme.

3. Diagnostic du TSA chez l'enfant et l'adulte

Le diagnostic d'autisme peut être posé à partir de 3 ans mais des signes d'alerte peuvent être présents bien avant cet âge : un retard de langage, un manque d'intérêt pour l'environnement, une absence de pointage, un regard fuyant, un besoin de routines et de rituels, des jeux répétitifs, des mouvements étranges du corps (*flapping*).

De fait, le dépistage précoce peut être effectué dès 18 mois à l'aide de test comme le M-CHAT (*Modified Checklist Autism for Toddlers*) utilisé par les pédiatres, les neuropédiatres ou les pédopsychiatres en collaboration avec les parents. En effet, le dépistage se base essentiellement sur le témoignage des parents, premiers acteurs de la prise en soins, qui repèrent des anomalies. Le dépistage est essentiel car un enfant TSA pris en charge précocement développera davantage ses capacités de communication et de socialisation qui ne se seraient pas développées spontanément. Malgré ce dépistage précoce, de nombreuses personnes ne sont pas diagnostiquées. Plusieurs raisons sont à l'origine de cette absence de diagnostic. La première réside en une méconnaissance des tableaux cliniques des TSA. La seconde est la présence fréquente de pathologies associées telles que la déficience intellectuelle qui complique le tableau clinique.

Pour effectuer le diagnostic, il est nécessaire de réunir une équipe pluridisciplinaire, de choisir des outils d'observations et d'analyse, de faire des recherches approfondies sur l'environnement et les ressources de la personne et de travailler avec son entourage.

En psychomotricité, le bilan sensorimoteur développé par André Bullinger, psychologue, est fréquemment utilisé. Ce bilan, issu de la psychologie du développement, vise à identifier les compétences, les difficultés et le mode d'organisation de l'enfant, en se focalisant sur les dimensions sensori-motrices et tonico-émotionnelles. Il est destiné à des nourrissons, des enfants, des adolescents ou des adultes qui présentent des difficultés sensorielles et/ou motrices, des difficultés d'éveil et du comportement et/ou des difficultés d'apprentissage.

Le travail de diagnostic peut être effectué en libéral par le médecin traitant ou le pédiatre si la personne est un enfant. Il peut aussi être effectué dans des structures médico-sociales : CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce) ou CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique) pour les enfants et dans des CMP (Centre Médico Psychologique) pour les adultes. Certaines personnes sont envoyées dans des CRA (Centre de Ressources Autisme) présents dans chaque région et accueillant les enfants et les adultes. Ce sont des centres où chaque professionnel est spécialisé dans l'autisme.

Dans les classifications, les signes cliniques du TSA chez l'adulte sont similaires à ceux de l'enfant même s'ils s'expriment différemment.

Le diagnostic d'autisme chez l'adulte doit être pragmatique et multidimensionnel (Haute autorité de santé, 2011). Dans un premier temps, le diagnostic se focalise sur l'identification des signes cliniques du TSA et des éventuels troubles associés. De même, une évaluation des conséquences et de l'intensité des troubles est effectuée. Dans un second temps, le diagnostic apprécie les ressources de la personne et évalue son comportement en interaction avec son environnement matériel et social.

En plus du diagnostic d'autisme, il est fréquent de trouver des comorbidités ou pathologies associées. Des syndromes génétiques sont associés à l'autisme tel que le syndrome de l'X fragile, le syndrome de Rett ou la sclérose tubéreuse de Bourneville. On peut aussi retrouver des syndromes épileptiques et maladies neurologiques comme le syndrome de West.

Certaines pathologies psychiatriques sont fréquemment liés à l'autisme : les TAG (Trouble Anxieux Généralisé), les TOC (Trouble Obsessionnel Compulsif) ou les TDC (Trouble Dépressif Caractérisé).

Enfin, les TAC (Trouble de l'Acquisition des Coordinations) peuvent être retrouvés dans les TSA.

Actuellement, l'étiologie de l'autisme est encore mal connue mais il existe un consensus dans la communauté médicale pour admettre la multiplicité des étiologies et l'existence de facteurs endogènes ainsi qu'exogènes.

4. Sémiologie du TSA à l'âge adulte

Dans cette partie, je présenterai le fonctionnement cognitif et le fonctionnement psychomoteur spécifiques des enfants et adultes TSA.

4.1. Fonctionnement cognitif

Chez les TSA, l'intégration des informations sensorielles est perturbée. Les stimuli sensoriels sont perçus de façon atténuée (hyposensibilité) ou exagérée (hypersensibilité) et leur donnent l'impression d'être dans un environnement non sécurisé car imprévisible et angoissant.

Plusieurs facteurs expliquent ces difficultés d'intégration sensorielle :

Un défaut de la théorie de l'esprit

La théorie de l'esprit (ou *theory of mind*) désigne la capacité mentale d'inférer des états mentaux (croyances, intérêts, intentions, désirs, sentiments, émotions) à soi-même ou à autrui et de les comprendre. Un défaut de la théorie de l'esprit engendre des troubles de la communication sociale et des difficultés dans le jeu symbolique. Pour évaluer ces anomalies de la théorie de l'esprit, des tests existent comme le test de Sally-Anne ou le test des Smarties.

Un trouble de la cohérence centrale

La cohérence centrale est la capacité du cerveau à faire des liens entre les différentes informations qui sont perçues et de les intégrer de façon cohérente. Ce défaut de cohérence centrale a été mis en évidence dans l'expérience d'Uta Frith datant de 2006.

En effet, les TSA se concentrent uniquement sur les détails et ont une approche fragmentée de l'information car leur cerveau n'intègre pas globalement l'information.

Un trouble des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont les capacités qui permettent à un individu de s'adapter à de nouvelles situations et à de nouveaux environnements. Elles regroupent la mémoire de travail, la flexibilité mentale, l'inhibition, la planification et l'attention.

Chez les TSA, les troubles de la flexibilité mentale sont à l'origine des difficultés d'adaptation se traduisant par une recherche d'immuabilité ou de routines et un refus du changement. Tout changement véhicule de l'anxiété qui crée ou majore les troubles du comportement.

Cette recherche d'immuabilité est observable dans leurs comportements stéréotypés et ritualisés. Par exemple, par la présence de stéréotypies motrices qui sont des mouvements involontaires, répétitifs, rythmés, sans orientation.

De plus, des troubles de l'attention peuvent être observés notamment lors d'une action à double tâche car les TSA ont des difficultés à diviser leur attention.

4.2. Fonctionnement psychomoteur

Le retard dans les acquisitions psychomotrices n'est pas systématique mais il reste fréquent dans le développement de l'enfant TSA. Au niveau du fonctionnement psychomoteur, les enfants TSA ont des comportements qu'on peut également retrouver à l'âge adulte.

Schéma corporel et image du corps

Les TSA ont une mauvaise construction de la conscience de soi et ne perçoivent pas leur corps unifié. Les sentiments d'individuation, de séparation et de différenciation corporelle sont absents. De fait, ils ne semblent pas prêter attention aux autres. Les TSA ont besoin d'être contenu pour se sentir unifié.

Dans certaines situations, les stéréotypies motrices corporelles peuvent être expliquées par la stimulation d'une partie du corps insuffisamment intégrée au schéma corporel.

Motricité fine

Un déficit des compétences en motricité fine peut être retrouvé chez les TSA. Au niveau des praxies, la prise est plus faible et on observe une lenteur lors des tâches de dextérité manuelle aussi bien au niveau de la main dominante que de la main non dominante.

Ces troubles de motricité fine engendrent une réduction de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne notamment pour l'habillement.

On observe également des difficultés au niveau de la coordination oculo-manuelle.

Latéralité

Chez les TSA, la préférence manuelle est fluctuante. Au niveau de la dominance latérale, les enfants sont latéralisés plus tard et plus à gauche que dans la population générale.

Lorsque le choix de la main dominante a été fait, les TSA ne l'utilisent pas spontanément en activité. On observe une ambidextrie : utilisation indifférenciée d'une main ou d'une autre pour une activité et une ambilatéralité : changement de main en fonction de l'activité.

La latéralité étant fluctuante, on observe des difficultés dans les tâches nécessitant une coordination bimanuelle.

Motricité globale

Les TSA présentant un retard de développement psychomoteur global ont des difficultés au niveau de l'initiation motrice. Ils initient peu d'activités motrices spontanées et partagées préférant les activités seules et l'autostimulation.

On constate également un manque d'aisance corporelle et de fluidité dans l'enchaînement de mouvements ou de gestes et une motricité globale en bloc.

Les équilibres sont souvent déficitaires du fait des troubles de la régulation tonique et des troubles de la coordination.

De plus, un défaut d'imitation, des difficultés à réaliser des gestes sur demande et à utiliser des outils, des difficultés à la coordination bimanuelle peuvent être présents.

Enfin, on remarque également des particularités au niveau des déplacements en relation avec les troubles sensorimoteurs et le manque de fluidité dans les mouvements. Par exemple, marche sur la pointe des pieds ou pieds nus.

Tonus et régulation tonique

Dans l'enfance, une hypotonie et une hyperlaxité ligamentaire sont souvent repérées. En grandissant, l'hypotonie est toujours présente et des paratonies s'y ajoute.

Les TSA présentent des difficultés de régulation tonique lors des activités de la vie quotidienne et d'accordage dans le dialogue tonico-émotionnel lors des interactions. Ces difficultés d'accordage peuvent être retrouvées dès la naissance lors des portages. On observe également des difficultés de régulation tonique lors des ajustements posturaux et lors du passage d'une position à une autre.

A l'âge adulte, les syncinésies toniques sont très présentes et les syncinésies d'imitation persistent. En temps normal, les syncinésies d'imitation disparaissent à l'âge adulte.

Sensorialité et sensorimotricité

Les TSA sont à la recherche de sensations particulières pour sentir leur corps et l'unifier. Par ailleurs, les TSA portent davantage leur attention sur la matière des objets qu'à leurs fonctions. Ils ont des préoccupations non fonctionnelles pour les objets, c'est le cas des objets autistiques.

Les stéréotypies motrices sont réalisées avec des objets ou son propre corps considéré comme un objet. On peut en observer dans le développement sain de l'enfant avec une apparition vers un an, un pic vers trois ans et une disparition progressive vers quatre ans. Chez les TSA, les stéréotypies motrices perdurent dans le temps. Elles sont influencées par les émotions. Par exemple, leurs fréquences augmentent en situation de stress ou d'anxiété.

Les TSA présentent fréquemment une hypo ou hyper réactivité aux stimuli de l'environnement en lien avec une hypo ou hypersensibilité uni ou pluri modale.

Spatio-temporel

Les TSA ont des difficultés à décrypter correctement une scène visuelle, à discriminer tous les détails et à se repérer dans l'espace et le temps.

De plus, ils sont à la recherche d'immuabilité et de fixité permanence. Au niveau temporel, le moindre changement peut être source de troubles du comportement ou d'une grande angoisse. Au niveau spatial, la personne TSA se comportera comme un « meuble » : elle préférera les pièces exigües, les coins de pièces et longera les murs.

Graphisme

Une dysgraphie peut être présente due aux difficultés de régulation tonique ou aux difficultés de coordination oculo-manuelle.

5. Prise en soins éducatives spécifiques

ABA (*Applied Behavior Analysis* ou analyse appliquée du comportement)

Ivor Lovaas, psychologue norvégien, a consacré cinquante ans de sa vie aux enfants TSA. Pour créer la méthode ABA, il s'est appuyé sur les recherches de Skinner, psychologue comportementaliste du XX^{ème} siècle.

Le postulat de Skinner est que nos comportements sont influencés par les effets qu'ils provoquent et par l'environnement. Ainsi, un individu peut apprendre à augmenter ou diminuer la fréquence d'apparition d'un comportement grâce à un renforcement positif ou négatif et à

une punition positive ou négative. Cette méthode d'apprentissage est appelée le conditionnement opérant.

L'ABA est basée sur cette méthode d'apprentissage et permet aux TSA de faire émerger certaines compétences et de développer ou éteindre des comportements. L'ABA se compose de deux types d'enseignement :

- L'enseignement structuré est un travail au bureau d'apprentissage scolaire. Une demande ou directive explicite est faite à l'enfant. S'en suit un comportement ou une réponse de l'enfant puis une réaction de l'intervenant. Chaque comportement positif ou ébauche de comportement positif est renforcé positivement par un renforçateur apprécié de l'enfant tandis que les comportements négatifs sont ignorés.
- L'enseignement incident est une reprise de l'enseignement structuré dans tous les environnements de l'enfant. Ainsi, les apprentissages assimilés au bureau sont généralisés à tous les contextes et situations de la vie quotidienne.

Ces deux enseignements sont séquencés. Chaque compétence que l'on souhaite faire émerger ou développer est décomposée en plusieurs étapes. Par exemple, l'apprentissage de l'action « se brosser les dents » est décomposée en « prendre la brosse », « mouiller la brosse à dents », « mettre le dentifrice » etc.

TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children*)

Le programme TEACCH a été créé en 1964 par Schoppler, psychologue américain et ancien assistant de Bruno Bettelheim. L'objectif de cette méthode est de structurer l'environnement afin de fournir des stratégies pour soutenir la personne autiste, de favoriser l'autonomie dans tous les contextes et de s'adapter aux besoins spécifiques de chaque autiste. Les objectifs de ce programme sont :

- Faciliter la compréhension de l'environnement grâce à des repères visuels par la délimitation d'espaces spécifiques pour chaque activité.
- Visualiser le déroulement des activités grâce à un support visuel clair, fractionné et ordonné afin de se repérer dans le temps et de pouvoir prévoir toutes les activités. Par exemple, avec un planning visuel, la personne pourra anticiper toutes les activités de la journée.

- Aider la personne TSA à acquérir une habitude d'agir ou des comportements systématiques, de façon appropriée dans des circonstances ou des contextes destinés à se répéter en créant des routines.

Cette structuration de l'environnement permet à l'enfant de se sentir en sécurité et de réduire son anxiété et les troubles du comportement associés.

II) La communication chez les TSA :

« L'importance des communications non formulées, non verbalisées dans une société est telle que celui qui les ignore peut être déconcerté par la signification de certains comportements, même s'il est familier avec les symboles verbaux qui les accompagnent » Sapir (1931).

La communication est un des domaines les plus affectés dans les TSA. Les troubles de la communication verbale et non verbale sont des critères diagnostiques retrouvés dans le DSM 5 et la CIM 10. De plus, il a été démontré l'existence d'un lien entre les troubles de la communication et les troubles des interactions sociales. Ces troubles peuvent apparaître à tout moment dans le développement de l'enfant.

Certains TSA n'ont pas accès au langage. Ainsi, les professionnels distinguent les autistes verbaux des autistes non verbaux.

1. Les définitions

La communication est un concept complexe dont la définition varie en fonction des auteurs, des courants et des sciences. La communication peut également se définir comme « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu » (Dictionnaire d'orthophonie, 2004).

La communication verbale consiste en la transmission d'informations grâce à la production d'énoncés tandis que la communication non verbale désigne tout mode de communication n'ayant pas recours aux mots et à la parole. Des recherches effectuées aux Etats Unis ont démontrées que la communication humaine est essentiellement non verbale et que les comportements non verbaux occupent une place importante dans les interactions sociales.

Selon J. Corraze (1980), le terme de communication non verbale s'applique aux gestes, à la posture, l'orientation du corps, la singularité somatique naturelle ou artificielle, voire à des organisations d'objets, des rapports de distance entre les individus, grâce auxquels une information est émise.

La communication non verbale n'est compréhensible que par la prise en compte du contexte. Un même geste peut avoir des significations différentes en fonction des situations. Par exemple, faire un signe de la main pour dire bonjour et le même signe pour dire au revoir.

Dans la vie quotidienne, les communications verbale et non verbale peuvent être complémentaires. Les comportements non verbaux aident, illustrent le langage verbal et renforce le message verbal.

La communication non verbale peut également remplacer la communication verbale par des gestes, appelés emblèmes par Paul Ekman (1996), psychologue américain.

Ces communications peuvent également être en opposition. Par exemple, quand le langage non verbal exprime le contraire du message verbal, il contredit et décrédibilise le discours du sujet. Gallant, psychologue, et Salomé, psychosociologue (2012) précisent que « communiquer, c'est mettre en commun nos différences, nos ressemblances. S'exprimer n'est pas communiquer, c'est un aller simple. La communication est un aller-retour. »

Ainsi, il faut bien faire la différence entre s'exprimer et interagir ou communiquer. Interagir implique qu'il y ait un dialogue, un échange d'information de la part des deux interlocuteurs.

2. Le développement de la communication chez les enfants TSA

2.1. Le développement de la communication non verbale

Dans la vie quotidienne, on envoie et on reçoit en permanence des informations non verbales par différents canaux : les expressions faciales, les gestes, la posture, le toucher etc.

Avant 18 mois, des anomalies dans les interactions sociales peuvent être retrouvées chez les enfants ultérieurement diagnostiqués TSA. Ces anomalies sont des signes d'alertes lors du dépistage d'un TSA et permettent la mise en place d'une prise en charge précoce.

Dès le plus jeune âge, l'enfant communique grâce à des précurseurs à la communication et au langage qui permettent la mise en place de l'interaction précoce entre l'enfant et son environnement. Ces précurseurs à la communication permettent le développement du langage fonctionnel. Ainsi, la qualité des précurseurs à la communication laisse présager la qualité du langage fonctionnel.

Chez les enfants TSA, il est possible d'observer des anomalies du contact oculaire : fuite ou fixité du regard, absence de regard vers les parents et des anomalies du développement social : peu d'intérêt pour les personnes se manifestant par une absence de sourires et de vocalises, une hyper ou hypo réactivité aux stimuli et aux sollicitations de son entourage, pas d'accrochage du

regard. Les parents relèvent également des pleurs difficilement interprétables et un manque d'expressions faciales.

Les enfants TSA ont également un défaut d'imitation des sons, des gestes et des expressions faciales. Les interactions verbales ou vocales précoces comme le babillage est limité et inhabituel. Il apparaît entre 6 et 18 mois chez les enfants TSA alors qu'il apparaît vers 2 mois chez l'enfant sain.

Au niveau des gestes, les enfants TSA présentent également des anomalies : la communication gestuelle est quantitativement et qualitativement modifiée. Par exemple, les gestes ne seront faits que sur incitation ou ne seront pas adressés au bon interlocuteur.

Le pointage est un des gestes que l'enfant développe normalement entre 7 et 12 mois. Au début, l'enfant pointe pour obtenir des objets qui sont hors de sa portée, c'est le pointage proto-impératif puis il pointe des objets intéressants qu'il souhaite montrer à l'adulte, c'est le pointage proto-déclaratif. L'acquisition du pointage fait suite au regard dans le développement de l'attention conjointe. Elle désigne l'interaction triadique entre l'enfant, une autre personne et un objet ou un événement ou une troisième personne.

On distingue l'attention conjointe en réponse, lorsqu'un adulte interpelle l'enfant et l'attention conjointe en initiative, quand l'enfant attire l'attention de l'adulte sur un objet. Au cours de la deuxième année, le pointage aura une fonction interrogative. Par exemple, pointer pour obtenir le nom d'un objet que l'enfant ne connaît pas.

Chez les enfants TSA, le pointage apparaît tardivement et n'est utilisé que pour obtenir un objet. Ainsi, le pointage répond essentiellement à un besoin plutôt qu'à initier une interaction sociale. Ainsi, la fonction d'attention conjointe est très altérée chez les TSA

2.2. Le développement de la communication verbale

Les éléments pré linguistiques à la communication décrits dans la partie précédente sont indispensables au bon développement de la communication verbale.

Dans le développement du langage, la théorie de l'esprit est essentielle. En effet, pour comprendre le langage, l'énoncé est décodé à l'aide de processus internes. De plus, l'utilisation d'indices contextuels verbaux et non verbaux permettent d'interpréter le message vocal. Le décodage et l'interprétation reposent sur la théorie de l'esprit. Celle-ci se développe progressivement grâce aux nombreuses expériences sociales auxquelles l'enfant est confronté.

Le déficit en théorie de l'esprit des TSA engendre des difficultés dans la communication réceptive, la compréhension.

Entre 12 mois et 5 ans, l'enfant construit et enrichit son stock lexical. Chez les enfants TSA, le langage apparaît plus tardivement et avec des particularités langagières. La pauvreté, le retard ou l'absence totale de langage est l'un des motifs principaux qui conduisent les parents à consulter.

L'écholalie est un trait caractéristique du langage des enfants TSA. Elle désigne la répétition immédiate ou différée, sans variation de mots, du ton ou du débit et sans rapport avec le contexte de la conversation, de paroles ou de sons entendus précédemment.

Chez l'enfant sain, on observe l'apparition d'écholalies vers 18 mois et leurs disparitions vers trois ans. Chez les TSA, les écholalies apparaissent tardivement (36 mois), sont inadaptés au contexte de communication et persistent dans le temps, au-delà de trois ans. Dans certaines formes sévères de TSA, l'écholalie est la seule manifestation orale et le langage ne se développe pas au-delà.

Une autre particularité de langage est l'acquisition et la compréhension de l'inversion pronominale qui nécessite la flexibilité mentale. Dans le développement sain, l'enfant se nomme d'abord par son prénom autour de 24 mois et va progressivement utiliser le « je ». L'inversion pronominale sera une étape plus longue et spécifique dans le développement du langage des TSA.

La prosodie est l'ensemble des phénomènes de l'accentuation et de l'intonation (variation de hauteur, de durée et d'intensité) permettant de véhiculer de l'information liée au sens telle que la mise en relief, mais aussi l'assertion, l'interrogation, l'injonction, l'exclamation. Au niveau expressif, la prosodie est inadaptée au contexte et au discours. Au niveau réceptif, les TSA ont des particularités dans le traitement de la prosodie et une mauvaise interprétation de celle de leur interlocuteur.

On observe également des particularités au niveau de la hauteur de la voix qui peut passer de grave à aigue, au niveau du rythme, au niveau du débit : passage d'un débit lent à un débit rapide, au niveau de l'intonation qui peut être monotone.

3. La communication non verbale

Selon Corraze (1980), les communications non verbales sont « l'ensemble des moyens de communication existant entre les individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés non sonores (écrit, langage des sourds-muets etc...) ». Les communications non verbales sont transmises par différents sens : le toucher, la vision, l'audition et l'olfaction.

Le regard est essentiel dans la communication non verbale car regarder c'est entrer en contact avec autrui. Le regard signale l'engagement dans la communication.

Les expressions faciales peuvent renseigner sur les états émotionnels. Ekman (1977) a décrit 7 émotions qui partagent une expression faciale universelle : la joie, la tristesse, le dégoût, la colère, la peur, la surprise et le mépris. Ces expressions faciales sont universelles car chaque individu, quel que soit sa culture, exprime cette émotion de la même manière sur son visage et est capable de reconnaître puis d'interpréter chez autrui l'émotion qui correspond à l'expression faciale.

La posture est l'attitude que prend le corps dans des situations données. Elle envoie un message général sur notre état d'esprit au moment de l'interaction. Les postures fermées permettent de se protéger symboliquement tandis que les postures ouvertes montrent une certaine aisance chez la personne.

L'organisation et l'utilisation de l'espace chez l'homme sont révélateurs dans les situations de communication. Hall (1971) a étudié la proxémie ou distances sociales et a mis en avant quatre distances interpersonnelles : la distance intime (moins de quarante centimètres), la distance personnelle (de quarante-cinq centimètres à cent vingt-cinq centimètres), la distance sociale (de cent vingt centimètres à trois cent soixante centimètres) et la distance publique (au-delà de trois cent soixante centimètres).

Les gestes sont plus ou moins expressifs. Ils accompagnent le discours, l'illustrent et participent à la régulation de l'échange. Ils peuvent être fermés ou autocentrés et ont une fonction de réassurance. Ils peuvent également être ouverts, accompagnés notre message et insister sur certains points. Ce sont des gestes de partage et d'engagement tournés vers l'extérieur.

Le toucher est destiné à autrui ou à soi-même. Le fait de se toucher comme les gestes autocentrés peut être un acte de réassurance.

4. Les aides à la communication

Les aides à la communication remplacent, soutiennent ou complètent le langage. Une fois apprises, elles sont généralisées et utilisées dans toutes les situations.

Le système Makaton

Le programme Makaton a été créé en 1973 par Margaret Walker, orthophoniste britannique. Il aide à la communication et au langage en utilisant des signes issus de la LSF (Langue des Signes Française), des pictogrammes et le langage oral. Le Makaton utilise plusieurs canaux de communication pour remplacer, soutenir ou compléter le langage.

Il est composé de deux ensemble de mots :

- Le vocabulaire de base, qui est un vocabulaire fonctionnel, restreint à 450 concepts, correspondant aux besoins du quotidien.
- Le vocabulaire supplémentaire permettant d'étendre le vocabulaire de base et de répondre à des besoins plus spécifiques.

Différents niveaux de difficulté existent dans le Makaton :

- Le premier niveau est fonctionnel : un signe ou un pictogramme représente un message entier.
- Le deuxième niveau correspond à l'assemblage de signes et de pictogrammes pour former des phrases clefs. Si la syntaxe de la phrase est mauvaise, l'adulte n'en tient pas rigueur.
- Le troisième niveau correspond au niveau le plus avancé où tous les éléments grammaticaux sont signés ou pictographiés. Quelques TSA peuvent atteindre de niveau.

Picture Exchange Communication System (PECS)

Le PECS est un système de communication par échange d'images créé par A. Bondy, psychologue et thérapeute comportementaliste, et L. Frost, orthophoniste, en 1985.

Cette méthode peut être utilisée avec les enfants et les adultes. Son objectif est de développer les capacités relationnelles et de communication.

Comme le Makaton, le PECS remplace, soutient ou complète le langage. Ainsi, un TSA verbal peut également utiliser le PECS dans le but d'augmenter son vocabulaire. L'utilisation du PECS est alors provisoire, le temps d'acquérir un vocabulaire suffisant.

Le PECS se décompose en plusieurs phases :

- Phase I : Cette phase concerne l'échange physique. L'enfant apprend à prendre en main l'image ou la représentation de l'objet de son choix et à déposer l'image dans la main de l'encadrant.
- Phase II : L'enfant apprend à se diriger de lui-même vers son tableau ou livret de communication, à en retirer l'image désirée et à se diriger vers l'adulte pour lui remettre.
- Phase III : L'enfant apprend à discerner les images et à sélectionner celle qui correspond à l'objet désiré. Il apprend à faire son choix entre plusieurs objets. Il est capable de choisir la personne avec laquelle il veut rentrer en contact et lui remettre l'image.
- Phase IV : Cette phase correspond à l'apprentissage de la structure d'une phrase avec l'utilisation du pictogramme « je veux » qu'il place sur une bande velcro avec le pictogramme de l'objet désiré.
- Phase V : Cette phase correspond à la demande autonome de l'enfant et à sa capacité à répondre à la question « qu'est-ce que tu veux ? ».
- Phase VI : L'enfant apprend à faire des commentaires spontanés ou provoqués sur son environnement.

III) La thérapie animale et la thérapie canine :

1. La thérapie animale

Le psychomotricien, par son savoir-faire, ses formations personnelles, utilise diverses médiations qui lui sont spécifiques. Selon C. Potel (2010), la médiation est ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre, c'est un support qui à la fois sépare et relie. Plus globalement, les médiations sont des outils qui permettent de travailler sur les axes de travail élaborés au début du suivi grâce au bilan psychomoteur.

La thérapie animale est une médiation nouvelle en pleine émergence. Elle s'installe progressivement dans de nombreuses structures notamment les lieux de vie où elle apporte un moment de bien être aux résidents.

1.1. Définitions

Plusieurs types de médiation animale peuvent être pratiqués en fonction de la profession de l'intervenant. L'AAA (Activité Assistée par l'Animal) n'a pas de visée thérapeutique contrairement à la TAA (Thérapie Assistée par l'Animal).

L'AAA vise à améliorer la qualité de vie des personnes, à leur apporter un bien être à travers leur rencontre avec les animaux. Les activités peuvent être individuelles ou groupales selon les

besoins des bénéficiaires. Les personnes animant ces ateliers sont souvent des bénévoles ayant reçu une courte formation en médiation animale.

La TAA ou zoothérapie est une médiation thérapeutique utilisée comme auxiliaire aux thérapies conventionnelles. Elle ne peut être utilisée que par des professionnels de la santé ayant une formation diplômante au préalable. Certaines personnes estiment qu'il est nécessaire de détenir une formation supplémentaire en thérapie animale pour pouvoir pratiquer la TAA mais elle n'est pas obligatoire.

1.2. Législation

Actuellement, il n'y a pas de législation propre à la thérapie assistée par l'animal car ce n'est pas une profession reconnue. La TAA est considérée comme une spécialisation ou une médiation utilisée par un professionnel de la santé.

Le thérapeute en médiation animale n'a pas l'obligation de suivre une formation en TAA cependant plusieurs organismes en France proposent des formations en thérapie animale.

Au niveau législatif, les thérapeutes en médiation animale ont l'interdiction de proposer des activités en lien avec les champs de compétences de professions réglementées (masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, psychologue etc.) Par exemple, une personne ne détenant pas le diplôme d'état de psychomotricien ne doit pas proposer d'activités en lien avec le champ de compétences du psychomotricien.

Si le thérapeute intervient ponctuellement dans une structure, le directeur de celle-ci devra proposer au thérapeute de l'assurer ou celui-ci devra engager sa propre assurance de responsabilité civile professionnelle en cas de préjudices causés par son animal.

Dans le secteur social et médico-social, ce sont les directeurs des structures qui acceptent ou refusent d'accueillir un animal dans leur établissement. Cela peut être écrit dans le règlement intérieur mais ce n'est pas toujours le cas. Il est nécessaire d'avoir un entretien clair avec la direction sur le cadre des séances en thérapie animale.

Dans les structures médico-sociales ou les services hospitaliers, la présence d'un animal soulève beaucoup de questions concernant les risques et les nuisances liés à cet animal. Il est important de parler et d'analyser les risques avec les équipes éducatives et soignantes.

Le thérapeute en médiation animale a l'obligation de respecter les lois de protection animale. Ces lois ont considérablement évolué depuis leur apparition en 1850 où la loi punissait uniquement la maltraitance animale en public. Depuis le 16 février 2015, le Code Civil

reconnait l'animal comme un être vivant doué de sensibilité. Actuellement, la maltraitance animale est passible de plusieurs années de prison et l'auteur des faits devra s'acquitter d'une lourde amende.

1.3. Premières expériences et publications

Les premières expériences en thérapie animale datent de la fin du XVIII^{ème} siècle.

En 1792, à la maison de retraite York pour déficients intellectuels en Angleterre, les animaux font partie de l'environnement et les patients sont encouragés à s'occuper d'eux. A la même période, en Allemagne, l'hôpital Bethel pour les personnes souffrant d'épilepsie construisent une ferme, un parc sauvage et achètent des animaux domestiques

En 1942, l'utilisation d'un animal comme assistant thérapeute fait son apparition aux Etats Unis au Pawling Army Air Force Convalescent Hospital de New York. Les animaux sont utilisés avec les blessés de guerre pour leur remonter le moral et accélérer leur guérison.

En 1953, Boris Levinson, pédopsychiatre américain, reçoit un matin un appel émanant de parents désespérés car leur enfant autiste doit être interné dans un institut spécialisé. Levinson accepte de les recevoir dans son cabinet et oublie que son chien Jingle est présent. Dès que la famille entre, Jingle se dirige vers l'enfant. Il le renifle, le lèche. L'enfant complètement replié sur lui-même refusant toute communication avec le monde extérieur se met à parler avec le chien, il demande même à le revoir. A la suite de cette situation, Levinson mène des travaux avec son chien Jingle et permet à de nombreux chercheurs menant des recherches sur la relation entre l'homme et l'animal de sortir de l'ombre. Actuellement, il est considéré comme le père de la zoothérapie.

En 1970, le couple Corson, psychiatres américains, observent les effets bénéfiques des chiens sur des adolescents perturbés ne réagissant pas aux traitements médicamenteux. Les Corson adaptent leur méthode au milieu gériatrique et formulent les théories de la « Pet facilitated Therapy ».

En 1976, en France, le vétérinaire français Ange Condorcet entreprend des expériences avec des enfants souffrant de troubles de langage, après être entré en contact avec Boris Levinson. Il crée une nouvelle méthode : l'IAMP (Intervention Animale Modulée Précoce) qui consiste à favoriser chez les enfants ayant des troubles du langage, la communication non verbale en les mettant avec des animaux variés.

2. La thérapie canine

2.1. Homme et chien à travers le temps

Le chien fait partie de la vie de l'Homme depuis la Préhistoire. A travers le temps, le chien a tenu différents rôles auprès de l'Homme. Les chiens ont aidé pour la chasse, le gardiennage, le guidage et la protection des troupeaux. Peu à peu, il est devenu un compagnon de vie pour l'Homme et est entré dans les foyers en tant qu'animal de compagnie.

De plus, certains chiens remplissent des missions d'utilité publique. Ces chiens ont été élevés pour réaliser certaines tâches, assister et aider l'Homme. On peut ainsi citer les chiens guides d'aveugles, les chiens policiers, les chiens de recherches et de sauvetages etc.

La présence du chien dans les foyers français nous permet de mieux comprendre son mode de fonctionnement et ses différents modes d'action. Cette meilleure connaissance du chien a participé à développer son rôle en tant qu'animal médiateur.

2.2. Le chien, un animal social

Le chien est un animal social qui ne peut être privé de relation. Il vit toujours en groupe ou en meute et interagit continuellement avec les membres de son groupe. On parle de groupe lorsque les autres membres sont des hommes et de meute lorsque les autres membres sont des chiens.

Le chien est le seul animal à détenir une double empreinte. La double empreinte signifie qu'il peut à la fois se socialiser et communiquer avec ses congénères mais aussi avec les Hommes. Pour communiquer avec l'Homme, le chien adapte son langage pour se faire comprendre.

Malgré le fait que le chien n'ait pas accès à la pensée abstraite et ne puisse pas se projeter dans l'avenir, le chien a une intelligence. En effet, il est capable de mettre en mémoire des expériences visuelles, auditives, sensibles ou tactiles et s'en servir dans d'autres situations. Par la mise en mémoire de ses expériences, le chien est capable de tempérer les effets de ses instincts : instinct de chasse, instinct de défense, instincts sexuels.

Le chien est un animal social car il est en perpétuelle communication. Il communique à l'aide de signaux olfactifs, visuels, acoustiques, par des gestes et des mimiques. Le chien apprend à communiquer dès son plus jeune âge grâce à ses parents, à l'éleveur et à son maître qui poursuivent ce travail d'éducation.

Pour interagir avec l'humain, le chien repère nos postures, nos distances, nos attitudes, nos tensions musculaires, nos phéromones, nos pulsations cardiaques... Il est fin observateur de tout notre comportement non verbal.

L'homme n'a pas toujours conscience de ce qu'il communique et produit de manière non verbale alors que le chien perçoit le moindre changement d'attitude ou le moindre geste. Grâce à nos comportements, le chien peut nous inférer des états mentaux.

Le chien a une certaine capacité d'empathie, il est proche de la vie affective de l'humain. Si le maître est triste, son chien le sera aussi. C'est pourquoi il faut en prendre soin et lui aménager des pauses lors de séances de médiation animale.

L'odorat est le sens le plus développé chez le chien. Il peut reconnaître l'odeur de son maître et celle des autres membres de son groupe parmi de nombreuses odeurs. Le chien reconnaît également les autres animaux avec qui il vit car la perception de leur odeur est différente de celle d'animaux inconnus.

Le chien utilise également les aboiements qu'il module en fonction de la situation. Par exemple, en situation de danger, le chien va avertir son maître en hurlant.

2.3. Le chien, animal majeur dans la thérapie animale.

En thérapie animale, le chien est l'animal que l'on retrouve le plus souvent car c'est un animal doux, docile et qui fait preuve de bonnes capacités d'adaptation dans les lieux qui lui sont inconnus. Le chien possède également certaines habiletés qui lui sont propres et qui justifient son utilisation comme animal médiateur préféré des thérapeutes.

Le chien aide à développer l'estime de soi et la confiance en soi

« Pour un chien, tout homme est Napoléon. D'où la grande popularité des chiens » (Aldous Huxley, 1932). Le chien a une qualité « d'acceptation totale et inconditionnelle » (Arenstein, 2013) que l'humain ne possède pas. Selon Freud, le chien voue un « amour sans ambivalence » aux humains car il accepte la personne dans sa globalité et sans jugement. L'absence de jugement et le regard bienveillant du chien peut renforcer la confiance en soi ainsi que son image du corps et son estime personnelle. Le chien n'a pas besoin d'agir pour que les patients se sentent appréciés et valorisés. La présence d'un chien en début de prise en charge peut permettre au patient de passer outre la barrière de notre fonction et favoriser l'alliance thérapeutique.

Les patients qui n'ont pas de chien peuvent ressentir une certaine fierté lors des séances de promenades où ils deviennent le maître du chien le temps d'une séance.

Le chien apprend l'amitié et le respect

Le chien est un animal disponible, accueillant et amical. Il est un facteur de sécurité et de sérénité pour les patients durant les séances de thérapie animale. Cependant, les patients doivent apprendre à le respecter.

Ce respect s'instaure dans l'interaction non verbale qu'entretient le patient avec le chien. Si le patient est agressif, le chien aura un comportement distant avec lui. Ainsi, le patient apprend à être attentif au comportement du chien et à gérer son propre comportement. Le comportement du chien est un bon indicateur des actions de l'humain qu'il apprécie ou non.

Le chien a un contact corporel apaisant

Le chien a une température corporelle plus élevée que celle de l'homme. Cette chaleur corporelle peut engendrer une détente et être ressentie comme sécurisante par le patient.

Presque tous les chiens apprécient être caressés et touchés. Grâce au dialogue tonico-émotionnel, le patient peut se détendre en même temps que le chien. De nombreux patients projettent les sensations agréables ressenties par le chien sur leur propre corps et inversement.

Le chien est en quête permanente du regard des humains. Le contact oculaire déficitaire chez les TSA est stimulée en permanence par le chien.

Le chien facilite l'instauration de l'alliance thérapeutique

Dès son entrée dans une salle, le chien crée une atmosphère vivante, agréable, calme et apaisante. Ces effets sont aussi bien ressentis par le thérapeute que les patients. Les patients sont apaisés et se montrent plus motivés lorsqu'on leur propose des activités qu'ils n'apprécient pas.

Le chien est source de motivation et peut permettre au patient d'envisager son parcours de soins avec sérénité.

Ces caractéristiques innées du chien en font un animal extrêmement attachant qui plaît presque à tout le monde et un choix d'animal médiateur intéressant.

2.4. Sélection d'un chien médiateur

Elevage

Il est important de bien choisir l'élevage dans lequel va naître son chien médiateur. Le chiot devra rester avec sa mère et sa fratrie au moins huit mois. L'éleveur devra créer un milieu stimulant et rassurant afin qu'il fasse ses premiers apprentissages.

Une fois dans la famille, le thérapeute devra favoriser au mieux l'équilibre et l'intégration du chiot. Il est important de continuer le travail de socialisation effectué par l'éleveur en confrontant dès que possible le chiot à toutes sortes de situations et de contextes. Les réactions et les comportements du chien médiateur dépendent des expériences vécues lorsqu'il est chiot. Ainsi, un chiot peu socialisé en bas âge n'aura pas les qualités requises pour devenir un bon chien médiateur.

Caractère

Même si le chien devra intégrer une certaine quantité d'ordres, il est essentiel qu'il garde son caractère naturel et sa spontanéité. Le chien doit apprécier et chercher le contact humain naturellement à travers des caresses ou le jeu, résister au stress, gérer les agressions possibles des humains. En séance de thérapie animale, il est possible de se retrouver face à des patients violents ou agressifs. Dans cette situation, le chien ne doit pas répondre par la violence. Ses réactions sont le fruit d'un long travail de dressage effectué par le thérapeute animal.

Une des caractéristiques importantes du chien médiateur est son caractère prévisible. Il est important que le thérapeute animal puisse prévoir les réactions de son chien.

Aspect physique

L'aspect physique du chien est très important. C'est la première chose à laquelle s'attache le patient lorsqu'il rencontre le chien.

La race du chien doit être facilement identifiable pour favoriser l'attachement et créer une meilleure alliance thérapeutique. Les races répandues peuvent entraîner des réminiscences et renforcer la confiance du patient envers le chien. Au contraire, les races peu répandues peuvent susciter de la peur, de l'appréhension ou de la curiosité.

La taille, la couleur et le poids du chien peuvent aussi avoir une influence sur l'appréciation du chien par le patient.

Un grand chien sera propice aux soins tandis qu'un petit chien favorisera le portage. De même, un chien de couleur foncée pourra engendrer de la peur tandis qu'un chien clair pourra renvoyer un sentiment de douceur. Enfin, le toucher d'un poil court pourra être perçu comme rugueux

tandis que le toucher d'un poil long pourra être reçu comme doux. Ces sensations peuvent différer d'un patient à un autre.

Malgré ces critères de sélection, tous les chiens ne peuvent pas devenir des chiens médiateurs.

L'animal est un être social, conscient et que l'on doit ménager. Il est important de permettre au chien d'exprimer un comportement inné pour l'espèce car les chiens ont tendance à contraindre leur comportement naturel pour faire plaisir à leur maître.

Les chiens ont des besoins physiologiques : accès à de l'eau fraîche et à une nourriture adéquate assurant la bonne santé et la vigueur des animaux. Ils ont également des besoins sociaux et relationnels : le besoin d'être intégrés dans un groupe et de communiquer avec les membres de ce groupe. Cependant, les chiens ont des capacités d'attention courte, il est important de leur aménager des moments de repos surtout lorsque les patients sont agressifs ou ont des gestes violents.

Enfin, les chiens ont des besoins psychiques et de réalisation. Lorsque le chien a un comportement adapté, il est important de le renforcer positivement.

2.5. Spécificité du chien médiateur en psychomotricité

Dans la TAA, l'animal fait le lien entre le patient et le thérapeute. Certains professionnels parlent de « co-thérapeute » ou « d'adjoint thérapeutique » mais le chien médiateur n'est pas un thérapeute et il ne guérit pas.

Pour que la triade thérapeutique patient/chien/thérapeute fonctionne, la relation entre le thérapeute et son chien doit être forte. Le chien doit être à l'écoute de son maître en ajustant son comportement en fonction des situations et inversement. L'adaptation du comportement du chien en fonction des situations fait partie du travail de dressage et de socialisation qui doit être effectué au préalable.

La thérapie canine en psychomotricité est une activité médiatrice. Le chien est un médiateur comme pourrait l'être un ballon lors d'une séance de relaxation. C'est pourquoi la présence du chien n'est pas obligatoirement permanente. Le chien peut être présent en début de prise en charge pour favoriser l'alliance thérapeutique et peut progressivement disparaître.

La thérapie canine est une alternative aux thérapies conventionnelles. Comme dans toutes prises en charge psychomotrices un bilan psychomoteur est à réaliser afin de construire un projet thérapeutique adapté au patient.

Diverses activités thérapeutiques autour du chien médiateur peuvent être proposées au patient :

- La toilette du chien : Dans cette activité, le patient fait appel à ses capacités de préhension et de motricité fine pour tenir la brosse et brosser le chien. D'autres domaines psychomoteurs entrent en jeu : le tonus, les coordinations bimanuelle et oculo-manuelle.
- Les parcours psychomoteurs : Il est possible de réaliser des parcours moteurs en présence du chien. Ils permettent de renforcer les notions spatiales, l'équilibre, l'ajustement tonico-postural, la motricité fine et la régulation tonique.
- Les jeux spontanés : Les jeux spontanés tels que le lancer de balles ou le don de friandises renforcent l'interaction du résident avec son environnement, la préhension, les coordinations et dissociations...
- Les promenades : Elles sont souvent des moments de plaisir et de bien-être pour les patients.
- Activités sensorielles : Par sa présence, le chien met en éveil différents sens (toucher, ouïe, odorat, vision). Il est possible d'effectuer un travail d'intégration sensorimotrice.

Problématique

Très tôt, des troubles de la communication peuvent apparaître chez les enfants ultérieurement diagnostiqués TSA. Ces troubles touchent aussi bien la communication non verbale que verbale et plus particulièrement la communication sociale pragmatique. Pour pallier ces troubles, des aides à la communication ou des communications alternatives telles que le PECS ou le Makaton sont mis en place.

Dans ce mémoire, on s'intéressera davantage à la communication non verbale des autistes non verbaux. Le psychomotricien, professionnel de santé, peut être amené à travailler avec des personnes ayant des troubles du langage oral. Dans ces situations, il favorisera l'utilisation de la communication non verbale et du langage corporel.

Le psychomotricien utilise toute sorte de médiations afin de répondre aux objectifs thérapeutiques fixés en amont de la prise en soins. On assiste à l'émergence et au développement de nouvelles médiations thérapeutiques comme la thérapie canine. Les premières expériences en thérapie canine datent de la fin du XVIII^{ème} siècle. Elle utilise le chien comme animal médiateur, celui-ci permet de faire le lien entre le thérapeute et le patient. Cette médiation est originale car elle fait intervenir un être vivant et social qui a son propre langage corporel.

La thérapie canine a-t-elle une influence sur la communication non verbale des adultes TSA ?

Mon hypothèse est la suivante : la présence du chien médiateur influe sur la qualité de la communication non verbale des résidents. De fait, les troubles de la communication et des interactions diminuent.

Dans la partie clinique, je présenterai la structure dans laquelle j'ai effectué mon stage, je détaillerai mon outil d'observation et j'introduirai deux études de cas : Jean et Grégoire.

Dans la partie discussion, je tenterai de répondre à la problématique en m'appuyant sur les deux cas cliniques et sur des éléments théoriques.

Partie clinique

D) Présentation de la structure :

1. Présentation du foyer d'accueil médicalisé

Les FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) sont des structures médicosociales dédiées à l'accueil de personnes en situation de handicap qu'il soit mental, physique ou mixte. Ces personnes présentent un état de dépendance partielle ou totale impliquant la présence d'une tierce personne pour effectuer la plupart des actes de la vie quotidienne, effectuer une surveillance médicale et dispenser des soins constants.

Le FAM où j'ai effectué mon stage est situé dans les Yvelines et accueille vingt-huit résidents adultes diagnostiqués TSA. Le FAM est organisé en quatre maisons : la maison jaune et la maison orange situées au rez-de-chaussée, la maison bleue et la maison verte situées au premier étage. Chaque maison est composée de sept résidents ayant leur propre chambre avec une salle de bain individuelle. Au sein des maisons, plusieurs pièces communes sont accessibles à tous les résidents : le salon, la salle à manger et la salle de bain commune.

Les bureaux de l'équipe médicale et paramédicale, de l'équipe administrative et les locaux des équipes d'entretien se situent à l'extérieur des maisons. On trouve également une salle de sport, une salle de musicothérapie, une salle d'art thérapie, une salle d'apprentissage et une salle de réunion.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de six moniteur-éducateurs, cinq AMP (Aide Médico-Psychologique), deux infirmières, une psychomotricienne, une art thérapeute, une musicothérapeute, deux psychologues, un médecin généraliste, un chef de service, un comptable et un directeur.

2. Projet d'établissement du foyer d'accueil médicalisé

L'équipe pluridisciplinaire du FAM propose aux résidents un accompagnement et une éducation structurée, selon les approches TEACCH, PECS et toutes autres méthodes favorisant l'autonomie, les apprentissages, les émergences positives, le bien-être. L'accompagnement de la personne est global.

L'équipe pluriprofessionnelle assure l'accompagnement quotidien et le suivi du PVI (Projet de Vie Individualisé). Celui-ci est défini en équipe en lien avec la famille et/ou les représentants légaux de la personne adulte autiste accueillie.

Le PVI a pour objectif de développer sans contrainte les potentialités avérées et émergentes des résidents et à favoriser la socialisation. Il se décline dans tous les temps de la vie quotidienne

en fonction des objectifs fixés par l'équipe pluridisciplinaire et selon un emploi du temps personnalisé.

Du Lundi au Vendredi, les résidents sont en activités de 10h à 12h et de 14h à 16h. En dehors de ces heures, les résidents peuvent avoir des prises en charge individuelles d'une demi-heure chacune. Le Samedi et le Dimanche sont des jours spéciaux car de nombreux résidents passent le week-end avec leur famille. Pour les résidents qui restent au foyer le week-end, de nombreuses activités et sorties sont prévues.

3. Place du psychomotricien en foyer d'accueil spécialisé dans les troubles du spectre autistique

La psychomotricienne peut intervenir auprès de tous les résidents sur prescription médicale. Les demandes de prises en soins viennent principalement des équipes puis sont reprises lors des réunions pluridisciplinaires afin d'évaluer la demande. Un bilan psychomoteur est ensuite réalisé afin de mettre en place un projet thérapeutique.

La prise en soins des résidents peut alors se faire en groupe et/ou en individuel selon le projet thérapeutique et autour de médiations diverses telles que la balnéothérapie, l'équithérapie, la relaxation etc.

En premier lieu, le psychomotricien doit instaurer son cadre thérapeutique. Cela est valable pour tous professionnels de santé et pour toutes les médiations. Selon C. Potel (2010), le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. La thérapie psychomotrice se déroule dans un espace donné qui ne change pas au cours de la thérapie. Ce lieu est le premier repère du résident, il doit être suffisamment contenant et sécurisant pour que le résident puisse s'exprimer, explorer et découvrir de nouvelles expériences sensorimotrices. Le cadre temporel : la durée, la fréquence et le jour des séances ne change pas, il permet de garder une continuité dans le processus thérapeutique. Enfin, les règles sont indispensables pour un cadre thérapeutique contenant et rassurant pour les résidents.

Ce cadre thérapeutique est essentiel au bon déroulement de la thérapie psychomotrice. Ce n'est que lorsque le cadre est installé que le psychomotricien peut commencer à travailler sur les axes de travail.

Au FAM, différentes sphères peuvent être abordées en séance de psychomotricité :

- Développer les conduites d'exploration du résident en l'aidant à prendre conscience de son corps, ses limites corporelles, ses possibilités motrices.

- Travailler la sphère sensorimotrice. Les TSA ont un traitement des informations sensorielles atypiques, ils peuvent être hypo ou hypersensibles aux stimuli de leur environnement. Notre rôle en tant que psychomotricien est de les aider à gérer leur vécu et à davantage intégrer les stimulations sensorielles. Il est possible de proposer des adaptations en fonction de la problématique sensorielle. Par exemple, un enfant très sensible au bruit pourra se voir proposer un casque anti-bruit.
- Favoriser les interactions et la communication spontanées des résidents. Notre rôle est de les stimuler pour qu'ils utilisent leurs communications alternatives et de les guider lors des situations de communication.
- Diminuer les troubles du comportement en essayant de comprendre leurs origines aussi bien sur le plan moteur que psychique.
- Travailler la motricité en fonction des résultats obtenus au bilan psychomoteur. La motricité est travaillée en lien avec les actes de la vie quotidienne. Par exemple, mise en place d'une séance de motricité fine pour renforcer l'autonomie à l'habillage.

Ainsi, la psychomotricienne intervient dans tous les domaines psychomoteurs en fonction des difficultés propres à chaque résident.

II) Protocole d'observation :

1. La thérapie canine

1.1. Cadre

Le projet de thérapie canine a été mis en place par la psychomotricienne du foyer en collaboration avec une psychologue formée en thérapie animale extérieure à la structure. Celle-ci se déplace au foyer avec son chien, un berger australien de couleurs noire et blanche.

Les séances de thérapie canine ont débuté en Septembre 2016. Elles ont lieu un Jeudi toutes les deux semaines de 14H et 15H dans la salle de sport du foyer et sont encadrées par la thérapeute animale et moi-même. La psychomotricienne n'est pas toujours présente aux séances.

Les trois résidents qui participent aux séances sont choisis en fonction de leurs objectifs thérapeutiques par la psychomotricienne et la thérapeute animale en accord avec le chef de service.

Au début de mon stage, cette séance était un temps calme où les résidents étaient allongés sur des tapis avec le chien. Peu après mon arrivée, la thérapeute animale et moi-même avons mis en place un parcours psychomoteur afin que les résidents soient davantage dynamiques. En effet, la mise en mouvement du corps favorise la communication et les interactions spontanées

du résident avec son environnement. En outre, le parcours moteur permet aux résidents d'expérimenter de nouvelles situations et gagner en aisance corporelle.

1.2. Déroulement d'une séance type de thérapie canine

Les séances de thérapie canine se déroulent toujours de façon similaire afin de préserver les repères des résidents d'une semaine sur l'autre. Tout changement peut être angoissant pour les résidents et générer des troubles du comportement.

Les résidents sont amenés vers 14 heures par les éducateurs de chaque maison. En entrant dans la salle de sport, les résidents saluent les thérapeutes et se déchaussent.

Puis, ils prennent le matériel et l'installent pour construire un parcours moteur en suivant les consignes de la psychologue. Différents matériels sont utilisés : le tunnel, les pas sensoriels, les traces de mains et de pieds, la planche d'équilibre, les plots avec les bâtons pour construire des sauts d'obstacles et le trampoline. Ces matériels sont divers et ont été choisis afin que les résidents expérimentent de nouvelles situations et sensations corporelles.

Une fois le parcours construit, les résidents l'effectuent chacun à leur tour avec l'aide de la thérapeute animale. Pendant qu'un résident effectue le parcours, les deux autres restent avec le chien. Lors de ces temps, je peux être actrice en incitant et stimulant le résident à interagir avec le chien ou me mettre en retrait pour observer les comportements spontanés des résidents avec le chien. Ces temps où les résidents sont avec le chien font intégralement partie de la séance.

Chaque résident effectue le parcours moteur une première fois seul car celui-ci doit d'abord être intégré corporellement avant d'ajouter une difficulté additionnelle puisque le chien est source de déséquilibres.

Lorsque tous les résidents ont effectué le parcours une première fois, ils recommencent avec le chien attaché à une laisse, elle-même attachée à une ceinture autour de la taille du résident. Cette laisse permet aux résidents d'avoir plus de liberté de mouvements et les deux mains disponibles pour effectuer le parcours et pouvoir se réceptionner en cas de chute. Quand tous les résidents ont réalisé le parcours une seconde fois, ils aident à ranger le matériel. Des photos du matériel sont collées sur chaque placard afin que les résidents rangent le matériel au bon endroit. Une fois la séance terminée, nous devons accompagner les résidents à leurs activités suivantes.

2. Les temps libres

Les temps libres sont des temps où les résidents sont dans leur maison. Ces temps libres ont lieu le matin avant le début des activités (10 heures) et l'après-midi après le goûter (16 heures). Pendant ces temps, les résidents sont libres de choisir ce qu'ils souhaitent faire. Ils peuvent opter pour des jeux collectifs, des jeux solitaires ou d'autres activités (dessin, télévision, consoles de jeux). Le résident a également le choix de l'espace dans lequel il veut se divertir. Il peut investir les pièces communes de la maison, rester dans sa chambre, demander à aller dans le jardin ou aller sur une autre maison pour être avec des résidents qu'il apprécie.

Des règles de vie sont fixées dans chaque maison et doivent être respectées par les résidents lorsqu'ils sont dans leur lieu de vie.

3. Construction de l'outil d'observation

3.1. Méthode d'observation

Dans un premier temps, j'ai observé les résidents dans leur milieu de vie durant les temps libres pour observer leurs comportements et leurs réactions spontanés. Durant ces temps, aucune médiation pouvant influencer la communication non verbale du résident n'est utilisée. J'utilise l'observation directe et note mes observations sur une feuille A4.

Dans un second temps, j'ai construit une grille d'observations que je remplis à toutes les séances de thérapie canine pour observer la communication non verbale des résidents. Je reste centrée sur chaque résident durant 30 minutes puis je passe au résident suivant.

Durant cette période, chaque apparition d'un comportement non verbal est notée, c'est-à-dire que lorsqu'un comportement apparaît une fois ou plus il n'est noté qu'une fois.

Pour effectuer l'observation, j'utilise la grille d'observations, un crayon et une montre pour réguler le temps d'observation de chaque résident. J'observe chaque résident durant 30 minutes.

L'observation des résidents durant les temps libres et en séance de thérapie canine me permet de comparer la communication non verbale dans ces deux situations et de conclure à une possible influence du chien sur la communication non verbale des résidents.

3.2. Grille d'observations

La grille d'observations n'est utilisée qu'en séance de thérapie canine. Les comportements ont été organisés dans une grille pour rendre l'observation plus facile à effectuer.

Les comportements sont alignés à gauche tandis que les noms des résidents sont présentés en colonne. Un exemple de grille codée et une explication de son fonctionnement est présenté en annexe A.

3.3. Ethogramme

Dans cette partie, les items de la grille d'observations présentés dans la première colonne sont détaillés.

- Le regard et l'observation

Regard fixe/vide : Le résident ne suit pas du regard, il ne s'intéresse pas aux visages des autres résidents ou thérapeutes et peut avoir un regard qui « traverse » la personne.

Regard fuyant : Le résident évite le contact oculaire avec les résidents et/ou les thérapeutes.

Regard présent : Regard accompagné d'un engagement corporel : postures ouvertes, gestes dirigés vers l'extérieur.

Regard expressif : Le résident utilise son regard comme moyen de communication et/ou d'interaction. Le regard expressif est associé à des expressions faciales et se fait le reflet de l'état émotionnel du résident.

Observe l'environnement : Le résident peut appréhender et intégrer son environnement de manière globale.

Observe le chien : Le résident observe attentivement les thérapeutes avec sa vision périphérique ou/et sa vision centrale. Le résident accompagne du regard les mouvements du chien.

Observe les thérapeutes : Le résident observe attentivement les thérapeutes avec sa vision périphérique ou/et sa vision centrale

Observe les autres résidents : Le résident observe attentivement les autres résidents avec sa vision périphérique ou/et sa vision centrale.

Observe le matériel/les objets : Le résident observe attentivement le matériel et les objets avec sa vision périphérique ou/et sa vision centrale.

- Comportement général

Retrait/isolement : Le résident se met physiquement à distance du groupe, il n'y a pas d'interaction. Il peut se placer dans un coin de la pièce ou se coller contre un mur.

Peur/anxiété : Le résident montre des signes de peur ou d'anxiété : stéréotypies motrices, postures fermées, expressions faciales de peur et d'inquiétude.

Indifférence : Le résident ne porte pas d'intérêt, ne se sent pas concerné et n'accorde pas d'attention à la séance. Il peut effectuer une autre action ou déambuler dans la pièce.

Prudence : Le résident expérimente sans s'engager complètement dans la séance.

Angoisse : Le résident montre des signes d'anxiété intense : troubles du comportement, stéréotypies motrices ou verbales intenses. Des signes neurovégétatifs (difficultés respiratoires, sueur) peuvent apparaître en plus des signes d'anxiété.

Agitation/instabilité : Le résident présente une agitation motrice et/ou cognitive. L'agitation se caractérise par un trouble du comportement survenant brutalement et comprenant essentiellement une activité psychique et motrice désordonnée, inadaptée et dont la durée est variable.

Inhibition/introversion : Le résident adopte des postures fermées et a des gestes autocentrés. Il s'exprime peu et n'est pas dans l'interaction.

Agressivité/colère : Le résident présente des troubles du comportement autoagressifs ou/et hétéroagressifs.

Opposition : Le résident s'oppose à une demande, une situation. Il peut avoir une posture fermée (bras croisés, tronc légèrement fléchi en arrière) de mise en retrait.

Si le résident a des stéréotypies, il faut remplir le type de stéréotypies : balancements, sautilllements, mouvements des doigts et des mains, autre mouvement corporel.

- *Comportement envers le chien*

Attrait : Le résident est attiré par le chien, il montre de la curiosité. Ses regards sont dirigés vers le chien.

En confiance : Le résident ne montre pas de signes d'anxiété ou d'angoisse lorsque le chien est à proximité.

S'approche du chien : Le résident fait la démarche de se placer à proximité du chien.

Touche le chien : Le résident touche le chien spontanément ou sur incitation. Le toucher n'est pas forcément une caresse, cela peut être poser sa main sur le dos du chien.

Caresse le chien : Le résident effleure le chien ou passe doucement sa main dessus de manière affectueuse et douce.

Caresse le chien mais automatisme : Le résident effleure le chien ou passe doucement sa main dessus sans volonté ou attention portée sur le chien.

Effrayé par le chien : Le résident montre des signes de crainte et de peur causés par la présence du chien considéré comme un danger.

Donne à manger au chien : Le résident donne une friandise au chien, il y a une proximité entre le résident et le chien. Par exemple, la main du résident peut toucher la gueule du chien.

Se colle au chien : Le résident reste à une distance intime (Hall, 1971), moins de quarante centimètres, du chien. Lorsque le chien se déplace dans la pièce, le résident se déplace également.

Repousse le chien trop proche : Le résident écarte le chien de manière à l'éloigner de lui mais accepte sa présence s'il est un peu plus loin.

Repousse le chien quand il n'a pas envie d'être avec : Le résident écarte le chien de manière à l'éloigner de lui et ne souhaite pas que l'animal reste à proximité de lui.

Se désintéresse de l'animal : Le résident montre une absence d'intérêt pour le chien. Son regard peut être dirigé vers le chien mais son regard est vide ou traverse l'animal.

Se laisse toucher par le chien : Le résident accepte le contact physique du chien mais ne le caresse pas en retour.

Manifestations de joie à la rencontre avec le chien : Le résident manifeste de la joie par les expressions faciales, la posture lorsqu'il voit le chien.

Apaisement au contact de l'animal : Le résident est plus calme lorsqu'il est en contact avec le chien.

Comportement de recherche de l'animal : Le résident se déplace et recherche du regard le chien.

Demande de voir le chien : Durant la semaine, le résident demande à voir le chien à l'aide de son outil de communication.

- *La communication et les interactions*

Utilise le Makaton : Durant la séance de thérapie canine, le résident utilise le Makaton pour faire des demandes, donner une information, pour interagir.

Utilise son PECS : Durant la séance de thérapie canine, le résident utilise son PECS pour faire des demandes, donner une information, pour interagir.

Montre une communication spontanée avec le chien : Le résident communique avec le chien sans incitation.

Montre une communication spontanée avec les résidents : Le résident communique avec les autres résidents sans incitation.

Montre une communication spontanée avec les thérapeutes : Le résident communique avec les thérapeutes sans incitation.

Ecoute les thérapeutes de façon appropriée, tient compte des remarques : Le résident est attentif à ce que les thérapeutes disent. Il en tient compte durant l'activité et est capable de s'adapter aux demandes.

Essaie de collaborer aux demandes des thérapeutes : Le résident essaie de répondre aux demandes des thérapeutes.

Initie des interactions avec les thérapeutes : Le résident fait la démarche de communiquer avec les thérapeutes. Il est capable d'écouter et de répondre à son tour.

Initie des interactions avec les résidents : Le résident fait la démarche de communiquer avec les autres résidents. Il est capable d'écouter et de répondre à son tour.

Comprend les consignes simples : Le résident comprend les consignes simples à une demande. La compréhension est mesurée par le comportement produit par le résident. Si la consigne est comprise, le résident aura le comportement attendu par les thérapeutes.

Apparition d'un comportement d'entraide : Le résident a un comportement d'ouverture et d'aide envers un autre résident. Par exemple, un résident qui propose à un autre résident de lancer la balle du chien avant lui.

Interaction avec une ou plusieurs personnes du groupe grâce au chien : Le résident utilise le chien comme médiateur pour interagir avec une personne du groupe.

Est capable de rester avec le groupe : Le résident est capable de rester corporellement à proximité du groupe.

Est capable de s'éloigner seul et de revenir vers le groupe : Le résident se met en retrait du groupe lorsqu'il en ressent le besoin et est autonome pour revenir au sein du groupe quand il se sent prêt.

III) Etudes de cas :

Un bilan psychomoteur global a été effectué pour chaque résident évaluant l'intégralité des capacités psychomotrices. Seul les domaines psychomoteurs intervenant dans la communication non verbale et les interactions sont retranscrits dans ce mémoire.

ETUDE DE CAS DE JEAN

1. Parcours de Jean :

Anamnèse

Jean est né en 1981, il a actuellement 36 ans. Il est entré au FAM en juin 2010, il y a 6 ans. Jean a été diagnostiqué TSA associé à une déficience intellectuelle sévère.

Jean vient d'une famille d'origine réunionnaise. Sa mère est décédée en novembre 2008 et son père, à qui il est très attaché, le reçoit régulièrement chez lui le week-end. Jean a également un frère de 44 ans et deux sœurs de 31 et 45 ans. Sa sœur de 45 ans est sa tutrice.

Jean rentre tous les quinze jours chez son père. Ses deux sœurs sont très présentes et aident leur père à gérer tous les documents administratifs de leur frère. Jean est très attaché à son père mais il peut avoir des troubles du comportement en sa présence qu'il n'a pas au foyer. Par exemple, lui tirer les cheveux.

Jean possède une carte d'invalidité datant de 2001 et un dossier auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées). Son autisme associé à sa déficience intellectuelle sont reconnus comme un handicap ainsi il bénéficie de l'AAH (Allocation aux Adultes Handicapés). Cette aide permet de financer le foyer dans lequel Jean vit.

Jean n'est pas autonome dans les gestes de la vie quotidienne et a besoin d'une aide permanente.

Parcours de soins

A l'âge de deux ans, Jean a bénéficié d'un suivi en orthophonie durant deux ans. Puis, il a été scolarisé en milieu ordinaire les trois années de maternelles tout en étant pris en charge au CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique). A l'âge de 8 ans jusqu'à ses 19 ans, Jean a intégré un Institut Médico-Educatif (IME). De 19 ans à 25 ans, Jean n'a bénéficié d'aucune prise en

charge particulière, il est resté au domicile parental. De 26 ans à 29 ans, Jean a intégré un CAJ (Centre d'Accueil de Jour) puis en 2010, il est entré au FAM. Il n'y a pas d'information concernant les prises en charges qu'il aurait pu avoir dans les lieux de vie où il a séjourné.

Données médicales :

- Jean est né par césarienne car il y avait un risque d'infection du liquide amniotique. A sa naissance, on lui a découvert une malformation vélo-palatine opérée à l'âge de 17 mois.
- Malposition dentaire et mandibulaire.
- Dyshidrose
- Pemphigoïde bulleuse.
- Jean suit un protocole alimentaire strict et son poids est régulièrement contrôlé. En effet, Jean a tendance à prendre du poids rapidement.

2. Bilan psychomoteur

Le dernier bilan psychomoteur de Jean a été réalisé en Mars 2017 par la psychomotricienne du foyer. Je n'étais pas présente lors de la passation.

Tonus

Au niveau du tonus, Jean participe aux mouvements et le relâchement tonique est difficile. On observe également une hypertonie de l'ensemble du corps sauf au niveau des doigts où il semble manquer de tonicité. Jean semble également avoir une bonne régulation tonique. La psychomotricienne évoque dans le bilan, un manque de confiance en sa réalisation.

Coordination - Dissociation

Au niveau des coordinations dynamiques générales, Jean a une démarche lente. Il ne déroule pas son pied lors de la marche et a les pieds plats. Lors de la passation du bilan, Jean a des réactions de prestance qui augmentent les déséquilibres et la raideur.

Au niveau de la coordination et dissociation bimanuelles, Jean a une bonne coordination bimanuelle des mouvements simples mais une dissociation des mouvements simples en émergence. La coordination et la dissociation des mouvements complexes sont difficiles.

Jean possède une bonne coordination oculo-manuelle visible lors des lancers de balles ou d'enfilage de perles.

Motricité fine

Jean peut attacher des pinces sur un support. Il tient le support avec la main gauche et les pinces avec la main droite (pince pouce/index). Il réussit à visser et dévisser en tenant l'objet de la main gauche et en vissant/dévisant avec la main droite. Jean peut également enfiler des perles de 7 millimètres de diamètre sur un fil en scoubidou, fermer et ouvrir une porte à clef en utilisant sa main gauche.

Jean ne réussit pas à fermer les bouton- pression même après démonstration. Les deux parties du bouton pression ne sont pas en face et Jean ne semble pas avoir assez de tonicité dans les doigts.

Jean peut enlever et mettre un gros bouton sans démonstration mais l'enchaînement est très lent. Sur un blouson, Jean ne respecte pas forcément l'ordre des boutons. Pour enclencher la fermeture éclair, Jean manque de précision et de tonicité. Une fois enclencher, il arrive aisément à l'ouvrir et la fermer. Lors des épreuves de pianotage, Jean peut opposer le pouce à l'index mais il s'aide de son autre main pour opposer les autres doigts.

Espace et temps

Lors des activités, Jean investit toute la salle. Cependant, il ne semble pas comprendre le vocabulaire en lien avec l'espace et le temps. Jean s'oriente correctement au sein du foyer. Il peut se déplacer seul d'un endroit à un autre. Au quotidien Jean a un rythme lent. Il ne semble pas connaître le vocabulaire en lien avec le temps (saison, jours, heures etc.)

Attention

Jean a une attention labile. Il ne semble pas pouvoir inhiber les stimuli distracteurs.

Communication

Au niveau de la communication expressive, Jean est un jeune homme très expressif du visage et en permanence à la recherche d'interactions et de contacts tactiles. Ses expressions faciales ne sont pas toujours adaptées au contexte, Jean a des sourires réflexes dans les situations anxiogènes ou lors d'incompréhensions.

Pour communiquer, Jean utilise le PECS. Il en est à la phase 4 qui concerne l'apprentissage de la structure d'une phrase. Jean a également inventé ses propres signes et sons pour la balnéothérapie, l'équithérapie, la thérapie canine. L'utilisation de ses signes entrave la communication bien que Jean soit en demande.

Compréhension

Au niveau de la communication réceptive, Jean comprend les phrases simples composées de mots qui lui sont répétés quotidiennement. Lorsque la consigne se complexifie, Jean ne comprend pas.

3. Prises en charge pluridisciplinaires :

Educative :

Au foyer, Jean participe aux diverses activités éducatives : d'éveil, d'éducation, de sport, de réflexion et d'attention. Les axes de travail sont les suivants :

- La communication : mise en place du PECS, travail sur le contact oculaire, apprentissage du « oui » et du « non » et de l'expression des émotions.
- L'autonomie : Jean doit augmenter son autonomie à la douche, aux toilettes, à l'habillage et pour le lavage des mains. Il doit également apprendre une nouvelle tâche domestique : temps en lingerie. Enfin, Jean doit développer et renforcer le repérage temporel.
- La socialisation, Jean devra partager plus de temps d'échange et de jeux avec les autres résidents, apprendre des jeux de groupe et réaliser des tâches fonctionnelles avec un autre résident.

Psychomotricité :

Jean bénéficie également d'une prise en charge en Psychomotricité. Il participe aux activités groupales Tai-chi, motricité fine qui ont lieu une fois par semaine. Il participe également aux séances d'équithérapie et de thérapie canine.

Les objectifs thérapeutiques de la thérapie canine sont les suivants :

- Travail de la motricité globale autour du parcours psychomoteur.
- Travail de la motricité fine lors des soins au chien.
- Travail autour de la sensorialité.
- Travailler le contact oculaire.
- Partager des temps d'échanges et de jeux avec d'autres résidents.

Art thérapie :

Jean bénéficie également d'une prise en charge en art thérapie. Il participe à une séance groupale ayant pour objectif de créer des œuvres pour les exposer durant le projet Hélium. Le projet Hélium est composé d'artistes plasticiens, peintres, graveurs, sculpteurs et photographes qui exposent dans plusieurs villes de la Vallée de Chevreuse.

4. Observations cliniques :

Temps libres

Durant les temps libres, Jean ne peut pas s'occuper seul et la référence à l'encadrant est importante. Nous notons une absence de distance interpersonnelle pouvant être vécu d'intrusion par les encadrants. En effet, Jean est en permanence collé aux encadrants et utilise toujours un contact physique direct pour entrer en relation. Il utilise la main mais il peut également essayer de prendre les encadrants dans ses bras ou de s'asseoir sur leurs genoux.

De plus, ses demandes signées s'enchaînent sans laisser aux encadrants le temps de répondre. Jean ne peut écouter les réponses car il est parasité par ses propres demandes incessantes. Il n'y a pas d'échange réciproque ni d'interaction.

Jean passe d'une idée à une autre, ce qui provoque une anxiété exprimée par des sourires inadaptés. Ces sourires inadaptés apparaissent lorsque Jean éprouve des sentiments forts de joie ou d'excitation qu'il n'arrive pas à intégrer et gérer.

Jean n'est pas autonome dans les actes de la vie quotidienne (habillage, douche, toilette), il n'a pas de trouble moteur, mais a besoin d'un encadrant pour maintenir son attention et initier les différentes étapes d'un geste.

Au niveau du regard, Jean regarde alternativement différentes cibles visuelles (objets, fenêtre) et semble observer son environnement de manière furtive, pas dans la globalité. A plusieurs reprises, son regard est vide et n'est pas dirigé.

Thérapie canine

- Le regard du résident et son observation de l'environnement

Durant les séances de thérapie canine, Jean a un regard de qualité : il est présent et expressif. Plus rarement, il peut avoir un regard fixe et vide lorsque nous ne nous occupons pas de lui.

Jean a des conduites d'exploration. Il observe son environnement et touche certains objets. Il observe également le chien, les autres résidents et les thérapeutes. Avec les thérapeutes, Jean utilise son regard pour initier une interaction.

- Le comportement général du résident

Jean a un bon comportement général en séance, il est calme. Il participe volontiers à toutes les activités.

Jean a une bonne régulation tonique même si son tonus est élevé au niveau de l'axe corporel. Durant la séance, Jean peut présenter une agitation psychomotrice. Cette agitation est présente lors des activités qu'il apprécie, elle est relative à un sentiment fort d'excitation ou de joie.

En séance, Jean présente peu de sourires inadaptés uniquement lorsqu'il ne comprend nos demandes.

- *Le comportement du résident envers le chien*

Jean a un grand attrait pour le chien, il demande à le voir régulièrement dans la semaine en faisant le son du chien. A chaque rencontre, Jean manifeste de la joie corporellement par ses expressions faciales et ses postures ouvertes.

Jean touche et caresse le chien spontanément. Toute sa main est en contact avec le chien. Jean semble être en confiance et n'hésite pas à donner une friandise à l'animal en collant sa main à la gueule du chien.

Jean montre qu'il apprécie être à proximité du chien. Durant la séance, Jean a des comportements de recherche du chien. Il le suit des yeux, se déplace dans la salle pour pouvoir le caresser.

- *La communication et les interactions avec le groupe*

Jean montre une communication spontanée et initie les interactions avec le chien et les thérapeutes.

Pour interagir avec les thérapeutes, Jean initie l'interaction grâce au contact oculaire. Jean utilise également ses propres signes et le pointage pour faire des demandes ou montrer quelque chose. Par exemple, il pointe le chien avec son doigt tout en nous regardant.

Pendant la séance, Jean est à l'écoute des thérapeutes et tient compte des remarques. Par exemple, lorsqu'on formule une consigne simple, il l'exécute instantanément.

Grâce à l'animal, Jean interagit avec les autres résidents et un comportement d'entraide apparaît. Lors des lancers de balles au chien, Jean propose à tous les résidents de lancer la balle avant lui.

ETUDE DE CAS DE GREGOIRE

1. Parcours de Grégoire :

Anamnèse

Grégoire est né en 1985, il a actuellement 32 ans. Il a été diagnostiqué TSA et a un dossier à la MDPH. Grégoire est un autiste non verbal, il détient un classeur PECS.

Sa mère vit à Tahiti, il va la voir durant les vacances d'Eté et son père vit en région parisienne. Actuellement, Grégoire va chez son père un week-end sur trois.

Il est entré au FAM en Septembre 2008, il y a 9 ans.

Parcours de soins

Grégoire a été scolarisé partiellement pendant les trois années de maternelles en parallèle d'une prise en charge en HDJ (Hôpital De Jour) de 1994 à 1996. Puis, il a été en internat en Belgique dans une classe TEACCH. Durant les vacances, il partait régulièrement en séjours organisés par des organismes spécialisés dans le handicap ou était en famille. Grégoire est arrivé au FAM en Septembre 2008, il y a 9 ans.

Données médicales :

- Crises d'épilepsie
- Hyperhydrose palmo-plantaire
- Gènes respiratoires car allergies aux acariens, graminées et arbres.
- Coryza

Traitement :

Tégretol 500 mg deux fois par jour pour prévenir les crises d'épilepsie.

2. Bilan psychomoteur :

Le dernier bilan psychomoteur de Grégoire a été réalisé en Mars 2017 par la psychomotricienne du foyer. Je n'étais pas présente lors de la passation.

Tonus

Grégoire est un résident assez tonique notamment au niveau axial : il se tient toujours très droit. Ses membres supérieurs peuvent prendre une position figée, qui ne semble pas naturelle. Les épreuves d'extensivité montrent une plus grande tonicité dans l'hémicorps gauche.

Les épreuves des bras tendus et de détente spontanée sont difficilement réalisables. Grégoire est dans l'hyper contrôle et baisse ses bras de manière contrôlée. Un léger ballant est observé lorsqu'il marche.

Grégoire possède de bonnes capacités de régulation tonique observées lors des épreuves de lancer et dans les actes de la vie quotidienne cependant des syncinésies à diffusion tonique peuvent être observées du côté de la main qui ne fait pas l'action aussi bien à droite qu'à gauche.

Grégoire montre une plus grande facilité à faire les mouvements avec la main gauche, son geste est plus rapide et ample.

Coordination – Dissociation

Lors de la marche, Grégoire pose la pointe du pied en premier sur le sol, son pas est régulier avec une assez grande amplitude et son pied d'attaque est le pied droit. Grégoire court sur la pointe des pieds et ses bras sont fléchis. Il est capable d'effectuer des pas chassés sur démonstration.

Lors des coordinations oculo-manuelles, Grégoire est performant car il a un bon contrôle visuel sur son geste.

Motricité fine

Grégoire possède de bonnes capacités de motricité fine. Il réussit les différents gestes lors de l'habillage : fermeture éclair, boutonnage et déboutonnage, fermer et ouvrir une serrure.

Il manipule également sans difficultés des petits pions. Il peut faire des perles de différentes tailles en tenant le fil de la main gauche et en enfilant les perles de la main droite. Grégoire réalise également des puzzles avec de petites pièces.

Espace et temps

Grégoire ne connaît pas les notions spatiales de base lorsqu'elles sont hors contexte habituel. D'autre part, il ne se repère pas sur un plan et a des difficultés à reproduire une figure en 3D avec des cubes à partir d'un modèle 2D sur papier.

Grégoire arrive à savoir l'activité qui suit une autre activité. Il a un fonctionnement très ritualisé. Si un changement d'activité a lieu, Grégoire sera perdu.

Attention

Grégoire a une bonne attention. Il semble pouvoir inhiber des stimuli pour se concentrer sur une cible attentionnelle.

Avec des consignes comprises, Grégoire peut effectuer une activité illimitée dans le temps sans avoir besoin de le stimuler.

Communication

Au niveau de la communication expressive, Grégoire émet des vocalises monocordes pour dire « oui » ou « non » sur incitation et prononce des mots simples comme « pipi » ou « papa » uniquement lors de troubles du comportement. Il communique également grâce au PECS qu'il utilise peu en séance mais le maîtrise bien.

Grégoire n'utilise aucun geste pour communiquer sauf lorsqu'il est incité à le faire, il utilise le pointage. Il manifeste peu d'expressions faciales et n'initie pas de contact oculaire.

Dans les situations anxiogènes, Grégoire produit de nombreuses stéréotypies motrices des mains et des doigts et son visage se ferme.

L'orientation de son corps n'est pas systématiquement en face de son interlocuteur.

Pour faire une demande à un encadrant, Grégoire se place devant lui, reste silencieux et le regarde fixement.

Grégoire communique également par mimétisme de l'encadrant et parfois, des résidents. Il est dans l'imitation immédiate vocale et gestuelle.

Compréhension

Au niveau de la communication réceptive, Grégoire a une bonne compréhension des consignes orales simples mais doit renforcer sa compréhension des consignes plus complexes avec plusieurs étapes. En effet, Grégoire ne retient qu'une partie de la demande dans les consignes complexes.

Grégoire accroche le regard d'une personne qui entre en communication avec lui cependant ce contact oculaire ne dure que quelques secondes. Le regard spontané est très présent lorsqu'une personne rentre dans la pièce dans laquelle il se trouve.

3. Prises en charge pluridisciplinaires :

Educative :

Au foyer, Grégoire participe aux activités éducatives dont les axes de travail sont les suivants :

- La communication réceptive : améliorer la compréhension des consignes complexes et des questions qui lui sont posées pour pouvoir y répondre de façon adaptée, intégrer les notions temporelles.
- La compréhension expressive : Grégoire doit développer la communication non verbale pour exprimer ses besoins, ses envies et développer l'expression orale pour émettre des sons plus diversifiés.
- Les capacités d'adaptation et de socialisation : Grégoire doit renforcer son adaptation à la vie en collectivité, développer des activités solitaires pour mieux occuper les temps libres et développer le jeu avec les autres résidents.
- L'autonomie : Grégoire doit diminuer la référence à l'encadrant et s'autonomiser lors des activités de la vie quotidienne.
- L'intégration et la perception sensorielles : Grégoire doit renforcer la prise de conscience de ses limites corporelles pour l'aider à avoir un sentiment de sécurité et développer ses expériences motrices et sensorielles.

Psychomotricité

Grégoire participe aux séances d'équithérapie et thérapie canine. Les objectifs thérapeutiques de la séance de thérapie canine sont :

- Passer un moment agréable de détente.
- Travailler le lâcher prise et la confiance en soi.
- Partager des temps d'échanges et de jeux avec les autres résidents et les thérapeutes.
- Travail autour des émotions.
- Développer ses expériences sensorimotrices.

Art thérapie

Grégoire bénéficie également d'une prise en charge en art thérapie. Il participe à une séance groupale et à une séance individuelle.

En séance collective, les objectifs thérapeutiques sont : renforcer les interactions avec l'art thérapeute et les autres résidents, amélioration de ses capacités de motricité fine et de

coordination oculo-manuelle. Grégoire travaille également sur son autonomie et sa capacité à formuler des choix.

En séance individuelle, un de ses objectifs thérapeutiques est la diversification de ses productions car Grégoire est dans des mouvements stéréotypés et produit toujours les mêmes traces. Un travail sur l'imitation et le recopiage a débuté afin de permettre à Grégoire d'avoir accès à plus de formes.

4. Observations cliniques :

Temps libres

Grégoire peut s'occuper seul durant les temps libres. De même, il est autonome dans les actes de la vie quotidienne mais il nécessite la présence d'un encadrant pour initier ses gestes et le guider. La guidance est verbale. Grégoire présente un important défaut d'initiative, il attend systématiquement l'approbation d'un encadrant avant d'agir.

La plupart du temps, Grégoire a un regard fuyant. Il a des difficultés à regarder ses interlocuteurs dans les yeux et quand on l'observe, il détourne le regard ou nous tourne le dos.

Grégoire a une bonne observation de son environnement uniquement lorsqu'on ne le regarde pas, il utilise sa vision périphérique. Parfois, il se place à côté d'une fenêtre et regarde l'extérieur du foyer.

L'interaction avec les encadrants ne se fait qu'avec une sollicitation ou lors d'une demande.

Grégoire peut s'isoler et se mettre en retrait du groupe dans les situations anxiogènes. L'agitation du groupe et les troubles du comportement des autres résidents physiques ou sonores peuvent entraîner chez Grégoire de l'hétéro-agressivité et de l'auto-agressivité. Les troubles du comportement de Grégoire débutent par des vocalises et la répétition de « bobo, pipi, papa, gâteau ».

Grégoire produit des stéréotypies motrices des doigts et des mains qui augmentent lors de situations de communication et sociales.

Grégoire est assez inhibé et communique peu. Il n'initie pas d'interaction ni de communication spontanée. Grégoire est dans l'hyper contrôle de son corps et donc de ses expressions faciales et gestes.

Thérapie canine

- *Le regard du résident et son observation de l'environnement*

En séance de thérapie canine, le regard de Grégoire est présent et fixe. Ponctuellement, il a des regards fixes ou fuyants. Grégoire observe son environnement avec sa vision centrale notamment le chien et le matériel du parcours moteur. Il observe peu les autres résidents ou les thérapeutes.

- *Le comportement général du résident*

Au début de chaque séance, Grégoire a des comportements de retrait : postures fermées et repli sur soi. On observe également des stéréotypies des mains et des doigts traduisant une certaine anxiété. Ces comportements se manifestent lorsque le chien s'approche trop près de Grégoire.

Durant la séance, ces comportements diminuent, Grégoire laisse le chien s'approcher de lui et prend des postures plus ouvertes. Les stéréotypies deviennent moins présentes et apparaissent uniquement lorsque Grégoire ne comprend pas une consigne.

Pour faire le parcours moteur, Grégoire est toujours volontaire.

- *Le comportement du résident envers le chien*

Au début des séances, Grégoire semble effrayé par le chien. Progressivement, Grégoire se rapproche du chien sur incitation et le caresse d'un geste automatique. Il effleure le chien et le caresse avec trois doigts : l'index, le majeur et l'annulaire. Quand Grégoire arrête de le caresser, il laisse sa main dans la même position immobile légèrement au-dessus du chien. Son regard est souvent vide et fixe. Lorsque je l'incite et le guide, Grégoire reprend les caresses.

Grégoire essaie de donner une friandise au chien mais dès que sa main se rapproche trop près de la gueule, il lance la friandise pour faire éloigner le chien. De même, Grégoire repousse le chien quand il est trop proche de lui. Grégoire accepte la présence du chien uniquement lorsqu'il ne le touche pas.

- *La communication et les interactions avec le groupe*

Grégoire communique sur incitation avec le chien. Il a besoin d'être stimulé et guidé par les thérapeutes. Lors des dernières séances, Grégoire a caressé spontanément le chien lorsqu'il était à proximité de lui. Grégoire ne communique pas avec les autres résidents. Il ne les regarde pas et en prend conscience lors des lancers de balle au chien où Jean propose aux résidents de lancer la balle avant lui. Grégoire accepte, prend la balle et la lance au chien. Grégoire répond aux demandes des thérapeutes et est capable d'attention conjointe par le regard. Grégoire répond à

des questions par « oui » ou « non » mais il n'initie pas d'interaction. Durant la séance, Grégoire est capable de s'éloigner du groupe puis de revenir lorsqu'il en ressent le besoin.

Partie discussion

Les deux cas cliniques ont permis de mettre en avant des modifications de la communication non verbale et des interactions en présence du chien médiateur. Dans la partie discussion, je développerai l'influence de la thérapie canine sur la communication non verbale et sur les interactions des résidents puis, j'exposerai le rôle que peut avoir le psychomotricien dans la communication non verbale. Enfin, j'aborderai les limites de cette médiation.

I) **Influence du chien médiateur sur la communication non verbale et les interactions des résidents :**

Dans cette partie, je compare les comportements non verbaux et les interactions des résidents entre les temps libres et les séances de thérapie canine.

1. Cas de Jean

En séance de thérapie canine, Jean a un regard de qualité, il est plus calme dans l'exploration de son environnement et n'alterne pas de cible visuelle. L'observation attentive de l'environnement qui l'entoure, lui permet de mieux appréhender et intégrer son environnement. Ses regards vides et fixes sont moins présents que durant les temps libres.

Au début de l'année, Jean ne touchait le chien qu'avec une guidance physique. Le besoin d'avoir une guidance physique a duré quelques séances, le temps que Jean s'adapte et découvre l'animal. Actuellement, Jean caresse spontanément le chien.

En présence du chien, la référence aux thérapeutes diminue : Jean nous sollicite moins et ne se colle pas à nous. Le chien est devenu un repère pour Jean qui lui permet d'être en confiance et pouvoir se détacher des thérapeutes. Lorsque les résidents effectuent le parcours moteur, Jean s'occupe seul du chien. Il le caresse durant plusieurs minutes en se concentrant sur son geste et en étant attentif à ses attitudes. Jean exerce un réel contrôle moteur sur son geste et essaie de réguler son tonus afin de ne pas blesser le chien.

De plus, Jean porte une grande attention sur le chien en inhibant les stimuli distrayants. Il exécute les consignes simples spontanément sans qu'on ait besoin de lui répéter. Cette volonté de bien faire semble liée à la présence du chien, source de motivation et de valorisation.

En séance, Jean est davantage à notre écoute et dans l'interaction. Lorsque Jean signe et pointe pour nous montrer quelque chose, il accepte d'écouter et est attentif à notre réponse. En temps normal, le dialogue est impossible car Jean est parasité par sa propre production de signes non liés au contexte.

Ainsi, la présence du chien donne une atmosphère sécurisante et contenant à la pièce. L'exploration de son environnement est plus facile et permet à Jean de s'exprimer sans entrave. De même, le chien a une fonction apaisante, transmise par le dialogue tonico-émotionnel. En séance, Jean ne signe pas en continu mais de manière adaptée et est davantage présent dans la relation à l'autre.

2. Cas de Grégoire

Grégoire a un déficit d'initiation important nécessitant une guidance verbale ou une démonstration pour effectuer une action. Par exemple, pour effectuer les différentes étapes du parcours moteur, Grégoire a besoin qu'on lui répète les consignes à chaque étape. Progressivement, Grégoire a gagné en autonomie. Il est parvenu à toucher le chien spontanément.

Grégoire a un regard présent, ses regards fuyants sont moins nombreux et il utilise davantage sa vision centrale pour explorer l'environnement. Ses troubles du contact oculaire sont toujours présents notamment lors des situations de communication où une personne essaie d'interagir avec lui.

Grégoire se met en retrait à certains moments de la séance mais revient de lui-même. Cet isolement survient fréquemment lorsqu'un résident déambule dans la salle ou lors d'un trop plein de stimuli sonores ou auditifs ...

Grégoire présente moins de stéréotypies motrices des doigts et des mains car son anxiété semble être diminuée par la présence du chien. Il privilégie des postures ouvertes et gagne en aisance corporelle.

Durant les séances, Grégoire communique davantage avec son corps. Son visage est plus expressif et ses expressions faciales se diversifient. Depuis quelques séances, Grégoire se met à rire lorsqu'il trouve une situation comique.

Grégoire communique davantage de manière corporelle et utilise le chien comme support d'expression.

Ces deux cas cliniques montrent l'influence du chien sur la communication non verbale et les interactions des résidents. Dans la prochaine partie, nous constaterons que ces effets vertueux sont généralisables et ont été mis en avant dans plusieurs études.

II) Etudes et théories sur les effets de la thérapie canine :

1. Le toucher

Pour communiquer avec le chien, l'humain utilise préférentiellement le toucher ou contact tactile. Dans les cliniques vétérinaires, le psychiatre américain, Aaron Katcher (1996) a observé un type de toucher particulier qu'il qualifie de « jeu distrait de la main » (ou *idle play*) dans le poil de l'animal qui consiste à gratter, chatouiller, jouer dans les poils.

Albert Demaret (1979), psychiatre et éthologue belge, a repris le postulat de Katcher et l'a rapproché du toilettage social (ou *grooming*) qui est une conduite instinctive réciproque qui a pour fonction de créer des liens et d'apaiser les tensions dans les groupes de singes. Par exemple, une augmentation des conflits engendre une augmentation du toilettage social. De même, Demaret démontre que le contact avec le poil d'un animal de compagnie a les mêmes effets apaisants, rassurants et relaxants qu'à le toilettage social chez les singes lors des conflits.

Harry Harlow (1950), psychologue américain, a fait une expérience sur les processus d'attachement qui montre qu'un bébé singe élevé sans sa mère préfère rester accroché à un mannequin doux et chaud qui ne dispense pas de lait plutôt qu'à un mannequin en fil de fer qui dispense du lait. Nous avons plus besoin de contact et de chaleur pour se développer que de nourriture.

Ainsi, toucher un chien a une fonction relaxante et apaisante aussi bien pour l'humain que pour l'animal. Cette sensation de bien-être est transmise par le dialogue tonico-émotionnel lors du toucher. Le toucher a aussi un rôle dans le développement de l'attachement. C'est sur ces effets vertueux que s'appuie la relation thérapeutique entre l'humain, le chien et le thérapeute.

En présence du chien, Jean est calme et apaisé. Un véritable dialogue tonico-émotionnel s'instaure entre Jean et le chien grâce au contact de sa main sur le poil. Lorsque le chien est calme, Jean l'est aussi. Lorsque le chien se déplace, Jean le suit.

Au début des séances, Grégoire appréhende de toucher le chien. Il le touche uniquement lorsqu'il est calme et qu'il ne bouge pas. Après la première caresse, Grégoire se détend : ses caresses sont fluides, ses mouvements de main sont flexibles et on observe une décrispation de la mâchoire. Progressivement, Grégoire est de moins en moins dans le contrôle de son corps et se laisse davantage aller.

2. Le regard

Le regard joue un rôle essentiel dans l'attachement de la mère à son enfant. Plusieurs auteurs tel que Bullinger (1988) ont traité de l'interaction mère-enfant déficient visuel et ont montré

l'incidence de la cécité de l'enfant sur ses premières relations. Les troubles visuels peuvent interférer dans le processus d'attachement et peuvent conduire à un attachement anxieux ou insécure. Ainsi, les interactions parents-enfant déficient intellectuel sont perturbées dès le début car ce qui est perçu en premier lieu par les parents est le trouble visuel. L'instauration du dialogue tonico-émotionnel est compromise et il en résulte que 25 % au moins de bébés aveugles congénitaux développent des troubles du spectre autistique. Ces expériences ont démontré l'importance du regard dans le développement de l'attachement de la mère à son enfant.

Miho Nagasawa (2009), chercheur japonais, et son équipe de l'université d'Azabu ont révélé l'importance du regard dans l'attachement du chien à l'humain. En effet, son expérience met en avant un fort taux d'ocytocine (30 %) chez les chiens et les maîtres partageant un long regard. L'ocytocine est une hormone impliquée dans les liens émotionnels et l'attachement d'une mère à son enfant. Ainsi, regarder un chien dans les yeux pendant une longue période augmente l'attachement de l'humain au chien.

Jean est très attaché au chien et le réclame plusieurs fois dans la semaine. Jean est fusionnel avec le chien, il apprécie être collé à lui et le suit lorsqu'il se déplace dans la pièce. En séance, Jean reste de longues minutes à regarder le chien, ses expressions faciales semblent indiquer de la joie.

Dans le cas de Grégoire, les troubles du regard persistent mais diminuent en présence du chien. Il regarde le chien pendant plusieurs secondes puis, détourne son regard. Objectivement, Grégoire semble peu attaché au chien mais à la routine qu'il instaure. Grégoire apprécie les routines et a des conduites ritualisées, le moindre changement peut générer de l'anxiété. Ce défaut d'attachement est peut-être lié à ses troubles du contact oculaire.

3. Comportement général

Aaron Katcher (1996) et ses collaborateurs ont démontré que la présence d'un chien diminue les indicateurs physiologiques du stress et de l'anxiété.

Dans cette dynamique, R. Viau et al. (2010) ont étudié les niveaux de cortisol des enfants atteints de troubles du spectre autistique avant et après l'introduction d'un chien dans leur famille. Le taux de cortisol après le réveil a considérablement diminué. Il est passé de 58 à 10% les matins où le chien était présent dans la famille et a augmenté de nouveau à 48% lors du retrait du chien. Le cortisol est l'hormone du stress, elle est sécrétée lors des situations stressantes ou dangereuses. Cette expérience prouve que la présence d'un chien tranquille a des

effets apaisants. Ainsi, je suppose qu'à l'inverse, un chien médiateur anxieux ne pourra pas avoir d'effet calmant car la sensation d'anxiété sera transmise au patient par le dialogue tonico-émotionnel.

En séance, Jean ne montre pas de signe d'anxiété ou de stress. La référence aux thérapeutes diminue tandis que le chien devient un repère sécurisant pour Jean.

Grégoire montre des signes d'anxiété mais plus rarement que dans la vie quotidienne. Par exemple, Grégoire est anxieux lorsque le chien s'approche trop près de lui. Progressivement, Grégoire adopte des postures ouvertes et ses expressions faciales sont plus spontanées.

4. Communication et interactions

Levinson (1962), pédopsychiatre canadien, a observé que la présence d'un chien permet d'instaurer une relation avec les enfants autistes et renforce leurs interactions avec l'environnement.

Campbell et Katcher (1992) vont également dans le même sens et montrent que le chien permet aux enfants autistes de prendre conscience de leur environnement et ainsi d'augmenter leurs contacts sociaux avec le chien et le thérapeute.

D'autres études ont montré que la présence d'un chien facilite l'interaction interpersonnelle et a un effet catalyseur sur les relations sociales. Ainsi, les TSA interagissent davantage avec leur environnement et entourage en présence du chien.

En séance, Jean montre de l'empathie et on voit apparaître un comportement d'entraide avec une augmentation des interactions entre les résidents. Par exemple, Jean propose systématiquement aux autres résidents de lancer la balle au chien avant lui. Jean présente moins de difficultés dans la communication pragmatique et sociale et est davantage présent dans la relation à l'autre.

Grégoire communique davantage avec les thérapeutes mais pas avec les autres résidents. Il est plus expressif notamment au niveau du visage où ses expressions faciales sont diversifiées. Grégoire regarde le chien puis fixe les thérapeutes pour leur signifier la présence du chien.

5. Attention

Katcher et Wilkins (1994) ont montré qu'il était possible d'obtenir de bons résultats en utilisant la thérapie assistée par animal avec des enfants atteints d'importants troubles du déficit

attentionnel et de comportement. Les résultats ont montré qu'il y avait une réduction des comportements d'agression et d'agitation.

Ainsi, la présence du chien augmente les capacités d'attention.

En séance, Jean est attentif et peut focaliser son attention plusieurs minutes sur le chien tout en inhibant les stimuli distrayeurs. De même, Jean est présent corporellement et engagé dans ce qu'il fait.

En temps normal, Grégoire a déjà une bonne attention même si son regard n'est pas toujours dans la même direction que ce qu'il observe.

D'autres effets thérapeutiques de la présence du chien ont été mis en avant. Darrah (1996), ergothérapeute, a démontré les effets positifs de la présence d'un chien sur la perception de la douleur. D'autres études, comme celle d'Headey (1999) montre que les propriétaires de chien ont moins de risques cardiovasculaires. Enfin, Charnetski et al. (2004) ont rapporté une augmentation significative des immunoglobulines salivaires A chez les propriétaires de chiens, un indicateur du bon fonctionnement du système immunitaire.

III) Favoriser la communication non verbale chez les TSA :

1. Rôle du psychomotricien dans la communication non verbale

La partie précédente a permis d'exposer les effets vertueux de la thérapie canine sur la communication non verbale et les interactions. Cependant, l'unique présence du chien ne suffit pas à avoir des effets thérapeutiques. Les effets deviennent thérapeutiques grâce à l'intervention du psychomotricien. En thérapie canine, le chien est uniquement un médiateur.

La spécificité du psychomotricien est de considérer le corps comme moyen d'expression et de communication. Le corps exprime des émotions, des sensations et le psychomotricien imprime par la médiation corporelle des expériences à vivre, à ressentir qui s'inscrivent dans le corps.

Par exemple, le psychomotricien prend en compte le tonus comme base d'expression des émotions via le dialogue tonico-émotionnel. Selon Ajuriaguerra (1977), neuropsychiatre et psychanalyste, le dialogue tonico-émotionnel serait le reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier dans la relation mère-enfant.

La communication non verbale et le dialogue tonico-émotionnel sont nos premières façons de communiquer et d'interagir lorsque nous sommes enfants. Dans certains handicaps, le langage

verbal ne permet pas de communiquer néanmoins, il est possible d'utiliser son corps comme support d'expression et de communication.

Au forum européen de la psychomotricité (1996), la définition de la psychomotricité fût celle-ci : « Basé sur une vision holistique de l'être humain, de l'unité du corps et de l'esprit, le terme psychomotricité intègre les interactions cognitives, émotionnelles, symboliques et corporelles dans la capacité d'être et d'agir de l'individu dans un contexte psychosocial. ». Ce courant de la psychomotricité est appelé psychomotricité relationnelle. Celle-ci insiste sur la relation à l'autre, la mise en mouvement du corps, les émotions, le tonus...

En conséquence, le psychomotricien se présente comme le professionnel de la communication non verbale puisque le corps est utilisé comme support pour véhiculer des informations sur l'individu et son état psychique.

Pour favoriser la communication non verbale et les interactions, le psychomotricien peut utiliser deux types de guidance :

- La guidance verbale : Il s'agit de décrire verbalement l'action qui doit être faite. Les personnes avec autisme ont des difficultés de compréhension verbale, en lien avec les problèmes d'intégration des stimuli auditifs. Lorsque nous utilisons trop de guidance verbale, il arrive qu'au lieu de les aider, nous les noyions sous un flot d'informations peu compréhensibles pour elles.
- La guidance physique : La guidance physique est complète mais intrusive. Il s'agit d'utiliser la main du résident pour effectuer l'action attendue.

Par exemple, dans le cas de Jean, la guidance physique est privilégiée. Jean a un niveau de compréhension faible et n'arrive pas à intégrer plusieurs consignes orales en même temps. Pour lui, un des objectifs thérapeutiques est de travailler autour du contact oculaire. Pour travailler cet objectif, j'utilise la coordination bimanuelle. En effet, j'ai constaté que le regard de Jean se porte automatiquement en direction de ses mains. Ainsi, je prends la main de Jean et la pose doucement sur le chien. Le fait de guider le corps de Jean, lui permet de prendre conscience du chien et de le regarder attentivement.

Dans le cas de Grégoire, j'utilise la guidance verbale et la démonstration. Grégoire n'apprécie pas le contact tactile ce qui élimine l'accompagnement physique du résident. Un de ses objectifs thérapeutiques est partager des temps d'échanges et de jeux avec les autres résidents et les thérapeutes. Pour inciter Grégoire à communiquer et interagir avec son entourage, je lui propose

d'aller donner la balle du chien à un autre résident. Dans un premier temps, je fais une démonstration, en décomposant l'action à effectuer et en mettant des mots dessus. Dans un second temps, je lui demande de m'imiter et de reproduire l'action effectuée.

2. Sur quels aspects de la communication non verbale peut-on agir ?

De nombreux auteurs tels que Jacqueline Nadel (2006), directrice du CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique) ont montré que les TSA sont capables d'imitation spontanée et qu'ils y prennent plaisir. Imiter les expressions faciales et les gestes d'un TSA est une porte d'entrée dans leur monde. L'imitation leur permet de prendre conscience de l'autre et de leur environnement. Durant les séances de thérapie canine, le psychomotricien à proximité du résident caresse le chien afin que le résident l'imité et entre en interaction avec l'animal ou lui.

Au niveau du regard, le psychomotricien peut demander au résident de le regarder et le féliciter lorsque le contact oculaire est fixe. Durant les temps de jeux, le psychomotricien peut également instaurer des rituels où un regard fixe du résident permet d'effectuer une action.

L'attention conjointe est travaillée dans tous les contextes, elle est nécessaire à l'interaction. Lors des jeux d'échange, on favorise l'utilisation de l'attention conjointe. Par exemple, le lancer de balle où le résident est obligé de regarder le psychomotricien pour viser et évaluer la distance à laquelle il se situe.

Pour travailler le pointage, le psychomotricien peut initier le geste en guidant le résident physiquement. Il est possible d'exagérer nos gestes de pointage afin que progressivement le résident en prenne conscience et nous imite.

Au début des séances de thérapie canine, je posais la main de Jean sur le chien pour initier le geste de caresse. Progressivement, Jean n'a plus eu besoin de cette guidance physique et est capable de caresser le chien spontanément.

Ainsi, le psychomotricien a un rôle essentiel dans le développement et le renforcement de la communication non verbale.

IV) Limites de la thérapie canine en psychomotricité :

En thérapie canine, il est possible de travailler tous les domaines psychomoteurs (espace, temps, motricité globale, motricité fine, tonus, schéma corporel, image du corps ...). Le psychomotricien construit une prise en charge adaptée à son patient et répondant aux objectifs thérapeutiques fixés en amont. En conséquence, la thérapie canine a toute sa place en psychomotricité cependant il ne faut pas omettre les contraintes que représente le chien.

La thérapie canine ne peut pas être utilisée avec des patients allergiques aux poils de chien ou des patients immunodéprimés. La zoophobie (phobie des animaux) ou le manque d'intérêt pour les animaux sont des critères exclusifs de cette médiation.

En fonction des cultures, le chien n'a pas la même place. Certaines cultures n'éprouvent aucun plaisir à être en présence d'un chien. Pour ces personnes, la thérapie canine est inadaptée et le psychomotricien doit s'adapter en proposant une autre médiation en lien avec les goûts du patient.

De plus, la présence d'un animal au sein d'une structure ou d'une institution engendre de nombreuses réticences au niveau juridique et au niveau sanitaire. Au niveau sanitaire, le chien peut être gênant, son odeur est particulière, il peut aboyer. Le chien peut aussi être vecteur de maladies mais une bonne hygiène de l'animal peut faire diminuer ce risque. De fait, il est important d'avoir des visites régulières chez le vétérinaire pour vérifier les vaccins, le faire vermifuger et contrôler l'état mental du chien. Un chien médiateur est confronté à tout type de public et certains patients peuvent être violents ou agressifs avec lui. Pour préserver le chien, il est nécessaire de lui aménager des moments de repos et de pause.

Au niveau juridique, le chien peut présenter des risques (morsures, griffures, chutes). Ce risque est diminué par l'éducation et le dressage du chien au préalable mais il ne disparaît pas. Pour pallier ces risques, des assurances responsabilité civile existent.

Les psychomotriciens ne sont pas les seuls professionnels à utiliser la médiation animale. D'autres professionnels de la santé et du secteur médicosocial y ont recours. Pour avoir plus d'informations sur les professionnels utilisant la médiation animale et plus particulièrement la thérapie canine, j'ai construit un questionnaire, visible en annexe B.

Ce questionnaire a été rempli par quatre professionnels de santé et du secteur médico-social : une infirmière, un ergothérapeute, un psychomotricien et une éducatrice spécialisée.

Dans les avantages de la thérapie canine, plusieurs notions reviennent : le chien est un animal non jugeant, il favorise l'alliance thérapeutique et permet de travailler divers domaines (cognitif, communication et langage, émotionnel, moteur).

Dans les inconvénients, les professionnels évoquent le risque de morsure, le coût de la thérapie canine (matériel, soins) et les allergies possibles.

Dans la partie « objectifs thérapeutiques » du questionnaire, chaque professionnel a indiqué des exemples d'objectifs thérapeutiques travaillés en thérapie canine. Tous les objectifs

thérapeutiques sont différents car chaque professionnel travaille des compétences différentes en fonction du métier, du patient etc.

Ainsi, la thérapie canine peut avoir des effets thérapeutiques et influencer sur la communication non verbale des adultes TSA : au niveau du contact tactile, des interactions, du comportement en présence d'un groupe, de l'attention. Cependant, même si cette médiation a révélé avoir des effets thérapeutiques, elle ne peut pas être utilisée avec toutes les populations et le projet de thérapie animale peut se heurter à de nombreuses barrières notamment au niveau juridique et financier.

Conclusion

La rencontre avec des personnes autistes m'a permis de prendre conscience de leur envie de communiquer malgré les difficultés. Pour cette raison, je me suis interrogée sur la façon dont le psychomotricien peut leur venir en aide et les accompagner. Il favorisera l'utilisation du langage corporel à défaut d'accéder au langage oral.

La thérapie canine est une médiation nouvelle et en pleine émergence qui se développe dans de nombreuses structures médicales et médicosociales. Elle utilise le chien qui est un animal ayant de grandes capacités d'adaptation et de sociabilité indispensables aux séances de thérapie animale.

A travers les cas de Jean et Grégoire, nous avons pu observer l'influence du chien sur la communication non verbale des résidents. Les résidents introvertis et peu expressifs utilisent le chien comme support d'expression permettant ainsi de meilleures interactions et les résidents agités ou anxieux sont apaisés par la présence sécurisante du chien.

Cependant, même si le chien semble produire des effets positifs, il n'est pas thérapeute. La présence du psychomotricien est indispensable pour guider la séance, afin de répondre au mieux aux objectifs thérapeutiques fixés en amont de la prise en soins. De plus, le psychomotricien, professionnel du corps, a un rôle important à jouer dans la communication non verbale en favorisant son utilisation. Il guide les résidents lors des situations de communication en les incitant à interagir avec leur environnement.

La thérapie canine peut être utilisée pour travailler d'autres domaines psychomoteurs tels que les coordinations dynamiques générales à l'aide de parcours psychomoteurs ou la motricité fine lors des soins prodigués à l'animal.

Pour conclure, la thérapie canine est une médiation intéressante pour travailler sur la communication non verbale et les interactions permettant aux résidents de s'ouvrir sur leur environnement et pouvoir interagir avec leur entourage.

Bibliographie

Cours

Devanne E, *Autisme et psychomotricité*.

Valette M, *Troubles du spectre autistique*.

Duhazé, *Psychologie de la communication*.

Mémoires

Marcelis K. (2015), Comorbidités dans l'autisme : mise en place d'une prise en charge adaptée

Fillol C. (2008), L'évaluation psychomotrice de l'enfant TED : difficultés et aménagements

Jézéquel A. (2011), Rééducation de la motricité globale chez un adolescent autiste et déficient auditif

Articles

Beck A. et Honori K.A. (1984), A New Look at Pet-Facilitated Therapy, *Journal of the American Veterinary Medical Association*

Fombonne E. (2006), L'autisme, une épidémie ? *Inserm actualités*, n°1999

Kanner (1943), Autistic Disturbances of Affective contact, *Nervous Child*

Elsabbagh M. et McBreen M. (2012), L'étiologie de l'autisme, *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*

Perrin, Le Menn-Tripi, Maffre & Barthélémy (2014), Table ronde – Autisme et psychomotricité : actualités et perspectives, *Entretiens de psychomotricité*

Chanrion A. (2007), Accueillir un jeune enfant autiste. *Association Une Souris Verte*

Dardel F. (2012), L'autisme. *Les cahiers de l'université Paris Descartes*

Hermant,(2008), Emotions, postures et communication non verbale. *Evolutions psychomotrices*, n°79

Hermant (2012), Glossaire. *Evolutions psychomotrices*, n°95

Leroy-Collombel M. et Masson C. (2017), Les dysfonctionnements du langage chez l'enfant autiste : une étude de cas entre 1 et 3 ans

Situations de langage et de corps, *Thérapie psychomotrice* n°25

Beetz A. et al. (2012), Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: the possible role of oxytocin, *Frontiers in Psychology*

Rapports :

HAS (2011), Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte.

HAS (2012), Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent.

Livres

Arenstein G.H. (2014), *Zoothérapie : quand l'animal devient assistant-thérapeute*, Marcel Broquet éditions

Beiger F. et Jean A. (2011), *Autisme et zoothérapie : communication et apprentissages par la médiation animale*, Dunod

Maffre T. & Perrin J. (2013), *Autisme et psychomotricité*, Solal eds

Willems S. (2011), *L'animal à l'âme : de l'animal-sujet aux psychothérapies accompagnées par des animaux*, Seuil

Barthélémy (2012), *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*, Flammarion Medecine-Sciences

Barrier G. (2014), *La communication non verbale : comprendre les gestes : perception et signification*, ESF éditeur

Gatecel A. (2012), *La psychomotricité relationnelle*, EDK, Groupe EDP Sciences

Piette A. (2002), *Entre l'homme et le chien : pour une ethnographie du fait socio-animal*, Publications de la Sorbonne

Webographie

https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A8re_r%C3%A9frig%C3%A9rateur, Mère réfrigérateur

https://fr.wikipedia.org/wiki/Leo_Kanner, Léo Kanner

https://fr.wikipedia.org/wiki/Bruno_Bettelheim, Bruno Bettelheim

<https://www.fondation-apsommer.org/>, Fondation Adrienne et Pierre Sommer

<http://agir-vivre-autisme.org>, Traitements pharmacologiques et biologiques

<http://www2.cnrs.fr/presse/communique/1793.htm>, Autisme : l'administration d'ocytocine améliore le comportement social des patients

<http://spectredelautisme.com/spectre-autisme-tsa/dsm/>, Différences entre le DSM 4 et DSM 5

<http://www.autisme.qc.ca/tsa.html>, L'autisme

http://www.memoireonline.com/02/08/909/m_therapie-mediation-animal-personnes-handicapees4.html, Définitions d'options en psychothérapies à médiation

<https://autismes-et-potentiels.ch/bilan-sensorimoteur-de-lenfant/>, Le bilan sensorimoteur de l'enfant

<http://www.agirpourelautisme.com/teacch>, TEACCH

<http://www.agirpourelautisme.com/aba>, ABA

<http://aftaa.net/index.php/la-therapie/les-bienfaits/>, Apporter un bien-être physique, psychologique et affectif par le biais de la thérapie assistée par l'animal

<https://www.chiens-mediateurs.com/mediation-animale.html>, La médiation animale

<http://www.institutfrancaisdezoothérapie.com>, Institut Français de Zoothérapie

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31859>, Quelles sont les sanctions en cas de maltraitance animale ?

http://www.psychomotricite-rennes.com/?page_id=169, Psychomotricité et autisme

Annexes

Annexe A

Date : 27/04/2017

Grille d'observations sur la communication non verbale

Le regard et l'observation

	Jean	Grégoire
Regard fixe/vide		
Regard fuyant		X
Regard présent	X	X
Regard expressif	X	
Observe l'environnement	X	X
Observe le chien	X	X
Observe les thérapeutes	X	X
Observe les autres résidents	X	
Observe le matériel/les objets		

Comportement général

Retrait/isolement		X
Peur/anxiété		X
Indifférence		
Prudence		
Angoisse		
Agitation/instabilité		
Inhibition/introversion		
Agressivité/colère		
Opposition		

Stéréotypies :

Balancements		
Sautillements		
Mouvements des doigts et des mains		X
Autre mouvement corporel		

Comportement envers le chien

Attrait	X	X
En confiance	X	
S'approche du chien	X	
Touche le chien	X	X
Caresse le chien	X	
Caresse le chien mais automatisme		X
Effrayé par le chien		X
Donne à manger au chien	X	
Se colle au chien	X	
Repousse le chien trop proche		X
Repousse le chien quand il n'a pas envie d'être avec		X
Se désintéresse de l'animal		
Se laisse toucher par le chien	X	
Manifestations de joie à la rencontre avec le chien	X	
Apaisement au contact avec le chien	X	
Comportement de recherche du chien	X	
Demande de voir le chien	X	

La communication et les interactions

Utilise le Makaton		
Utilise son PECS		
Montre une communication spontanée avec le chien	X	
Montre une communication spontanée avec les résidents	X	
Montre une communication spontanée avec les thérapeutes	X	

Ecoute les thérapeutes de façon appropriée, tient compte des remarques	X	X
Essaie de collaborer aux demandes des thérapeutes	X	X
Initie des interactions avec les thérapeutes	X	
Initie des interactions avec les résidents	X	
Comprend les consignes simples	X	X
Apparition d'un comportement d'entraide	X	
Interaction avec une ou plusieurs personnes du groupe grâce à l'animal	X	
Est capable de rester avec le groupe	X	X
Est capable de s'éloigner seul et de revenir vers le groupe		X

Annexe B

Questionnaire sur la médiation animale

A l'attention de tous les professionnels de santé et du secteur médico-social

1. Quel métier exercez-vous ?

2. Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ? Avec quel type de population ?

3. Selon vous, quels sont les avantages et les inconvénients de la thérapie canine par rapport à une thérapie conventionnelle ?

4. Par exemple, quels sont les objectifs thérapeutiques/indications de vos séances ?

5. Selon vous, quels seraient les contre-indications de la thérapie canine ?

6. Avez-vous suivi une formation en thérapie animale ?

7. Décrivez une séance de thérapie animale type. La durée, la fréquence, séance individuelle et/ou collective ?

8. Selon vous, pourquoi le chien est-il un animal médiateur différent des autres animaux ?

9. Selon vous, qu'est-ce qu'un « bon chien médiateur » ?

10. [Pour les professionnels travaillant auprès d'autistes] Qu'observez-vous dans le lien entre le chien et le patient autiste.

11. Autres remarques à propos de la thérapie canine.

BEOUT Marie

Session de Juin 2017

« Psychomotrichien »

L'apport de la thérapie canine sur la communication non verbale d'adultes TSA

Sous la direction d'Alexandra Goddet

Résumé

L'autisme est une pathologie qui engendre des troubles de la communication, particulièrement dans la communication pragmatique, et des interactions. La communication non verbale prend alors toute son importance dans la prise en charge psychomotrice. Parmi les médiations à sa disposition, le psychomotricien peut se diriger vers la thérapie canine. Chez certains résidents, la présence d'un chien médiateur améliore la qualité de la communication non verbale et des interactions.

Mots clefs : TSA – Autisme – Zoothérapie – Médiation animale – Thérapie canine – Communication non verbale

Summary

Autism is a pathology, which causes communication disorders, especially in social communication, and interactions. Non-verbal communication becomes important in psychomotor therapies. Among the mediations at his disposal, the psychomotor can chose the therapy dog. For some residents, the presence of a mediating dog improves the quality of non-verbal communication and interactions.

Key words: Autism spectrum disorders – Autism – Pet therapy – Animal mediation – Non-verbal communication