

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	6
INTRODUCTION	8
I. LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME	10
A. Un peu d'histoire	10
B. Définition.....	11
C. Epidémiologie.....	11
D. Les plans autisme	12
E. Classifications actuelles et diagnostic	13
1. Les troubles envahissants du développement dans la CIM-10	13
2. Les troubles du spectre de l'autisme dans le DSM-5	14
3. L'arrivée prochaine de la CIM-11	15
F. Dépistage précoce.....	16
G. Comorbidités	16
H. Le spectre de l'autisme : différents degrés de sévérité	17
I. Le développement des enfants TSA	17
1. Domaine psychomoteur	17
1.1. Développement moteur.....	18
1.2. Les particularités sensorielles	19
1.3. Fonctions exécutives.....	20
1.4. Cognition motrice et cognition sociale.....	21
1.5. Capacité d'imitation	22
2. Domaine relationnel	23
2.1. Le regard comme lien à l'autre	24
2.2. Pointage et attention conjointe	26
2.3. Théorie de l'esprit et empathie.....	27
2.3.1. Théorie de l'esprit	27
2.3.2. Empathie	28
2.3.3. Différence entre théorie de l'esprit et empathie.....	29
J. Autisme et psychomotricité	30
K. Pour conclure.....	30
II. MASQUE ET EMOTION	31
A. Le masque.....	31
1. Les différents types de masque	31
1.1. Le masque chirurgical	31
1.2. Le masque inclusif, ou masque transparent	31
2. Port du masque pour les personnes TSA	32
3. Observations et vécu personnel autour du masque chirurgical.....	32
B. Les émotions c'est quoi ?	34
1. Définition	34
2. La richesse du répertoire émotionnel.....	34
3. Ontogénèse des émotions chez l'enfant typique	36
4. L'émotion, au cœur de la psychomotricité	37
5. Processus de lecture des émotions sur le visage d'autrui	39
6. L'émotion dans les habiletés sociales.....	40
7. Lecture faciale des émotions dans les TSA	41
7.1. Le <i>eye tracking</i> , une nouvelle méthode pour comprendre l'autisme	41
7.2. Des études pour y voir plus clair.....	42

III. LE CABINET LIBERAL	49
A. Cadre thérapeutique de l'activité libérale en psychomotricité	49
B. Un décret relatif à l'accomplissement d'actes psychomoteurs	50
C. Histoire du cabinet et situation actuelle	51
D. Ma place de stagiaire.....	52
E. Présentation des patients	53
1. Narima	53
1.1. Anamnèse.....	53
1.2. Bilan psychomoteur.....	54
1.3. Projet thérapeutique.....	55
1.4. Suivi et évolution.....	55
1.5. Vignettes cliniques	59
1.5.1. Narima, le ruban et le miroir.....	59
1.5.2. Narima et la roue des émotions.....	61
2. Travin.....	61
2.1. Anamnèse.....	62
2.2. Bilan psychomoteur.....	63
2.3. Projet thérapeutique.....	63
2.4. Suivi et évolution.....	63
2.5. Vignettes cliniques	66
2.5.1. Travin et son plus beau sourire	66
2.5.2. Travin et le jeu des émotions	67
3. Yavane	70
3.1. Anamnèse.....	70
3.2. Bilan psychomoteur.....	71
3.3. Projet thérapeutique.....	72
3.4. Suivi et évolution.....	72
3.5. Vignette clinique, l'hétéro-agressivité de Yavane	74
IV. DISCUSSION.....	77
A. Une question de norme.....	77
B. L'influence du masque chirurgical sur la lecture des émotions faciales.....	78
C. La lecture des émotions faciales, mais pourquoi faire ?.....	80
D. Un corps expressif et des outils pour soutenir la compréhension des émotions	81
E. Le masque, un frein pour le patient, mais pas seulement.....	83
F. Les bénéfices d'un tiers	84
G. Les limites d'une problématique portée sur l'actualité	85
CONCLUSION.....	86
BIBLIOGRAPHIE	87
ANNEXES.....	I

AVANT-PROPOS

Le contexte particulier de ce travail me pousse à rédiger ce court préambule pour replacer les conditions dans lesquelles il a été réalisé.

Depuis plus d'un an maintenant, nous traversons une crise sanitaire mondiale. L'épidémie partie de Chine est devenue pandémie.

Le virus du Covid-19, arrivé en France en janvier 2020, s'est rapidement propagé dans tout le pays. Les hôpitaux sont débordés et les places dans les services de réanimation deviennent rares. Mi-mars, les Français doivent se confiner, et ce qui ne devait durer que deux semaines durera finalement plus de deux mois. Le pays est au ralenti, les rues sont désertes, plus de voitures ou de cris d'enfants dans les cours de récréation. Suite à cela, le déconfinement s'opère progressivement. Des mesures sont prises pour éviter un nouveau pic de contaminations : les mesures barrières et le port du masque chirurgical deviennent rapidement la norme à l'échelle nationale. Une fois l'été passé, vient le temps de la rentrée scolaire. Le gouvernement renforce les mesures sanitaires, le masque jusqu'à présent obligatoire uniquement pour les adultes, le devient pour les enfants dès le collège. Plus tard, cette mesure sera étendue aux élèves en école élémentaire primaire. Durant l'automne, les contaminations du virus augmentent à nouveau. Les mesures sanitaires, durcies, laissent place à un couvre-feu succédant quelques semaines ensuite à un nouveau confinement. Tandis que les écoles, collèges et lycée restent cette fois ouverts, les étudiants sont invités à suivre les cours depuis chez eux, en distanciel. Les vacances de noël approchent et la situation semble s'apaiser, les contaminations sont en baisse mais il ne faut pas relâcher les efforts déjà fournis. Le déconfinement laisse place à un nouveau couvre-feu. Ce dernier, maintenu dans les conditions précédemment citées, s'étend pour la nouvelle année et ce jusqu'au mois de mars. Dans le même temps, une campagne de vaccination débute. Elle représente un espoir pour beaucoup, celui d'enfin sortir de cette situation qui a modifié notre façon de vivre. Situation qui dure depuis un an déjà. Mais fin mars, lors d'une nouvelle allocution présidentielle, le ton est grave, la courbe des contaminations est en forte hausse, une fois de plus. Cette troisième vague contraint le pays à se reconfiner. Les écoles referment le temps de quelques semaines, et les cours à distance sont de mise pour tous. De l'école élémentaire aux études supérieures, cette fois nul n'y échappe. C'est finalement pour nous, étudiants de troisième année, que ce nouveau confinement opère le moins de changements. Les cours de cette dernière année d'étude sont terminés et les partiels passés, nous continuons

d'aller en stage, dans la mesure du possible. Le reste du temps peut ainsi être pleinement consacré à l'écriture de ce mémoire.

A vous, chers jurys qui débutez la lecture de ce mémoire, vous êtes je l'imagine, bien au fait de la situation sanitaire actuelle. J'écris ces quelques lignes pour ceux qui le feuilleteront éventuellement d'ici quelques années, mais aussi et surtout, pour moi. Cette année toute particulière, la dernière de mes études en psychomotricité, a été grandement marquée par cette crise. Et alors que la psychomotricité met un point d'honneur dans la relation à l'autre, nous nous sommes retrouvés, nous étudiants, isolés derrière nos écrans une grande partie de l'année universitaire. Ceci n'est en aucun cas une plainte ou encore une critique. Aussi, je suis consciente de la chance que nous avons eu de pouvoir continuer d'aller en stage, chaque semaine, nous libérant de cet enfermement pour quelques heures. Cette année a été, je suppose, très différente de celles des précédentes promotions diplômées. Très différente également de la façon dont nous – étudiants de troisième année – l'avions rêvée et imaginée. Mais c'est aussi ce contexte tout particulier qui a permis l'émergence en moi du sujet de ce mémoire...

INTRODUCTION

Les confinements successifs et plus généralement la crise sanitaire ont mis à mal notre système de santé. Rapidement, les psychomotriciens sont appelés à reprendre et poursuivre leur activité, en télé-soin d'abord puis au sein des structures accueillant les patients. Un mot d'ordre : la continuité des soins. Le premier confinement avait engendré une rupture – trop – importante. Les prises en soin psychomotrices sont réhabilitées dans le respect des nouvelles mesures d'hygiène.

Il est évident que bon nombre d'entre nous souhaiterait ne plus entendre parler du contexte sanitaire, déjà omniprésent. Pourtant, cette situation constitue un tel bouleversement qu'il était pour moi essentiel de l'aborder. Une part importante de nos vies est désormais conditionnée par les mesures barrières.

Ainsi, je me suis rapidement interrogée quant à la place prise par ces nouvelles mesures *barrières* dans la prise en soin psychomotrice. C'est particulièrement le port du masque chirurgical qui m'a questionné. Comment l'intégrer à la pratique de la psychomotricité ? C'est dans le cadre de mon stage en libéral que ma réflexion s'est affinée. Et notamment ma rencontre avec des enfants porteurs de Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA). J'ai remarqué qu'ils avaient une façon particulière de communiquer, qu'ils s'isolaient par moments et que certaines stimulations extérieures semblaient les gêner. De nombreuses questions se sont bousculées. Le port du masque chirurgical impacte-t-il la relation entre le psychomotricien et son patient TSA ? Quels sont les enjeux de cette interaction particulière ? Comment le patient vit-il le fait de ne voir qu'une partie du visage de son thérapeute ? Est-il capable de percevoir les émotions à travers le masque ?

C'est ainsi que j'ai choisi et décidé d'approfondir dans ce mémoire le thème de la lecture des émotions faciales par les enfants avec un TSA dans le cadre de leur prise en soin en cabinet libéral durant la crise sanitaire.

Le port du masque influe-t-il sur la perception des émotions faciales chez les enfants présentant un TSA ?

Pour répondre à cette problématique, nous nous intéresserons d'abord à l'autisme, et au développement psychomoteur des enfants porteurs de TSA. Après une analyse du médium qu'est le masque, nous étudierons le développement émotionnel typique. Puis à travers l'analyse d'études, nous tenterons de comprendre comment les personnes avec TSA perçoivent

les émotions faciales. Nous ferons ensuite la rencontre de trois enfants présentant un TSA et verrons la place qu'occupe le masque dans leurs prises en soin. Pour finir, nous évoquerons les influences du masque chirurgical observées sur la lecture des émotions faciales dans la prise en soin psychomotrice, ainsi que les moyens complémentaires mis en œuvre pour l'intégrer. Enfin, nous discuterons des limites de ce mémoire.

I. LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME

A. Un peu d'histoire

Le terme « autisme » vient du grec ancien *autos* qui signifie « soi-même ». Le psychiatre suisse E. Bleuler l'introduit en 1911 pour définir le retrait relationnel symptomatique de la schizophrénie.

Bien plus tard, en 1943 et pour la première fois, L. Kanner, psychiatre autrichien décrit l'autisme avec des caractéristiques proches de celles que nous connaissons aujourd'hui. Il désigne un syndrome spécifique de l'enfant qu'il nomme d'abord « perturbation autistique du contact affectif », puis « autisme infantile ». Il décrit dans un article ses observations concernant des enfants présentant des difficultés relationnelles et de communication. « *Le trouble fondamental le plus frappant est l'incapacité de ces enfants à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations dès le début de leur vie.* » (Kanner, dans Perrin et Maffre, 2013, p.1). L. Kanner voit l'autisme comme un trouble inné et s'inscrit dans un mouvement visant à différencier la psychopathologie de l'enfant et celle de l'adulte.

Dans le même temps, H. Asperger, psychiatre lui aussi autrichien, décrit la « psychopathie autistique ». Dans un article écrit en 1944, il évoque des signes tels que des relations inappropriées, des centres d'intérêts restreints, un langage inadapté et des maladresses motrices.

Dès les années cinquante et jusqu'aux années soixante-dix, l'essor des théories psychanalytiques vient remettre en cause l'idée de L. Kanner selon laquelle l'autisme serait inné. Les psychanalystes font l'hypothèse d'une origine psychogène. Et notamment, B. Bettelheim, psychanalyste américain. Il pressent des défaillances maternelles précoce, la *mère réfrigérateur*, comme potentiellement génératrices des troubles de la relation chez l'enfant.

A la même période, les premières études épidémiologiques démontrent l'importance de facteurs génétiques dans l'autisme. L'autisme est reconstruit dès les années soixante-dix comme une problématique neurodéveloppementale suite à l'observation de fréquentes associations entre l'autisme et les pathologies organiques.

En 1980, à la parution de la 3^e version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), les théories psychogènes sont réfutées à l'instar de l'approche descriptive. Dès lors, l'autisme prend une place centrale dans la psychopathologie de l'enfant dans le cadre des « troubles globaux du

développement » qui deviendront les « Troubles Envahissants du Développement » (TED) dans le DSM-IV.

B. Définition

L'autisme, bien que difficile à définir du fait de ses différentes formes cliniques et de son large spectre, peut être décrit comme une atypicité du développement neurologique. Les critères de diagnostic de l'autisme, en fonction des différentes classifications, seront détaillés par la suite¹.

Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM, 2018), l'autisme aurait une origine multifactorielle mais largement génétique.

C. Épidémiologie

La prévalence correspond au « *nombre de cas de maladie ou de personnes malades [...] dans une population déterminée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens, soit à un moment précis, soit au cours d'une période donnée.* » (CNRTL, s. d.).

En 2010, en France, seules 75 000 personnes étaient diagnostiquées TSA et accompagnées (Autisme France, 2020), ce nombre s'élevait à 120 000 en 2017 selon Santé Publique France (2020). Toutefois, ces chiffres semblent encore loin de la réalité ; le Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées estime – dans son dossier de presse du 6 avril 2018 – à 700 000 le nombre de personnes présentant un TSA en France.

Nous comprenons bien ici les enjeux d'un dépistage précoce et de la stratégie diagnostique, ils seront évoqués plus loin².

Il serait estimé qu'environ 1% de la population serait atteinte de TSA. C'est un chiffre en constante augmentation révélé notamment par de nouvelles méthodes diagnostiques.

Pour une raison encore indéterminée, la prévalence des TSA diffère selon le sexe : ces troubles seraient quatre fois plus diagnostiqués chez les garçons que chez les filles selon l'Institut Pasteur (2019). Néanmoins, ces chiffres varient en fonction des caractéristiques cliniques ; les filles et les femmes sans retard mental seraient sous-diagnostiquées par rapport aux hommes

¹ Cf. *infra*, I.E. Classifications actuelles et diagnostic, p.13

² Cf. *infra*, I.D. Les plans autisme, p.12

car moins bien repérées (Hull et al., 2017). Attwood (2017) révèle que les filles seraient plus difficilement repérées et diagnostiquées en raison de techniques d'imitation et de camouflage. Le DSM-5 souligne également que « *les filles sans déficit intellectuel ou sans retard de langage pourraient être sous diagnostiquées en raison d'une présentation clinique atténuée des difficultés sociales et de la communication* » (APA, 2015). En effet, les filles présenteraient un phénotype autistique plus discret comprenant des difficultés moins flagrantes dans les relations sociales, une plus grande empathie, des intérêts moins atypiques, des comportements davantage internalisés, avec cependant des particularités sensorielles plus prononcées. Toutes ces caractéristiques, combinées à une aptitude accrue au *masking* (camouflage) et aux comportements compensatoires contribuent à l'errance et au sous-diagnostic des filles et des femmes TSA (Melal, 2018).

D. Les plans autisme

A l'échelle nationale, le gouvernement a mis en place depuis 2005 plusieurs plans autisme afin d'insister sur la mise en œuvre de l'accompagnement de ces personnes dans notre pays.

Le premier plan autisme (2005-2007) a joué un rôle majeur dans la reconnaissance et la prise en charge des TED. Il a permis la création de Centres Ressource Autisme (CRA) dans chaque région de France ainsi que l'élaboration de recommandations professionnelles pour le dépistage et le diagnostic dans l'enfance.

Le deuxième plan (2008-2010) comportait trois axes principaux visant à « mieux connaître pour mieux former », « mieux repérer pour mieux accompagner » et enfin « diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne ».

Le troisième plan (2013-2017) visait à proposer, à tous les âges, des interventions évaluées et contrôlées en renforçant la coopération entre les mondes de la recherche, du sanitaire, du médico-social et de l'éducation, tout en mettant en œuvre une nouvelle forme de gouvernance qui associe pleinement les personnes elles-mêmes et leurs familles. Ce plan était structuré autour de cinq grands axes que voici : « diagnostiquer et intervenir précocement », « accompagner tout au long de la vie », « soutenir les familles », « poursuivre les efforts de recherche » et « former l'ensemble des acteurs de l'autisme ».

Le plan actuel, le quatrième (2018-2022), prend en compte l'ensemble du parcours de vie des personnes TSA, de la petite enfance à l'âge adulte. A nouveau et dans la continuité des

précédents plans, l'accent est mis sur l'importance du diagnostic précoce suivi d'une prise en soin adaptée. Il s'accompagne désormais d'un objectif de meilleur taux de scolarisation pour les enfants dès l'âge de 3 ans. En ce qui concerne les adultes, les objectifs visent à un meilleur repérage et diagnostic ainsi qu'à un développement des dispositifs d'emploi afin de faciliter leur insertion professionnelle. Un point d'honneur est mis sur l'accompagnement et le soutien aux familles. Enfin, sur la lancée des précédents plans autisme, le gouvernement insiste sur l'importance de consolider la formation des professionnels de santé et travailleurs sociaux tout en renforçant les efforts de recherche déjà mis en œuvre.

Comme nous pouvons le constater en étudiant ces différents plans successifs, le diagnostic précoce est un des enjeux majeurs, mis en avant depuis plusieurs années déjà.

E. Classifications actuelles et diagnostic

Le diagnostic des TSA repose sur des observations cliniques et ce depuis L. Kanner. Comme nous allons le voir dans les classifications, la présence d'un certain nombre de symptômes chez un sujet permet de poser le diagnostic. Il s'agit d'une démarche protocolisée menée par une équipe pluridisciplinaire en raison du caractère multidimensionnel des signes cliniques des TSA. Le diagnostic initial de TSA est possible dès l'âge de 18 mois. Avant 18 mois, un diagnostic de Trouble du Neurodéveloppement (TND) est à privilégier « *en raison des difficultés d'un diagnostic formel et du caractère hétérogène et non spécifique des trajectoires précoces de développement* » (HAS, 2018).

Diverses classifications existent et permettent de suivre l'évolution des définitions et des critères diagnostiques de l'autisme. Actuellement, deux classifications font office de référence à l'échelle internationale : la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) et le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de formuler le diagnostic en référence à la CIM-10, dans l'attente de la CIM-11 et ce bien que le DSM-5 soit la classification la plus actualisée de nos jours.

1. Les troubles envahissants du développement dans la CIM-10

La CIM est une classification médicale codifiée des maladies et d'une vaste variété de signes et symptômes. Elle est proposée et recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé

(OMS) qui en publie la dixième révision (CIM-10) en 1993. La CIM-10 fait l'objet de mises à jour annuelles qui sont publiées en anglais.

Dans la CIM-10, l'autisme **infantile** est classé dans les Troubles Envahissants du Développement (TED) au paragraphe F84 et défini comme suit :

Trouble envahissant du développement caractérisé par :

- un développement anormal ou altéré, manifeste avant l'âge de trois ans ;
- une perturbation caractéristique du fonctionnement dans chacun des trois domaines psychopathologiques suivants : interactions sociales réciproques, communication, comportement (au caractère restreint, stéréotypé et répétitif).

Par ailleurs, le trouble s'accompagne souvent de nombreuses autres manifestations non spécifiques, par exemple des phobies, des perturbations du sommeil et de l'alimentation, des crises de colère et des gestes autoagressifs. (CIM-10, 1993).

Il est différencié de l'autisme **atypique** (F84.1) décrit ainsi :

Trouble envahissant du développement, qui diffère de l'autisme infantile par l'âge de survenue ou parce qu'il ne répond pas à l'ensemble des trois groupes de critères diagnostiques d'un autisme infantile. Cette catégorie doit être utilisée pour classer un développement anormal ou altéré, se manifestant après l'âge de trois ans et ne présentant pas des manifestations pathologiques suffisantes dans un ou deux des trois domaines psychopathologiques nécessaires pour le diagnostic d'autisme (interactions sociales réciproques, communication, comportement restreint, stéréotypé et répétitif). Il existe toutefois des anomalies caractéristiques dans l'un ou l'autre de ces domaines. L'autisme atypique survient le plus souvent chez les enfants ayant un retard mental profond et un trouble spécifique sévère de l'acquisition du langage, de type réceptif. (CIM-10, 1993).

Nous pouvons constater d'après la CIM-10, l'évocation de trois critères permettant de poser le diagnostic : des troubles qualitatifs des interactions sociales réciproques, des troubles qualitatifs de la communication verbale et non verbale et des intérêts restreints et stéréotypés (Perrin et Maffre, 2013). Il s'agit de la triade symptomatique autistique.

2. Les troubles du spectre de l'autisme dans le DSM-5

Le DSM-5, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, en français, est publié par l'*American Psychiatric Association* (APA). La cinquième édition est parue en 2013 aux Etats-Unis et traduite en 2015 en français.

Dans le DSM-5, la notion de Trouble du Spectre Autistique (TSA) est introduite afin d'insister sur l'hétérogénéité clinique des patients en termes de sévérité clinique. « *Le trouble du spectre de l'autisme (code 299.00) comprend les troubles antérieurement qualifiés d'autisme infantile* »

précoce, autisme de l'enfance, autisme de Kanner, autisme à haut niveau de fonctionnement, autisme atypique, trouble envahissant du développement non spécifié, trouble désintégratif de l'enfance et syndrome d'Asperger. » (APA, 2015). Selon Maffre (2019), les critères diagnostiques y sont présentés ainsi :

A) Déficits de communication sociale

- Déficit de réciprocité socio-émotionnelle ;
- Déficit dans les comportements non verbaux de communication utilisés dans l'interaction sociale ;
- Déficit dans le développement et l'entretien des relations à autrui conformes au niveau de développement.

B) Comportements restreints et répétitifs

- Discours, mouvements, ou utilisation d'objets stéréotypés ou répétitifs ;
- Attachement excessif à des routines, comportements ou discours ritualisés, ou résistance excessive à des changements ;
- Intérêts particulièrement restreints et sélectifs, anormalement focalisés ou intenses ;
- Hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel pour des aspects sensoriels de l'environnement.

Trois critères complémentaires doivent être vérifiés :

- C) Symptômes présents dès les étapes précoces du développement ;
- D) Retentissement cliniquement significatif dans le fonctionnement social ou d'autres domaines ;
- E) Troubles pas mieux expliqués par la déficience mentale ou le retard de développement.

Le DSM-5 regroupe les manifestations comportementales de l'autisme en deux catégories : les difficultés rencontrées dans la communication et les interactions sociales d'une part et les restrictions du champ des intérêts et comportements répétitifs d'autre part. Nous comprenons donc l'existence d'une dyade symptomatique, d'après cette classification.

3. L'arrivée prochaine de la CIM-11

Il est bon de savoir qu'en 2018 l'OMS a publié sa nouvelle classification des maladies : la CIM-11 ; elle entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022. Cette nouvelle version met à jour les critères diagnostiques de l'autisme et permet ainsi de rejoindre le DSM-5 à des fins d'harmonisation

internationale. Elle a intégré le terme de TSA et désormais, les deux classifications s'accorderont sur l'existence d'une dyade symptomatique et non plus d'une triade comme cela était le cas dans la CIM-10.

F. Dépistage précoce

Les critères décrits ci-dessus constituent la base du diagnostic, pourtant, des signes présents dès la petite enfance peuvent alerter et mener à surveiller des enfants qui les présenteraient. En effet, les premiers signes évocateurs de l'autisme se manifestent la plupart du temps entre 18 et 36 mois. « *L'autisme (et les TSA en général) se manifeste le plus souvent durant la petite enfance, avant l'âge de trois ans, puis persiste tout au long de la vie* » (Inserm, 2018). Ces signes peuvent être repérés par tout un chacun, professionnels de santé ou non, parents, enseignants...

Les signes d'alerte suivants sont essentiels dans le repérage précoce des TSA.

Quel que soit l'âge :

- Inquiétude des parents concernant le développement de leur enfant, notamment en termes de communication sociale et de langage
- Régression des habiletés langagières ou relationnelles, en l'absence d'anomalie à l'examen neurologique

Chez le jeune enfant :

- Absence de babillage, de pointage à distance ou d'autres gestes sociaux pour communiquer à 12 mois et au-delà (faire coucou, au revoir, etc.)
- Absence de mots à 18 mois et au-delà
- Absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois et au-delà. (HAS, 2018, p.8).

La HAS dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles de 2018 souligne l'importance de la mise en place rapide d'interventions précoces dès la suspicion d'un TSA et notamment l'orientation vers une consultation à visée diagnostique spécialisée dans les troubles du neurodéveloppement³.

G. Comorbidités

La comorbidité désigne la présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire.

³ Cf, *infra*, Annexe I. Parcours de repérage du risque de TSA chez l'enfant, p.I

Les TSA sont fréquemment associés à des troubles mentaux. 70% des sujets TSA présentent au moins un trouble associé parmi lesquels nous pouvons citer : un Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA-H), une dépression, une phobie sociale, des troubles oppositionnels, une anxiété généralisée ou encore des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) à moindre mesure. L'épilepsie est également fréquemment associée aux TSA, elle concerterait 25% des sujets (Perrin et Maffre, 2013).

H. Le spectre de l'autisme : différents degrés de sévérité

Les TSA sont catégorisés en différents degrés de sévérité⁴, aussi appelés niveaux de soutien. Ces niveaux sont établis en fonction de l'autonomie de la personne dans les domaines de la communication sociale, des intérêts restreints et des comportements répétitifs. Ils sont classés par ordre croissant, du niveau 1 au niveau 3. Le niveau le plus bas étant le moins sévère et le plus élevé celui nécessitant le plus de soin.

I. Le développement des enfants TSA

Le développement fait référence aux évolutions de la personne. C'est le fait de grandir, de croître. Le développement n'est pas linéaire, bien qu'il existe des âges de référence d'acquisition de certaines aptitudes, il reste propre à chacun et soumis à divers déterminismes (Perrin et Maffre, 2013). Néanmoins, en ce qui concerne les TSA, nous retrouvons des altérations spécifiques du développement justifiant le terme de Troubles Envahissants du Développement (TED).

Je m'attarderai ici spécifiquement sur le développement des domaines psychomoteur et relationnel.

1. Domaine psychomoteur

Les éléments cités ci-après, concernant le développement psychomoteur des enfants TSA, n'ont pas de valeur prédictive quant à la pose du diagnostic. En effet, il semble difficile, d'après bon

⁴ Cf. *infra*, Annexe II. Les niveaux de sévérité et de soutien chez l'enfant ou l'adulte présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), p.II

nombre d'auteurs, de définir une symptomatologie unique et spécifique au développement des enfants ultérieurement diagnostiqués TSA. Ces données proviennent de recherches et d'études menées notamment à partir de vidéos appartenant aux familles dont un membre a été diagnostiqué TSA. Les particularités de développement les plus fréquemment observées et revenant le plus, d'après l'ouvrage de J. Perrin et T. Maffre (2013), seront ici répertoriées.

1.1. Développement moteur

Les acquisitions motrices fondamentales des enfants TSA sont réalisées dans les délais attendus, bien que des particularités soient remarquées. Ils présentent notamment des troubles des ajustements posturaux, une absence de réaction de protection, des mouvements sans dissociation des ceintures ou encore des postures asymétriques. Une hypothèse serait posée concernant un trouble du développement des réflexes infantiles avec la persistance de certains réflexes et le retard d'apparition d'autres.

Néanmoins, les troubles moteurs et les particularités motrices restent fréquents chez les personnes TSA. Dans les premiers mois de vie par exemple, les bébés avec autisme porteraient davantage les objets à la bouche que les enfants au développement typique. D'un point de vue plus général, il est noté un manque d'anticipation motrice notamment dans l'alimentation. Le tonus serait particulièrement impacté chez ces personnes avec fréquemment une hypotonie accompagnée de particularités posturales (notamment durant les deux premières années de vie), ainsi qu'une hyperlaxité ligamentaire et des syncinésies toniques ou d'imitation. La latéralisation des enfants TSA se fait plus tardivement que pour les enfants neurotypiques, et plus fréquemment à gauche. Des troubles praxiques sont fréquemment observés avec, par exemple, des difficultés dans la réalisation de gestes sur demande et l'utilisation d'outils ainsi qu'un déficit des compétences en motricité fine notamment dans la préhension, la force, la vitesse et la dextérité manuelle. Une symptomatologie proche de celle des Troubles d'Acquisition des Coordinations (TAC) serait observée. D'autres manifestations peuvent être considérées, telles que des particularités de force et de tonus, un manque de coordination entre les hémicorps, des difficultés d'automatisation de nouvelles tâches, un manque de contrôle moteur notamment dans les équilibres et lenteur d'exécution du geste induisant une maladresse et une tendance à la chute. De plus, les personnes TSA présentent fréquemment des stéréotypies motrices, elles s'apparentent à des mouvements rythmiques répétitifs sans but fonctionnel apparent pouvant mobiliser l'ensemble du corps (*flapping*, balancement, sautillement, etc.) ou

impliquer des objets. Ces dernières sont appelées stéréotypies d'objet : l'objet est alors utilisé de façon non fonctionnelle et répétitive.

Selon M. Leary et D. Hill « *les troubles moteurs ont une place centrale dans les TSA et contribuent aux manifestations comportementales dans les domaines des interactions, de la communication et des intérêts.* » (dans Perrin et Maffre, 2013, p.153).

1.2. Les particularités sensorielles

Les particularités sensorielles sont fréquentes chez la population TSA. Elles sont souvent remarquées dès l'enfance, par les parents, suite à des manifestations comportementales particulières et contradictoires. Un enfant ne regardant pas ou peu ses parents mais passant des heures à fixer le tambour de la machine à laver, par exemple. Ces particularités sont caractérisées par une hyposensibilité ou une hypersensibilité, uni ou plurimodale en l'absence de toute atteinte des organes sensoriels. Ces particularités sensorielles peuvent apparaître sur un ou plusieurs des différents canaux sensoriels (systèmes tactile, visuel, olfactif, auditif, gustatif, proprioceptif et/ ou vestibulaire). Chacune de ces modalités peut alors être soumise à un seuil de perception neurologique faible (hypersensibilité) ou à un seuil de perception neurologique élevé (hyposensibilité). Ainsi, une personne présentant un seuil neurologique tactile faible par exemple, montrera une hypersensibilité tactile, alors le moindre effleurement pourrait être vécu comme une agression douloureuse. Il s'agit de Troubles de la Modulation Sensorielle (TMS) pour lesquels trois profils sont distinguables :

- L'hyper-réactivité sensorielle, c'est une réaction exagérée, vive et prolongée en réponse à un stimulus sensoriel : seuil de perception bas ;
- L'hypo-réactivité sensorielle, il s'agit d'une absence ou lenteur de réponse à un stimulus sensoriel : seuil neurologique élevé ;
- La recherche de sensations désignant un intérêt marqué pour les explorations sensorielles.

Ces profils sont cumulables et varient en fonctions des différents systèmes sensoriels. Il convient de repérer et de connaître les particularités sensorielles propres à chaque patient afin d'adapter l'environnement pour qu'il ne représente pas une agression permanente et ainsi diminuer l'effort d'adaptation du patient. La réalisation d'un profil sensoriel (profil sensoriel

de Dunn, profil sensoriel et perceptif de O. Bogdashina) permettra de révéler d'éventuelles particularités sensorielles.

1.3. Fonctions exécutives

Les fonctions exécutives désignent l'ensemble des mécanismes cognitifs permettant de mener à bien des actions finalisées, orientées vers un but. Il peut s'agir d'un acte moteur ou d'un raisonnement, pour lequel la réalisation et le maintien du but doivent être régulés en s'ajustant aux variations du contexte. Ce sont des processus de contrôle et de régulation qui ont pour fonction principale l'adaptation de l'individu à des situations nouvelles ou comportant des paramètres fluctuants. Cela implique un ajustement flexible des comportements intentionnels, et une capacité à se dégager des routines ou des schémas habituellement automatisés lorsque ceux-ci ne suffisent pas à la réalisation de l'objectif.

Les principales fonctions exécutives regroupent de manière plus ou moins consensuelle des processus tels que la planification, la mémoire de travail, l'inhibition, la flexibilité et l'ajustement attentionnel.

Dans le cadre de l'autisme, la piste d'un dysfonctionnement exécutif est avancée. De nombreux comportements permettent d'évoquer la présence de troubles exécutifs tels que des particularités de traitement de l'information, des difficultés d'inhibition, des capacités attentionnelles fluctuantes, des persévérations etc.

Concernant les enfants avec autisme et en comparaison avec des enfants présentant un TDA-H, la planification et la flexibilité semblent être plus perturbées que l'inhibition et le maintien de l'information. De plus, certains auteurs s'accordent à dire que les dysfonctionnements exécutifs apparaissent précocement dans les premiers mois de vie de l'enfant tandis que d'autres évoquent une apparition plus tardive de ces troubles. Le déficit dans les fonctions exécutives persiste tout au long de la vie de la personne TSA, mais une amélioration notamment dans la gestion de l'inhibition est cependant soulignée.

Toutefois, de nombreux auteurs (Moreau et Champagne-Lavau, 2014 ; Pellicano dans Perrin et Maffre, 2013) s'accordent sur l'idée qu'un dysfonctionnement exécutif pourrait par ailleurs

contribuer à l'émergence, chez les personnes avec autisme, d'un trouble de la théorie de l'esprit dont nous parlerons plus tard⁵.

1.4. Cognition motrice et cognition sociale

La découverte du mécanisme des neurones miroirs faite dans les années 2000 a permis l'essor de nouvelles théories. Les neurones miroirs permettent de faire correspondre l'action perçue avec l'action exécutée. Ce mécanisme pourrait expliquer l'existence d'une compréhension directe de l'action et de l'intention d'autrui et serait ainsi un des éléments fondamentaux de la cognition sociale⁶. Le nom de *cognition motrice* a été donné à cette capacité qui permettrait la compréhension de l'action comme étant intimement liée à l'expérience motrice que l'individu acquiert au cours de son développement.

Rappelons que, d'après le DSM-5, les personnes atteintes d'autisme présentent un déficit constant dans les domaines spécifiques de l'interaction sociale et de la communication qu'elle soit verbale ou non verbale avec un répertoire comportemental et des centres d'intérêts anormalement restreints, répétitifs et stéréotypés. Une grande part des comportements nécessaires pour entrer en relation avec autrui semble donc déficitaire chez la personne avec autisme.

L'origine de l'autisme ne peut bien évidemment pas être réduite à un trouble de la cognition motrice ou encore des neurones miroirs. Néanmoins, certains troubles de la cognition sociale retrouvés chez les personnes atteintes d'autisme pourraient dériver d'une incapacité neurophysiologique à saisir de façon immédiate l'organisation des actes moteurs centrés sur le but d'une action. Car en effet, de nombreuses études montrent qu'il existe un développement neuronal atypique chez les personnes avec autisme. Il y aurait dans les premières années de vie un surdéveloppement neuronal, notamment des régions cérébrales impliquées dans les fonctions sociales cognitives et émotionnelles. Une phase de ralentissement voire d'arrêt de croissance cérébrale durant l'enfance s'en suivrait. Et certains individus présenteraient même au moment de la préadolescence un processus de dégénérescence de certaines régions cérébrales. Les principales régions cérébrales concernées (cortex pariétaux, temporaux et frontaux) sont

⁵ Cf. *infra*, II.2.3.1. Théorie de l'esprit, p.27

⁶ La cognition sociale peut être définie comme « *un domaine d'étude ayant pour objet la pensée humaine et les relations que cette pensée entretient avec le comportement social. Plus précisément, la cognition sociale renvoie à l'étude des processus par lesquels les gens donnent du sens à eux-mêmes, aux autres, au monde qui les entoure, ainsi qu'aux conséquences de ces pensées sur le comportement social.* » (Ric et Muller, 2017, p.7). Elle désigne finalement l'ensemble des processus cognitifs (perception, mémorisation, raisonnement, émotion...) impliqués dans les interactions sociales chez l'humain.

impliquées dans la cognition sociale, l'expression et la reconnaissance des mimiques faciales ainsi que dans le mécanisme des neurones miroirs. De nombreux auteurs s'accordent alors sur l'idée qu'un fonctionnement anormal du mécanisme des neurones miroirs pourrait jouer un rôle central dans l'autisme. Ces données sauraient en partie expliquer l'existence, chez les personnes avec autisme, de difficultés dans le domaine de la simulation interne de l'action et ainsi de manière plus globale d'un dysfonctionnement dans le mécanisme des neurones miroirs à la base de certains aspects déficitaires de la cognition sociale.

1.5. Capacité d'imitation

Certains évoquent l'imitation comme l'idée d'une psychomotricité partagée.

Il existe différentes formes d'imitation mettant en jeu des mécanismes divers plus ou moins élaborés. Parmi les mécanismes permettant l'imitation, nous pouvons citer : l'attention visuelle, le transfert intermodal⁷, la connaissance du corps, la performance motrice, la mémoire, la relation moyen-but, le contrôle de l'activité, l'analyse séquentielle, la planification et la représentation mentale. Bon nombre de ces mécanismes peuvent nous évoquer ceux liés aux fonctions exécutives vus précédemment⁸.

Revenons maintenant aux différentes formes d'imitation. Il y a d'abord et dès les premiers mois de la vie l'imitation d'actions et de mouvements familiers. Il s'agit là de reproduire des mouvements inscrits dans le répertoire moteur du bébé durant sa vie fœtale. Aux alentours de 6 mois et lorsque le bébé tient sa tête, l'imitation peut se faire avec des objets, nous pouvons par exemple citer la préhension. Cette action de répétition des mouvements connus est capitale pour le développement. Elle a des bénéfices moteurs : le bébé par la reproduction répétitive de ces mouvements intègre et renforce les schèmes moteurs associés. Un second bénéfice est de l'ordre social. Le bébé en reproduisant ce qu'il sait déjà faire favorise son intérêt pour autrui. Il passe du rôle d'imitateur à celui de reproducteur du geste, et en alternant ces deux postures avec son interlocuteur, ils font coïncider leurs actions et communiquent à travers des actes en miroir. Un dernier bénéfice est observé du point de vue de la conscience de soi : le bébé et son interlocuteur deviennent co-propriétaires de l'action qu'ils réalisent en s'imitant l'un l'autre. Le

⁷ Il s'agit du transfert d'une information sensorielle allant d'un sens à un autre (de la vision au toucher par exemple).

⁸ Cf. *supra*, I.I.1.3. Fonctions exécutives, p.20

bébé alterne ainsi entre imiter et être imité, ce qui lui permet de comprendre les conséquences de sa propre action et de se différencier de l'autre.

Un autre type d'imitation apparaît au détour de la première année de vie, l'imitation spontanée d'actions nouvelles. Il s'agit de l'acquisition culturelle de savoir-faire. En partant de ses schèmes moteurs intégrés, l'enfant pourra à mesure du temps et suite à ses observations les complexifier et les enrichir, c'est l'apprentissage par imitation. Notons que l'imitation peut également se faire sur consigne, l'induction verbale visant à ce que l'interlocuteur reproduise nos gestes.

Nous comprenons ici tout l'enjeu des neurones miroirs dans ces acquisitions, mais également d'autres mécanismes comme la théorie de l'esprit dont nous parlerons plus tard⁹. De ce fait, nous ne trouverons rien de surprenant à comprendre les difficultés des personnes avec autisme dans le domaine de l'imitation. « *L'imitation est possible [...] mais semble ne pouvoir s'exercer que sur des choses concrètes, dans l'instant et non de façon différée [...] autrement dit l'imitation aboutit difficilement à une création.* » (Motet-Fèvre et Ramos, 2017, p.102).

2. Domaine relationnel

Les problématiques de l'autisme sont nombreuses, diverses et complexes. C'est pourquoi, nous nous intéresserons ici spécifiquement à la sphère relationnelle.

La relation représente le « *rapport, [la] liaison qui existe, est conçu comme existant entre deux choses, deux grandeurs, deux phénomènes.* » (CNRTL, s. d.). Elle est également le « *rapport qui lie des personnes entre elles, [...] lien de dépendance, d'interdépendance ou d'influence réciproque.* » (CNRTL, s. d.). Elle est le lien créé entre deux individus. D'un point de vue physiologique, la relation peut être définie comme « *la fonction qui assure la relation avec le milieu extérieur, comme la motricité, la sensibilité* » (Larousse, 2017). Cette définition rappelle l'essence même de la psychomotricité vue selon J. de Ajuriaguerra et d'autres auteurs par la suite, « *la psychomotricité est une certaine façon d'être au monde. C'est l'expérience du corps propre, tel qu'il est structuré, intégré et vécu, sous forme d'attitudes et de gestes qui sont en relation avec autrui et le monde extérieur [...] la psychomotricité est une motricité en relation.* » (Thiffault, 1978, p.346).

⁹ Cf. *infra*, I.I.2.3.1. Théorie de l'esprit, p.27

L'humain est un être de relation. Dès le plus jeune âge, et même avant, le bébé entre en relation avec sa mère. Au travers d'échanges réciproques naissent les premières interactions : les interactions précoces. Le parent et son enfant s'ajustent l'un à l'autre, échangent des regards, accordent leurs postures ; les séquences sensori-motrices se synchronisent et se prolongent dans le temps, elles s'accompagnent de vocalises, de rires partagés.

D'après certains auteurs et des études menées auprès de jeunes enfants ultérieurement diagnostiqués TSA (Brisson et al. ; Degenne et al., dans Perrin et Maffre, 2013), des anomalies interactionnelles sont observées dès les premiers mois de vie. Les parents évoquent un contact visuel particulier, souvent décrit comme pauvre et dont la qualité s'altère davantage aux alentours du 4 au 5^e mois. Ils relèvent également une hypersensibilité ou hyposensibilité aux stimuli et particulièrement peu de réaction aux sollicitations, vocales notamment, ou encore des pleurs difficilement interprétables. Les auteurs précédemment cités soulignent également la présence d'un babillage limité, voire absent, et inhabituel ainsi qu'une moindre imitation en tout genre : sons, gestes, mimiques et expressions faciales, au 8^e mois de vie. Au même âge, un enfant au développement typique se retourne à l'appel de son prénom, produit des syllabes, intonations et mimiques variées et commence à pointer du doigt.

2.1. Le regard comme lien à l'autre

« *Les stimuli sociaux (visages, individus, émotions) sont très difficilement traités par les personnes autistes, tandis que les stimuli non sociaux (objets, monuments, paysages) ne leur posent aucun problème.* » (Bertrand, 2015, p.60). Et en effet, les difficultés de traitement de l'environnement par les personnes TSA posent la question du regard.

Le regard présente des qualités fonctionnelles (aspects neuro-visuels, coordination oculo-manuelle, traitement visuo-spatial, attention visuelle) et relationnelles (maintenir le contact avec son interlocuteur, comprendre ses intentions et ses émotions). C'est ce second point qui nous intéressera ici. L'utilisation du regard par la personne TSA questionne les professionnels et les familles. Des difficultés à établir et à tenir le regard sont fréquemment rencontrées chez les enfants TSA.

A. D'Ignazio (2018), psychomotricien, évoque plusieurs pistes permettant de comprendre l'aversion du regard retrouvée chez certains patients TSA :

- Se protéger d'une surcharge sensorielle : dans le cas d'une hypersensibilité visuelle par exemple, l'enfant peut avoir du mal traiter un surplus d'informations apporté par les stimuli visuels ;
- Parer un effort de concentration trop important : le fait de maintenir le regard peut s'avérer coûteux pour les personnes TSA et leur demander un effort intense ;
- Prévenir l'anxiété que pourrait générer le fait de se regarder les yeux dans les yeux.

Il mentionne également d'autres aspects relevant de comportements atypiques et inadaptés tels qu'un surinvestissement visuel, la fixation d'objets ou encore l'utilisation de la vision périphérique. Ces comportements peuvent s'expliquer par une recherche de sensations visuelles, une hyposensibilité visuelle, un moyen de s'apaiser en se coupant visuellement de son environnement, etc.

Le regard crée un relationnel particulier. Et en effet, lorsque l'enfant ne nous regarde pas, nous pouvons avoir l'impression de l'ennuyer, de ne pas être assez intéressant, etc. A l'inverse, le fait qu'il nous regarde laisse à penser qu'il nous accorde davantage d'intérêt, qu'il est plus concentré sur ce que nous pouvons dire ... et donc que nous sommes davantage en relation. Le regard souligne la relation : c'est en grande partie par le système visuel qu'il est possible de saisir et d'appréhender l'environnement, dont l'autre. Pour autant, ce n'est pas parce qu'une personne ne nous regarde pas qu'elle ne nous perçoit pas.

Selon N.J. Emery, il existerait cinq modes d'échange du regard :

- le *regard partagé* ou *échangé* dont l'exemple typique est l'échange entre la mère et le bébé. [...];
- le fait de *suivre du regard* ; c'est [...] un mode de lien [...] dynamique qui met en jeu [...] la poursuite oculaire ;
- l'*attention conjointe*. Dans sa forme élémentaire, elle n'implique pas la désignation par le regard ni l'échange, mais simplement le fait que le regard de l'autre induit une attention portée au même objet ;
- l'*attention partagée* dans laquelle il y a une triade entre les deux agents et l'objet regardé. [...] On a proposé récemment que, chez le primate en tout cas, la capacité d'imiter un geste soit liée à la capacité d'attention conjointe ;
- la *théorie de l'esprit* dans laquelle le sujet attribue à autrui une intention sur l'objet comme dans le cas de l'enfant qui attribue à la personne qu'il voit l'intention de saisir la peluche par la seule observation de son regard. (dans Berthoz, 2008, p.42).

Les points concernant l'attention conjointe et partagée¹⁰ ainsi que la théorie de l'esprit¹¹ seront approfondis par la suite.

La question du regard sera, elle, abordée tout au long de ce mémoire. « *Le regard échangé est chargé d'émotion et il n'est pas possible d'évoquer l'échange du regard sans insister sur l'importance de l'émotion dans la détection du regard d'autrui.* » (Berthoz, 2008, p.43). Il joue un rôle majeur dans la perception des émotions.

2.2. Pointage et attention conjointe

Certains gestes sont utilisés comme outils de communication. C'est le cas du pointage proto-impératif et proto-déclaratif. Le pointage proto-impératif apparaît le premier, entre 7 et 12 mois, il est utilisé par l'enfant pour obtenir l'objet désiré en le montrant du doigt. Le second, le pointage proto-déclaratif, émerge plus tard, autour de 11 mois dans le développement typique, il sert à attirer l'attention d'autrui sur un objet et devient ainsi un moyen d'entrer en interaction. C'est alors que commence à se mettre en place l'attention conjointe¹² : ce sont des « *comportements communicatifs non verbaux (et parfois verbaux) incitant à initier, à maintenir l'attention d'un partenaire ou à répondre à ses sollicitations d'attentions, afin de partager une attention commune à l'égard d'un objet, d'un évènement, d'une personne. Des regards orientés, des pointages gestuels, l'orientation du corps, soutenus ou non par des actes verbaux correspondent à des comportements induisant l'attention conjointe.* » (Nader-Grosbois, 2011, p.397). L'attention partagée est envisagée comme « *le premier pas vers la cognition sociale* » (Aubineau et al., 2015, p.141). Elle nécessite des prérequis tels que la poursuite du regard, la capacité d'imitation et la motivation sociale. Il s'agit d'une action multimodale associant généralement le geste soutenu par la parole. Lorsque l'adulte pointe un objet du doigt, il peut en citer le nom : alors « *geste et parole ne font qu'un* » (Monfort et Monfort-Juarez, dans Perrin et Maffre, 2013, p.84). C'est ainsi que dans la deuxième année de l'enfant, le pointage devient un moyen d'interroger¹³ son interlocuteur pour demander le nom d'un objet encore inconnu. Le pointage deviendrait alors un précurseur de l'acquisition du langage et du vocabulaire.

¹⁰ Cf. *infra*, I.I.2.2. Pointage et attention conjointe, p.26

¹¹ Cf. *infra*, I.I.2.3.1. Théorie de l'esprit, p.27

¹² Aussi appelée attention partagée.

¹³ Pointage proto-interrogatif.

Chez l'enfant TSA, il existe un déficit des capacités d'attention conjointe principalement dû à un défaut d'attention visuelle portée au visage humain¹⁴. Le pointage apparaît plus tardivement mais il est avant tout utilisé à des fins personnelles, pour obtenir un objet convoité et non dans le but d'établir une relation avec autrui. Alors l'enfant ne regarde que rarement son interlocuteur.

« *L'attention conjointe et la compréhension des intentions d'autrui constituent des précurseurs à la théorie de l'esprit.* » (Perrin et Maffre, 2013, p.85).

2.3. Théorie de l'esprit et empathie

2.3.1. Théorie de l'esprit

La *Theory of Mind (ToM)*, ou théorie de l'esprit en français, est la « *tendance [qu'a le sujet] à attribuer des états psychologiques – intentions, désirs et connaissances – à lui-même et à autrui.* [...] *La théorie de l'esprit permet aussi de comprendre que les états internes d'autrui peuvent être différents des siens propres. Ainsi, elle préside à la capacité de concevoir l'existence d'une pluralité de points de vue vis-à-vis d'une même situation, que ce soit par rapport aux autres personnes que par rapport à soi-même : la réalité est complexe et on doit pouvoir en voir les différents aspects. Puisque les états internes ne sont pas observables et doivent être inférés, la théorie de l'esprit a une forte composante représentative.* » (Veneziano, 2015, pp.119-120).

Dans le cadre du développement typique, les auteurs (Tanet-Mory, 2014) considèrent que la théorie de l'esprit se construit entre 3 et 10 ans. Concernant le développement d'une théorie de l'esprit dans l'autisme, trois approches différentes s'opposent.

Il y a d'abord l'approche selon laquelle un déficit de théorie de l'esprit empêcherait les enfants avec autisme d'établir des relations appropriées avec les personnes, ce qui limiterait leur capacité de communication (Baron-Cohen et al., dans Nader-Grosbois, 2011). Elle est schématisée comme suit : « *ToM -> Communication* ». Les difficultés de communication de l'enfant viendraient d'un manque de compréhension de l'utilisation des moyens verbaux et non verbaux pour transmettre des intentions et attitudes mentales. Ainsi, dans la logique de cette approche, les enfants de TSA devraient être capables d'accéder à des formes d'interactions sociales à visée instrumentale – comme par exemple l'utilisation des gestes, des regards ou de la parole pour obtenir des actions concrètes d'autrui – et rencontrer davantage de difficultés

¹⁴ Cf. *infra*, II.B.7.2. Des études pour y voir plus clair, p.42

dans les interactions impliquant un partage ou la manipulation d'états mentaux d'autrui – nous pouvons citer pour exemple l'attention conjointe, l'imaginaire ou les récits.

La seconde approche fonctionne dans le sens inverse, sous le modèle « Communication -> *ToM* ». Selon cette approche, ce sont les anomalies rencontrées dans l'autisme, notamment le déficit de la communication et des interactions sociales, qui entraîneraient des difficultés dans l'acquisition d'une théorie de l'esprit (Hobson ; Trevarthen, dans Nader-Grosbois, 2011). Alors, les interactions sociales des enfants TSA devraient être vues de manière plus globale. Il faudrait considérer les difficultés à entrer dans les formats conventionnels d'échange aussi bien dans la communication d'un point de vue fonctionnel que dans le partage des états mentaux. L'enjeu serait ici de renforcer les aptitudes de communication, pour par la suite accéder à une meilleure compréhension sociale et ainsi à l'acquisition d'une théorie de l'esprit.

Enfin, la troisième approche est explicitée en s'appuyant sur le fait que les enfants TSA présentent des dysfonctionnements cognitifs généraux – tels que l'intégration perceptive ou la régulation des ressources cognitives en fonction du contexte – ce qui entraînerait de sensibles répercussions. En effet, les conséquences pourraient se répercuter soit sur la mise en place des interactions, soit sur la construction des concepts d'états mentaux, ou encore sur ces deux modalités en simultanées (Nader-Grosbois, 2011).

Aucune de ces approches n'a été favorisée ou préférée par rapport aux autres, et l'objectif n'est pas là. Cependant elles nous permettent d'y voir plus clair sur les possibles voies d'acquisition de la théorie de l'esprit chez les enfants TSA. Une chose est sûre, tous s'accordent à dire que les personnes TSA présentent un retard de construction de la théorie de l'esprit. De plus, ces approches de prime abord divergentes pourraient s'avérer davantage complémentaires.

2.3.2. *Empathie*

L'empathie désigne la « *capacité de s'identifier à autrui, d'éprouver ce qu'il éprouve.* » (CNRTL, s. d.). Elle est « *la base de l'appartenance à l'humanité* » (Potel, 2015, p.36).

M.L. Hoffman, psychologue américain, définit quatre stades du développement de l'empathie :

- **Stade 1** : “ empathie globale ” : elle apparaît au cours de la première année de vie et l'enfant imite les émotions des autres
- **Stade 2** : “ empathie égocentrique ” : à partir de 18 mois, l'enfant commence à discriminer les émotions des autres sans ajuster son comportement en conséquence

- **Stade 3** : “ empathie envers le sentiment des autres ” : l’enfant distingue des émotions plus subtiles chez les autres et commence à répondre de manière un peu moins égocentrique
- **Stade 4** : “ compréhension d’une potentielle discordance entre les émotions et les actions ” : elle apparaît durant l’enfance et la préadolescence ; elle induit que l’enfant apprend que les conditions de la vie influencent les émotions d’autrui (plutôt que simplement se référer à ses propres émotions). (dans Nader-Grosbois, 2011, p.28).

Les personnes avec autisme rencontrent d’importantes difficultés à déduire ce que les gens éprouvent. Pour autant, P. Vermeulen, enseignant flamant spécialisé dans le domaine de l’autisme (*La réciprocité émotionnelle*, s. d.), ne veut pas assimiler d’emblée ces difficultés à un manque d’empathie. Il insiste sur l’incompréhension de ces personnes comme étant le frein à une réaction empathique. Grâce à l’explication de la situation, les personnes avec TSA pourraient réagir de façon empathique. C’est l’apprentissage et le vécu d’un grand nombre de scénarios qui leur permettront de réagir en fonction de la situation. Cette réaction empathique n'est pas toujours spontanée, elle est parfois exécutée à la suite d'une invitation extérieure. En revanche, face à une situation nouvelle, encore jamais rencontrée, la personne avec autisme présentera des difficultés. Elle ne saura pas comment agir en conséquence. C'est donc bien la compréhension d'une situation, d'un contexte qui pose des difficultés aux personnes TSA, leur façon de réagir pourra alors être plus ou moins en adéquation avec l'évènement. Ainsi, le fait de compatir ne pose pas de problème en soi. Les personnes avec autisme ont simplement besoin de savoir ce qui arrive à l'autre pour pouvoir réagir de façon adaptée et empathique, au sens où nous l'entendons.

Chez les personnes typiques, la réaction empathique est déclenchée instinctivement, les personnes TSA ont, elles, besoin d'un temps d'analyse avant de pouvoir anticiper leur réponse à un évènement. Les difficultés éprouvées par les personnes TSA dans la compréhension de situations émotionnelles seraient liées à des difficultés d'intégration des compétences communicationnelles et dépendent de leurs capacités intellectuelles.

2.3.3. Différence entre théorie de l'esprit et empathie

Empathie et théorie de l’esprit se rapprochent sur de nombreux points. Néanmoins, ces deux concepts, bien qu’interdépendants, sont à distinguer. L’empathie est un prérequis à l’acquisition de la *ToM*. En effet, l’acquisition de capacités empathiques constituerait une condition préalable au développement ultérieur des compétences en *ToM*. Elle ne serait néanmoins pas suffisante :

la théorie de l'esprit va au-delà de l'empathie. Elle permet d'anticiper et d'expliquer un comportement basé sur l'inférence d'un état mental.

Outre cet aspect de prédiction [...] nous considérons que l'empathie dispose d'un champ d'application se limitant aux comportements observés et appris par l'expérience vécue ; la méconnaissance d'une situation ne permet pas à l'enfant de s'adapter socialement car il ne connaît pas les comportements d'autrui en situation semblable. Par contre, la maîtrise d'une *ToM* permettrait à l'enfant d'expliquer et de prédire l'ensemble des comportements d'autrui et de s'y adapter, même lorsque ces comportements n'ont pas fait l'objet d'une observation ou d'un apprentissage préalable. (Nader-Grosbois, 2011, p.28).

J. Autisme et psychomotricité

Les troubles psychomoteurs varient d'un individu à l'autre, chaque patient est unique et présente ses propres spécificités. Rappelons à nouveau que l'autisme est désormais évoqué sous le terme d'un spectre soulignant l'individualité et la singularité de chaque individu. Malgré tout, certaines désorganisations psychomotrices sont d'ordinaire fréquemment rencontrées dans l'autisme. A. Bullinger, psychologue suisse, en dénombre cinq. Il évoque des troubles du redressement, des troubles de l'oralité, des difficultés de coordination des mouvements de flexion et d'extension, une fragilité dans la construction de l'axe corporel et un défaut d'investissement du bas du corps (Gatecel et Valentin-Lefranc, 2019).

Néanmoins, seul un bilan psychomoteur complet permettra la mise en place d'un projet thérapeutique personnalisé et adapté au patient à un instant donné. Ce projet est à questionner et à réévaluer fréquemment pour suivre au plus près les évolutions de chaque patient.

K. Pour conclure...

Rencontrer l'enfant autiste devient une mise en scène particulière mais authentiquement « polysensorielle » où sont aussi convoqués pare-excitation et non effraction. Il s'agit d'une prise de contact par l'espace dans un jeu de distance, d'approche et de dosage de la durée des regards, des mouvements et du contact par le toucher ou par les sons. Il s'agit de communiquer avec les mouvements du visage ou avec la forme de la bouche, des jeux de mains, des postures ou un contact tactile. (Pireyre et al., 2019, p.277).

II. MASQUE ET EMOTION

A. Le masque

1. Les différents types de masque

La crise sanitaire a fait du masque un accessoire indispensable à tous nos déplacements. C'est alors sans surprise qu'il a fait son apparition dans les salles de psychomotricité. Il existe différents types de masques, ceux qui nous intéresseront ici sont le masque chirurgical et le masque inclusif.

1.1. Le masque chirurgical

Mesure barrière à part entière, le masque chirurgical prévient la transmission croisée de gouttelettes potentiellement contaminantes si une personne est infectée par le virus. Autrement dit, il protège la personne qui le porte vis-à-vis d'une infection à transmission par gouttelettes et réduit l'émission de ces dernières, protégeant ainsi l'entourage.

Le masque chirurgical doit être porté par toute personne de plus de 11 ans – sauf exception¹⁵ – dès lors qu'elle se trouve dans un lieu public clos. Et dès 6 ans à l'école. La réglementation de certaines communes suggère également le port du masque en extérieur. Il doit être correctement positionné sur le visage et couvrir le nez, la bouche et le menton.

1.2. Le masque inclusif, ou masque transparent

Le masque inclusif se porte et protège de la même façon que le masque chirurgical. Ils sont en tous points similaires, à une différence près : il est doté d'une large bande transparente au niveau de la bouche. Il facilite ainsi la lecture labiale, permet de mieux percevoir les expressions du visage et les émotions de son interlocuteur.

Cet équipement inclusif a, à l'origine, été créé pour faciliter la communication des personnes sourdes ou malentendantes ou encore des personnes en situation de handicap cognitif ou intellectuel. Désormais, son usage s'est étendu à bon nombre de domaines et notamment dans

¹⁵ Cf. *infra*, II.A.2. Port du masque pour les personnes TSA, p.32

les structures médico-sociales, les hôpitaux ou encore les cabinets libéraux en fonction de la population accueillie.

2. Port du masque pour les personnes TSA

Dans les semaines qui ont suivi le début de la crise sanitaire en France, les autorités et les associations d'aide aux personnes TSA se sont rapidement mobilisées. Des mesures adaptées et assouplies ont rapidement été mises en place pour les personnes en situation de handicap. Et notamment concernant le port du masque.

La dérogation au port du masque est possible, dans les cas où celui-ci est obligatoire, comme par exemple dans les transports en commun, pour les personnes dont le handicap le rend difficilement supportable, mais à deux conditions :

- Il sera nécessaire pour les personnes de se munir d'un certificat médical justifiant de cette impossibilité.
- La personne handicapée sera également tenue de prendre toutes les précautions sanitaires possibles (port si possible d'une visière, respect des distances physiques). (Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, 2020).

Des infographies permettant une explication simplifiée du port du masque ont également été publiées¹⁶.

3. Observations et vécu personnel autour du masque chirurgical

Après avoir dépassé les phases de maux de tête, de difficultés à respirer, la gêne sur le visage ... rencontrées au début de la crise sanitaire, le port du masque – incommodant – est vite rentré dans mes habitudes.

Près d'un an après son instauration, je me suis questionnée quant à l'impact du port du masque sur ma vie quotidienne.

Le masque force à d'importantes capacités d'attention et de concentration pour suivre une conversation. Il semble atténuer les sons. Cela fragilise la perception auditive mais également la compréhension de mon interlocuteur. Souvent et à plusieurs reprises, je me vois contrainte de lui demander de répéter ses dires ou de parler plus fort. D'autant plus que le visage,

¹⁶ Cf. *infra*, Annexe III. Infographies concernant le port du masque, p.III

partiellement caché derrière le masque, perd en expressivité. Les mimiques et autres expressions faciales sont cachées, amoindries – bien que parfois accentuées par l’interlocuteur. J’ai de mon côté également essayé d’intensifier mes expressions faciales afin de faciliter la compréhension de mon partenaire, dans le cadre d’une blague ou d’un propos ironique par exemple. Pour autant, le fait de ne voir qu’une partie du visage reste toujours aussi perturbant. Le sens de la vue est restreint dans ses possibilités, l’appui sur la lecture labiale étant impossible, c’est l’audition qui doit prendre le relai. Or ce champ est également entravé. Toutes ces adaptations mises en place afin de compenser les difficultés de compréhension entraînent une grande fatigabilité. Ces dernières peuvent également isoler. Je pense par exemple à des patients avec des troubles articulatoires qui, fatigués de se répéter sans cesse, préfèrent minimiser ces temps d’échange.

Lors de discussion de groupe, je dois parfois balayer plusieurs fois l’assemblée des yeux afin de repérer qui est en train de parler. Les sens sont parfois trompés, le son vient d’ailleurs, et repérer d’où il vient devient un effort supplémentaire entachant davantage encore la compréhension.

Aussi, les conversations semblent appauvries, comme si le masque retenait quelque chose de l’ordre émotionnel, comme s’il aseptisait, en quelque sorte, les relations interpersonnelles. Le plaisir de la rencontre semble réprimé.

Le port du masque rend également difficile la reconnaissance des personnes, notamment lorsque nous ne les connaissons pas ou peu. La capacité de mémorisation des visages semble altérée. Une professeure de l’IFP¹⁷ confirme ce point. Elle qui d’habitude parvient à retenir et associer prénom et visage de chacun de ses étudiants, a cette année été incapable de nous identifier – selon ses propres dires.

Le masque représente selon moi un frein important à la communication. Une barrière entre soi et l’autre.

¹⁷ Institut de Formation en Psychomotricité.

B. Les émotions c'est quoi ?

1. Définition

Autrefois appelée *motus* ou encore *motus animi* par les Romains, ce terme désignait les mouvements de l'âme (Tcherkassoff et Frijda, 2014).

L'émotion se traduit désormais par une « *conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur.* » (CNRTL, s. d.). La cause de l'émotion peut être extérieure au sujet, ce dernier peut alors ressentir un « *bouleversement, [une] secousse, [un] saisissement qui rompent la tranquillité* [de l'individu], [ces phénomènes] *se manifestent par des modifications physiologiques violentes, parfois explosives ou paralysantes.* » (CNRTL, s. d.). Toutefois, il se peut que la cause de l'émotion ne soit pas exclusivement extérieure au sujet : elle peut se voir alimentée par la sensibilité du sujet, ses sentiments et sa personnalité ou encore être d'origine esthétique, spirituelle ou mystique.

2. La richesse du répertoire émotionnel

P. Ekman, psychologue, s'est rendu compte durant les entretiens avec ses patients que les expressions du visage et les attitudes corporelles ouvrent l'accès à des choses que les mots ne permettent pas. Il étudie alors l'expression faciale des émotions. En 1972, ses travaux le mènent à catégoriser les émotions dites de base ou primaires. Elles ne sont, selon lui, pas déterminées par la culture : elles seraient donc universelles. Suite à sa rencontre avec des membres d'une tribu d'aborigènes de Nouvelle-Guinée, isolée du reste du monde, il a pu démontrer le caractère inné des expressions émotionnelles. Il dénombre six émotions de base que sont la joie, la colère, la tristesse, le dégoût, la surprise et la peur. De ces émotions primaires naissent des émotions plus nuancées, plus complexes : les émotions supérieures, ou secondaires, parmi lesquelles nous pouvons retrouver l'amour, la culpabilité, la honte, l'embarras, l'orgueil, l'envie, la jalousie, etc.

Nous nous intéresserons ici principalement aux émotions primaires. Ces émotions déclenchent un ensemble de mouvements faciaux spécifiques associés à différents types de modifications neurologiques ou corporelles. Ce sont ces émotions, dites simples, qui reviennent le plus souvent dans le travail avec les enfants. Voyons quelles sont les principales manifestations

corporelles pour chacune d'entre elles (Fréour, 2014 ; Boscaini et Saint-Cast, 2010 ; Galdin et Laurencelle, 2008).

La joie est une émotion positive, elle favorise l'ouverture, le lien à l'autre. Nous pouvons *tressaillir*, *bondir* ou encore *sauter de joie*. C'est tout le corps qui s'anime, il se redresse, apparaît léger, les membres s'agitent. Le cœur bat fort mais la fréquence cardiaque ralentit. Le visage s'adoucit, la peau se colore, les yeux pétillent, ils se plissent et un sourire se dessine. Le ton de la voix devient chaleureux, entraînant. Une sensation de chaleur monte avec l'excitation. Le sujet joyeux est désinhibé, il gagne en estime de soi.

La colère nous fait parfois *explorer*. Ce furieux bouillonnement interne donne chaud. Le visage s'enflamme, rougit et se contracte, ses traits se déforment, les yeux s'arrondissent, les sourcils se froncent et la mâchoire se serre. Le ton monte, la voix devient grave parfois rauque. Le tronc se raidit, la respiration devient ample et rapide. Le sujet est prêt à bondir, à s'opposer pour s'affirmer.

La tristesse est une réponse à une perte. Le corps se courbe, s'affaisse, le tonus musculaire baisse. Le visage se creuse et se referme, les yeux se plissent, rougissent, des larmes coulent parfois, la bouche s'abaisse et les lèvres se serrent. La gorge est nouée, serrée et la respiration saccadée, par moment même coupée. La voix devient sourde, atone. Du temps est nécessaire à l'acceptation de la perte, une fois intégrée à la réalité, l'émotion pourra alors se dissiper.

Le dégoût induit un mouvement de retrait. Le sujet incommodé réagit à un inconfort, une sensation désagréable qui le conduit à un état nauséux. Le rythme cardiaque est ralenti. Le front se plisse, les sourcils se froncent, les narines se ferment, la bouche s'ouvre et la lèvre supérieure est retroussée.

La peur peut faire *frissonner*, *trembler*. La perception du corps est altérée. Le corps se raidit, s'immobilise, les jambes semblent vouloir céder sous son poids. Les mains deviennent moites. La respiration se coupe et le rythme cardiaque, lui, s'accélère. La température corporelle baisse et le sujet a une sensation de froid. La gorge s'assèche, la voix devient criarde, étranglée, l'articulation s'amoindrit. Le visage pâlit, la mâchoire se serre et les dents claquent. Cette émotion met l'identité du sujet en crise, il est confronté à sa volonté : affronter ou éviter le danger auquel il fait face.

La surprise crée un étonnement, le sujet ne parvient pas à saisir ce qu'il se passe, il n'en *croit pas ses yeux*. Le visage blêmit, les traits se plissent, les yeux s'écarquillent, clignent, les sourcils

se lèvent et la bouche s'entrouvre. Le corps bondit et les membres s'agitent. Sans voix, le sujet est hésitant, comme étourdi et sa respiration se bloque.

3. Ontogénèse des émotions chez l'enfant typique

La vie émotionnelle serait, selon H. Wallon, « *le premier terrain des relations interindividuelles de conscience* » (dans Brun, 2001).

P. Brun, psychologue et enseignant chercheur à l'université de Rouen Normandie, retrace, en s'appuyant sur diverses études, le développement des émotions chez l'enfant. Voici ce qui en ressort.

Entre le premier et le deuxième mois de vie, le sourire du bébé, adressé à l'adulte, est synonyme de joie. Progressivement et à partir de 2 mois et demi, le bébé produit les premières ébauches d'expression de joie, de tristesse, de dégoût, d'intérêt, de surprise, de colère, de peur. Il différencie ces différentes expressions en fonction de la réponse de l'émotion maternelle. L'acquisition de la capacité du bébé à reconnaître une expression faciale émotionnelle associée à son expression sonore se ferait entre le 5^e et le 7^e mois. Dans le même temps, le bébé acquiert la capacité de discrimination perceptive des stimuli émotionnels et leur catégorisation perceptive. Le bébé est alors très réactif aux stimuli émotionnels, c'est ainsi qu'au cours du second semestre de vie sont observées les premières réactions empathiques. À partir de 12 mois, l'enfant est très attentif aux informations émotionnelles fournies par son entourage : lors d'une situation inhabituelle, ambiguë ou nouvelle, il cherchera à adapter ses émotions en s'appuyant sur les réactions émotionnelles de ses parents. Ces données renseignent alors sur la capacité de l'enfant à ressentir et à partager l'état émotionnel de l'autre. Avec le développement du langage, et plus particulièrement du lexique émotionnel, l'enfant, entre 2 et 6 ans, commence alors à mettre en mots ses propres expériences. Il devient également capable d'expliciter celles d'autrui et comprend alors que l'état émotionnel de l'autre peut différer du sien. Une étude anglophone indique que la verbalisation des émotions positives se ferait avant celle des émotions négatives. Ainsi entre 3 et 6 ans, l'enfant apprend à exprimer des émotions conformes aux règles sociales, notamment en adaptant sa motricité de production des expressions faciales. Il apprend alors peu à peu à distinguer les états émotionnels internes et ressentis, des états émotionnels observables¹⁸. Progressivement, l'enfant se représente non seulement les facteurs susceptibles

¹⁸ Il comprend par exemple qu'il est « *de bon ton de rester souriant lorsque l'on reçoit un cadeau non désiré.* » (Harris, dans Brun, 2001, p.223).

de déclencher des situations émotionnelles mais également leurs conséquences. L'enfant de 3 ou 4 ans est, par exemple, capable d'exprimer que l'expression de la tristesse a pour objectif la sollicitation de comportements réconfortants apportés par le parent. Il peut également expliquer la cause de sa tristesse, de sa joie et de sa colère. A partir de 4 à 5 ans, les enfants nomment et reconnaissent avec aisance les expressions de joie, de colère, de tristesse et de neutralité. Pour ce qui est de la surprise et du dégoût, leur intégration se fait plus tardivement, entre 6 et 8 ans, et c'est à partir de cet âge que l'enfant est capable de les nommer. (Brun, 2001).

Cette description du développement émotionnel permet de s'en faire une idée, néanmoins, les auteurs s'accordent à dire que les connaissances sur le développement typique des émotions restent imprécises. Les études menées dans ce domaine sont généralement réalisées dans le but d'observation d'un point précis et nous manquons d'une vision globale et pluridisciplinaire à ce propos (Nadel, 2003).

4. L'émotion, au cœur de la psychomotricité

En 1872, C. Darwin soulignait que la capacité à exprimer et reconnaître des états émotionnels constituait un avantage quant à l'adaptation à l'environnement.

A sa suite, de nombreux auteurs ont également pris part à la réflexion sur les émotions, et notamment H. Wallon puis J. de Ajuriaguerra – plus d'un siècle après – dans le domaine de la psychomotricité. Ils sont les premiers à évoquer l'aspect corporel de l'émotion, à travers le dialogue tonique puis le dialogue tonico-émotionnel. Elle se vit, dans et avec le corps et ce dès le plus jeune âge grâce à un ajustement tonique et postural réciproque entre deux individus, – en l'occurrence entre le bébé et son parent. Dans le portage, le bébé perçoit alors l'état tonique et donc émotionnel du parent et inversement. « *L'émotion est à considérer dans une dimension transindividuelle, comme un aspect immédiat d'un contexte, jamais comme le fruit de la seule configuration interne du sujet.* » (Boscaini et Saint-Cast, 2010, p.80). L'émotion naît dans l'interaction et le partage de celle-ci permet la relation. Cette transmission est rendue possible grâce au corps. L'émotion devient une manifestation psychomotrice.

Ainsi, en psychomotricité, l'expression des états émotionnels constitue bien plus qu'un simple échange permettant à l'autre de se figurer comment nous nous sentons. Cette expression passe par le visage, les mimiques, la voix mais également par le corps et ses mouvements, ses attitudes. Il convient au psychomotricien de décrypter ces comportements pour être au plus

proche des ressentis de son patient et adapter ses propositions. L'ajustement tonico-émotionnel et la proxémie sont perpétuellement réévalués, ce qui permet une adaptation constante du psychomotricien au patient. Ils garantiront sa sécurité émotionnelle et physique. Cependant, le patient a lui aussi son rôle à jouer dans la relation. C'est dans la prise en compte et le regard de l'autre qu'il va se construire. Cette adaptation doit être réciproque.

La psychomotricité vient soutenir les processus développementaux. Dans le cadre sécurisant d'une séance de psychomotricité, le jeune patient est invité à interagir avec le psychomotricien, un accordage relationnel est alors possible grâce au dialogue tonico-émotionnel. Comme le bébé qui manifeste sa sérénité ou son inconfort, dans les bras de sa mère à travers les variations du tonus musculaire, le psychomotricien est à l'écoute de son patient tant dans le langage verbal que dans le langage corporel. En étant attentif aux manifestations corporelles, le psychomotricien peut ainsi aller au-delà de ce qui est verbalisé et saisir quelque chose de l'état émotionnel de son patient. L'interaction émotionnelle rend la relation vivante, changeante au gré des émotions ressenties dans l'expérience.

Cette approche corporelle de l'émotion est sous-tendue aussi bien par les aspects neurophysiologiques que par l'expérience vécue. La mémoire de ces expériences est fondamentale dans le développement de l'enfant. « *Cette mémoire consciente et inconsciente des sensations et des émotions est le résultat des échanges avec l'environnement physique et humain. Ainsi sont intégrées les limites du corps, qui différencient avant tout l'intérieur, dont la viscéralité, et l'extérieur, dont les autres.* » (Boscaini et Saint-Cast, 2010, p.82). L'émotion arbore une valeur unificatrice du corps. C'est par l'expression de ses émotions que l'enfant va pouvoir distinguer le dehors du dedans. La multiplication des expériences et la répétition de la survenue de certaines émotions vont permettre, en plus de les intégrer, de rendre le sujet acteur. Ce dernier va peu à peu prendre conscience de son unité corporelle et se différencier de l'autre pour s'affirmer pleinement en tant qu'individu.

La psychomotricité apporte une nouvelle façon d'agir : elle permet de réduire les troubles psychomoteurs en aidant et soutenant l'enfant dans son développement psychocorporel. Les propositions faites en psychomotricité favorisent les expériences sensori-motrices et psychiques afin de renforcer les acquisitions psychomotrices et la découverte de nouvelles compétences. « *Depuis son plus jeune âge, l'humain doit faire face notamment à des situations de résolution de problèmes interpersonnels qui vont se révéler déterminantes dans l'élaboration de ses compétences émotionnelles de communication et de régulation du comportement* » (Brun, 2016,

p.54). Cela permet l'entrée en relation soutenant les processus d'individuation. L'enfant prend à mesure de ses explorations conscience de son unité psychocorporelle.

L'émotion permet l'expression d'états internes tels qu'une souffrance, un désaccord, un bien être, et bien d'autres encore, de la personne dans son environnement. La reconnaissance de ces différents états émotionnels passe par l'observation, si chère à la psychomotricité.

L'expression de l'émotion constitue une véritable émanation corporelle, riche et parfois difficile à interpréter. Outre le mouvement de l'esprit, ce phénomène « *toujours lié au corps* » (Boscaini et Saint-Cast, 2010, p.81) peut se manifester à travers la respiration, les battements du cœur, les cris, les rires, les soupirs... Ces réactions peuvent parfois paraître violentes, ou inadaptées en fonction du contexte. Il convient au psychomotricien de les accueillir, sans jugement, et de les renvoyer de façon plus adaptée, perceptible par le patient pour qu'il intègre ses propres états.

En fonction du contexte, et de l'intensité de l'émotion, cette dernière s'exprimera donc par des ajustements toniques variés. Ces ajustements peuvent s'avérer positifs et organisant pour l'individu. Mais à l'inverse, ils peuvent également se montrer totalement déstructurants, débordants voire envahissants dans le cadre de certains troubles présentant un dysfonctionnement émotionnel. L'autisme en est un exemple.

[Les émotions] nous permettent de vivre ensemble, de partager nos expériences, d'être présents et de répondre, dans la relation, par des processus faisant appel à des catégories implicites non sémantiques. (Boscaini et Saint-Cast, 2010, p.87).

En résumé, l'émotion joue un rôle central en psychomotricité.

5. Processus de lecture des émotions sur le visage d'autrui

Les expressions faciales sont les premiers éléments que nous traitons pour ensuite accéder à des informations subtiles sur l'état émotionnel de l'autre. Les structures cérébrales impliquées dans la reconnaissance des émotions primaires sont plus ou moins bien identifiées (Michel, 2015).

La reconnaissance de la peur active les amygdales à travers deux voies distinctes. Une voie courte permettant d'assurer des réactions de survie telles que la fuite ou la défense. Et une voix lente qui favorise une analyse plus fine de la situation afin de moduler la réponse au stimulus.

L'expression du dégoût active l'insula antérieure et les ganglions de la base (noyau caudé et putamen) qui seraient impliqués respectivement dans la conscience et dans la programmation et l'exécution de mouvements.

L'expression faciale de la colère active le cortex orbito-frontal impliqué notamment dans les processus de décision.

Pour la reconnaissance d'expression de la joie, aucun pattern d'activation spécifique n'a été identifié.

Enfin les expressions faciales de tristesse et de surprise n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques approfondies. Les processus de reconnaissance de ces émotions seraient non spécifiques.

6. L'émotion dans les habiletés sociales

Les difficultés dans les habiletés sociales sont mentionnées dans les critères diagnostiques des TSA du DSM-5. Elles font partie des déficits de la communication sociale, citées dans le sous-critère « déficit dans le développement et l'entretien des relations à autrui conformes au niveau de développement ». Ces difficultés sont présentes chez toutes les personnes présentant un TSA. Elles sont mises en lien avec les déficits de la cognition sociale (Bon et al, 2016).

Les habiletés sociales représentent l'ensemble des comportements qui découlent de processus cognitifs et affectifs permettant de percevoir et de comprendre les messages communiqués par autrui. Ces compétences spécifiques permettent de répondre de façon adaptée aux situations sociales. Certaines sont universelles tandis que d'autres sont dépendantes notamment de la culture ou encore des personnes en notre présence.

Les personnes neurotypiques apprennent les habiletés sociales dès l'enfance et ce de façon spontanée. Pour les personnes présentant un TSA, cet apprentissage ne se fait pas seul. Un entraînement à la réalisation de ces habiletés est nécessaire afin qu'elles puissent s'adapter et répondre en fonction du contexte.

Cet apprentissage s'apparente finalement à l'apprentissage des émotions. Et pour cause, l'identification, le partage et la régulation émotionnelle constituent une habileté sociale au même titre que la compréhension de l'autre, l'expression de soi et de ses idées, la connaissance des règles de vie en société, la socialisation et l'autonomisation (Bastier, 2019).

7. Lecture faciale des émotions dans les TSA

Les difficultés de compréhension des émotions faciales sont décrites depuis les années quatre-vingt-dix par des adultes avec un syndrome d'Asperger. Dans le même temps, nombreux sont les auteurs et les chercheurs qui s'intéressent à la question des émotions dans l'autisme. La majorité d'entre eux s'appuie sur le déficit de la sphère des interactions sociales comme point de départ de leur réflexion. Pour certains, ce déficit serait la *cause* de difficultés dans le processus de traitement des stimuli émotionnels et faciaux chez les personnes TSA, pour d'autres, il en serait la *conséquence* (Meaux et al., 2011).

Diverses recherches comportementales sont alors menées. Ces études visent généralement à comparer des groupes contrôles d'enfants typiques à des enfants TSA et tendent à démontrer une reconnaissance plus ou moins effective des émotions sur le visage d'autrui. Les résultats, anciennement très tranchés en défaveur des personnes TSA, s'avèrent plus nuancés dans les études récentes. En effet, les méthodes utilisées évoluent. Alors qu'auparavant, les études s'appuyaient principalement sur l'observation du clinicien, apportant une grande part de subjectivité, l'utilisation de la technique du *eye tracking* a permis l'apport de résultats bien plus précis et objectifs. Pour illustrer ces propos, je présenterai ci-après quelques recherches abordant le sujet de la reconnaissance des émotions faciales par des personnes TSA. Mais d'abord, intéressons-nous à la technique du *eye tracking* fréquemment utilisée dans les projets d'étude du fonctionnement autistique.

7.1. Le *eye tracking*, une nouvelle méthode pour comprendre l'autisme

Le *eye tracking* est une technique qui permet de déterminer exactement où une personne est en train de regarder. La mise en place du dispositif est simple, il suffit d'un écran similaire à celui d'un ordinateur et d'un boîtier d'*eye tracking* placé dessous. Le boîtier émet une lumière infrarouge qui va se refléter sur la cornée de la personne placée devant l'écran. C'est le retour de cette lumière qui permettra de définir avec précision ce que cette personne regarde sur l'écran.

A. Klin, psychologue américaine, a été la première à utiliser cette technologie auprès de jeunes adultes TSA. Désormais adopté depuis une vingtaine d'années dans le domaine de l'autisme, cet examen, très simple d'utilisation, ne demande pas de réponse de la part de l'enfant. Il ne présente pas non plus de consignes particulières qui pourraient s'avérer difficiles à comprendre.

C'est donc une méthode qui permet d'obtenir des résultats concrets et précis, quelle que soit la population, pour peu qu'elle puisse regarder l'écran.

Dans le cadre de l'autisme, le *eye tracking* permet de mesurer des processus tels que le désengagement de l'attention visuelle, la cognition sociale ou encore l'exploration visuelle des visages. C'est cette dernière qui nous intéresse particulièrement dans le cadre de ce mémoire. L'analyse des stratégies exploratoires peut se baser sur des stimuli statiques comme des photos de visages. Mais aussi sur des situations dynamiques plus ou moins complexes telles qu'un visage en mouvement présenté seul à l'écran, ou dans le cadre d'une interaction sociale. L'étude de ces données permet d'observer avec précision comment la personne avec TSA explore un visage en fonction du contexte présenté.

Le *eye tracking* est une technique prometteuse, elle permet finalement de voir le monde à travers les yeux de la personne TSA. Cette méthode pourrait grandement aider à la compréhension de l'autisme. De nombreuses études d'*eye tracking*, de reconnaissance automatique des émotions notamment, montrent d'ailleurs que des mesures automatisées pourraient apporter une information complémentaire pour soutenir le diagnostic d'autisme (Université de Genève, 2021).

Nous nous intéresserons ci-dessous à une expérience menée grâce à la technologie du *eye tracking*.

7.2. Des études pour y voir plus clair

Depuis les années quatre-vingt-dix, un grand nombre d'études concernant la perception des émotions faciales chez les enfants TSA ont pu être menées, en voici quelques-unes ici résumées.

L'étude psychopathologique de l'émotion chez l'enfant se constitue en omettant de se référer précisément au développement émotionnel de l'enfant typique. De récentes conclusions formulées en termes de déficits émotionnels spécifiques chez l'enfant autiste notamment sont parfois énoncées avec hâte, et il convient d'être prudent sur leur bien-fondé en égard à notre connaissance imprécise du développement émotionnel typique. (Brun, 2001, p.224).

Alors, je m'appuierai sur ces expériences comme base d'une réflexion permettant l'étayage de mon travail concernant les éventuelles influences du masque chirurgical sur la lecture des émotions faciales.

Expérience 1 :

L'étude de E. Meaux et de ses collaborateurs (2011) postule pour « un trouble de la perception globale » du traitement des émotions faciales dans l'autisme.

A travers trois expériences, l'équipe arrive aux résultats suivants. Dans une tâche de discrimination globale des émotions faciales, les enfants TSA réalisent des performances inférieures à celles du groupe d'enfants témoins. Dans une seconde tâche de discrimination locale des émotions faciales, où seule une partie du visage est présentée, les résultats s'inversent. Les enfants TSA sont plus efficents que les enfants témoins. Ils reconnaissent davantage les émotions lorsqu'il leur est présenté des yeux isolés. La présentation de bouche isolée, en revanche, ne montre aucun résultat significatif, quel que soit le groupe. Dans la dernière tâche enfin, les enfants doivent reconstruire un visage, comme un puzzle, avec l'émotion demandée. Il faut pour cela assembler les yeux, le nez et la bouche correspondant à la bonne émotion. Les enfants typiques se montrent plus performants sur cette dernière épreuve.

Cette étude s'inscrit, en accord avec de nombreuses autres, dans le point de vue selon lequel les personnes avec autisme présentent une exploration particulière du visage et des émotions faciales. A. Motet-Fèvre et O. Ramos soulignent également ces « *altérations du traitement de l'information visuelle avec, entre autres, un ralentissement dans le traitement des stimuli visuels [...] ce défaut de perception sensorielle aura un impact fort dans le traitement des informations d'ordre visuel venant des yeux et des mimiques du visage de l'interlocuteur.* » (2017, p.76). En effet, les personnes TSA partiraient d'un traitement localisé de certaines parties du visage, principalement les yeux, pour se figurer une émotion faciale globale. « *Les difficultés à percevoir et comprendre les états mentaux des autres peuvent être expliquées par cette exploration oculaire anormale* » propose E. Meaux (2011, p.376). Ce balayage atypique des visages pourrait ainsi en partie expliquer les difficultés en théorie de l'esprit, évoquées plus haut¹⁹, pour les personnes TSA.

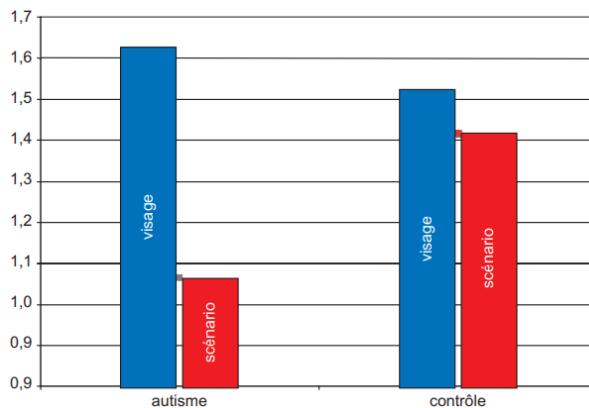
Expérience 2 :

Une seconde recherche dont j'aimerais parler est celle menée par E. Thommen et ses collaboratrices (2010). Cette dernière est orientée par trois hypothèses : les enfants TSA reconnaissent aussi bien les émotions faciales que les enfants typiques ; ils présentent en

¹⁹ Cf. supra, I.I.2.3.1. Théorie de l'esprit, p.27

revanche davantage de difficultés dans l’interprétation de scénarios sociaux ; le manque de cohérence centrale et le déficit en théorie de l’esprit expliqueraient en partie ces difficultés. L’auteure insiste sur la préservation des capacités de lecture des émotions faciales pour peu qu’il y ait eu un apprentissage. Cela permettrait à l’enfant TSA d’acquérir ce qui se fait de façon innée chez l’enfant typique. Deux épreuves sont proposées à un groupe contrôle composé d’enfants typiques et un groupe d’enfants avec TSA pour tenter de répondre à ces hypothèses. La première, nommée « visage », est une tâche de reconnaissance émotionnelle à partir de visages photographiés. La seconde, « scénario », demande aux enfants d’associer l’émotion correspondant à chaque scénario imagé.

Figure 1. Résultats globaux de l’expérience

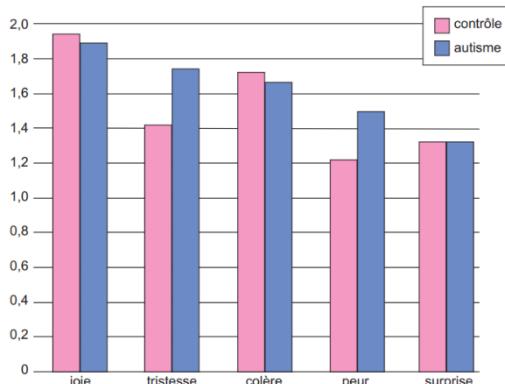


(Thommen et al., 2010).

Le graphique ci-dessus permet de se figurer les résultats de l’expérience d’un point de vue global. Nous pouvons voir que pour la première épreuve, *visage* (en bleu), le score moyen des enfants TSA est sensiblement meilleur que celui du groupe contrôle. Cela confirme les capacités des enfants atteints d’autisme à reconnaître les émotions faciales, tout comme les enfants dits typiques. La seconde épreuve (en rouge), en revanche, divise davantage les deux groupes. Les enfants TSA s’avèrent bien moins performants que les enfants typiques dans l’association d’une émotion à un *scénario*.

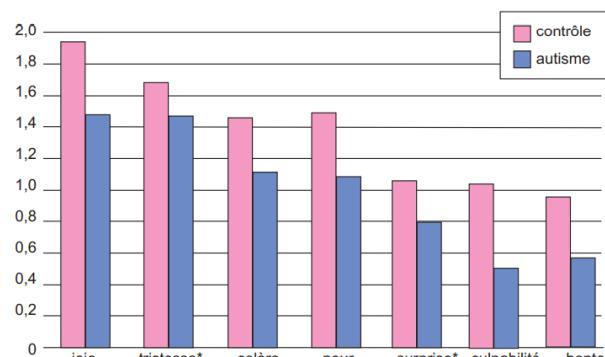
L’étude va plus loin dans la comparaison des résultats des deux groupes. Elle distingue les scores de chacun en fonction des différentes émotions.

Figure 2.1. Visage, score moyen de reconnaissance pour chaque émotion en fonction du groupe.



(Thommen et al., 2010).

Figure 2.2. Scénario, score moyen d'association de l'émotion au scénario imaginé en fonction du groupe (les émotions marquées d'une * ne présentent pas de différence de résultats significatifs).



(Thommen et al., 2010).

La figure 2.1. montre de bons résultats, quel que soit le groupe, dans la reconnaissance des émotions de joie, de tristesse et de colère qui sont les premières acquises dans le développement. La peur et la surprise sont reconnues et différencier plus tardivement²⁰. Ce sont des émotions proches qui peuvent parfois être confondues. Cela explique probablement les raisons d'une reconnaissance plus faible chez les deux groupes. La figure 2.2. quant à elle expose de façon nette les difficultés des personnes TSA à envisager l'émotion des personnages dans les scénarios exposés. La tristesse et la surprise ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes, mais les résultats restent inférieurs pour le groupe TSA. Mis à part la joie et la tristesse, les émotions attribuées ne sont souvent pas appropriées à la situation. L'auteure expose que certains enfants TSA attribuent même des émotions négatives à un scénario positif. Ils sont également nombreux à substituer la colère par de la tristesse.

Les résultats obtenus permettent de valider les hypothèses présentées en début d'expérience. Les enfants atteints d'autisme sont capables de décrypter les émotions sur un visage et de les reconnaître. Ils présentent cependant de grandes difficultés dans l'attribution et la compréhension des émotions dans une scène sociale. E. Thommen expose que les différences de résultats en fonction du contexte pourraient être expliquées par des stratégies compensatoires mises en place par l'enfant TSA. Il est à noter que ces stratégies pourraient par ailleurs fausser les études comportementales menées en dissimulant, en quelque sorte, les difficultés de

²⁰ Cf. supra, II.B.3. Ontogénèse des émotions chez l'enfant typique, p.36

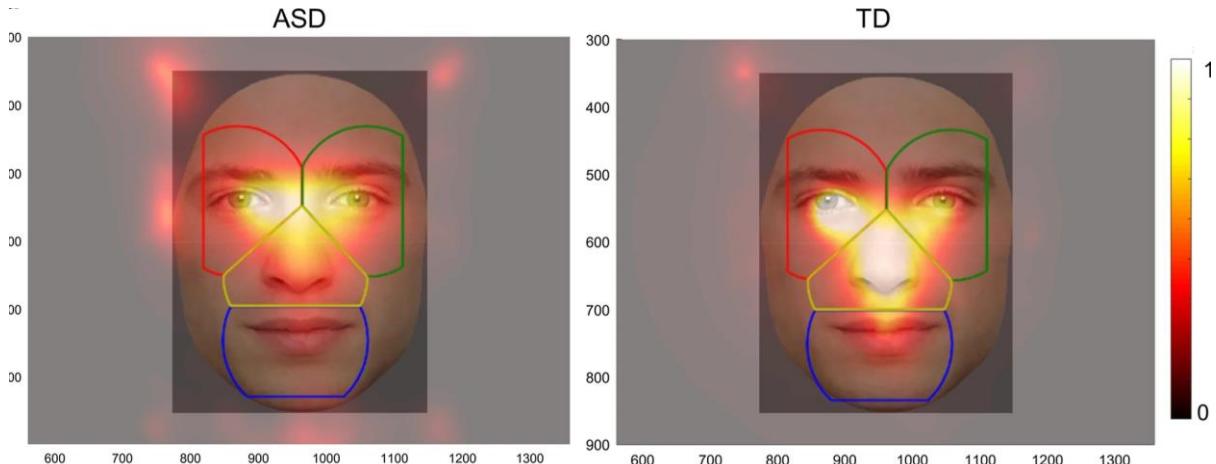
traitement des émotions par les personnes TSA (Van der Donck et al., 2021). Au cours de leur suivi médico-social, ces enfants travaillent sur les émotions avec les différents professionnels qui les accompagnent. Ils ne s'appuient pas seulement sur le visuel, mais aussi sur la sphère verbale pour appréhender les émotions. Cet apprentissage « *ne porterait que sur les aspects perceptifs et non sur la signification sociale des émotions en contexte* » (Thommen et al., 2010, p.332). Il ne concernerait finalement pas – ou peu – les aspects sémantiques et pragmatiques. Les scénarios sociaux et plus globalement le contexte social d'un évènement seraient alors difficiles à interpréter pour les enfants TSA. En effet, ces situations demandent une analyse importante du ou des protagonistes et du contexte afin de pouvoir comprendre et anticiper les réactions émotionnelles. Or, rappelons que les enfants TSA présentent des difficultés de perception globale (Expérience 1) et en théorie de l'esprit²¹. Ils ont tendance à se focaliser davantage sur les détails, qui plus est, parfois peu pertinents quant à la situation. Les erreurs d'interprétation peuvent donc paraître courantes.

Expérience 3 :

La présentation de cette recherche sera la dernière exposée ici. Les travaux réalisés par S. Vettori et ses collaborateurs (2020) m'intéressent tout particulièrement. Et ce d'autant plus qu'ils viennent appuyer, avec d'autres méthodes, les résultats présentés dans l'Expérience 1. Ils se basent sur la technique du *eye tracking* combinée à l'Electroencéphalogramme (EEG) pour tenter de réfuter l'hypothèse selon laquelle les enfants TSA regardent davantage la bouche que les yeux d'autrui dans le cadre d'interactions sociales. Cette hypothèse est formulée à partir des symptômes cliniques des TSA et notamment la difficulté à utiliser le contact visuel dans un but social. L'étude compare les résultats d'un groupe d'enfants témoin (TD) à un groupe d'enfants TSA (ASD pour *Autism Spectrum Disorder*) ayant le même niveau intellectuel.

²¹ Cf. *supra*, I.I.2.3.1. Théorie de l'esprit, p.27

Figure 3. Cartes thermiques présentant l'exploration faciale des groupes TSA et témoin.



(Vettori et al., 2020).

La figure ci-dessus expose les résultats obtenus suite à l'examen du *eye tracking*. Les cartes thermiques (Figure 3) présentent le temps moyen d'observation des différents espaces du visage. Plus la couleur est claire, jaune voire blanche, et plus la zone a été parcourue et observée. A l'inverse, le voile sombre, du rouge au noir, représente les zones les moins explorées visuellement. D'importantes similitudes apparaissent entre le groupe d'enfants TSA (à gauche) et le groupe témoin (à droite). Tous ont davantage regardé les yeux et le nez, avec tout de même une observation moins intense chez le groupe TSA pour cette seconde zone. Ce groupe, en parallèle d'une observation très localisée au niveau des yeux présente une stratégie exploratoire plus large du visage avec un balayage facial important. Les enfants TSA observent davantage les contours, notamment le haut et l'extérieur du visage que le groupe TD.

Les résultats des EEG ressortent concordants quant aux zones neuronales activées. Aucune différence significative n'est relevée dans les réponses neuronales des deux groupes, en fonction des différentes zones observées.

Cette étude n'a pas permis d'avancer de différences significatives entre le groupe témoin et le groupe TSA dans l'observation des visages. Tous deux préfèrent la partie supérieure du visage. L'étude souligne néanmoins des stratégies exploratoires différentes avec un attrait important, noté chez les enfants TSA, pour les bords supérieurs du visage. Le groupe TD se focalisait davantage sur des zones précises du visage tandis que le groupe TSA passait plus souvent d'une partie à une autre, présentant une stratégie exploratoire atypique et désorganisée. Enfin,

l'hypothèse initiale d'un surinvestissement visuel de la zone de la bouche par les enfants TSA est réfutée.

Cette étude, bien que réalisée en conditions expérimentales et sur un faible échantillon d'enfants permet d'apporter certains résultats. Ou tout du moins certaines pistes de réflexions pertinentes à l'élaboration de ce mémoire. Notons que certains résultats peuvent paraître surprenants au vu de la littérature et de la clinique de l'autisme. Je pense notamment à l'aversion pour le regard ou encore l'absence de contact visuel. E. Meaux (2011) évoque que ce pourrait être la multiplication des stimuli, combinée aux mouvements incessants de l'humain, qui pourraient poser problème aux personnes TSA. En effet, ces caractéristiques mouvantes demandent un effort de prise en compte globale de l'autre. A. Motet-Fèvre et O. Ramos, dans leurs travaux, ajoutent que « *la personne avec autisme ne peut traiter en temps réel ces informations sans arrêt changeantes. Elle ne peut y accorder rapidement un sens et perd ainsi des informations précieuses pour la bonne compréhension du message.* » (2017, p.77). Ainsi, le cadre expérimental pourrait atténuer voire supprimer l'aspect déplaisant de la fixation du regard en proposant des images et autres stimuli isolés – et souvent immobiles.

Ces expériences me questionnent. Le port du masque aurait-il vraiment une influence négative sur la perception des émotions faciales ? Les résultats présentent la stratégie exploratoire des visages des personnes TSA comme étant atypique, localisée et désorganisée. La fixation des détails est mise en avant, tout comme un intérêt spécifique pour la partie haute du visage et notamment les yeux. Cette stratégie leur permet de reconnaître les émotions. La partie inférieure du visage n'est que très peu explorée habituellement. A première vue et de façon très raccourcie peut venir l'idée que le masque ne gênerait pas l'exploration visuelle du visage. Aussi, le masque pourrait-il aider les personnes TSA à comprendre plus aisément les émotions faciales en diminuant le nombre de stimuli visuels ? L'obstruction d'une grande partie du visage, favoriserait-elle une exploration plus minimaliste et localisée ? Le masque simplifierait-il finalement l'exploration en focalisant l'attention sur la partie supérieure du visage ?

Je tenterai d'apporter des réponses à ces questions dans la partie suivante, à travers l'analyse de vignettes cliniques de patients rencontrés dans le cadre de mon stage au sein du cabinet libéral.

III. LE CABINET LIBERAL

A. Cadre thérapeutique de l'activité libérale en psychomotricité

Les conditions d'exercice en cabinet libéral sont réglementées, toute prise en soin psychomotrice doit être soumise à une prescription médicale. Le cabinet doit être accessible aux personnes en situation de handicap, avec un affichage obligatoire des honoraires. L'exercice du métier de psychomotricien est basé sur la notion de cadre thérapeutique qui peut se définir comme « *ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée. Définir ce qui nous fait travailler et ce qui anime une pensée clinique, fera partie de notre cadre.* » (Potel, 2019, p.357).

Le psychomotricien se doit d'instaurer une relation thérapeutique bienveillante avec son patient et ses responsables légaux. Il s'agit de la relation triangulaire soignant-patient-famille. « *La notion de relation thérapeutique “intersubjective” est loin d'être une idée romantique. Elle est affaire de temps, âpre, parfois dure à établir, elle est fragile, vacillante, elle se nuance des émotions du passé comme des émotions du présent.* » (Potel, 2015, p.36). L'instauration de cette relation se met en place dès la passation du bilan psychomoteur. A la suite de ce dernier et lors de la prise en soin du patient, le psychomotricien utilise des outils variés tels que des médiateurs et des médiations, pour mener à bien son projet thérapeutique. Le choix de chaque médiation est pensé dans une dynamique thérapeutique afin de servir les intérêts du patient. Ces moyens visent à créer une relation de confiance entre le psychomotricien et son patient, aussi appelée alliance thérapeutique, à mesure de l'avancée de la prise en soin. Les soins psychomoteurs peuvent être pratiqués en séances individuelles ou groupales.

Le psychomotricien, dans le cadre de l'activité libérale, doit se constituer son propre réseau et ce afin de garantir une prise en soin globale de ses patients. Ainsi, il entre en relation avec les autres professionnels médicaux et paramédicaux, notamment, qui suivent ses patients. Le psychomotricien se met également en lien avec l'école, les instituteurs ou les professeurs de ses jeunes patients afin de discuter d'éventuels aménagements à mettre en place. Enfin, lorsqu'il s'agit d'enfants ou d'adolescents, une guidance parentale peut-être proposée pour accompagner les parents.

B. Un décret relatif à l'accomplissement d'actes psychomoteurs

Le décret psychomotricien vise à protéger et à encadrer la pratique de la psychomotricité. Il n'est pas spécifique à la pratique libérale mais s'applique à tout psychomotricien, quel que soit la structure ou l'institution dans laquelle il exerce. Ce décret du 6 mai 1988 atteste que les psychomotriciens sont habilités à accomplir les actes professionnels suivants :

- **Bilan psychomoteur ;**
- **Education précoce et stimulation psychomotrice ;**
- **Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs** suivants, au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination :
 - Retards du développement psychomoteur,
 - Les troubles de la maturation et de la régulation tonique,
 - Troubles du schéma corporel,
 - Les troubles de la latéralité,
 - Troubles de l'organisation spatio-temporelle, dysharmonies psychomotrices,
 - Troubles tonico-émotionnels,
 - Maladresses motrices et gestuelles, dyspraxies,
 - Débilité motrice,
 - Inhibition psychomotrice,
 - Instabilité psychomotrice,
 - Troubles de la graphomotricité à l'exclusion de la rééducation du langage écrit.

Le bilan psychomoteur, premier acte mentionné dans le décret, constitue également la première rencontre avec le patient. Le psychomotricien débute cette rencontre par un entretien avec le patient, et ses parents s'il s'agit d'un enfant, afin d'établir l'anamnèse. Ce temps lui permettra d'obtenir les informations nécessaires à la compréhension du patient dans sa globalité.

Afin d'établir le profil psychomoteur du patient, le psychomotricien dispose de divers outils d'évaluation. Le bilan s'appuie, lorsque cela est possible et en fonction des capacités du patient, sur des tests psychomoteurs étalonnés et basés sur des grilles de résultats se rapportant à la norme. Les résultats obtenus renseigneront sur les aspects quantitatifs des compétences psychomotrices. La combinaison de données quantitatives et qualitatives permet d'aller au plus près des capacités psychomotrices du patient dans l'instant du bilan. L'utilisation de cette dernière, via une observation minutieuse du patient permet une évaluation psychomotrice dans le cas où le patient ne pourrait répondre aux tests standardisés. Le psychomotricien pourra alors s'appuyer sur l'observation de conduites spontanées, des grilles d'observation, des protocoles d'épreuves non étalonnées, des échelles de développement, des questionnaires ou encore

l'analyse des productions du sujet. A travers des jeux et d'autres moyens en fonction de l'âge du patient, le psychomotricien pourra repérer ses capacités et ses difficultés. Cette riche observation conduira donc à une appréciation qualitative des compétences psychomotrices du sujet.

Après l'analyse des résultats d'observation et la cotation des tests, le psychomotricien répertorie ses conclusions quant au profil psychomoteur du patient dans un compte rendu de bilan. Il met en avant les domaines de compétences efficaces, sur lesquels il est possible de s'appuyer, et les domaines de fonctionnement déficitaires. Il est important de rappeler que les tests évaluent les capacités de l'enfant à un temps donné. Celles-ci évoluent, fluctuent dans le temps, et sont dépendantes du contexte. Elles ne sont donc pas figées et doivent être réévaluées régulièrement. Ce compte rendu est donné et explicité au patient – et aux parents –, et envoyé au médecin prescripteur. Il permet de justifier, ou non, la nécessité d'une indication de prise en soin en psychomotricité. Et dans ce cas, le projet thérapeutique sera formulé à partir des conclusions du bilan. Il mentionnera les modalités de la prise en soin (lieu, fréquence, durée), les objectifs thérapeutiques et les moyens thérapeutiques envisagés.

C. Potel souligne l'importance de l'examen psychomoteur. Elle met néanmoins en garde quant à cette « *objectivation des troubles [...] On peut émettre quelques inquiétudes quant au risque d'une dérive idéologique qui, sous couvert de plus de scientificité, pourrait pervertir la notion de relation thérapeutique et réduire le soin psychomoteur à sa seule composante instrumentale.* » (2019, p.236). Et en effet, rappelons que l'aspect relationnel est plus qu'essentiel en psychomotricité.

Les *techniques* citées dans le décret pour rééduquer les troubles psychomoteurs correspondent aux médiations utilisées par le psychomotricien dans le cadre de sa pratique thérapeutique. Ces dernières sont diverses et multiples, elles représentent un intermédiaire entre le psychomotricien et son patient et témoignent de la relation entre ces deux personnes.

C. Histoire du cabinet et situation actuelle

Le cabinet a été créé il y a plusieurs années déjà, dans la banlieue nord-est de Paris.

Il a été repris l'été 2020 par ma maître de stage, en collaboration avec une autre psychomotricienne. Elles se relaient du lundi au samedi et se partagent les différents jours de

la semaine à raison de trois jours chacune. Le cabinet est bien implanté dans la ville, sa situation est pérenne.

Le cabinet se trouve dans un immeuble, au deuxième étage. Il donne sur une avenue très passante de la ville. Il est composé d'une salle d'attente, de deux salles de prise en soin, dont une de psychomotricité, et de sanitaires. Il est partagé avec une psychologue et un ostéopathe qui occupent la seconde salle.

La psychomotricienne, avec qui je suis en stage, reçoit principalement des enfants entre 0 et 12 ans avec tous types de troubles ou pathologies (TSA, troubles des apprentissages, mutation génétique, ...). Elle accompagne également quelques adultes, mais ces derniers sont très peu nombreux et ne constituent pas la majorité de sa patientèle.

D. Ma place de stagiaire

J'ai effectué mon stage chaque vendredi, tout au long de l'année au sein du cabinet libéral de psychomotricité.

Mes premiers jours de stage ont été principalement basés sur la découverte des patients que j'allais accompagner tout au long de l'année, l'observation des séances proposées par la psychomotricienne et le fonctionnement du cabinet. Tout cela était nouveau pour moi, j'étais donc légèrement en retrait afin d'avoir un angle de vue plus global, mais aussi dans l'optique de laisser le temps aux patients de s'habituer à ma présence. Ces premiers temps m'ont permis de me questionner sur ma place au sein des consultations et par la suite de savoir comment me positionner auprès de chaque patient.

Au fil du temps, j'ai commencé à prendre pleinement part aux séances. La relation thérapeutique s'est progressivement installée, passant d'une relation duelle entre la psychomotricienne et le patient à une triade. Cependant, nous avons pu constater que la relation à trois n'était pas aisée pour tous les enfants, et particulièrement pour les enfants TSA. Cette situation semblait difficile à gérer notamment pour Narima²², – que je vous présenterai par la suite. Le fait d'avoir deux interlocuteurs créait une surstimulation difficile à intégrer. Nous avons décidé de privilégier les relations duelles avec cette patiente afin de diminuer les sollicitations, cela a renforcé les interactions au sein des duos. Ainsi parfois, la

²² Par souci d'anonymat, le prénom de chaque patient a été modifié.

psychomotricienne prenait de la distance et une place d'observateur tandis que j'entreprendais une activité avec l'enfant, puis les rôles s'inversaient et à mon tour je me retirais pour laisser place à une nouvelle relation entre la psychomotricienne et la patiente. Au fur et à mesure, Narima est parvenue à nous solliciter spontanément pour amorcer des jeux à trois.

E. Présentation des patients

Dans le cadre de mon stage, j'ai fait la rencontre de nombreux patients. La prise en soin de ces derniers a été reprise en septembre 2020 par ma maître de stage, suite au départ de leur ancienne psychomotricienne. Ainsi, nous ne disposons malheureusement pas de point de comparaison initial d'un suivi sans port du masque.

Je présenterai ici Narima, Travin et Yavane. Après avoir décrit le parcours et les caractéristiques psychomotrices repérées chez chacun, j'exposerai des vignettes cliniques permettant l'étayage de ma réflexion concernant l'influence du masque sur la perception des émotions par les patients.

1. Narima

Narima est une petite fille de 3 ans et 6 mois, au moment de notre rencontre. Elle est suivie en séance de psychomotricité, à raison d'une fois par semaine, depuis septembre 2020 dans un contexte de diagnostic d'un TSA. Je la rencontre un mois plus tard, en octobre, au cours de mon premier jour de stage. Nous nous retrouvons chaque semaine, le vendredi matin, de 11h à 11h45 pour sa séance hebdomadaire en psychomotricité.

1.1. Anamnèse

Narima est l'enfant unique du couple parental.

La grossesse s'est bien déroulée. L'accouchement s'est fait par césarienne en urgence à 41 semaines et 4 jours d'aménorrhée. La naissance est marquée par une virémie à CMV²³ suivie de vomissements entraînant une perte de poids importante pour Narima. Suivie à Metz puis à

²³ L'infection à Cytomégalovirus (CMV) est une infection périnatale ou congénitale.

Nancy, elle est transférée deux mois après sa naissance et pour une durée de deux semaines dans un hôpital parisien pour une entérite sévère sur APLV²⁴ aujourd’hui résolue.

Le développement psychomoteur apparaît harmonieux jusqu’à 18 mois environ (quatre pattes vers 11 mois et marche vers 14 mois). La maman de Narima souligne qu’elle était un bébé très tonique. Les premières inquiétudes ont été formulées par le personnel de la crèche et les parents de Narima à partir de 18 mois. Alors que le langage commençait à se développer, ils rapportent un arrêt puis une régression brutale. A 24 mois, ils notent l’apparition de particularités relationnelles telles qu’une méfiance soudaine dans le contact, des difficultés de séparation avec la mère, l’apparition d’une grande agitation difficile à canaliser ainsi que des « crises de colère » qui se traduisent par des cris, des pleurs, des morsures, et un comportement d’opposition. Narima peut alors se mettre en danger (se jette en arrière, part en courant dans la rue). A 31 mois, Narima est capable de manger seule avec une cuillère et une fourchette mais refuse un grand nombre d’aliments. Elle n’accepte de manger que les aliments de couleur dorée et boit uniquement du lait. Narima ne s’endort qu’en la présence de sa mère, dans le lit parental et le sommeil est marqué par de nombreux réveils nocturnes. Narima refuse d’aller aux toilettes. Elle accepte cependant les couches et peut demander à être changée en prenant la main.

Narima est scolarisée en Unité d’Enseignement en Maternelle Autisme (UEMA) depuis le mois d’octobre 2020. En complément d’enseignements adaptés, elle bénéficie chaque semaine d’un riche suivi en psychomotricité au sein de cette unité. Elle y profite de séances individuelles et groupales. A cela s’ajoute la prise en soin hebdomadaire au sein du cabinet libéral, ainsi qu’un suivi en orthophonie.

1.2. Bilan psychomoteur

Le bilan psychomoteur a été réalisé en février 2020, par l’ancienne psychomotricienne du cabinet. Narima avait alors 2 ans et 7 mois. Le bilan effectué en trois séances se base sur de l’observation spontanée. Le diagnostic de TSA n’avait pas encore été posé.

Les observations faites au cours du bilan mettent en avant des initiatives motrices, un bon investissement de l’espace et une exploration motrice spontanée ainsi que de bonnes coordinations oculo-manuelle et bimanuelle. Néanmoins, elles révèlent également :

²⁴ Allergie aux Protéines du Lait de Vache.

- Des coordinations oculo-pédestres et un équilibre statique et dynamique en cours d'acquisition ;
- Un manque de régulation tonico-émotionnel et un recrutement tonique parfois excessif (hypertonie) qui conduit à un besoin de décharge motrice régulier ;
- Des interactions fluctuantes avec son environnement, et une attention particulièrement labile, notamment sur le plan auditif et visuel ;
- Un manque d'acquisition des pré-requis au langage (pointage, attention conjointe, gestes sociaux, tour de rôle) ainsi qu'un retard de langage important ;
- Des particularités sensorielles et notamment une hypersensibilité tactile.

1.3. Projet thérapeutique

Le suivi en psychomotricité est indiqué à raison d'une séance hebdomadaire de 45 minutes. La prise en soin se passe au sein du cabinet libéral. Cette dernière a pour objectifs de :

- Soutenir et développer les interactions et la communication grâce au jeu partagé ;
- Favoriser la mobilisation des capacités attentionnelles sur la durée et renforcer les capacités de filtrage sensoriel ;
- Enrichir les expériences sensorielles pour favoriser la conscience et l'investissement corporel ;
- Développer la régulation tonique, qui sous-tend toute activité motrice, posturale et émotionnelle ;
- Soutenir l'intégration des coordinations globales et fines, et en particulier la coordination oculo-pédestre.

1.4. Suivi et évolution

J'évoquerai dans cette partie l'évolution de Narima au cours de l'année en partant de ma première rencontre avec elle, je situerai ensuite son évolution à la mi-année et à la fin de sa prise en soin.

Narima ne porte pas de masque durant les séances de psychomotricité.

1^e séance, la rencontre

Je rencontre donc Narima pour la première fois début octobre 2020. Ma présence nouvelle en séance ne semble pas la perturber, elle ne prête pas attention à moi. Comme dit précédemment²⁵, je suis durant cette séance légèrement en retrait afin d'observer la relation entre la psychomotricienne et Narima, ainsi que son attitude.

La psychomotricienne note que Narima est moins disponible, ce jour, qu'à son habitude. Elle a fait sa rentrée à l'UEMA cette semaine et semble fatiguée. En effet, le rythme est soutenu pour Narima qui était précédemment gardée à la maison par sa maman.

Narima m'apparaît comme une enfant joyeuse et souriante. Durant la séance, elle papillonne d'un objet à l'autre, et s'arrête finalement au tableau à craies. Elle y dessine un bonhomme têteard avec un tronc spiralé. Je me souviens avoir eu l'impression qu'elle dessinait un masque sur la tête-tronc de son bonhomme avant de tout colorier. Alors elle passe son doigt sur la craie pour laisser sa trace plus loin sur le tableau, elle réalise ensuite cette même expérience avec sa main tout entière. Elle semble en recherche de sensations, et réitère plusieurs fois l'expérience sur les murs, le sol, le tableau ... La psychomotricienne apporte une dernière proposition : de la peinture. Narima s'installe au bureau, nous commençons à peindre ensemble, elle nous repousse et veut faire seule. Narima rencontre des difficultés dans l'utilisation de la peinture. Nous lui montrons comment faire. Les émotions positives sont accentuées pour l'encourager et la valoriser dans ses essais. Elle imbibe ensuite toute la feuille d'eau, et celle-ci se déchire, Narima pousse un cri. Nos verbalisations de réassurance et l'accentuation de nos mimiques de calme et d'émotions positives accompagnent ce moment. Et alors que je m'attendais à ce que cela déclenche une crise de trop plein d'émotion, Narima parvient à se contrôler et s'apaise seule.

Un autre point qui m'a marqué au cours de cette première séance est l'attrait qu'avait Narima pour son reflet dans le miroir. Elle s'y cherche beaucoup et revient souvent à son image tout au long de la séance. Ce médiateur semble permettre d'établir un lien avec Narima. A travers le reflet, je l'observe et lui adresse de grands sourires.

Finalement, je découvre en fin de séance, un scénario très ritualisé. Quelque temps avant la fin, la psychomotricienne commence à mentionner cet évènement afin que Narima puisse s'y préparer : la séance arrive bientôt à son terme. La peinture est rangée, ensemble, et vient alors

²⁵ Cf. *supra*, III.D. Ma place de stagiaire, p.52

le temps de se quitter. La porte de la salle est ouverte et de suite refermée derrière nous, en signe de fin de séance. Narima se met à pleurer, sa maman lui donne alors une compote et la prend dans ses bras. Nous disparaîsons rapidement dans la salle, après avoir verbalisé « à la semaine prochaine », afin de minimiser l'inconfort vécu par Narima.

Evolution à la mi-année

Narima est toujours aussi souriante, sa curiosité la mène à de nouvelles expériences ce qui favorise ses explorations et enrichit ainsi son vécu corporel. Elle progresse chaque semaine. Les rituels de début et de fin de séance sont de mieux en mieux intégrés. Les fins de séance sont plus sereines, alors qu'auparavant quitter la salle de psychomotricité pouvait entraîner des crises de larmes. Elle ouvre la porte, sort de la salle et s'assoit tranquillement sur la petite chaise pour aider ses parents à l'habillage. Le portage et la récompense ne sont plus nécessaires.

Narima papillonne moins, elle est capable de fixer son attention durant de longs moments lorsque l'activité l'intéresse. La posture assise semble renforcer ses capacités attentionnelles.

Narima s'intéresse à son corps. A l'évocation de parties du corps, elle peut porter son attention dessus et les observer. Nous pouvons donc conclure qu'elle intègre progressivement les somatognosies. Son dessin du bonhomme est reconnaissable, il se construit positivement et se complète à mesure des séances. Elle appréhende également les notions de « dedans » et « dehors » via le transvasement, le sondage de l'espace avec des bâtons, notions essentielles à l'acquisition du schéma corporel et de la notion de propreté.

Narima investit les différents sens, néanmoins un intérêt certain est observé pour le canal auditif qu'elle aime stimuler avec toute sorte de bruits. Sa curiosité l'amène également à explorer les sensations tactiles, vestibulaires et proprioceptives. Le canal visuel est lui aussi très investi. Elle aime contempler son image dans le reflet du miroir : elle s'y observe et fait différentes mimiques (sourit, fronce les sourcils) qu'elle s'est appropriée. Tout en nommant les différentes émotions que cela peut représenter (joie, colère), nous continuons d'accentuer nos expressions faciales en réponse. La relation à trois s'instaure par ce jeu qui lui permet également d'associer et mettre du sens sur les émotions. Chaque séance est marquée par un important investissement émotionnel. Elle est très expressive. Cependant, lorsque le miroir est découvert, la relation se fait par cette intermédiaire et moins de manière directe : elle nous regarde uniquement à travers le miroir.

Au fil du temps, nous avons pu noter que l'imitation est un moyen efficace pour entrer en relation avec Narima, elle y est très réceptive et peut par la suite s'accorder à l'autre et répondre aux sollicitations. Le faire ensemble est plus aisé. Elle vient parfois chercher à créer la relation en nous tendant des objets tels que des raquettes afin de jouer ensemble.

Narima progresse dans le langage, elle vocalise de plus en plus et prend plaisir à reproduire les sons entendus. Une ébauche du « non » semble apparaître pour manifester son refus lorsqu'on lui pose des questions.

Fin de suivi

Un entretien entre les parents, la psychomotricienne et moi-même a permis de s'accorder sur l'arrêt du suivi de Narima au sein du cabinet libéral. Cette décision a été appuyée et encouragée par l'équipe de l'UEMA, suite à une réunion d'équipe éducative. Au vu de la progression de Narima, d'un point de vue psychomoteur et de son intérêt grandissant pour les apprentissages, cette décision vise à favoriser sa scolarité au sein de l'UEMA. Institution dans laquelle, rappelons-le, elle bénéficie également d'une prise en soin en psychomotricité. Il est à noter que les allers-retours école-cabinet engendrent énormément de fatigue pour Narima. De retour à l'école le vendredi après-midi, elle peine à se canaliser et à se concentrer.

La dernière séance a été préparée en amont avec Narima pour que l' « *absence et [la] séparation ne [soient] pas synonymes de rupture et d'oubli* » (Potel, 2015, p.193). Dans cette anticipation du futur, nous retrouver pour mieux nous séparer constituait le moyen de préserver l'histoire de notre rencontre durant ces quelques mois.

Alors qu'il nous restait trois séances à partager, nous avons commencé à aborder la fin du suivi avec Narima. Avec des mots simples, l'objectif était de mettre des mots sur la situation afin qu'elle puisse commencer à intégrer l'information et se préparer à nous dire au revoir. Alors Narima semblait nous écouter avec une grande attention. Elle ne nous regardait pas, mais se montrait présente à elle-même et à ce qui était en train d'être dit. La séance s'est terminée dans le calme, sur ces mots.

La semaine suivante, derrière la porte de la salle, nous entendons Narima sauter et faire d'innombrables aller-retours dans le couloir. A l'ouverture de la porte, elle semble surprise et se fige. Elle crie puis retourne s'agripper aux bras de son père. Habituellement, elle rentre d'elle-même dans la salle, en laissant son père derrière elle. Ce jour, la séparation paraît

impossible. Elle lui tient la main et semble vouloir l'éloigner de nous, elle l'emmène vers le fond du couloir. Elle refuse d'entrer dans la salle et pousse de nombreux cris dès que nous nous adressons à elle. Son père ne comprend pas, il dit qu'elle allait très bien en arrivant au cabinet. Nous les invitons à entrer, tous les deux. Narima, toujours cramponnée à la main de son papa parvient alors à franchir le pas de la porte et pénétrer dans la salle. Il tente de la rassurer et essaie de quitter la salle, mais elle ne veut pas le laisser partir. Elle crie davantage encore et s'agrippe toujours plus fort. Narima présente une réelle détresse à l'abord de la salle. Face à cette situation déconcertante, à l'allure très anxiogène et inconfortable pour Narima, nous décidons en accord avec le papa de ne pas insister davantage. Alors qu'il nous restait encore une séance pour se dire au revoir, nous avons convenu en verbalisant à Narima qu'il était peut-être venu le moment de la séparation. Une semaine à l'avance. A son initiative. Elle semble s'apaiser, assise sur une chaise dans le couloir, elle écoute et ne crie plus. Comme soulagée par cette décision. Elle réagit parfois à nos paroles par ses mimiques si caractéristiques. Cela était peut-être sa façon de vivre ce moment. Nous nous sommes quittées sur ces mots.

Les mimiques utilisées par Narima dans ce contexte semblent cette fois davantage en lien avec ses propres émotions. Tandis qu'elle manifeste son inconfort face à la situation par ses cris, son soulagement, ensuite, est accompagné des mimiques qu'elle a l'habitude de faire, et notamment le sourire. Elle nous offre ce jour une nouvelle mimique, encore inconnue jusque-là : un haussement de sourcils. Était-ce une nouvelle exploration ou attendait-elle peut-être une réaction de notre part ? Une chose est sûre, nous avons été surprises par cette émotion qui nous évoquait justement la surprise. Il est probable que nous l'ayons imité, malgré nous.

Les émotions sont, *in fine*, les moments forts et visibles d'une relation marquée par la rupture où, lorsqu'on n'a plus les mots pour se dire à soi, à l'autre, la bonne distance ne peut être trouvée, dans une illusoire neutralisation de l'implication... (Dumont, 2010, p.152).

Utilisait-elle la séparation avec son père comme image de notre future séparation ? J'ai vu dans ce moment le reflet de notre séparation avec Narima.

1.5. Vignettes cliniques

1.5.1. *Narima, le ruban et le miroir*

VIGNETTE 1

9^e séance

Ce jour, le miroir présent dans la salle et souvent caché par un rideau, est découvert avant l'arrivée de Narima. Elle entre dans la salle et après un temps passé à dessiner, nous passons à une nouvelle proposition.

Des rubans sont sortis. Nous nous saissons chacune d'un ruban et la psychomotricienne met de la musique. Narima a vu que le miroir est découvert. Tout en dansant sur la musique et en faisant voler son ruban, elle se regarde. Parfois prise dans l'amusement du ruban, elle semble oublier le miroir. Mais à nouveau, son regard se raccroche à son reflet. Elle s'observe de loin, de près, fait des mimiques. Elle fronce beaucoup les sourcils, fait de grands sourires. Nous l'imitons avec le masque sur le visage. Les regards ne sont pas directs, nous sommes en relation grâce au reflet du miroir. Puis la psychomotricienne recommence en baissant son masque ; je vois alors une réaction différente chez Narima. Elle semble avoir été plus réceptive encore à cette mimique, comme saisie. Elle s'arrête, nous observe et recommence alors à plusieurs reprises. Nous le faisons en même temps, un jeu d'imitation s'installe. Alors elle se remet à danser en parcourant la salle, nous la suivons. Parfois, elle se rapproche du miroir pour s'observer de près, insistant encore sur ses mimiques.

La voyant jouer avec ses émotions, nous sortons des images présentant ces dernières. Nous lui montrons d'abord la joie – en référence à ses grands sourires –, elle reproduit alors sa mimique souriante. Nous lui présentons ensuite une photographie de la colère, elle fronce ses sourcils en retour.

Comme nous pouvons le voir dans cette vignette clinique, l'imitation est un véritable levier permettant d'entrer en relation avec Narima. La danse avec les rubans est par moment coupée par les regards de l'enfant dans le miroir. Elle fait des mimiques expressives que nous pourrions associer à l'imitation de joie ou de colère. En nous voyant les reproduire, Narima nous porte alors une attention toute particulière. Elle semble scruter nos expressions faciales qu'elle compare aux siennes. Elle alterne entre le regard qu'elle s'accorde à elle-même, dans le miroir, et celui qu'elle nous adresse. Le regard joue un rôle tout particulier dans ce dialogue corporel, tonico-émotionnel, sans aucun mot. Pour autant, nous ne savons rien de sa compréhension de la situation, si ce n'est qu'un lien se créer, nous sommes en relation. Narima est parvenue à se détacher de son reflet pour nous inclure dans son jeu. L'imitation devient cyclique et nous finissons par ne plus savoir qui imite qui.

Par ailleurs, le temps de fin avec la présentation de photographies montrant différentes émotions semble confirmer que Narima reconnaît les émotions faciales. Elle est en effet capable de les représenter à sa façon.

Mais revenons sur ce temps d'imitation. Narima semble retrouver quelque chose de sa mimique dans nos expressions faciales et ce malgré le masque. Du moins, c'est ce que je pensais jusqu'à voir sa réaction lorsque la psychomotricienne a retiré son masque. Elle paraissait réellement surprise. Le temps d'arrêt marqué par l'enfant semblait en tout cas appuyer cette émotion. Mais cela était-il simplement dû au fait de voir la psychomotricienne sans masque²⁶ ? Ou venait-elle

²⁶ La prise en soin de Narima ayant débuté en septembre, elle a toujours vu la psychomotricienne porter un masque.

de reconnaître sa mimique sur le visage de la psychomotricienne ? Ce temps d'arrêt pourrait alors faire penser à un temps d'analyse de la situation. Si ce second point s'avérait vrai, il serait alors possible d'envisager que Narima ne percevait jusqu'ici, avec le masque, pas les émotions faciales produites par nos soins.

1.5.2. *Narima et la roue des émotions*

VIGNETTE 2

11^e séance

La séance se termine, nous rangeons toutes les trois, ensemble. Puis la psychomotricienne ouvre le rideau en verbalisant qu'il est l'heure pour Narima de retrouver son papa. S'apprêtant à sortir de la salle, elle marque un arrêt sur le pas de la porte. A cet endroit précis se trouve une roue des émotions, accrochée au mur. Narima la regarde puis fait tourner la flèche pour la placer sur le bonhomme représentant la joie. Elle sort ensuite de la salle.

Nous avions, lors des séances précédentes, utilisé à plusieurs reprises la roue des émotions pour montrer à Narima les différentes expressions faciales et émotionnelles qu'elle avait l'habitude de jouer²⁷. Chaque fois, elle y était attentive et nous regardait utiliser la roue, sans jamais le faire elle-même. Même sur demande. Ce jour-là, Narima a pris l'initiative d'utiliser cette roue. Elle a délibérément modifié la flèche de place afin d'y pointer la joie. Nous signifiait-elle par cette action qu'elle avait passé une bonne séance ? Dans ce cas, nous pourrions déduire qu'elle est capable de partager son émotion avec nous. Ou peut-être nous montrait-elle l'expression qu'elle avait décryptée chez nous ? Elle serait alors capable de percevoir nos émotions, à travers nos masques, et de les retranscrire à sa façon. Ici, elle restitue l'émotion à travers une image adaptée. Cette prise d'initiative nous est apparue comme une réponse à nos précédentes sollicitations, soulignant la bonne compréhension de Narima, malgré nos masques chirurgicaux, qui vient finalement d'elle-même créer la relation.

2. Travin

Je rencontre Travin en octobre 2020, il est alors âgé de 6 ans. Nous nous retrouvons chaque vendredi, de 13h à 13h45.

²⁷ Cf. *supra*, III.E.1.5.1. Narima, le ruban et le miroir, p.59

2.1. Anamnèse

Travin est l'aîné du couple parental. Il vit avec ses deux parents, son grand-père maternel et sa petite sœur. L'anglais et le tamoul sont les langues principalement parlées à la maison.

Il est né à terme, aucun élément particulier n'est rapporté pendant la grossesse.

Les acquisitions psychomotrices se sont d'abord faites de manière harmonieuse (4 pattes vers 9 mois, marche vers 11 mois). Les parents rapportent des difficultés alimentaires à 9 mois : Travin supporte mal les aliments « granuleux » qu'il régurgite systématiquement. Par ailleurs, le langage se développe jusqu'à 12 mois (il emploie « papa » et « maman »), puis s'arrête brutalement.

Les premières inquiétudes sont formulées par le centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Travin, âgé alors de 3 ans, n'interagit pas par le regard, entre difficilement en relation avec les autres, ne semble pas avoir conscience du danger et présente des comportements stéréotypés et des picas²⁸. Suite à un bilan pédopsychiatrique, un suivi psychologique est mis en place pendant quelques mois en Centre Médico-Psychologique (CMP) jusqu'au déménagement de la famille.

Travin est actuellement scolarisé en deuxième année de grande section de maternelle suite à un redoublement. Les parents rapportent des difficultés d'ordre relationnel (comportement violent envers ses camarades, isolement), attentionnel et communicationnel. Une Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS) l'accompagne 20h par semaine.

A la maison Travin joue avec sa petite sœur. Il peut s'habiller seul. Une aide importante est cependant nécessaire pour les repas. Le sommeil est régulier. La propreté est acquise. Cependant, un hyper-contrôle sphinctérien est noté, il ne permet pas une autonomie complète. Le temps d'écrans est contrôlé par les parents et limité à une heure par jour, après des recommandations à plusieurs reprises. Travin pouvait passer des heures à regarder des vidéos dans n'importe quelle langue.

Il est également suivi par le pédopsychiatre du CMP et une orthophoniste libérale.

²⁸ Le pica est un Trouble du Comportement Alimentaire (TCA) caractérisé par une « *tendance à manger des substances imprropres à la nutrition.* » (CNRTL, s. d.).

2.2. Bilan psychomoteur

Travin est adressé par le CMP infanto-juvénile de secteur pour un retard de langage majeur, des troubles attentionnels, des difficultés de gestion de la frustration ainsi qu'un trouble relationnel. Le bilan a été réalisé en octobre 2019 par l'ancienne psychomotricienne du cabinet. Travin avait alors 5 ans. Le diagnostic de TSA n'avait pas encore été posé.

Le bilan psychomoteur s'appuie sur une observation spontanée. Aucun test standardisé n'a été réalisé. Les observations faites au cours de ce bilan mettent en avant :

- Une motricité globale et fine en adéquation avec son âge, soutenues par des coordinations motrices efficientes qui peuvent cependant être entravées par une agitation et une impulsivité motrice ;
- Des interactions fluctuantes avec son environnement, et une attention particulièrement labile, notamment sur le plan auditif et visuel ;
- Un retard de langage important et des capacités de compréhension des consignes orales fragiles ;
- Des difficultés de gestion de la frustration ;
- Des possibilités d'échange et de communication avec l'autre.

2.3. Projet thérapeutique

La prise en soin en psychomotricité est indiquée à raison d'une séance hebdomadaire de 45 minutes. Le suivi se fait au sein du cabinet libéral. Celui-ci aura pour objectifs de :

- Soutenir et développer les interactions et la communication grâce au jeu partagé ;
- Favoriser la mobilisation des capacités attentionnelles sur la durée et renforcer les capacités de filtrage sensoriel, en particulier sur le plan auditif et visuel ;
- Développer la conscience corporelle et les capacités de régulation tonique sur la durée, qui sous-tendent toute activité motrice, posturale et émotionnelle.

2.4. Suivi et évolution

Je parlerai dans cette partie l'évolution de Travin au cours de l'année. Je commencerai par évoquer notre première rencontre pour ensuite aborder son évolution actuelle.

Travin porte un masque chirurgical durant les séances de psychomotricité. Il en comprend le sens et sait l'utiliser.

1^e séance, la rencontre

Je rencontre donc Travin à l'occasion de mon premier jour de stage, début octobre 2020. A son arrivée dans la salle, il semble très impressionné par ma présence. Je reste en retrait pour ne pas m'imposer à lui.

Après avoir dépassé sa timidité à mon égard, il semble vouloir me montrer ce qu'il sait faire. Il installe un parcours psychomoteur, réalisé quelques semaines auparavant avec la psychomotricienne, et le réalise sous mes yeux. A mon tour, je suis le parcours installé, il ne me prête alors aucune attention.

Pour initier cette nouvelle dynamique à trois, la psychomotricienne sort un jeu de société. Il faut un étayage verbal accompagné de gestes pour qu'il puisse laisser l'autre jouer. Lorsqu'il veut arrêter le jeu, il verbalise « on range ». Les activités sont maintenues sur des temps très courts.

Il s'empare alors de briques, en prenant le soin de ne prendre que celles d'une même couleur, et fait des murs devant chacun d'entre nous. Chaque mur est composé d'une couleur différente. Il refuse que nous mélangions plusieurs couleurs dans nos constructions.

La communication se montre difficile avec Travin qui ne parle que quelques mots de français.

Travin m'apparaît comme un enfant curieux et souriant. Toujours dans le « faire », il semble difficile pour lui d'intégrer l'autre et de « faire ensemble ». Il nous adresse parfois des regards, périphériques, sur des temps très courts. Il est très minutieux et semble présenter une grande rigidité dans l'organisation d'objets, il trie tout par couleur.

Evolution à l'heure actuelle

Travin est un enfant plein d'énergie, joyeux et souriant. Il est présent à lui-même et après avoir dépassé la timidité de la première rencontre, il se montre curieux de l'autre. Initialement très rigide dans sa manière de faire, avec des activités stéréotypées et autocentrées (classement par

couleurs, formes, alignement d'objets, séquençage spécifique d'un jeu), il parvient progressivement à s'ouvrir à de nouvelles façons de faire, grâce à l'étayage de l'adulte.

Il investit de plus en plus la relation. Il présente néanmoins une attention labile et les interactions sociales restent fluctuantes. Il ne répond pas toujours à l'appel de son prénom. Il est nécessaire de se positionner en face de lui afin qu'il se sente concerné. Travin utilise principalement un regard périphérique pour nous regarder, ces échanges augmentent mais restent de courte durée. Il oriente bien son regard sur les objets.

L'attention conjointe est présente mais peu durable dans le temps. En début d'année, l'intervention de l'autre avait peu de place et était rarement acceptée. Désormais, le faire ensemble se développe. La relation à trois (psychomotricienne-patient-stagiaire) semble favoriser les échanges. Travin nous sollicite fréquemment et est source de propositions et d'initiatives pertinentes. Lorsqu'on lui propose un jeu, il est nécessaire de l'accompagner dans la réalisation et de le soutenir dans les habiletés sociales (tour de rôle, attendre son tour, intérêt pour l'autre). Ces capacités se renforcent positivement. Le travail à tour de rôle « à toi/ à moi » et le pointage ont favorisé cette intégration.

Le retard de langage est toujours présent, mais Travin n'en reste pas moins très expressif. La communication non verbale est riche et présente un support à la communication verbale. Les gestes sociaux sont acquis.

La compréhension des consignes simples et complexes est de plus en plus aisée. La communication non verbale, l'imitation et l'anglais sont parfois encore utilisés en soutien. Travin emploie lui des mots anglais et français, son vocabulaire s'enrichit petit à petit. La barrière de la langue semble ne plus en être une, il progresse chaque semaine dans l'expression du français. Il investit également de plus en plus, le jeu de faire semblant, et l'univers imaginaire.

Concernant le schéma corporel, celui-ci s'intègre positivement. Un pantin est fréquemment utilisé pour comprendre la mécanique du corps et interagir avec l'autre. Travin présente une certaine fascination pour le corps. Il se montre intrigué par son corps et le corps de l'autre.

Ses capacités attentionnelles sont de courte durée, toutefois elles se sont nettement renforcées. Ses capacités de concentration sont dépendantes de son investissement émotionnel. Les activités qu'il apprécie l'aident à se concentrer durablement. Lorsqu'il est fatigué, Travin nous

le fait savoir en s'adonnant à ses activités favorites (puzzles, dessin) de façon autocentré. Il coupe alors la relation.

Travin s'appuie sur une frise imagée qui l'aide à se repérer dans le temps de la séance. Il a intégré cet outil et s'y réfère spontanément.

Travin évolue de façon tout à fait positive depuis le début de l'année. Ses difficultés de compréhension de la langue française, qui semblaient grandement le pénaliser, s'amoindrissent.

2.5. Vignettes cliniques

2.5.1. *Travin et son plus beau sourire*

VIGNETTE 3

16^e séance

Après avoir choisi et affiché ensemble le programme de la séance sur la frise imagée, nous commençons un jeu de société favorisant la conscience du corps, la mémoire corporelle et la relation à l'autre. Il s'agit d'un jeu dans lequel chaque carte piochée correspond à une action à reproduire.

Le jeu débute. A chaque carte piochée, nous réalisons ensemble l'action inscrite dessus. *Tourne sur toi-même, imite un éléphant, gratte-toi le dessus de la tête, sautille sur un pied, fait une grimace, fait ton plus beau sourire, ...* Tandis que nous renforçons notre sourire derrière le masque chirurgical, en accentuant la mimique avec les yeux, Travin lui baisse son masque pour nous montrer son beau sourire édenté. En nous éloignant les uns des autres – mesures d'hygiène obligent – nous baissions nous aussi nos masques pour qu'il voit nos sourires. Fasciné, il s'arrête et nous regarde avec insistance. Il semblerait presque intimidé. Cette simple action a semblé ouvrir sur une dynamique relationnelle nouvelle, un partage d'émotion. Par la suite, pour chaque action mettant le visage en scène, et notamment la bouche (*fait une grimace, ferme un œil, ouvre grand la bouche...*), Travin baissera son masque pour les exécuter.

Ce jeu, lors de la réalisation des mimiques notamment, crée un contexte de partage émotionnel, notamment de joie. Or pour nous la montrer, à travers son sourire, il vient l'idée à Travin de retirer son masque. A-t-il fait cela en réponse à nos sourires masqués, qu'il était incapable de percevoir ? Ou pour nous montrer comment il réalisait cette action, sous son masque ? Il semblerait en tout cas que le port du masque et son retrait viennent modifier quelque chose de l'interaction. Comme si le masque retenait l'émotion et l'empêchait de passer. Cela me renvoie à la perception que Travin pourrait avoir de nous, mais aussi de lui.

Mais alors, Travin était-il capable de concevoir que nous faisions un sourire derrière nos masques ? Les aspects déficitaires de la théorie de l'esprit évoqués chez les enfants TSA²⁹

²⁹ Cf. *supra*, I.I.2.3.1. Théorie de l'esprit, p.27

voudraient que non. « *La personne avec autisme est spontanément égocentré : tout le monde pense comme elle et connaît ses pensées.* » (Motet-Fèvre et Ramos, 2017, p.91). Et à l'inverse, elle semble difficilement capable d'attribuer des pensées, ou de comprendre les actions d'autrui. Le fait que Travin retire son masque pour nous montrer son sourire me conforte dans cette idée. En effet, les enfants TSA favoriseraient dans la majorité des cas le point de vue d'un référentiel autocentré. Il semble difficile pour eux de se mettre à la place d'autrui et de penser autrement. Ainsi, cette action de baisser le masque pourrait confirmer le fait que Travin ne perçoive réellement pas nos sourires derrière les masques et qu'il soit difficile pour lui de les envisager.

Rappelons que dans ce jeu, l'accent n'est pas mis sur les émotions à proprement parler mais bien sur l'aspect moteur du corps en mouvement. Bien que nous – neurotypiques – envisageons le sourire comme étant une référence à une expression de joie. Il est probable que pour Travin cette action consiste uniquement à émettre des contractions musculaires permettant de monter les coins de la bouche : sourire. Et ce sans aucune intention émotionnelle. Le jeu pourrait finalement entrer dans les cases d'une situation sociale complexe à interpréter pour l'enfant, se rapprochant des interactions sociales vécues au quotidien. Nous pouvons ainsi imaginer les difficultés des enfants TSA à décrypter et comprendre des situations, même simples, lorsque son interlocuteur porte un masque.

Je repense en écrivant ceci, à un autre enfant présentant un TSA. Lui baissait son masque lorsque la psychomotricienne portait le masque transparent. Et dès qu'elle remettait son masque chirurgical, il remontait le sien sur son nez. Ceci pourrait ici renvoyer aux capacités d'imitations et de reproduction à l'identique des enfants TSA³⁰. Ces vignettes semblent néanmoins soulever une nouvelle question : le masque aurait-il un impact sur la perception de l'image du corps ? Je ne tenterai pas ici de répondre à cette idée car cela sortirait du champ de ce mémoire, mais je reste néanmoins curieuse de la potentielle réponse qui pourrait y être apportée.

2.5.2. *Travin et le jeu des émotions*

VIGNETTE 4

20^e séance

Nous décidons ce jour de proposer un jeu autour des émotions à Travin. Il entre dans la salle et s'installe au bureau sur lequel sont disposées six photographies de personnes de différents âges mimant chacun une émotion. Certaines cartes représentent la même émotion. Avant de commencer

³⁰ Cf. *supra*, I.I.1.5. Capacité d'imitation, p.22

le jeu, nous voulons nous assurer que Travin connaît chaque émotion présentée. Après vérification, les émotions à percevoir sont toutes connues par Travin : la joie, la colère, le dégoût et la tristesse.

Le jeu se fait en trois étapes : une reconnaissance des émotions faciales mimées par l'autre avec un masque chirurgical, une reconnaissance des émotions faciales avec cette fois-ci le port d'un masque transparent et enfin une tâche d'association des photographies montrant des expressions émotionnelles similaires entre elles.

Pour les deux premières étapes, l'émotion est d'abord mimée exclusivement grâce aux mimiques du visage. Si elle n'est pas reconnue, le langage corporel vient soutenir les expressions du visage. Enfin si l'émotion mimée n'est toujours pas reconnue, la voix et les bruitages sont ajoutés. Travin lui mime chaque émotion en combinant d'emblée les trois composantes.

Première étape : reconnaissance des émotions avec port du masque chirurgical.

Travin reconnaît la joie et la colère uniquement grâce aux expressions faciales, soit les yeux avec port du masque chirurgical. Il devine la tristesse avec l'ajout d'une composante corporelle : les mains portées au visage comme pour sécher des larmes. La reconnaissance du dégoût est plus difficile, il parviendra à nommer l'émotion après un mime avec les composantes faciales, corporelles et vocales.

Deuxième étape : reconnaissance des émotions avec port du masque inclusif.

Travin devine avec une aisance bien plus importante les différentes émotions présentées uniquement par les mimiques du visage. Seul le dégoût le met à nouveau en difficulté. Les composantes corporelles et verbales permettront sa reconnaissance.

Nous notons qu'il est plus difficile pour Travin de soutenir le regard de la psychomotricienne avec ce nouveau masque, il la regarde davantage avec un regard périphérique.

Troisième étape : appariement des émotions similaires entre elles.

Cette tâche s'avère difficile. Travin assemble d'abord les cartes par tranche d'âge, il associe celles présentant de jeunes enfants ensemble et fait de même pour les adultes. La consigne est alors répétée en y associant une démonstration. « Tu vois cette dame, elle a des larmes, elle pleure, elle est triste comme ce bébé, il pleure aussi, il est triste ». Attentif à ce qui a été dit et comme nous l'avons fait pour les larmes, il semble désormais se focaliser sur un détail : les dents. Travin, se lance dans de nouvelles associations. Il réunit alors les photos où l'on voit des personnes avec la bouche ouverte. La colère et la joie sont ainsi associées.

Je n'aurai pas la prétention de définir cette vignette comme étant une expérience, mais elle pourrait se rapprocher d'une mini-étude qu'il serait intéressant d'étendre à plus grande échelle.

Travin reconnaît les différentes émotions faciales de base représentées sur les photographies. Cela concorde avec les expériences précédemment abordées³¹. Il est capable de distinguer et de nommer les différentes émotions montrées. Il présente en revanche des difficultés dans l'appariement de ces dernières. Dans une moindre mesure, ce point me renvoie à l'expérience 2 (associer une émotion à un scénario social). Ici, différents états émotionnels sont présentés et l'assemblage des états similaires est échoué. Je m'attarderai peu sur ce point, mais l'échec de ces deux tâches répondrait selon moi au défaut de construction de la théorie de l'esprit chez les enfants TSA³².

³¹ Cf. *supra*, II.B.7.2. Des études pour y voir plus clair, p.42

³² Cf. *supra*, I.I.2.3.1. Théorie de l'esprit, p.27

Les points qui m'intéressent davantage ici sont les étapes une et deux, dans lesquelles le port d'un masque entre en jeu.

Dans la première étape, nous pouvons observer que Travin est efficient dans la reconnaissance des émotions faciales de joie et de colère et ce malgré le port du masque. Le temps d'identification est toutefois plus long que pour la reconnaissance sur les images. Nous pouvons donc imaginer que Travin est parvenu à mettre en œuvre des stratégies exploratoires efficaces. Ces dernières lui auraient permis de discerner ces deux émotions, notamment en s'appuyant sur le haut du visage. A l'inverse, il n'est pas directement parvenu à reconnaître la tristesse et il a rencontré davantage de difficultés encore pour le dégoût. Nous pouvons donc imaginer que ces stratégies exploratoires ne sont efficientes qu'à la reconnaissance de certaines émotions lorsqu'un masque est porté. Il semblerait que l'observation des yeux et du haut du visage, seule, ne permettent pas à Travin de reconnaître la tristesse et le dégoût dans ce contexte.

La seconde étape nous montre que Travin reconnaît aisément et plus rapidement les expressions faciales de joie, de colère et de tristesse. Nous pouvons supposer que la vue du visage de façon plus globale – ou simplement de la bouche – permise par le masque transparent lui a permis de reconnaître d'emblée la tristesse notamment. Ce qui n'était pas le cas dans l'étape précédente.

Cette vignette semble confirmer que Travin est capable de percevoir certaines émotions et ce même à travers le masque chirurgical, lorsque son attention est attirée et focalisée dessus. Dans le cadre d'un jeu par exemple. Il reste néanmoins nécessaire pour certaines émotions de combiner les expressions faciales au langage corporel et/ ou verbal afin d'en favoriser la compréhension.

Elle démontre également que le masque inclusif semble favoriser la lecture des émotions faciales, dans ce même contexte de jeu orienté sur les émotions. Le fait que la vue de la bouche permette d'aider à la reconnaissance des émotions reste en suspens. Il se pourrait que la perception du visage de façon plus globale puisse également aider, même si cette hypothèse n'est pas privilégiée. Rappelons que les personnes TSA semblent préférer un traitement local des visages et manquer de cohérence centrale. Dans le cadre de ce jeu, le dégoût reste la seule exception, mais rappelons toutefois que cette émotion est intégrée plus tardivement dans le développement³³.

³³ Cf. *supra*, II.B.3. Ontogénèse des émotions chez l'enfant typique, p.36

En revanche, cette vignette ne permet pas de déterminer si cette capacité de reconnaissance est transposable dans le cadre d'interactions sociales plus complexes. Dans le cadre d'une scène sociale par exemple. Ou de façon plus concrète dans le cadre d'une autre proposition faite en séance de psychomotricité – non centrée sur la lecture des émotions.

Alors, dans le cadre de ce jeu avec Travin, le masque chirurgical semble présenter un frein à la lecture des émotions faciales, qui reste néanmoins possible. Il ne serait en tout cas pas un support aidant et filtrant comme j'ai pu l'évoquer précédemment³⁴. Le masque inclusif semble également freiner la perception des émotions, mais dans une moindre mesure. Dans le port de l'un comme de l'autre, le langage corporel mais surtout verbal reste un pilier pour saisir l'émotion d'autrui. En revanche, il semble moins confortable pour Travin de regarder une personne avec ce second masque, il présente alors une aversion et un regard périphérique plus importants que lors du port du masque chirurgical.

3. Yavane

Yavane est un enfant de 9 ans. Je le rencontre lors de mon premier jour de stage au cabinet, en octobre 2020. Nous nous retrouvons chaque vendredi, de 16h à 16h45.

3.1. Anamnèse

Je ne dispose que de très peu d'éléments d'anamnèse concernant Yavane. Je ne sais pas non plus quand a été posé le diagnostic de TSA.

Les seules informations connues datent de 2016. Année où les prises en soin psychomotrices ont débuté au cabinet. Il disposait alors de deux séances de psychomotricité par semaine. Depuis 2017, ce nombre a été réduit à une séance hebdomadaire de 45 minutes.

Yavane est l'aîné de la fratrie. Ses parents sont séparés, il vit avec sa mère et sa petite sœur au domicile familial.

La grossesse et l'accouchement se sont bien passés, aucun élément particulier n'est mentionné.

Yavane était décrit comme un bébé souriant, capable de regarder ses parents et d'entrer en interaction. Les acquisitions psychomotrices se sont faites de façon harmonieuse (quatre pattes à 6 mois, marche à 12 mois et développement du langage) jusqu'à ses 3 ans. C'est à partir de

³⁴ Cf. *supra*, II.B.7.2. Des études pour y voir plus clair, p.42

cet âge que des crises et des comportements stéréotypés apparaissent. Dans le même temps, le langage régresse jusqu'à disparaître. L'alimentation est sélective, Yavane ne supporte alors pas les morceaux, ce comportement est dorénavant résolu. C'est également à cette période que ses parents se sont séparés.

Il est gardé à la maison jusqu'à ses 3 ans, âge auquel il est entré à l'école maternelle. Son comportement y est fluctuant, il fait parfois des crises et présente une importante intolérance à la frustration.

Yavane est actuellement scolarisé en milieu ordinaire, en classe de CE2, quelques demi-journées par semaine. Le reste du temps, il se rend dans une association pour enfants TSA. Et en plus de la psychomotricité, il bénéficie d'un suivi en orthophonie.

Yavane semble présenter un mutisme sélectif, il ne parle qu'en présence de son père. Il apparaît non verbal en séance de psychomotricité.

3.2. Bilan psychomoteur

Le dernier bilan en date a été réalisé en mars 2019 par l'ancienne psychomotricienne du cabinet. Il s'appuie uniquement sur des observations psychomotrices réalisées en séance. Aucun test standardisé n'a pu être passé. Yavane avait alors 7 ans et 11 mois.

Les observations du bilan ont permis de mettre en avant une aisance motrice globale et notamment des coordinations visuo-motrice et bimanuelle efficientes. Néanmoins, il révèle :

- Un retard de langage important malgré des pré-requis au langage en cours d'acquisition (pointage, attention conjointe, gestes sociaux, tour de rôle) ;
- Des interactions fluctuantes avec son environnement, une attention labile et une importante distractibilité, un étayage extérieur important est nécessaire ;
- Un défaut de maintien postural avec une tendance à l'enroulement de l'axe et des difficultés de régulation tonique dans l'action renvoyant à une hypotonie globale ;
- Un manque de dextérité manuelle couplé à une latéralité manuelle non fixée ;
- Des particularités sensorielles avec une importante sensibilité auditive pouvant entraîner des crises hétéro et auto-agressive et un faible investissement proprioceptif.

3.3. Projet thérapeutique

Un suivi en psychomotricité est indiqué à raison d'une séance hebdomadaire de 45 minutes. La prise en soin se déroule au sein du cabinet libéral. Cette dernière a pour objectifs de :

- Soutenir les interactions et la communication à travers le jeu ;
- Développer la régulation tonique, qui sous-tend toute activité motrice, posturale et émotionnelle ;
- Stimuler la motricité manuelle fine : dextérité fine, renforcement tonique distal, contraction isométrique dans la durée ;
- Renforcer la mobilisation des capacités attentionnelles sur la durée et les capacités de filtrage ;
- Favoriser une meilleure intégration sensorielle, en particulier au niveau proprioceptif, permettant une meilleure perception et investissement corporel.

3.4. Suivi et évolution

J'évoquerai dans cette partie l'évolution de Yavane au cours de l'année en partant de notre première rencontre jusqu'à son évolution actuelle.

Yavane porte un masque chirurgical durant les séances de psychomotricité. Je ne suis pas sûre qu'il comprenne la raison du port de ce masque, c'est sa maman, très inquiète quant à la contamination de son fils, qui lui a imposé.

1^e séance, la rencontre

Je rencontre donc Yavane début octobre 2020. Il ne prête pas attention à moi qui suis légèrement en retrait, en observation. Il arrive avec son cartable, son classeur à pictogramme et son casque anti-bruit.

Durant la séance, il tire la psychomotricienne par le bras pour aller dans le hamac. Elle l'aide à s'installer. Une fois dedans, il s'y enroule comme dans un cocon. Après un petit temps de repos, il ressort. La psychomotricienne nous tend à chacun un ruban. D'abord observateur, Yavane se met rapidement à nous imiter. Il agite son ruban lorsque nous l'agitons et s'arrête en simultané. Il ne présente aucune initiative motrice. Cependant, cette symbiose semble créer beaucoup

d'agitation en lui. Il se détache alors du jeu et retourne dans le hamac. Il explore différentes balles sensorielles apportées par la psychomotricienne. Et rapidement, l'agitation remonte. Il semble présenter des difficultés à réguler ses émotions. Il frappe alors la psychomotricienne de ses mains.

Yavane se tient beaucoup les oreilles, en cours de séance il met son casque anti-bruit.

Un dernier jeu est proposé : un jeu de construction. Il aligne puis empile les différentes formes. Il semble complètement absorbé et s'enferme dans le jeu. Nous essayons à plusieurs reprises de jouer avec lui, mais il nous repousse.

Yavane m'apparaît comme un enfant conscient de ce qui est bon pour lui et capable de signifier ses envies. Il semble en recherche de sensations quasi-permanente, vestibulaires et visuelles notamment, et peut parfois être happé ou débordé par ses émotions.

Evolution à l'heure actuelle

Yavane a manqué un nombre important de séances de psychomotricité depuis le début de 2021 et notamment tout le mois de mars.

Yavane est désormais capable d'être dans la relation de manière prolongée. C'est un enfant curieux qui manifeste du plaisir dans le jeu commun. Les échanges de regard sont nombreux. Les jeux d'échange et le tour de rôle sont possibles. Ils sont associés au regard, clairement adressés à l'autre dans un but de communication. Il utilise le pointage proto-impératif ou la main de l'adulte lorsqu'il a besoin de quelque chose. L'attention conjointe est possible et il peut se servir du regard de l'autre pour comprendre ce qui lui est demandé.

Il fait preuve d'une exploration spontanée des jeux à disposition dans la salle mais revient régulièrement aux mêmes. Yavane s'isole fréquemment dans une manipulation stéréotypée de petits objets. Néanmoins, il accepte désormais facilement notre intervention dans ce qu'il est en train de faire et peut s'appuyer dessus pour entrer en relation. L'imitation est présente et représente un levier d'apprentissage important pour Yavane.

Il comprend les consignes orales simples. Les consignes plus complexes ont besoin d'être étayées par un langage gestuel. L'imitation est souvent nécessaire à l'initiation de la tâche.

Le langage se développe favorablement et nous observons l'apparition de petits mots tels que « *ok ok* », ou « *au revoir* » sur demande de son père. L'articulation reste fragile, entravant la

compréhension, mais la prosodie est respectée. Les gestes psychosociaux quant à eux ne sont pas présents.

D'un point de vue sensoriel, Yavane est souvent en recherche de contact avec l'adulte. Il apprécie particulièrement les situations de contenance et de contact au niveau du dos et de la tête apportées par le portage du hamac. Mais également les stimulations sensorielles vestibulaires et proprioceptives. Il est sensible aux sons de l'environnement. Le port du casque anti-bruit semble grandement le soulager.

Les moments d'agitation et d'excitation sont moins fréquents, Yavane semble avoir trouvé des ressources pour s'apaiser. Malgré tout, il lui arrive parfois encore de faire des crises hétéro et auto-agressives en séance.

Yavane évolue positivement depuis le début de l'année. Nous notons cependant une fatigue récurrente en fin de séance. Une discussion avec les parents est en cours quant à la diminution du temps de séance de 45 minutes à 30 minutes.

3.5. Vignette clinique, l'hétéro-agressivité de Yavane

VIGNETTE 5

7^e séance

Lors d'un jeu de ballon, Yavane parvient à faire des passes adressées. Nous sommes fières et continuons.

D'un coup, il se rapproche de moi et me donne un premier coup sur la poitrine. Puis un second. Surprises par cette réaction, nous lui expliquons qu'il ne peut pas agir ainsi. Lorsque ses émotions deviennent trop fortes, il doit apprendre à se retirer pour éviter d'être débordé. Pour se calmer, contrôler ses émotions et rester maître de son corps.

Alors il donne des coups de pied. Et cette fois-ci, ses gestes semblent être maîtrisés, contrôlés et adressés. Nous nous écartons, faisant mine de ne pas être contentes. Nous verbalisons cette fois l'interdit. En colère, visages fermés et les sourcils froncés. Pour qu'il perçoive, à travers les masques que nous ne tolérons pas ce comportement.

Quelques instants plus tard, il vient contre moi et me fait un câlin. Je tente de lui apporter une contenance en l'enveloppant de mes bras.

Un passage du livre de C. Potel concernant le cadre thérapeutique m'a fait particulièrement écho dans cette vignette clinique. En effet, l'auteur relate le sentiment d'une jeune professionnelle démunie face à un enfant qui jette tous les jouets et retourne la salle en fin de séance. Ce sentiment se traduit corporellement en elle, « *elle tremble, son souffle s'accélère, son cœur s'affole.* » (Potel, 2019, p. 361).

Je me revois face à Yavane, surprise par la rapidité des faits qui viennent de se produire. Peut-être un peu démunie aussi de ne pas savoir comment réagir face à ce débordement, cette décharge corporelle – pouvant s'apparenter à de l'hétéro-agressivité – si soudaine. Je ne l'ai pas vu venir. Yavane portait son masque chirurgical. Ce dernier a probablement entravé ma perception de l'état émotionnel du patient. Beaucoup d'informations sont retenues par le masque. Sans lui, peut-être aurais-je pu percevoir des mimiques, des expressions ou des syncinésies faciales me permettant d'anticiper ce moment d'agressivité. Cet événement a engendré, par la suite, des mouvements de retrait de ma part lorsque je sentais à nouveau l'agitation monter chez Yavane. Cette appréhension se voyait-elle ? Yavane sentait-il cela à travers mon masque ? Percevait-il cette inquiétude à travers le dialogue tonico-émotionnel ? Cette action était-elle les conséquences d'un cadre pas assez affirmé de ma part ? D'une présence pas assez sécurisante pour éviter ces débordements émotionnels ? Pas assez contenante pour les supporter ? Je travaille sur mon affirmation du cadre avec ce patient. Et il semble durant certaines séances parvenir à se contrôler, se contenir. Et parfois à nouveau, il explose. Nous nous questionnons beaucoup quant à ce patient. Notre attitude est-elle toujours la même avec Yavane ? Sommes-nous parfois moins attentives suite à plusieurs séances s'étant bien déroulées ? Yavane se sent-il alors momentanément moins contenu, ce qui expliquerait ces récidives hétéro-aggressives ?

Toutefois, le premier acte hétéro-agressif s'il est un moyen d'expression n'est pas condamnable, et ce malgré son caractère socialement inadapté. En effet, il en va du rôle du psychomotricien d'aider ses patients à comprendre, intégrer et canaliser leurs émotions. Si ces dernières émergent de façons violentes, il est possible d'apprendre au patient à détourner ces manifestations, ces comportements *problèmes* ou *problématiques* comme certains les appellent. Ces comportements sont nécessaires aux personnes TSA, ils constituent un moyen pour eux d'apaiser leurs angoisses. Il est possible de leur apprendre à substituer ces comportements par d'autres moins invasifs et dits socialement plus acceptables. Cependant, il n'est pertinent de les détourner que dans certains cas, comme ici, lorsque le sujet compromet son intégrité physique ou celle d'autrui, ou lorsqu'ils deviennent une entrave aux interactions sociales.

Or, les coups de pieds donnés dans un second temps semblent quant à eux représenter un acte délibéré et volontaire. Et cela n'est pas acceptable.

Après réflexion, nous avons émis l'hypothèse que ces explosions motrices sont probablement un moyen pour Yavane de nous signifier un inconfort. Peut-être sa seule façon. Cet inconfort pourrait-être sous-tendu par une surstimulation, un surplus sensoriel. Yavane qui porte par

moment un casque anti-bruit ne l'avait pas ramené ce jour. Aussi, il en ressort que cette hétéro-agressivité est peut-être à mesure du temps devenue un moyen de communication à part entière. Ce comportement, cette explosivité d'abord apparue suite à un trop plein d'émotion se serait intégrée en lui comme un acte volontaire et contrôlé de manifester certaines émotions.

Le temps de latence entre le moment où Yavane donne son dernier coup de pied et celui où il vient près de moi me pose question. Était-il à ce moment-là en train de tenter de s'apaiser ? Ou analysait-il la situation afin de préparer sa réponse : le câlin ? Cette seconde hypothèse montrerait qu'il est capable d'empathie. Cette réaction se rapproche du *stade 3* de l'empathie décrit par M.L. Hoffman³⁵ : l'empathie envers le sentiment des autres. Or une réaction empathique ajustée se base sur la compréhension des événements, et de l'émotion d'autrui. Nous pouvons déduire qu'à travers son câlin, il entre en relation pour s'excuser. Cela voudrait bien dire qu'il a saisi quelque chose de l'événement. Aurait-il compris, par nos mimiques et nos verbalisations à travers le masque, l'enjeu de la situation ? Saisit quelque chose de notre état émotionnel ? A-t-il perçu le mécontentement – la colère – dans nos yeux ? A travers le ton de nos voix ?

J'aimerais pouvoir affirmer que nos expressions faciales à travers le masque auraient suffi à résoudre la situation, mais rien n'est moins sûr. Je pencherais davantage pour l'idée qu'une perception multimodale a favorisé sa compréhension de la situation. Une posture ancrée, une voix ferme, des mimiques marquées et une attitude claire ont très probablement grandement contribué à montrer notre intransigeance quant à cette hétéro-agressivité volontaire.

³⁵ Cf. *supra*, I.I.2.3.2. Empathie, p.28

IV. DISCUSSION

A. Une question de norme

Je m'appuie dans ce mémoire sur des théories et des études tentant d'expliquer le fonctionnement cognitif des personnes TSA. Or ces études, malgré la participation de personnes avec autisme, ont pour la plupart été pensées par des personnes neurotypiques. Elles partent de notre façon de fonctionner pour la comparer à celle de personnes TSA. Nous retrouvons d'ailleurs ce procédé dans la partie développant diverses études dites *comparatives*³⁶.

Nous nous basons sur notre façon de socialiser, et de comprendre le monde pour tenter d'éclairer et d'expliciter les comportements et les réactions des personnes TSA. Or nous savons qu'elles procèdent d'une façon différente de la nôtre. « *Les caractéristiques comportementales de la personne autiste vont la placer d'emblée dans une catégorie de l'ordre du stigmate, qui désigne un attribut qui jette un discrédit profond, car ses interactions sociales sont de l'ordre du pathologique, le qualifiant d' " a-normal " .* » (Bournat et al, 2014, p.280).

En effet, elles ne répondent pas comme nous l'attendrions, mais de façon dite atypique. La notion d'atypicité serait alors prononcée en relation à la norme qu'est la nôtre. Or, c'est leur façon propre de fonctionner. « *Ce va-et-vient sans cesse exprimé entre normalité et différence* » (Bournat et al, 2014, p.284) est cumulé à « *[des] concepts d'identité, d'altérité et de norme [constituant] une manière de poser la personne dans l'existence. On ne peut vivre sans identité. En même temps, l'identité se construit par la confrontation à l'autre.* » (Bournat et al, 2014, p.290). Tout ceci est un moyen de mettre les personnes dans des cases. Toutefois, ces cases deviennent toujours plus floues. De plus en plus de personnes sont diagnostiquées TSA, avec les nouvelles classifications, et pourtant, la diversité des formes d'autisme n'a jamais été aussi importante. « *La normalité n'est [finalement] pas si facile à délimiter.* » (Bournat et al, 2014, p.291).

Et malgré tout, c'est comme s'il existait un défaut de compréhension, me laissant penser à une barrière, entre les personnes neurotypiques et neuroatypiques. F. Tustin utilise elle aussi ce mot, « *elle avance que le terme de " barrière " serait une façon d'exprimer concrètement l'autisme* » (Suarez Labat, 2017, p.104). Dans cette même logique, le masque ne constituerait-il pas une barrière supplémentaire dans l'entrée en relation des personnes typiques et des personnes présentant un TSA ?

³⁶ Cf. *supra*, II.B.7.2. Des études pour y voir plus clair, p.42

Nous nous sommes tous, je l'imagine, retrouvé dans des situations d'incompréhension, de malentendu, au sens littéral du terme, au cours de discussions avec autrui. N'être pas sûr d'avoir bien compris, bien entendu, ou pire, de faire oui de la tête alors que l'on ne sait toujours pas ce qu'a voulu exprimer l'autre. Et dans ce cas, qu'en advient-il de la lecture que l'autre fait de nous ? De nos mimiques peu assurées, bien que partiellement couvertes par le masque ? Toutes ces situations sont déjà complexes dans le cadre « commun » de nos vies quotidiennes. Mais qu'en advient-il lorsque nous avons, en face de nous, un patient TSA ? Patient avec qui sans le masque déjà, l'entrée en relation est difficile.

B. L'influence du masque chirurgical sur la lecture des émotions faciales

Il semble difficile d'affirmer des résultats clairs quant à la problématique de ce mémoire. D'autant plus que les patients pris pour exemple ne s'expriment que peu, voire pas du tout, oralement. Il serait donc hasardeux d'affirmer avec conviction détenir des réponses à toutes les questions soulevées. Il apparaît néanmoins pertinent de revenir sur les observations faites au cours de ce travail.

Au terme d'une année de port du masque, celui-ci ne semble plus déranger les enfants TSA qui le portent. Ils semblent l'avoir intégré dans leur vie quotidienne. Pour autant, en fonction des situations, ce dernier influe sur la façon dont ils perçoivent autrui.

Dans un contexte où l'attention est focalisée sur le travail des émotions, faciales notamment, il semblerait que le masque impacte la perception de ces dernières. En effet, la reconnaissance des émotions, même si elle reste possible, est beaucoup plus longue. Les expressions faciales, isolées, rendent la perception de l'émotion difficile. Ce n'est que par une prise en compte multimodale que les enfants parviennent à la décrypter. Et encore, ce point dépendrait de l'émotion représentée et de l'apprentissage préalable déjà réalisé. Nous observons, par exemple, une reconnaissance très difficile du dégoût pour Travin³⁷. Et ce, bien qu'il connaisse cette émotion. Dans le même temps, il est capable de reconnaître des émotions telles que la joie ou la colère, sans difficultés, et une attitude corporelle en plus des mimiques lui suffit à décrypter la tristesse. Il est nécessaire de combiner les mimiques faciales aux mouvements du corps pour en favoriser la perception. Ainsi, toutes les émotions ne seraient pas égales, dans leur

³⁷ Cf. *supra*, III.E.2.5.2. Travin et le jeu des émotions, p.67

perception, lorsque l’interlocuteur porte un masque. Certaines émotions (joie, colère, tristesse) seraient plus facilement reconnaissables que d’autres (dégoût).

Dans le cadre de jeux ou de temps informels, l’influence du masque semble plus mitigée. Tandis que Narima³⁸ et Travin³⁹ ne semblent pas reconnaître nos mimiques à travers les masques, Yavane⁴⁰ démontre qu’il comprend notre état émotionnel en y répondant de façon adaptée. Néanmoins, Yavane est plus grand que Narima et Travin. Peut-être est-il plus performant au vu de cela ? Il a pu acquérir et perfectionner davantage ses compétences émotionnelles et ses habiletés sociales. Toutefois, notons que les vignettes cliniques mentionnées offrent à voir des situations totalement différentes en fonction des enfants. Peut-être auraient-ils réagi différemment à la place des autres enfants.

Comme tout un chacun, chaque enfant est précédé de son histoire, de ses rencontres et de ses apprentissages, qui lui offrent sa singularité et font de lui un individu avec une subjectivité propre. Ainsi, l’influence du masque pourrait s’avérer différente pour chaque patient, son analyse d’une situation et le décryptage des émotions de son interlocuteur.

Malgré le manque de cohérence centrale évoqué précédemment⁴¹, c’est précisément une perception plus globale qui semble aider les enfants TSA à saisir l’émotion d’autrui, lorsqu’il porte un masque. La préférence de ce public pour les détails ne veut pas dire qu’il ne regarde que certains points, mais plutôt qu’ils s’attardent davantage sur des choses infimes. Pour autant, ils ont d’ordinaire accès à tout le visage, bien qu’ils ne semblent pas s’appuyer dessus. Mais lorsque l’interlocuteur porte un masque, le bas du visage est caché, ce qui en empêche l’accès. Même si la personne TSA ne pose pas son regard dessus, elle y a accès. Cela n’est évidemment pas le cas lorsque l’interlocuteur porte un masque. L’accès au bas du visage est alors condamné, à moins que le masque ne soit retiré, – ou qu’il s’agisse d’un masque transparent. Cela ne laisse donc pas la possibilité d’apercevoir cette partie basse du visage.

Aussi, le masque pourrait-il aider les personnes TSA à comprendre plus aisément les émotions faciales, en diminuant le nombre de stimuli visuels ? Les observations réalisées n’ont pas permis de confirmer cette hypothèse. Bien qu’une partie du visage cachée pourrait offrir une vision moins agressive du visage d’autrui, il semblerait que ce point ne facilite pas la reconnaissance des émotions.

³⁸ Cf. *supra*, III.E.1.5.1. Narima, le ruban et le miroir, p.59

³⁹ Cf. *supra*, III.E.2.5.1. Travin et son plus beau sourire, p.66

⁴⁰ Cf. *supra*, III.E.3.5. Vignette clinique, l’hétéro-agressivité de Yavane, p.74

⁴¹ Cf. *supra*, II.B.7.2. Des études pour y voir plus clair, p.42

Néanmoins, il en ressort que la socialisation masquée représente une complexité plus grande encore pour les enfants TSA.

La théorie de l'esprit, très abordée notamment dans l'interprétation des vignettes cliniques, soulève selon moi d'autres questions. L'enfant TSA ne peut percevoir autrui et ses intentions qu'en fonction de ses propres capacités et intentions. Il attribue finalement à l'autre des pensées, des comportements ou des états dont il est l'auteur. Il offre ainsi à voir sa conception des choses. L'enfant nous présente l'image qu'il a de lui-même à travers sa perception de l'autre. Comme il le ferait dans le dessin du bonhomme. Alors, je repense à Travin⁴² et m'interroge. Le fait qu'il retire son masque pour nous montrer son sourire nous donnerait-il à voir la façon dont il perçoit son corps avec le masque ? Le masque aurait-il un impact sur la perception de l'image du corps ?

Je le rappelle une nouvelle fois, toute ébauche de réponse ici présentée revient finalement à un point de vue personnel. Une personne extérieure soulèverait probablement d'autres questionnements ou d'autres façons de penser et d'envisager le sujet. Toutes les idées formulées ci-dessus ne restent qu'hypothétiques. Il convient de les discuter, de partager les points de vue afin d'en avoir une analyse la plus complète possible et éventuellement d'arriver à une réflexion qui pourrait se rapprocher de la réalité de la situation.

C. La lecture des émotions faciales, mais pourquoi faire ?

Les différents objectifs thérapeutiques du psychomotricien visent à soutenir et renforcer les capacités de son patient. La finalité est d'autonomiser ce dernier dans sa vie quotidienne, en s'appuyant sur ses potentialités.

L'émotion est le point de départ de la relation et de l'action thérapeutique [...] elle favorise la rencontre et l'échange comme l'expérience concomitante des différentes sensations et donc leur intégration intermodale. (Boscaini et Saint-Cast, 2010, p.84).

Il est ici question d'aider les enfants TSA à comprendre leur environnement afin qu'ils puissent interagir avec. « *L'expression, la socialisation autistique est différente [...] elle se manifeste de façon différente* » (Erner et al, 2019), cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de socialisation ou d'émotion. Il est donc nécessaire de soutenir et renforcer l'apprentissage des habiletés sociales. Or, le port du masque chirurgical vient complexifier, davantage encore, l'apprentissage déjà

⁴² Cf. *supra*, III.E.2.5.1. Travin et son plus beau sourire, p.66

conséquent des habiletés sociales pour les personnes TSA. Il vient également bouleverser leurs habitudes, mais aussi leurs repères. « *La rencontre thérapeutique priviliege l'usage de la communication agie ou ressentie, identique à celui du très jeune enfant. Le vécu de ces enfants [suivis en pédopsychiatrie] nécessite de nombreuses répétitions pour être saisi et élaboré par eux-mêmes.* » (Désobeau, 2008, p.79). Le travail sur la relation fait avec le psychomotricien, par la multiplication des expériences et des contextes, offre à l'enfant des supports qu'il pourra, par la suite, réutiliser dans sa vie quotidienne. Et ce notamment à travers la compréhension des états émotionnels d'autrui, qui permet à l'enfant de s'ajuster à son interlocuteur et de répondre de façon adaptée à la situation.

Pour cela, les psychomotriciens disposent d'outils facilitant l'accès aux émotions, et ce même à travers un masque chirurgical.

D. Un corps expressif et des outils pour soutenir la compréhension des émotions

En psychomotricité, le travail sur les émotions constitue un outil à part entière. Une séance est toujours connotée émotionnellement (Coenen, 2021). L'émotion y est vécue, expérimentée, mise en scène, jouée, exagérée, ... F. Boscaini ajoute que « *la salle de psychomotricité serait alors un espace-temps de shopping émotionnel, de rencontres et d'expériences nouvelles, diversifiées, que l'enfant peut faire sans danger, car pouvant se rétracter et revenir en arrière, recommencer [...], oser s'opposer, s'autoriser à céder, etc.* » (2010, p.84).

Pour amorcer ce travail, construire et renforcer les compétences émotionnelles des enfants reçus en séance, les dispositifs sont nombreux. La reconnaissance émotionnelle passe en grande partie par le visage et les mimiques qu'il offre à voir. Actuellement, ces dernières demeurent partiellement cachées par le masque chirurgical. Différents moyens permettent alors de soutenir et renforcer l'accès aux compétences émotionnelles et plus particulièrement aux émotions faciales.

Revenons sur les principaux moyens de compensation mentionnés tout au long de ce mémoire.

L'accentuation des émotions, et notamment à travers les mimiques faciales, entre en premier plan. Cette exagération, pertinente et utile aux personnes TSA dans un contexte classique, semble également prendre sens actuellement, dans le contexte de port du masque. Elle est utilisée pour aider Travin à deviner les émotions du jeu, ou avec Yavane afin qu'il perçoive notre mécontentement face à son comportement agressif. En soutien à ces accentuations

d'expressions faciales, la voix semble indispensable. L'intensité, l'intonation et le débit de cette dernière favorisent grandement la compréhension de l'intention, et donc de l'émotion. De plus, la voix reste perceptible malgré le masque qui n'altère que très peu sa perception auditive. Elle semble être un allier de taille pour favoriser la compréhension des émotions. Enfin le langage corporel vient, lui, soutenir l'émotion déjà portée par les expressions faciales et la voix. Il ancre l'émotion dans le corps et notamment par le tonus musculaire. Un corps-à-corps s'instaure dans l'interaction entre le psychomotricien et son patient. Non pas dans le sens combatif du terme, mais plutôt d'un point de vue littéral : les corps s'envoient des signaux. Le dialogue tonico-émotionnel est au cœur de la relation thérapeutique. Il permet l'ajustement des postures ou encore du toucher par lesquels transite l'émotion.

Ces composantes corporelles appuient et soulignent l'émotion, elles la font transparaître afin qu'elle soit perceptible pour autrui. D'ordinaire déjà accentuées pour favoriser la compréhension des personnes avec autisme, elles le sont encore plus lorsque l'on porte un masque. Ce point semble indispensable au vu des difficultés des personnes TSA à rendre compte et intégrer l'émotion d'autrui. Et malgré tout, l'émotion, impalpable, demeure parfois difficile à percevoir pour les enfants TSA. Le psychomotricien peut alors utiliser différents supports matériels pour expliquer et soutenir les compétences émotionnelles de ces patients.

Ainsi, lorsque le corps ne suffit pas à illustrer, des outils matériels entrent en jeu. Nous avons par exemple évoqué les supports visuels tels que la roue des émotions, utilisée par Narima, ou les photographies d'émotions. Ils représentent un médiateur, palpable et immobile, souvent plus facile à regarder que la personne humaine – mobile –, que représente le psychomotricien. Ces objets ont pour qualité d'être figés, ils offrent ainsi au patient le temps de l'analyse, de l'exploration, sans contrainte temporelle.

Enfin, un objet a permis de mêler corps et matériel : il s'agit du masque inclusif. Sa qualité propre qu'est la transparence offre à l'interlocuteur une fenêtre orientée sur sa bouche. Et ainsi une vision plus globale du visage. Pour autant, ce masque bien qu'il apparaisse aidant pour la lecture des émotions faciales, – comme nous le montre Travin qui décode mieux les émotions lorsque ce dernier est porté –, semble peu apprécié des enfants. Travin présente une aversion de regard plus importante, ainsi qu'un regard davantage périphérique lorsque le masque transparent est porté. Un autre enfant TSA, non mentionné ici, préfère-lui le port du masque chirurgical lorsque le choix lui est laissé. Le masque inclusif semble révéler un inconfort important pour les enfants suivis au cabinet. Serait-ce parce qu'il offre finalement une image morcelée du visage ?

Les moyens évoqués présentent des résultats variables en fonction des enfants. Néanmoins, il reste nécessaire, d'un point de vue global, de continuer de les utiliser de façon adaptée avec chaque patient pour renforcer l'apprentissage des compétences émotionnelles. C'est en proposant un riche panel de possibilités d'expressions que le patient pourra apprendre, identifier et se saisir des modalités favorisant sa compréhension du monde. Il disposera ainsi d'outils qu'il pourra mettre à profit dans sa vie quotidienne.

Finalement, le port du masque semble ouvrir la prise en soin psychomotrice à une nouvelle temporalité. Le psychomotricien comme le patient se retrouvent avec un objet, entre eux, qu'il faut apprendre à apprivoiser. Il est selon moi important que ce dernier soit pris en compte dans la séance de psychomotricité. La reconnaissance des émotions étant plus difficile avec le port du masque, le psychomotricien doit ralentir le rythme pour laisser davantage de temps à l'enfant d'analyser et de comprendre chaque situation. La complexité qu'apporte le masque ouvre à une nouvelle dynamique relationnelle.

E. Le masque, un frein pour le patient, mais pas seulement...

Tout au long de ce mémoire, l'accent a été mis sur les possibles influences que pouvait avoir le port du masque du psychomotricien dans la perception des émotions par le patient. Or, si la question était prise à l'envers, nous pourrions évoquer les effets du masque dans la prise en soin du patient, du point de vue du psychomotricien.

Le psychomotricien accorde une attention toute particulière au corps de son patient, à ses manifestations, même infimes, qui peuvent dire beaucoup de son état émotionnel. Alors, lorsqu'une partie du corps est cachée, nous imaginons sans difficultés les conséquences que cela pourrait avoir sur l'observation psychomotrice. Le fait de ne pas voir le bas du visage, et notamment la bouche, pourrait être considéré comme la pièce manquante d'un puzzle.

Je repense ici notamment à Yavane. Son masque semble dissimuler des informations clés, rendant difficile l'anticipation de ses crises hétéro-agressives.

Je nous revois également, en début d'année, lors d'une passation de bilan. L'adolescente porte un masque et ce dernier ne nous a pas tant gêné jusqu'à l'épreuve des diadococinésies. Nous étions alors en incapacité d'observer les éventuelles syncinésies orochirales qui se manifestaient peut-être sous son masque. Ce point soulève d'autres questions, et notamment sur toutes les

informations qui pourraient nous échapper, lors de la passation du bilan psychomoteur (lancer, attraper, écriture, etc.) et plus tard lors des séances.

L'arrivée du masque en séance de psychomotricité a forcé les psychomotriciens à s'adapter, à modifier mais surtout à enrichir leurs pratiques afin que l'influence de celui-ci reste positive – protéger – sans entraver l'activité du professionnel.

F. Les bénéfices d'un tiers

Ce mémoire, abordant un sujet nouveau, a éveillé beaucoup d'interrogations, et notamment quant à la clinique. J'ai rapidement réalisé la richesse que pouvait présenter les échanges avec ma maître de stage. Le fait d'être deux en séance constitue un avantage considérable dans l'élaboration et la compréhension des patients. Les observations sont plus riches, souvent complémentaires, parfois contradictoires aussi, elles questionnent et ouvrent à de nouvelles réflexions. Les apports théoriques sont multipliés. La relation au patient est modifiée, une nouvelle dynamique relationnelle peut alors s'ouvrir. Diverses interprétations d'une même situation fleurissent, elles se complètent, s'étoffent et enrichissent la prise en soin et la compréhension du patient grâce aux différents points de vue évoqués. Ces éventuelles divergences favorisent le débat, la discussion, l'ouverture finalement sur des points auxquels nous n'aurions peut-être pas pensé seul.

Le fait d'être deux en séance, à accompagner le patient, offre également de nouvelles perspectives, une dynamique relationnelle nouvelle. « *Le tiers renvoie à la création d'un espace triangulaire, [...] qui permet à la thérapie de dépasser les impasses de la relation dyadique. On ouvre ainsi la voie à des façons plus subtiles et perspicaces de créer des liens à la fois avec soi-même et avec les autres.* » (Hargaden, 2015, p.61). Ce point s'observe notamment dans le suivi de Narima⁴³, pour qui la relation à trois était initialement trop coûteuse. Elle a pu, une fois prête, nous signifier son désir d'entrer en relation à trois.

Le rôle du maître de mémoire pour l'étudiant, et des supervisions pour le psychomotricien, apportent un regard nouveau sur une pratique parfois restreinte par une seule façon de penser, de vivre et d'envisager les patients. Ces élaborations cliniques groupales permettent de prendre

⁴³ Cf. *supra*, III.D. Ma place de stagiaire, p.52

du recul quant aux problématiques rencontrées dans la prise en soin des patients, elles ouvrent à de nouvelles réflexions et peuvent redynamiser un suivi qui semble parfois bloqué.

Ce rôle me semble d'autant plus important dans l'abord d'un sujet nouveau, comme celui-ci.

G. Les limites d'une problématique portée sur l'actualité

Il était essentiel, pour moi, de traiter de l'actualité dans ce mémoire. Le port du masque n'est pas anodin dans les relations interpersonnelles, comme nous avons pu le constater tout au long de cet écrit. Pourtant, en débutant cette aventure, je savais que je me lançais dans quelque chose de périlleux. J'aimerais aborder particulièrement différents points.

Ce mémoire a été écrit dans un contexte particulier comme évoqué dans l'avant-propos. Nous sommes encore en plein dans la crise sanitaire, il est donc évident que nous n'avons pas le recul nécessaire à l'analyse de la situation d'un point de vue global. Pour autant, le fait que le port du masque soit encore « tout frais », offre selon moi une observation plus fine des vécus de chacun, avant que l'habitude ne vienne en atténuer les effets.

En écho au premier point et du fait de la récence du sujet, il n'existe, à ma connaissance, que de rares écrits traitant du sujet du port du masque en lien avec les personnes présentant un TSA. Je me suis donc appuyée sur des bases théoriques en lien avec les TSA dans un contexte dit « normal » pour penser et envisager ma propre théorie dans ce contexte nouveau.

Enfin, les réponses apportées ne sauraient s'appliquer à tous les enfants TSA. Les observations faites ne se basent que sur un groupe infime d'enfants dans un contexte où le sujet, bien que présent, ne constituait pas l'essence même des prises en soin auxquelles j'ai participé durant cette année. Les observations ont été menées dans le cadre du suivi psychomoteur de chaque patient, en respectant les objectifs thérapeutiques définis pour chacun. Elles retracent mon cheminement quant au sujet dans un temps et un contexte limité.

Le champ des possibles était immense, l'abord de ce sujet encore inexploré m'a permis une grande liberté dans l'élaboration de ce mémoire.

CONCLUSION

Ce mémoire, à défaut d'apporter des réponses concrètes et tranchées permet l'ouverture sur une problématique nouvelle : la question du masque chirurgical et de ses potentielles influences sur la lecture des émotions par les enfants avec autisme lors d'une prise en soin en cabinet libéral de psychomotricité.

L'émotion est essentielle en psychomotricité. Elle permet l'accordage du psychomotricien et de son patient afin de créer une relation thérapeutique forte et de confiance. Ce lien est d'autant plus important qu'il reste fragile, notamment avec les personnes TSA. Il est difficile à établir, et c'est ensuite un travail remis au cœur de chaque séance. Le psychomotricien offre au patient des stratégies compensatoires variées pour apporter les informations nécessaires au décryptage émotionnel, malgré le port du masque.

Finalement, la perception de l'émotion n'implique pas tant le visage que tout le corps, dans sa globalité. L'accentuation des mimiques est certes, une aide importante lorsque le masque est porté, mais elle ne suffit pas à l'enfant TSA pour lire l'émotion. Je soulignerai donc qu'au-delà des mots, le langage du corps demeure le meilleur vecteur de l'émotion. Je vois ici le langage corporel comme mouvements, postures, mimiques et expressions émotionnelles. Ce dernier propose une part de ce que le masque chirurgical prive de voir. Il est nécessaire de mettre à profit les différents sens pour être au plus près de l'émotion. C'est une chose que les patients cités dans ce mémoire exploitent d'eux-mêmes, via l'accompagnement psychomoteur.

Les capacités d'adaptation, nécessaires au psychomotricien, mentionnées durant les trois années de la formation en psychomotricité prennent ici tout leur sens, dans ce contexte nouveau induit par le port du masque.

Ce mémoire représente selon moi une porte d'entrée à de nouveaux questionnements qu'il conviendrait d'approfondir bien davantage encore. J'ai vu ce dernier comme une première approche du masque au cœur de la prise en soin psychomotrice. L'écriture enfin, a permis d'entre-ouvrir d'autres portes, concernant le masque chirurgical, qu'il advient désormais à chacun de pousser...

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
- Attwood, T. (2018). Chapitre 2. Le diagnostic. Dans *Le syndrome d'Asperger : Guide complet* (pp. 31-51). De Boeck Sup.
- Aubineau, L., Vandromme, L. et Le Driant, B. (2015). L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations. *L'Année psychologique*, 115(01), 141-174. <https://doi.org/10.4074/S0003503314000074>
- Autisme France. (2020). *Autisme, changeons la donne !* http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/2020-JMA-Autisme-France-DP.pdf
- Bastier, C. (2019). Présentation. Dans : C. Bastier, *Faciliter la communication et le développement sensoriel des personnes avec autisme : Guide d'activités pratiques* (pp. 27-30). Dunod.
- Berthoz, A. (2008). L'échange par le regard. *Enfances & Psy*, 4(4), 33-49. <https://doi.org/10.3917/ep.041.0033>
- Bertrand, J. (2015). *L'enfant autiste : Approche de l'immuabilité en psychomotricité*. De Boeck Sup.
- Bon, L., Lesur, A., Hamel-Desbruères, A., Gaignard, D., Abadie, P., Moussaoui, E. et Baleyste, J. (2016). Cognition sociale et autisme : bénéfices de l'entraînement aux habiletés sociales chez des adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme. *Revue de neuropsychologie*, 1(1), 38-48. <https://doi.org/10.3917/rne.081.0038>
- Boscaini, F. et Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances & Psy*, 4(4), 78-88. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0078>
- Brun, P. (2001). Introduction : La vie émotionnelle de l'enfant : nouvelles perspectives et nouvelles questions. *Enfance*, 53(3), 221-225. <https://doi.org/10.3917/enf.533.0221>

Brun, P. (2016). L'éducation émotionnelle chez l'enfant avec trouble du spectre autistique : enjeux et perspectives. *Enfance*, 1(1), 51-65. <https://doi.org/10.4074/S0013754516001051>

Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL). *Lexicographie*. (s. d.). <https://www.cnrtl.fr/definition/>

Coenen, C. (2021). *Une approche psychomotrice des émotions*. [Podcast]. Pensez psychomot. <https://anchor.fm/pensezpsychomot/episodes/11--Une-approche-psychomotrice-des-emotions-eqghhj>

Décret n° 88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes en rééducation psychomotrice. Décret psychomotricien. (J.O. 6 juillet 1990).

Désobeau, F. (2008). Un mode de communication privilégié : le langage du corps. Dans *Thérapie psychomotrice avec l'enfant : La rencontre en son labyrinthe* (pp. 73-80). Eres.

D'Ignazio, A. (2018, août 27). *Autisme : L'enfant et sa difficulté à regarder*. Solutions pour une société inclusive par Hop'Toys. <https://www.bloghoptoys.fr/autisme-lenfant-et-sa-difficulte-a-regarder>

Dumont, J. (2010). Émotions et relation éducative. *Empan*, 4(4), 150-156. <https://doi.org/10.3917/empa.080.0150>

Erner, G., Horiot, H., Toledano, E. et Nakache, O. (2019) *Autisme : nouveaux regards sur la norme* [Podcast]. France culture. <https://www.franceculture.fr/emissions/linvite-des-matinis/autisme-nouveaux-regards-sur-la-norme>

Fréour, P. (2014, 6 janvier). *La première carte corporelle des émotions*. Le Figaro Santé. <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2014/01/06/21819-premiere-carte-corporelle-emotions>

Galdin, M. et Laurencelle, L. (2008). Induction corporelle des émotions et performance. *Bulletin de psychologie*, 5(5), 461-476. <https://doi.org/10.3917/bopsy.497.0461>

Gatecel, A., et Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le grand livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application, formation et recherche*. Dunod.

Hargaden, H. (2015). Construction de la résilience : le rôle des limites fermes et le tiers dans la thérapie relationnelle de groupe. *Actualités en analyse transactionnelle*, 3(3), 56-65. <https://doi.org/10.3917/aatc.151.0056>

HAS. (2018, Fevrier). *Recommandation de bonnes pratiques*. Récupéré sur has-sante : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lefant_et_ladolescent__recommandations.pdf

Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M., et Mandy, W. (2017, 19 mai). “Putting on my best normal” : Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-017-3166-5?error=cookies_not_supported&code=c6bad9fe-9de7-47eb-a460-aeb9bda261c1

Inserm. (2018, 18 mai). *Autisme*. - La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme#:~:text=Ils%20se%20manifestent%20par%20des,de%20comportements%20ou%20de%20discours>

Institut Pasteur. (2019, 16 septembre). *Autisme (troubles du spectre de l'autisme)*. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/autisme>

La réciprocité émotionnelle. (s. d.). [Vidéo]. Participate ! https://www.participate-autisme.be/fr/videos.cfm?videos_id=4&videos_section=1

Larousse. (2017). Relation. Dans *Le petit Larousse illustré*.

Maffre, T. (2019). Définition et évolution des concepts : aspects historiques et cliniques. Dans J. Perrin, T. Maffre, et C. Le Menn-Tripì, *Autisme et psychomotricité* (éd. 2e). De Boeck Supérieur.

Meaux, E., Gillet, P., Bonnet-Brilhault, F., Barthélémy, C., et Batty, M. (2011). Les anomalies du traitement des émotions faciales dans l'autisme : un trouble de la perception globale. *L'Encéphale*, 37(5), 371-378. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.10.005>

Melal, S. (2018). *L'autisme au féminin, un diagnostic difficile A propos de la construction d'une échelle diagnostique.* [Thèse pour le doctorat en Médecine. UPJV, Amiens.] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02095622/document>

Michel, C. (2015). *Reconnaissance des émotions faciales pas des soignants impliqués auprès des patients atteints de maladie d'Alzheimer.* [Thèse pour le doctorat en Médecine. UL, Nancy.] <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732838/document>

Moreau, N. et Champagne-Lavau, M. (2014). Théorie de l'esprit et fonctions exécutives dans la pathologie. *Revue de neuropsychologie*, 4(4), 276-281. <https://doi.org/10.3917/rne.064.0276>

Motet-Fèvre, A., et Ramos, O. (2017). *Langage, communication et autisme.* AFD.

Nadel, J. (2003). Le futur des émotions : un nécessaire tressage des données normatives et psychopathologiques. *Enfance*, 1(1), 23-32. <https://doi.org/10.3917/enf.551.0023>

Nader-Grosbois, N. (2011). *La théorie de l'esprit.* De Boeck Supérieur.

Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.* Masson.

Organisation Mondiale de la Santé. (2018, 18 juin). *L'OMS publie sa nouvelle classification internationale des maladies (CIM-11)* [Communiqué de presse]. [https://www.who.int/fr/news-room/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news-room/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

Perrin, J., et Maffre, T. (2013). *Autisme et psychomotricité.* De Boeck.

Pireyre, E. W., Gadesaude, S., Lobbé, J., Meurin, B., et Vennat, T. (2019). *Autisme, corps et psychomotricité - Approches plurielles.* Dunod.

Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel : Une clinique psychothérapique du corps*. Eres.

Potel, C. (2019). *Être psychomotricien : Un métier du présent, un métier d'avenir* (édition revue et augmentée éd.). Eres.

Ric, F., et Muller, D. (2017). Chapitre 1. Qu'entend-on par cognition sociale ? Dans *La cognition sociale* (pp. 7-19). Presses universitaires de Grenoble.
<https://www.cairn.info/la-cognition-sociale--9782706126963-page-7.htm>

Santé publique France. (2020). *Autisme*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/autisme>

Sartre, J. P. (1943). Chapitre III.III. L' « être avec » (Mistein) et le « nous ». Dans *L'être et le néant : Essai d'ontologie phénoménologique* (p. 494). Gallimard.

Secrétariat d'Etat chargé des Personnes Handicapées. (2018, avril). *Autisme Changeons la donne!*

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/04/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_pour_lautisme_-_vendredi_6_avril_2018_2.pdf

Secrétariat d'Etat chargé des Personnes handicapées. (2021, 12 avril). *Covid-19 : Foire aux questions*. <https://handicap.gouv.fr/grands-dossiers/coronavirus/article/covid-19-foire-aux-questions>

Suarez Labat, H. (2017). Chapitre 3. Autismes et image du corps. Dans Boutinaud J. (dir.), *Image du corps : Figures psychopathologiques et ouvertures cliniques* (pp. 81-114). Editions In press.

Tanet-Mory, I. (2014). Troubles de la théorie de l'esprit et de l'intersubjectivité dans l'autisme sans déficit intellectuel : description et perspectives thérapeutiques. *Enfances & Psy*, 1(1), 106-115. <https://doi.org/10.3917/ep.062.0106>

Tcherkassof, A. et Frijda, N. (2014). Les émotions : une conception relationnelle. *L'Année psychologique*, 3(3), 501-535. <https://doi.org/10.4074/S0003503314003042>

Thiffault, J. (1978). Note de recherche. La psychomotricité et le développement de l'enfant : rôle du psychologue. *Revue des sciences de l'éducation*, 4 (2), 345–349. <https://doi.org/10.7202/038272ar>

Thommen, É., Suárez, M., Guidetti, M., Guidoux, A., Rogé, B. et Reilly, J. (2010). Comprendre les émotions chez les enfants atteints d'autisme : regards croisés selon les tâches. *Enfance*, 3(3), 319-337. <https://doi.org/10.4074/S0013754510003083>

Université de Genève. (2021). *Troubles du spectre de l'autisme : Biologie et neurosciences* [Diapositives]. Coursera. <https://www.coursera.org/learn/troubles-spectre-autisme-biologie-neurosciences/home/welcome>

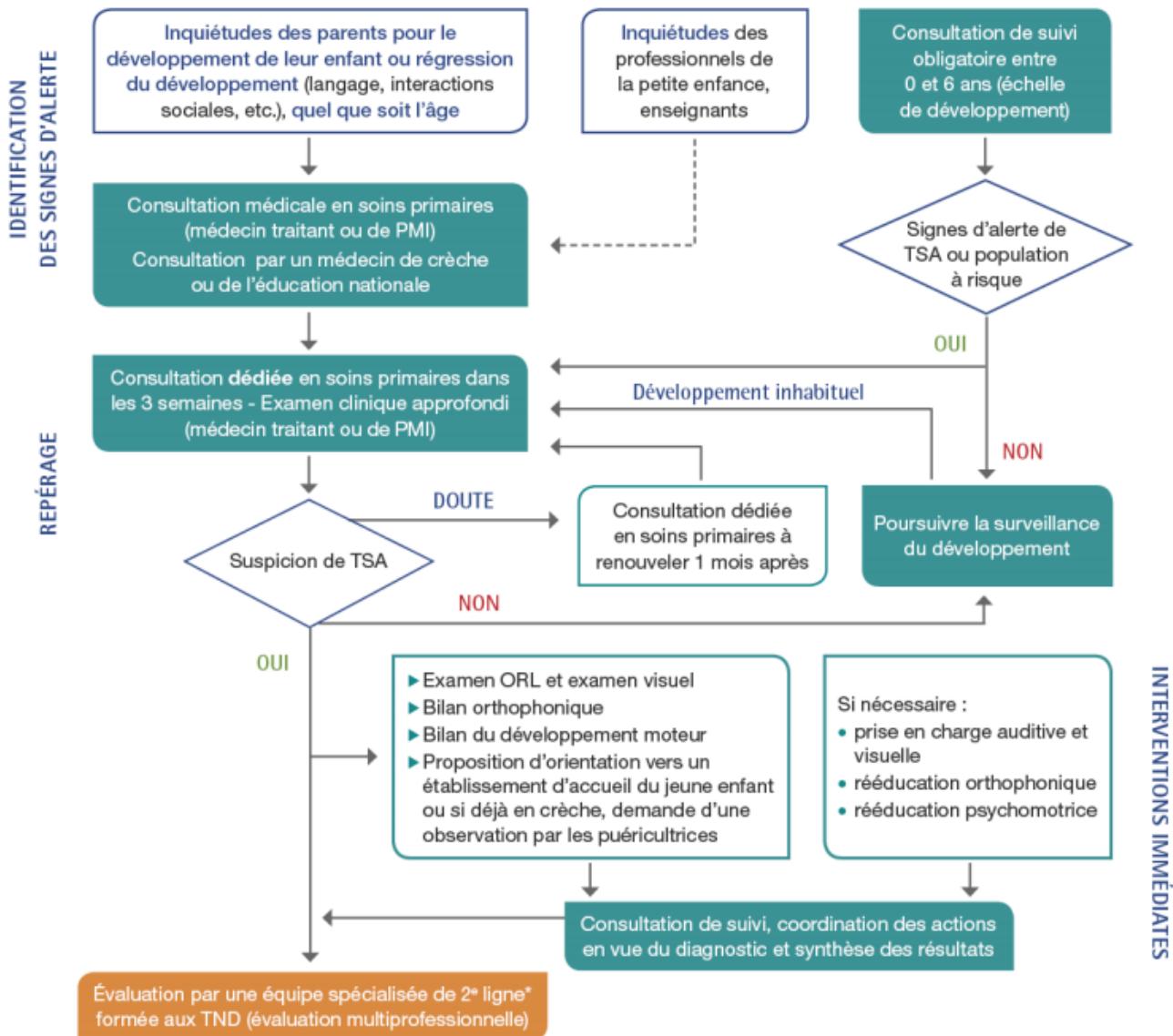
Van der Donck, S., Vettori, S., Dzhelyova, M., Mahdi, S. S., Claes, P., Steyaert, J., et Boets, B. (2021). Investigating automatic emotion processing in boys with autism via eye tracking and facial mimicry recordings. *Wiley Online Library*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/aur.2490>

Veneziano, E. (2015). Théories de l'esprit et acquisition du langage chez le jeune enfant. *Spirale*, 3(3), 119-136. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/spi.075.0119>

Vettori, S., Van der Donck, S., Nys, J., Moors, P., Van Wesemael, T., Steyaert, J., Rossion, B., Dzhelyova, M., et Boets, B. (2020, 23 novembre). Combined frequency-tagging EEG and eye-tracking measures provide no support for the “excess mouth/diminished eye attention” hypothesis in autism. *Molecular Autism*. <https://molecularautism.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13229-020-00396-5>

ANNEXES

Annexe I. Parcours de repérage du risque de TSA chez l'enfant.



*Équipes de pédopsychiatrie (services de psychiatrie infanto-juvénile dont centres-médico-psychologiques - CMP), services de pédiatrie, centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), réseaux de soins spécialisés sur le diagnostic et l'évaluation de l'autisme ou praticiens libéraux coordonnés entre eux par un médecin.

Source : HAS. (2018). *Recommandation de bonne pratique, Trouble du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent* (p. 13). Haute Autorité de santé (has-sante.fr)

Annexe II. Les niveaux de sévérité et de soutien chez l'enfant ou l'adulte présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA).

Niveau de sévérité	Communication sociale	Intérêts restreints et comportements répétitifs
NIVEAU 1 Nécessite un soutien	<ul style="list-style-type: none"> - Sans soutien, les déficits au niveau de la communication sociale provoquent des déficiences notables. - Difficulté à initier des interactions sociales, manifestation concrète de réponses atypiques ou vaines aux ouvertures sociales d'autrui. - Manque d'intérêt apparent pour les interactions sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les rituels et comportements restreints et répétitifs nuisent considérablement au fonctionnement de la personne dans un ou plusieurs contextes. - Résistance lors des tentatives d'une personne tierce de mettre fin aux comportements restreints et répétitifs ou la redirection des intérêts spécifiques.
NIVEAU 2 Nécessite un soutien important	<ul style="list-style-type: none"> - Déficits marqués au niveau des compétences de communication sociale verbales et non verbales. - Altérations sociales manifestes, en dépit des mesures de soutien mises en place. - Initiation limitée des interactions sociales, avec réponses réduites ou déficientes aux tentatives de socialisation des autres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les comportements restreints et répétitifs et/ ou les préoccupations ou les intérêts se manifestent assez souvent pour être remarqués par un observateur extérieur et pour perturber le fonctionnement de la personne dans plusieurs contextes. - La détresse et la frustration se manifestent lorsque les comportements restreints et répétitifs sont interrompus ; il est difficile de rediriger les intérêts de la personne.
NIVEAU 3 Nécessite un soutien très important	<ul style="list-style-type: none"> - Déficits graves dans les compétences de communication sociale verbale et non verbale, provoquant des déficiences graves dans le fonctionnement. - Initiation très limitée des interactions sociales. - Réponse minimale aux tentatives de socialisation des autres. 	<ul style="list-style-type: none"> - Des préoccupations, des rituels fixes et/ ou des comportements répétitifs qui nuisent considérablement au fonctionnement dans tous les domaines. - Détresse marquée lorsque les rituels et/ ou routines sont perturbés. - Il est très difficile de rediriger les intérêts puisque la personne y retourne rapidement.

Source : Aube Labbé, S. (2019). *Les trois niveaux de soutien comme décrits dans le DSM-5. Spectre de l'autisme. Les niveaux de sévérité ou de soutien chez l'enfant ou l'adulte vivant avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA) - Trouble du spectre de l'autisme (TSA) - spectredelautisme.com*

Annexe III. Infographies concernant le port du masque.



Le masque

Pourquoi mettre un masque ?

Attention, la Covid-19 est toujours là.

Je peux encore avoir la Covid-19.



Pour me protéger de la Covid-19, je dois mettre un masque dès que je sors de chez moi.



Je dois aussi respecter la distance de 1 mètre avec les autres personnes.



CNCPH

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

Comment mettre mon masque ?

1
Je me lave les mains avec du savon ou un gel désinfectant.



2
Je prends le masque par les élastiques pour le mettre sur mon visage.
Je ne touche pas le masque.



3
Je passe les élastiques autour de mes oreilles ou de ma tête.



4
Je tiens le masque sur le haut du nez.
Je tire le bas du masque sous le menton.



5
Si j'ai des lunettes, je les mets après le masque.
Mes lunettes sont sur le masque.



3

Il y a plusieurs sortes de masques.

Le masque jetable.

Ce masque a souvent 2 couleurs : la partie blanche se met contre le visage.



Les masques jetables ont une partie qui se plie pour mieux tenir sur le nez.



Le masque lavable.

Les masques lavables ont différentes formes et différentes couleurs.



Certains masques lavables ont une partie qui se plie pour mieux tenir sur le nez.



Certains masques ont une partie transparente pour voir la bouche.



Il y a plusieurs manières de faire tenir le masque sur mon visage :

des élastiques à mettre derrière les oreilles,



des cordons à attacher derrière la tête,



des élastiques à mettre derrière la tête.



Comment bien mettre mon masque ?

Mon masque doit toujours couvrir mon nez, ma bouche et mon menton.



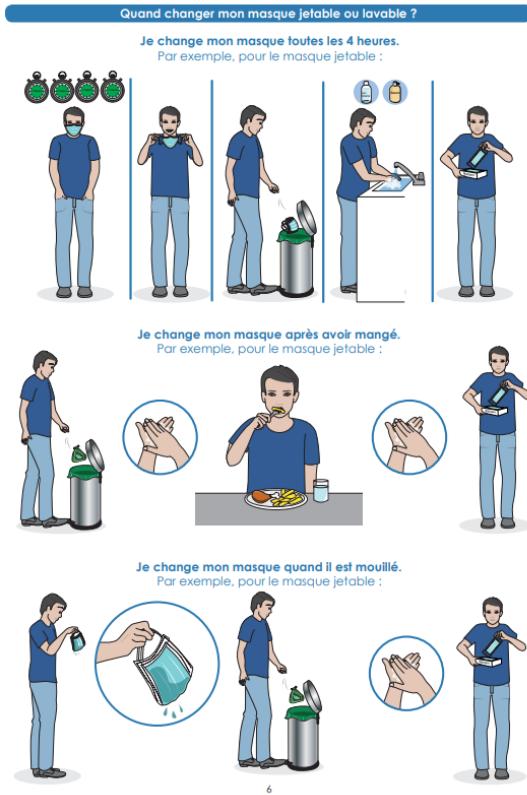
Quand mon masque est bien mis, je ne le touche plus.



Si je touche mon masque, je me lave les mains avec du savon ou du gel désinfectant.



4





Ce document a été réalisé par SantéBD



avec le soutien de Santé Publique France



avec l'expertise du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPh)



pour le Secrétariat d'Etat chargé des Personnes handicapées



Source : Santé BD (2020). *Le masque*. Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées.

[mettre_un_masque.pdf \(handicap.gouv.fr\)](http://handicap.gouv.fr)

RÉSUMÉ

Avec l'arrivée du virus de la covid-19, un objet devenu essentiel s'est rapidement imposé dans nos vies quotidiennes. Le masque chirurgical. C'est sans surprise que ce dernier s'est également invité au cœur des séances de psychomotricité, entre le psychomotricien et son patient.

Ce mémoire est le fruit de ma réflexion quant aux éventuelles influences que pourrait avoir le masque chirurgical sur la lecture et la compréhension des émotions faciales par les enfants présentant un Trouble du Spectre Autistique (TSA) dans leur prise en soin au sein d'un cabinet libéral de psychomotricité. J'y étaye ma réflexion en m'appuyant sur les étapes du développement de l'enfant TSA, l'étude de recherches concernant la lecture des mimiques faciales par ce public et enfin l'analyse de vignettes cliniques de trois enfants avec autisme : Yavane, Travin et Narima.

Ce mémoire offre une première approche personnelle sur un vaste sujet d'actualité.

MOTS CLÉS : autisme, enfants, psychomotricité, masque chirurgical, émotion, relation.

SUMMARY

With the Covid-19 virus, an item quickly became essential to the point where it imposed itself on our daily lives. The surgical mask. Therefore, it was also introduced to psychomotor therapy sessions, between the psychomotor therapist and his patient.

This thesis is the result of my reflection regarding the eventual influences that the surgical mask could have on the reading and understanding of facial emotions by children with Autism Spectrum Disorder (ASD) within the liberal psychomotricity cabinet. In this thesis, I underpin my reflection by relying on the development stages of children with ASD, the study of research concerning the reading of facial expressions by this audience and finally the analysis of clinical vignettes of three children with autism : Yavane, Travin and Narima.

This thesis offers a first personal approach on a vast topical subject.

KEY WORDS : autism, children, psychomotor therapy, surgical mask, emotion, relationship.

