

# ÉVOLUTIONS PSYCHOMOTRICES

Revue éditée par la Fédération Européenne des Psychomotriciens  
(Président fondateur : Philippe Choupin), en partenariat avec  
l'Organisation Internationale de Psychomotricité et de Relaxation  
Directeur de la publication : Gérard Hermant  
Rédactrice en chef : Alexandrine Saint-Cast  
ISSN : 1157 - 1039  
Dépôt légal : à parution  
Direction, rédaction, service abonnements :  
5 rue Copernic - 75116 Paris

---

## QUELS CHAMPS D'ACTION DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRES D'ENFANTS ET ADULTES TSA ENTRE PRATIQUES RECOMMANDÉES ET PROGRAMMES GLOBAUX ?

## WHAT FIELD OF ACTIVITY FOR THE PSYCHOMOTRICIAN WITH CHILDREN AND ADULTS WITH ASD BETWEEN RECOMMENDED PRACTICES AND GLOBAL PROGRAMS?

**Aurélien D'IGNAZIO\***, Psychomotricien DE, Master en psychomotricité, enseignant à l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice. Formé en intégration sensorielle Niveau 3.

\*aurelien.dignazio@free.fr

---

### Résumé

L'intervention du psychomotricien est actuellement intégrée aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (2012) et dans le plan Autisme (2013-2017) à différents niveaux. Tout en précisant ces niveaux d'interventions, nous clarifierons la complémentarité possible de la psychomotricité au sein des programmes globaux recommandés. Une analyse de la littérature nous permettra d'insister sur l'importance de la détection, de l'évaluation et des stratégies de rééducation des troubles psychomoteurs impactant sur la motricité ainsi que sur la sensorialité de la personne avec autisme, à tout âge de la vie. Nous en dégagerons une réflexion sur la spécificité de l'approche psychomotrice tout en encourageant la méthode scientifique dans la méthodologie et l'évaluation des résultats.

### Mots clés

Psychomotricité – autisme - troubles moteurs et sensoriels - Haute Autorité de Santé

### Abstract

The psychomotor intervention is now integrated with the recommendations of the High Authority of Health (2012) and the Autism Plan (2013-2017) at different levels. While stating these levels of intervention, we will clarify the potential complementarity of psychomotricity within recommended

---

global programs. A literature review will allow us to emphasize the importance of the detection, evaluation and rehabilitation strategies of psychomotor disorders affecting the motor skills as well as the sensory of the person with autism at any age life. In this reflection we will release on the specificity of the psychomotricity while encouraging the scientific approach in the methodology and the evaluation of results.

### **Key words**

Psychomotricity – autism - motor and sensor disorders - French National Authority for Health

## **INTRODUCTION**

De par son histoire, la pratique psychomotrice conjugue plusieurs sensibilités et conceptions théoriques. Elle se positionne au carrefour des sciences humaines et médicales, entre intersubjectivité relationnelle et critères fonctionnels objectifs, à l'intersection de paradigmes phénoménologiques et positivistes.

La nécessité de rigueur préconisée par la Haute Autorité de Santé dans le champ de la prise en charge des personnes présentant un Trouble du Spectre Autistique (TSA) nous amène à (re)considérer une partie de notre pratique pour la faire coïncider avec les exigences de la méthodologie scientifique, en répondant notamment aux critères d'évaluation et de mise en évidence de nos résultats.

Nous proposons une réflexion sur la place de la psychomotricité au sein des préconisations actuelles et sur sa complémentarité avec les programmes globaux.

L'intervention du psychomotricien est déjà bien intégrée dans les prises en charges des personnes avec TSA, mais il semble important d'affiner son champ d'action dans certains domaines ciblés par les recommandations (HAS, 2012) tout en s'appuyant sur une analyse de la littérature.

## **LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES ET LES PROGRAMMES GLOBAUX**

La prise en charge psychomotrice s'inscrit dans les *interventions non médicamenteuses*, et fait partie des *interventions thérapeutiques ciblées* (HAS, 2012).

Le psychomotricien a pour fonction première de repérer les troubles psychomoteurs à l'aide d'un bilan qui lui est spécifique et qui associe observations cliniques et tests standardisés (Le Menn-Tripi, 2013). Ce faisant, il contribue à l'évaluation nécessaire à la formulation d'un diagnostic et à l'élaboration d'un projet de soin individualisé, axé autour des compétences, difficultés et intérêts de la personne.

La mise en perspective de ces données avec les besoins repérés par l'entourage permet d'apprécier l'indication d'une rééducation psychomotrice et de dégager des objectifs opérationnels.

Les recommandations (HAS, 2012) encouragent les psychomotriciens à définir les axes de prise en charge ainsi qu'un calendrier d'évaluation objective de l'évolution des fonctions essentielles ciblées par l'intervention rééducative.

Il est également souligné l'importance de la formation initiale et continue<sup>1</sup>, afin que les psychomotriciens travaillant auprès des populations avec TSA puissent continuellement actualiser leurs connaissances (Entretiens de psychomotricité, 2014).

### **La psychomotricité au sein des programmes développementaux**

*Modèle d'intervention de Denver (Dawson, Rogers & al., 2010) (Grade B) ; Thérapie d'Echange et de Développement de Barthélémy (Lelord & al., 1995) (consensus formalisé).*

Ces programmes proposent des outils d'évaluation ciblés ainsi que des dispositifs d'intervention. L'interdisciplinarité de la prise en charge est encouragée, contribuant à porter un regard global sur l'ensemble des difficultés que peut rencontrer l'enfant avec TSA.

Le psychomotricien apporte ses connaissances du développement psychomoteur en évaluant la compétence à acquérir comme se situant dans la zone proximale de développement (Miermon & al., 2011) et ainsi optimiser son émergence potentielle. En s'inscrivant au plus près de l'évolution de l'enfant, nous évitons l'écueil d'un apprentissage de surface afin de favoriser une inscription neuro-développementale durable qui sous-tendra l'élaboration des compétences plus complexes.

Dans ces différents programmes, le jeu et le plaisir partagés sont encouragés comme support des premiers apprentissages (Barthelemy, 1995; Rogers, 2013). La mise en place de situations et d'aménagements ludiques est au centre de l'approche du psychomotricien pour soutenir l'investissement du corps de la personne concernée, autant dans ses aspects instrumentaux que relationnels (Bénavidès, 2013).

Au sein de la plate-forme des acteurs de la prise en charge, le modèle de Denver évoque le rôle du psychomotricien avec pragmatisme : « responsable du dépistage initial, de l'évaluation si nécessaire, de la révision des objectifs, de la mise en œuvre du traitement concernant le fonctionnement sensoriel et moteur des enfants présentant des anomalies marquées dans ce domaine » (Rogers, 2013, p.85).

Les programmes de Thérapie d'Echange et de Développement s'élaborent quant à eux dans l'esprit d'une disponibilité à l'autre, agrémentée d'une proposition quotidienne de situations d'interactions et d'exercices psychomoteurs (parcours, jeux de rythme, relaxation...) (Le Menn-Tripi, 2013).

### **La psychomotricité au sein des programmes psycho-éducatifs**

*Méthodes issues de l'ABA (Lovaas, 1987) (Grade B) ; le programme TEACCH (Schopler et al., 1995) (Grade C).*

Ces programmes sont davantage axés sur l'apprentissage, l'autonomie ainsi que l'analyse des comportements. L'expertise psychomotrice au sujet des particularités sensorielles et motrices de la personne TSA peut s'articuler avec ces dispositifs en facilitant :

- l'évaluation des déficits praxiques au regard d'une norme au moyen de l'adaptation d'outils standardisés ;

---

<sup>1</sup> L' Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice de Paris, formant 250 psychomotriciens par an, intègre les recommandations de bonnes pratiques (HAS et ANSEM, 2012) dans leur dispositif de formation continue, tout comme l'Institut de Formation de Toulouse.

- l'optimisation de la structuration de l'environnement (selon le niveau d'activité, les hypersensibilités et hyposensibilités repérées...) et la proposition d'adaptations en milieu écologique ;
- l'éclairage sur certains troubles du comportement ;
- la proposition de renforçateurs spécifiques découlant du repérage des centres d'intérêts de la personne ;
- la sélection des guidances pédagogiques appropriées (notamment si celles-ci nécessitent un contact tactile avec la personne, afin de porter un regard sur les manifestations tonico-émotionnelles pouvant en découler).

Les principes de l'éducation structurée sont de plus en plus intégrés aux séances de psychomotricité : séquençage visuel de l'intervention au moyen d'un Time-Timer®, utilisation de matériels concrets ou de photos choisies au préalable, structuration de l'espace de la salle et/ou du bureau selon les attentes, adaptation des consignes au niveau cognitif de la personne, instauration de routines, utilisation de renforçateurs afin d'augmenter la motivation de la personne à reproduire le comportement adapté en cours d'acquisition... (Entretiens de psychomotricité, 2014). Nous relevons que les renforçateurs tangibles d'ordre sensoriels constituent une alternative particulièrement intéressante car permettant d'associer la probabilité d'augmentation d'un comportement ciblé tout en apportant un équilibre sensori-tonique nécessaire à la personne avec autisme.

Tous ces modèles d'intervention et leurs grilles d'évaluations sont élaborés pour des enfants. Leur transposition pour une population adulte n'est pas établie.

Par sa connaissance du fonctionnement du corps à tout âge de la vie, le psychomotricien est apte à proposer des adaptations selon l'âge et les domaines à renforcer.auprès des adultes, il apporte une lecture développementale des troubles mais privilégie une approche fonctionnelle dans son intervention. Celle-ci vise à évaluer de façon concrète les difficultés adaptatives au quotidien pour restaurer l'adéquation de la personne à son environnement par la réduction ou la disparition du trouble psychomoteur ou par la proposition de compensation.

## **L'INTERVENTION DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LE DOMAINE MOTEUR**

La revue de la littérature de Rogers & Benetto (2002) relève les principales difficultés motrices chez les enfants TSA dans les domaines postural, praxique, tonique, de motricité manuelle, d'imitation et de planification motrice.

D'autres particularités sont décrites comme les stéréotypies motrices, les retards et atypies du développement, les troubles de la motricité fine et globale, les altérations de l'imitation et les troubles de la latéralité (Matson & *al.*, 2011 ; Downey & Rapport, 2012 ; Gowen & Hamilton, 2013).

La plupart de ces éléments font partie des champs d'actions figurant dans le décret d'acte du Diplôme d'Etat du psychomotricien<sup>2</sup>, particulièrement formé pour les traiter.

---

<sup>2</sup> Article R-4332 du Code de Santé Publique

Son intervention pour repérer, évaluer et quantifier les potentialités et fragilités de l'organisation motrice de la personne apparaît nécessaire pour répondre aux exigences des évaluations initiales préconisées. En revanche, nous ne trouvons pas à l'heure actuelle de recommandations précises en la matière mise à part que « les outils sont à adapter » (HAS, 2012), ce que les psychomotriciens ont toujours fait intuitivement de par la diversité clinique de leur patients, au moyen de tests étalonnés (Echelle de Coordination Motrice de Charlop Atwell<sup>3</sup>, Batterie d'Évaluation du Mouvement M-ABC<sup>4</sup>, Echelle de Développement Brunet Lézine<sup>5</sup>...) ou d'observation clinique structurée.

Dans le domaine de l'autisme, nous relevons que la plupart des échelles d'évaluation traduites en français comprennent des items traitant des coordinations motrices globales et fines (CARS, 1988 ; PEP, 1990 ; AAPEP, 2005 ; EFI, 2005 ; Vineland II, 2015). Ces outils de mesure dans une logique d'intervention permettent de repérer les acquisitions lacunaires. Le psychomotricien peut apporter son expertise du domaine moteur dans la conception des échelles, de l'objectivité de leur cotation au projet de réadaptation qui en découle.

Le Trouble de l'Acquisition de la Coordination (TAC), est une perturbation spécifique du développement moteur débutant dans la petite enfance, dont la prévalence dans la population générale est estimée à 6% (Gillberg, 2003). Il semble que sa prévalence dans les TSA serait comprise entre 34 et 79% (Matson & al., 2011). Le Manuel du DSM 5 reconnaît à présent l'entité morbide TAC comme une comorbidité du TSA (APA, 2013).

Une de nos réflexions actuelles (Entretiens de psychomotricité, 2014) porte sur les compatibilités de la mise en oeuvre des stratégies habituellement opérantes chez les personnes neurotypiques atteintes de TAC auprès des personnes avec TSA<sup>6</sup> (Madiou & Ruiz, 2014). Il s'agit de méthodes orientées sur la performance, préconisant une attention particulièrement portée sur la tâche spécifique et les moyens nécessaires à son apprentissage (Shumway & Woolcott, 2001). Les approches cognitives et particulièrement la méthode Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) ont montré leur efficacité dans plusieurs études pour améliorer les performances des personnes présentant un TAC (Henderson & Henderson, 2002 ; Salvan & Albaret, 2006 ; Zwicker & al, 2012 ; Blank & al. 2012). Une étude sur les performances motrices déficitaires dans l'autisme de haut niveau et utilisant un outil appelé « plateforme d'analyse du mouvement » a permis d'évaluer l'efficacité de ce type d'intervention dans cette population (Gallot, 2014).

Le psychomotricien utilise certains outils issus de cette méthode auprès de personnes TSA comme le séquençage de la tâche en étapes, la focalisation sur les points d'exécutions, les techniques de chainage et les aménagements matériels.

A noter que la mise en place d'une communication alternative par signes (Makaton), bénéfique pour certaines personnes avec TSA, peut être optimisée par l'affinement des praxies.

## **L'INTERVENTION DU PSYCHOMOTRICIEN DANS LE DOMAINE SENSORIEL**

---

<sup>3</sup> Charlop & Atwell 1980 ; Albaret & Noack, 1994

<sup>4</sup> M-ABC adaptation française : Soppelsa & Albaret, 2004

<sup>5</sup> Echelle de Développement psychomoteur de la première enfance : Brunet, Lézine, 2001

<sup>6</sup> Nous précisons qu'il s'agit de personnes autistes avec langage et sans déficience intellectuelle majeure

Les recherches indiquent que les personnes ayant un trouble du spectre autistique présentent fréquemment des réactions aux stimuli sensoriels différentes de celles des personnes au développement typique. Les études montrent que 45 à 95 % des enfants ayant un TSA présentent des anomalies sur le plan sensoriel et perceptif (Watling & al., 2001; Ben-sasson & al., 2007; Baranek & al., 2008; Tomchek & al., 2007). Les troubles de la modulation sensorielle font partie des tout premiers symptômes observés par les parents.

La littérature scientifique ne révèle à l'heure actuelle que peu d'études portant spécifiquement sur les profils sensoriels des adultes avec autisme. Les témoignages individuels (Grandin, 1994, 1997, 2011) vont néanmoins dans le sens d'une persistance des désordres sensoriels à l'âge adulte. Les données de certaines études (Leekam & al., 2007 ; Crane & al., 2009) suggèrent une continuité des anomalies sensorielles au fil de la vie contrairement à d'anciens résultats basés sur l'hétéro-évaluation des familles (Kern & al., 2007).

Nous trouvons des échelles d'évaluation spécifiques traduites en français :

-Le Profil Sensoriel (Dunn, 2010), étalonné auprès d'enfant et souvent utilisé dans la recherche scientifique ;

-Le Profil Sensoriel et Perceptif PSP-R (Bogdashina, 2012), établi pour enfant et dont l'étalonnage en cours pour les adultes devrait s'intituler Quotient de Perception Sensorielle (Tavassoli, Baron Cohen, 2014) ;

-L'échelle ECAA : Evaluation Sensorielle de l'Adulte avec Autisme (Degenne, 2014), validée récemment et déjà expérimentée dans différents établissements. Elle vient combler le manque d'outil d'évaluation à ce jour pour la population adulte.

Nous pouvons également évoquer Le Bilan sensori-moteur d'André Bullinger®, non étalonné, et qui n'est pas une échelle, mais pouvant se classer dans les outils d'observation clinique structurée dont se servent les psychomotriciens.

Le concept d'intégration sensorielle, issu de la neurophysiologie intégrative, apporte des outils de compréhension des causes du fonctionnement comportemental des enfants et adultes diagnostiqués TSA. Malgré la difficulté de validation des travaux sur ce thème, l'intégration sensorielle apparaît comme une alternative très employée au sein des programmes thérapeutiques aux Etats-Unis (Gorgy, 2013) ainsi qu'en Australie et au Canada (Brown, Rodge & al., 2005).

Les déficits en intégration sensorielle peuvent altérer les fonctions de la vie quotidienne impliquant l'attention, le mouvement, l'équilibre, la planification, les perceptions auditives et visuelles.

Les programmes en intégration sensorielle font intervenir diverses activités, qui comprennent généralement une combinaison de stimulation contrôlée des systèmes sensoriels et d'activités motrices (Ayres, 1972; Bundy & Murray, 2002; Hoehn & Baimeister, 1994; Vargas & Camili, 1999; Bundy & Murray, 2002; Hodgetts & Hodgetts, 2007).

Selon Polatajko et Cantin (2010), l'application de stimulation sensorielle ciblée a pour effet d'améliorer le traitement neurologique du sens stimulé. Le but de cette approche consiste à fournir au sujet les stimulations appropriées, afin d'amener une maturation du processus de réception et d'analyse des informations sensorielles (Schaff & al., 2009). Lorsque les thérapies fournissent des stimulations à un niveau suffisant et acceptable pour l'enfant, Ayres (1972, 2005) émet l'hypothèse qu'un changement se produit au niveau cérébral en raison de la plasticité neuronale.

Au regard des parents, l'intégration sensorielle permet de faire évoluer l'enfant TSA sur le plan de sa socialisation et contribue à modifier ses intérêts restreints (Cohn, 2001).

Nous disposons à l'heure actuelle d'un grand nombre de données empiriques justifiant le recours à des interventions axées sur le traitement des troubles de la modulation sensorielle. Différentes procédures d'analyse des comportements ont montré leur efficacité lorsque ceux-ci interfèrent avec les apprentissages, comme les crises de colère, l'automutilation et la stéréotypie vocale et motrice (Hanley & *al.*, 2003; Odom & *al.*, 2003; Devlin & *al.*, 2007; Cooper & *al.*, 2007; Prior & *al.*, 2011; Dounavi, 2011).

Les programmes sensoriels sont mis en place pour faciliter l'autonomie et l'opérationnalité de la personne dans son quotidien. Par exemple l'habituation par stimuli tactiles variés pour une personne hypersensible au toucher (Wilbarger, 1991; 1995), l'aménagement d'exercices vestibulaires et proprioceptifs pour celle ayant besoin de la sensation de mouvement pour trouver son équilibre sensori-moteur, la proposition de stimulation de la zone orale pour diminuer la mise en bouche des choses non comestibles, etc.

Par ailleurs, Schaaf & Nightlinger (2007) évoquent les interventions indirectes dans l'environnement des enfants. Cela permet d'améliorer leur participation, particulièrement en classe et de mieux tenir compte des stimulations sensorielles.

Les activités proposées sont sélectionnées en s'appuyant sur l'utilisation d'un équipement et de ressources spécialisés : brosses, balançoires, trapèzes, ballons vestibulaires, couvertures et vestes lestées (Parham & *al.*, 2007; Pollock, 2009). Une veste lourde offre une stimulation proprioceptive et tactile à celui qui la porte (Davis, Dacus & *al.*, 2013), l'objectif étant la plupart du temps de produire un effet calmant (Fertel-Daly, Bedell & Hinojosa, 2001). L'utilisation de ces vestes a permis de voir une augmentation des capacités d'attention visuelle et une diminution des comportements d'autostimulation (Fertel-Daly & *al.*, 2001). Souvent, le protocole d'utilisation de ces vestes comporte de grandes variations (Davis & *al.*, 2013; Morrison, 2007; Olson & Moulton, 2004).

L'exposition importante de ce genre de matériel (vestes lestées, gilets de compression, couvertures proprioceptives) dans les principaux circuits de ventes spécialisées en France et aux Etats-Unis confirme l'intérêt de ces outils pour les familles au quotidien.

L'utilisation de techniques corporelles comme les pressions profondes a permis de constater également une augmentation des capacités d'attention et du niveau de réponse de l'enfant autiste (Field & *al.*, 1997). Une autre étude montre les effets bénéfiques des stimulations tactile et kinesthésique sur la prise de poids, les capacités d'alerte et la maturité des processus d'habituation sensorielle chez des enfants prématurés (Field & *al.*, 1986).

Ainsi, il apparaît que les renforcements tactiles et proprioceptifs ont un impact positif, tout en gardant à l'esprit qu'il ne s'agit pas de solutions absolues ni uniques et qu'il est nécessaire de prendre des précautions avant de les utiliser (Gorgy, 2013). La prise en charge du psychomotricien sensibilisé à ces techniques se compose souvent de mesures de protections (axées sur l'environnement du sujet) et de mesures de renforcement (axées sur le sujet).

Néanmoins, les résultats en lien avec cette approche sont encore peu évalués et ne bénéficient pas suffisamment de validations scientifiques systématiques contrôlées dû à l'hétérogénéité des dispositifs proposés ainsi que des particularités interindividuelles des réactions aux traitements (Case-Smith & Arbesman, 2008 ; May-Benson & Koomar, 2010 ; Watling & Dietz, 2007 ; Pfeiffer, Koenig, & *al.*, 2011). Ils ne fournissent que des preuves limitées quant au fait que ces interventions

corrigent bien les problèmes sensoriels sous-jacents pour les enfants ayant un TSA (Lang & al., 2012; Prior & al., 2011; Sinha & al., 2011; Odom & al., 2010; Leong & Carter, 2008, National Standards Project, 2009; Kane & al., 2005).

Bien que les traitements d'intégration sensorielle ne peuvent être considérés comme ayant une action véritablement curative des particularités neurodéveloppementales de la personne avec autisme, ces outils font néanmoins partis des rares à proposer une forme d'opérationnalité non intrusive en terme d'évaluation des troubles de la modulation sensorielle, de lecture des troubles du comportement et de moyen d'intervention du quotidien. Il constitue par ailleurs une modalité de soin susceptible de répondre tant à des besoins immédiats (situation de crise) qu'à des objectifs de soin à moyen et long terme pour des personnes avec TSA.

Les programmes et traitements sensoriels ne peuvent être administrés qu'après une évaluation éclairée et objective par un professionnel formé. L'intervention du psychomotricien, sensibilisé à cette approche, prend tout son intérêt au sein d'une réflexion interdisciplinaire.

## **ASPECT SPECIFIQUE DE L'INTERVENTION DU PSYCHOMOTRICIEN**

Si les champs de la motricité et de la sensorialité n'appartiennent certainement pas à une profession en particulier, c'est probablement dans leurs articulations que le regard du psychomotricien puise son intérêt. Cette approche globale, au carrefour du fonctionnement sensori-moteur, socio-émotionnel et cognitif (Le Menn, 2013), permet de ne pas considérer le trouble de façon isolée mais de le lier à la trajectoire développementale de la personne.

Après avoir ciblé les domaines lacunaires, le psychomotricien tend à renforcer aussi bien la motricité à visée fonctionnelle (dominance latérale, régulation tonique et posturale, coordinations visuo-manuelles, tâches motrices du quotidien...) que la motricité à visée sociale (jeux d'imitation, situations de coopération motrice, décodage de la communication non verbale, interaction à l'autre...).

Ces dispositifs s'accordent avec les particularités de traitement cognitif des personnes autistes, décrites dans la plupart des études scientifiques actuelles, comme les déficits d'une exploration visuelle des visages (Hernandez & al., 2009), la réactivité atypique des systèmes cérébraux miroirs (Dapretto & al. 2006), les troubles d'intentionnalité des actes moteurs (Cattaneo & al. 2007)...

L'évaluation du schéma corporel est également un domaine particulier au psychomotricien. Son investigation au moyen de tests et d'observations cliniques permet d'évaluer dans quelle mesure la personne connaît son corps, se le représente et l'investit. Si nécessaire, nous établissons alors des mesures pour guider le sujet vers une (ré)appropriation plus adaptée de son corps (diminution des auto-stimulations trop envahissantes, régulation des émotions, apaisement de l'anxiété...).



La diminution des stéréotypies est décrite dans certains protocoles menés par des psychomotriciens, que ce soit dans des études comparatives avant/après séance (Chapeau, 2014)<sup>7</sup> ou dans des études de cas où sont décrits des exercices procurant des sensations de « substitution à la stéréotypie »<sup>8</sup> (Savary, Loridon, 2013).

La capacité à pouvoir exprimer un vécu corporel (selon le mode de communication de la personne) est une compétence qui se travaille également en psychomotricité et apparaît souvent très précieuse dans la réflexion interdisciplinaire, par exemple pour la prise en charge de la douleur.

Enfin, la multiplicité de nos approches à médiation corporelle permet d'adapter nos prises en charge à tout le spectre autistique, considérant les particularités cognitives, les centres d'intérêt, ainsi que l'âge des personnes concernées.

Nous retrouvons dans ces approches les mises en situation perceptivo-motrices : parcours psychomoteurs, jeux d'imitation, jonglage et manipulations d'objets (D'Ignazio & Faideau, 2015)..., les dispositifs médiatisés dans des cadres spécifiques (activités circassiennes, balnéothérapie...), les approches à visée rééducative comme le graphisme ou les coordinations motrices (Polatajko, 2004), les groupes d'habiletés sociales (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011; Vermeulen, 2010), les techniques d'intégration sensorielle (Ayres, 1972 ; Gorgy, 2013), etc.

## CONCLUSION

Nous œuvrons pour la poursuite de la recherche en psychomotricité, en adéquation avec les critères scientifiques préconisés, afin de tenter de combler certaines lacunes méthodologiques et bibliographiques relevées par le plan autisme (2013-2017).

La complexité de cette démarche tient dans la nécessité de mettre au point des dispositifs d'évaluation reposant sur des critères scientifiques tout en continuant à considérer l'individu dans sa globalité sans le réduire à un enchevêtrement de déficiences.

Néanmoins, la synthèse de la littérature existante et des données empiriques, parfois encore à des stades expérimentaux, montre l'intérêt de notre approche dans l'amélioration du quotidien des personnes avec autisme.

Les soins psychomoteurs ont vocation à participer plus largement à une lecture des particularités neurodéveloppementales et comportementales, tout en permettant de proposer une forme d'opérationnalité non intrusive en terme de détection, d'évaluation et de moyen d'intervention sur les troubles spécifiques de la personne avec autisme.

---

<sup>7</sup> dans un espace Snoezelen, auprès de personnes adultes avec retard mental sévère et observant au moyen d'une échelle de type Likert le degré d'investissement sensoriel des activités proposées, pendant deux ans.

<sup>8</sup> utilisation de trampoline auprès de personne présentant un handicap moteur sévère et des traits autistiques

## Références bibliographiques

- Ajuriaguerra J. de. (1977). Manuel de psychiatrie de l'enfant, Paris, Masson.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ème ed); Washington, D.C.
- Ayres J. (1972). *Sensory integration and Learning Disorders*. Los Angeles : CA.
- Baghdadli A., Brisot-Dubois J. (2011) Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme. Paris: Masson.
- Ben-Saison A., Hen I., Fluss R., Cermak S.A., Engel-Yeger B. & Gal E. (2009). « A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 39, p. 1–11.
- Benavides T. (2013). Jouer : une thérapie psychomotrice éactive, *Evolutions Psychomotrices*, 25(100), 65-69.
- Baranek G.T., Wakefort C.L. & David F.J. (2008). « Understanding, assessing and treating sensory-motor issues in young children with autism », dans K. Chawarska, A. Klin et F. Volkmar (dir.), *Autism Spectrum Disorders in Infancy and Early Childhood*, NY, Guilford Press.
- Barthelemy C., Lelord G., Hameury (1995). L'autisme de l'enfant : La thérapie d'échange et de développement. Paris: Expansion Scientifique Française
- Blank R. & al (2012). European Academy for Childhood Disability : Recommendations of developmental coordination disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54(1), 54-93.
- Bogdashina O. (2005). *Sensory Profiles Checklist (Revised), Sensory Perceptual issues in autism and Asperger Syndrome*. London and Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers.
- Brisot-Dubois J., Amaria Baghdadli A. (2011). Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme, Paris: Masson.
- Brown G. T., Rodger, S., Brown, A. & Roevers, C. (2005). A comparison of Canadian and Australian paediatric occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 12, 137-161.
- Bundi A.C. & Murray E.A. (2002). « Sensory integration: Jean Ayres' theory revisited », dans A. C. BUNDY, S. J. LANE et E. A. MURRAY (dir.), *Sensory integration theory and practice*, 2e édition, Philadelphia, F. A. Davis, p. 3–33.

- Case-Smith J. & Arbesman M. (2008). Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 416-429.
- Cattaneo L., Fabbri-Destro M., Boria S., Pieraccini C., & al. (2007). Impairment of actions chains in autism and its possible role in intention understanding. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(45), 17825-30.
- Chapeau N. (2014). Mémoire de Master - Etude comparative de l'utilisation de la conceptualisation Snoezelen® (espace sensoriel) auprès d'adultes autistes avec retard mental sévère. Archives ISRP.
- Cooper J., Heron, T., Heward, W. (2007). *Applied Behaviour Analysis*, Second Edition, Merrill Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, Columbus, Ohio
- Crane L., Goddard, L. & Pring, L. (2009). Sensory processing in adults with autism spectrum disorders. *Autism*, 13, 215-228.
- D'Ignazio A., Faideau G. (2015) Le Jonglage. *Manuel d'enseignement de psychomotricité Vol. 2 Méthodes et techniques*, pp 491-497, Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Dapretto M., Davies M.S., Pfeiffer J.H. & al. (2005). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience*, 9(1), 28-30
- Davis T. N., Dacus S., Strickland, E., Copeland, D., Chan, J. M., Blenden, K., & Christian, K. (2013). Case report : The effects of a weighted vest on aggressive and self-injurious behavior in a child with autism. *Developmental Neurorehabilitation*, 16, 201-215.
- Dawson G. (2013). L'intervention précoce en autisme. Le modèle de Denver pour jeunes enfants. Paris : Dunod.
- Degenne C. (2014). Thèse - Evaluation de la symptomatologie sensorielle des personnes adultes avec autisme et incidence des particularités sensorielles sur l'émergence des troubles du comportement. Archive HAL.
- Devlin S., Healy O., Leader G., Hughes B.M. (2011). Comparison of behavioural intervention and sensory-integration therapy in the treatment of challenging behaviour. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1303-1320.
- Dounavi A. (2011). Treating vocal stereotypy in a child with autism: differential reinforcement of other behaviour and sensory-integrative therapy. *European Journal of Behaviour Analysis*, 12,231-237, No 1.
- Downey R., & Rapport, M. J. K. (2012). Motor activity in children with autism: a review of current literature. *Pediatric Physical Therapy: The Official Publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*, 24(1), 2-20.
- Dunn W. (2010). Profil Sensoriel. Adaptation française . Paris : ECPA
- Entretiens de psychomotricité. (2014). les Entretiens de Bichat 2014. Actes de séminaire.
- Fertel-Daly D., Bedell G., & Hinjosa J. (2001). Effects of a weighted vest on attention to task and self-stimulatory behaviors in preschoolers with pervasive developmental disorders. *American Journal Of Occupational Therapy*, 55(6), pp. 629-640.
- Field T.D., Lasko P. Lundy T., Henteleff & al. (1997). Brief report : Autistic children attentiveness and responsivity improve after touch therapy. *Journal of autism and developmental disorders*, 27(3) pp. 333-338.
- Field T. M., Schandberg, S. & al. (1986). Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Pediatrics*, 77(5), pp. 654-658.
- Gallot C. (2014). Thèse - La motricité dans le Trouble du Spectre de l'Autisme : la question du Trouble de l'Acquisition de la Coordination. Etat des connaissances et étude des performances motrices dans l'autisme de haut niveau. Archive HAL.

- Gillberg C. (2003). Deficits in attention, motor control, and perception: a brief review. *Archives of Disease in Childhood*, 88(10), 904–910.
- Gorgy O. (2013). Intégration sensorielle : concept et application en psychomotricité auprès de l'enfant avec autisme. In J Perrin, T Maffre (Eds.), *Autisme et psychomotricité* (pp.403-424). Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Gobent E., & Hamilton A. (2013). Motor abilities in autism: a review using a computational context. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 323–344.
- Gowen E., & Hamilton A. (2013). Motor abilities in autism: a review using a computational context. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 323–344. doi:10.1007/s10803-012-1574-0
- Grandin T. (1994). *Ma vie d'autiste*. Paris : Odile Jacob. Grandin, T. (1997). *Penser en images*. Paris : Odile Jacob.
- Grandin T. (2009). Visual Abilities and Sensory Differences in a Person with Autism. *Biological Psychiatry*, 65(1), 15-16.
- Grandin T. (2011). *The Way I See It. A Personal Look at Autism and Asperger's*. Arlington : Future Horizons, Second Edition.
- Hanley G.P., Iwata B. A. & Mccord B. E. (2003). « Functional analysis of problem behaviour: a review », *Journal of Applied Behaviour Analysis*, vol. 36, n° 2, p. 147–185.
- Haute Autorité de Santé (HAS) Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme, 2005.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Guide méthodologique. Elaboration des recommandations de bonne pratique, 2010
- Haute Autorité de Santé (HAS) et ANESM. Autisme et aux troubles envahissants du développement : intervention éducatives et thérapeutique coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, 2012.
- Henderson S. E., & Henderson L. (2002). Toward an understanding of Developmental Coordination Disorder. *Adapte Physical Activity Quarterly* 19, 11-31
- Hernandez N., Metzger A., Magne R. & al. (2009). Exploration of core features of a human face by healthy and autistic adults analyzed by visual scanning. *Neuropsychologia*. 47(4), 1004-12.
- Hodgetts S. & Hodgetts W. (2007). « Somatosensory stimulation interventions for children with autism: Literature review and clinical considerations », *Canadian Journal of Occupational Therapy*, vol. 74, n° 5, p. 393–400.
- Hodgetts S., Magill-Evans J. & Misiasek (2010). « Weighted vests, stereotyped behaviours and arousal in children with autism », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 41, p. 805–814.
- Kern J.K., Trivedi M.H., Grannemann B.D., Garver C.R., Johnson D.G., & al (2007). Sensory correlations in autism. *Autism*, 11, 123-134.
- Leekam. S.R., Nieto. C., Libby S.J., Wing. L. & Gould J. (2007). Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 894-910.
- Le Menn-Tripi C. (2013). Evaluation psychomotrice de l'enfant avec un trouble du spectre autistique. in J perrin, T lamer (EDS) *Autisme et psychomotricité* (pp. 345-359). Bruxelles : De Boeck-Sol
- Le Menn-Tripi C, Blanc R, Bonnet-Brilhault F, Barthelemy C. (2013). La thérapie d'échange et de développement : principes partagés, pratiques complémentaires. In J Perrin, T Maffre (Eds.), *Autisme et Psychomotricité* (pp. 305-319). Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Madiou E., Ruiz S. (2013). Prise en charge des difficultés motrices des personnes avec TSA sans déficience intellectuelle : adaptation et utilisation de la méthode CO-OP. In J Perrin, T Maffre (Eds.), *Autisme et psychomotricité* (pp.381-401). Bruxelles : De Boeck-Solal.

- Matson M. L., Matson J. L., & Beighley J. S. (2011). Comorbidity of physical and motor problems in children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2304–2308
- Miermon A., Benois-Marouani C. & Jover M. (2011). Le développement psychomoteur. In Scialom P., Giromini F, Albaret J-M, Manuel d'Enseignement de psychomotricité: Tome 1 - Concepts (pp.25-74). Bruxelles : De Boeck-Solal.
- Morrison E. E. (2007). A review of research on the use of weighted vests with children on the autism spectrum. *Education*, 127 (3), 323-327.
- Odom S., Collet-Klingenberg, L., Rogers S., Hatten D. (2010). Evidence-based practices in interventions for children and youth with autism spectrum disorders, *Preventing School Failure*, 54(4), 275-282.
- Parham L. D., Cohn E. S., Spitzer S., Koomar J. A., Miller L J. & al (2007), « Fidelity in sensory integration intervention research », *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 61, p. 216–227.
- Polatajko H., Mandich A. (2013). Enabling Occupation in Children: The Cognitive Orientation to daily Occupationnal Performance (CO-OP) Approach. Canadian Association of Occupationnal Therapists, 2004, Ottawa. al.
- Pollock N. (2009). « Sensory integration: A review of the current state of the evidence », *Occupational Therapy Now*, vol. 11, n° 5, p. 6-10.
- Prior M. & Roberts, J. (2006). Early Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders: Guidelines for Best Practice. Australian Government Department of Health and Ageing.
- Rogers S. J., Bennetto L. (2002). Le fonctionnement moteur dans l'autisme. *Enfance*, 54 : 1, 63-73.
- Rogers S. J., Bennetto L., Mcevoy R., Pennington B. F. (1996). Imitation and pantomime in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders, *Child Development*, 67 : 2060-2073.
- Rogers S.J., Dawson G. (2013). L'intervention précoce en autisme. Paris : Dunod.
- Russell Lang ; Mark O'Reilly ; Olive Healy ; Mandy Rispoli ; Helena Lydon & al. (2012). « Sensory integration therapy for autism spectrum disorders: a systematic review », *Research in Autism Spectrum Disorders*, vol. 6, p. 1004–1018.
- Savary F., Loridon, L. (2013) Trampoline, thérapie psychomotrice, polyhandicap, *Evolutions Psychomotrices*, 25(100), 75-84.
- Schaaf R.C., Benevides T., Blanche E.I., Brett-Green B.A., Burke J.P., Cohn & al (2010). Parasympathetic functions in children with sensory processing disorder. *Frontiers in Integrative Neuroscience*.
- Shumway A., Woollcott, M. (2001). Motor Control: Translating Research Into Clinical Practice. Thrid edition. The Point.
- Tomchek S. D., Dunn W. (2007). « Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile », *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 61, n° 2, p. 190–200.
- Vargas S., Camilli G. (1999). « A meta-analysis of research on sensory integration treatment », *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 53, p. 189–198.
- Vermeulen P. (2010). « Je suis spécial ». Bruxelles : De Boeck.
- Watling R. L., Deitz J. (2007). « Immediate effect of Ayres' sensory integration-based occupational therapy intervention on children with autism spectrum disorders », *American Journal of Occupational Therapy*, 615.
- Wilbarger P., Wilbarger, J. (1991). *Sensory Defensiveness in Children Age 2-12 : An Intervention Guide for Parents and Other Cartakers*. Avanti Educational Programs : Santa Barbara, CA.
- Wilbarger P. (1995). The sensory diet : activity programs based on sensory processing theory. *Sensory Integration Special Interest Section Newsletter*, 18, 1-4.