

UNIVERSITE PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE Toulouse Rangueil
Institut de Formation en Psychomotricité



L'apprentissage en groupe chez un enfant avec autisme et retard mental associé

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Mémoire supervisé par :

[REDACTED]

[REDACTED]

Remerciements

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Sommaire

INTRODUCTION	6
--------------------	---

PARTIE THEORIQUE

PREMIERE PARTIE : AUTISME ET RETARD MENTAL

1. L'autisme	9
1.1 Définition et critères diagnostiques	9
1.2 Sémiologie psychomotrice	11
1.2.1 Développement moteur	11
1.2.2 Développement sensoriel	12
1.2.3 Développement cognitif	13
1.2.4 Développement des fonctions exécutives	14
1.2.5 Développement de la communication	14
1.2.6 Aspects comportementaux et émotionnels	15
2. Le retard mental	15
2.1 Définition et critères diagnostiques	15
2.2 Sémiologie	19
2.2.1 Développement moteur	19
2.2.2 Développement sensoriel	20
2.2.3 Développement cognitif	20
2.2.4 Développement des fonctions exécutives	21
2.2.5 Développement du langage	21
2.2.6 Troubles affectifs et comportementaux	21
3. Les troubles cognitifs spécifiques	22
3.1 L'attention	22
3.1.1 L'attention sélective	22
3.1.2 L'attention soutenue	22
3.1.3 L'attention divisée	23
3.2 La mémoire	23
3.2.1 La mémoire à court terme	23

3.2.2	La mémoire à long terme	24
3.3	L'intention	24
4.	Spécificités de la population	25

DEUXIEME PARTIE : L'APPRENTISSAGE

1.	Définition	27
2.	Les différents types d'apprentissage	28
2.1	Apprentissage par association	28
2.2	Apprentissage implicite	30
2.3	Apprentissage procédural	31
2.4	Apprentissage par imitation	32
3.	Spécificités de l'apprentissage auprès de cette population.....	35

PARTIE PRATIQUE

PREMIERE PARTIE : LE GROUPE EN PSYCHOMOTRICITE

1.	Le groupe	39
1.1	Définition	39
1.2	Les différentes théories.....	39
1.2.1	Théories psychodynamiques	39
1.2.2	Théories éducatives	40
1.2.3	Théories sociales	41
1.3	Groupe et psychomotricité.....	41
2.	Présentation du groupe.....	43
3.	La séance type	45
3.1	Déroulement	45
3.2	Les aménagements.....	47
3.2.1	Structuration temporelle	47
3.2.2	Structuration spatiale	47
3.2.3	Adaptation de la communication.....	48

3.2.4	Le renforcement	48
3.3	Compétences psychomotrices.....	48
3.4	Initiation.....	49
3.5	Imitation.....	49
3.6	Interaction	50

DEUXIEME PARTIE : CAS CLINIQUE

1.	Présentation générale.....	51
1.1	Anamnèse	51
1.2	Bilans médicaux	51
1.3	Parcours de soin	52
1.4	Prise en charge à l'IME	52
1.4.1	Orthoptie.....	52
1.4.2	Orthophonie.....	53
1.4.3	Psychomotricité	54
2.	Projet Educatif Individualisé actuel	54
3.	Prise en charge psychomotrice en groupe : évolution d'Arthur.....	57
3.1	Observation initiale.....	57
3.2	Evolution sur les différents temps du groupe	59
3.2.1	Regroupement initial	59
3.2.2	Parcours psychomoteur	59
3.2.3	Temps calme	60
3.2.4	Course.....	60
3.2.5	Initiation	60
3.2.6	Interaction et imitation	61
3.3	Observation finale.....	61

TROISIEME PARTIE : EVOLUTION DU GROUPE

DISCUSSION.....	66
CONCLUSION.....	68
Bibliographie.....	70

INTRODUCTION

J'ai effectué mon stage de 3^{ème} année dans un Institut Médico-Educatif qui possède une section accueillant des enfants porteurs de Troubles Envahissants du Développement (TED) et Autisme. Cette section prend en charge des enfants ayant entre [REDACTED], porteurs de TED associé à une déficience intellectuelle et dont la plupart sont non-verbaux. Ils sont répartis en [REDACTED] selon leur âge, avec un encadrement de deux à trois professionnels ([REDACTED]). Les jeunes peuvent bénéficier de prises en charge en psychologie, orthophonie, orthoptie et psychomotricité et d'une scolarité adaptée au sein de l'IME.

L'autisme est un trouble neuro-développemental, appartenant aux TED qui affecte les différents domaines du développement de la personne (motricité, communication, capacités cognitives, interactions sociales, émotions et comportements). Les profils cliniques sont très hétérogènes et l'association à la déficience intellectuelle accentue généralement les difficultés rencontrées dans le cadre de l'autisme. Ils nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire, coordonnée et complémentaire.

Ma réflexion s'est portée autour de l'intervention en psychomotricité auprès de la personne avec autisme associé à un retard mental. Comment lui permettre de faire des apprentissages et de développer ses capacités ?

La pratique d'une prise en charge psychomotrice en groupe sur mon lieu de stage m'a amenée à me demander si cette approche pouvait être favorable dans l'apprentissage chez l'enfant porteur d'autisme avec déficience intellectuelle associée, et si oui, en quoi elle l'était ?

Nous présenterons dans une première partie les particularités de développement de la personne avec autisme, ainsi que l'impact du retard mental sur celui-ci. Puis, après avoir défini les différents modes d'apprentissage, nous développerons les spécificités de celui-ci auprès de cette population ainsi que les moyens à mettre en œuvre pour favoriser les apprentissages.

Ensuite nous parlerons de la prise en charge psychomotrice en groupe, quels sont ses objectifs et les réflexions préalables à la constitution d'un groupe. Enfin, nous nous pencherons sur le cas d'Arthur, un garçon porteur d'autisme associé à une déficience intellectuelle, et sur son évolution au cours de l'année et les apports du groupe dans sa prise en charge.

PARTIE
THEORIQUE

1. L'autisme

1.1 Définition et critères diagnostiques

L'autisme est reconnu actuellement comme un trouble neuro-développemental. Il fait partie des Troubles Envahissant du Développement (TED).

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS – mars 2012) a désigné la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) comme étant la classification de référence. Ses critères diagnostiques rejoignent ceux du Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders IV (DSM IV - TR), et définissent les TED à partir d'une triade symptomatique :

- Une altération qualitative des interactions sociales réciproques
- Une altération qualitative de la communication verbale et non verbale
- Des intérêts restreints et stéréotypés

Pour qu'un diagnostic d'autisme puisse être posé, il faut que ces comportements soient observés avant l'âge de 30 mois.

Les tableaux cliniques des TED sont variés, les classifications internationales distinguent alors différentes catégories au sein des TED:

Correspondance entre la CIM-10, le DSM-IV-TR pour les catégories de troubles envahissants du développement (TED) D'après les recommandations de la FFP, HAS 2005	
CIM-10	DSM-IV-TR
● Autisme infantile	● Trouble autistique
● Syndrome de Rett	● Syndrome de Rett
● Autre trouble désintégratif de l'enfance	● Trouble désintégratif de l'enfance
● Syndrome d'Asperger	● Syndrome d'Asperger
● Autisme atypique ● Autres TED	● Trouble envahissant du développement non spécifié (autisme atypique)

Une nouvelle version du DSM est parue en 2013, amenant certaines modifications. On parle désormais de Trouble du Spectre Autistique (TSA) avec une notion de continuum autistique. Une nouvelle approche dimensionnelle apparaît avec des sous-catégories qui diffèrent selon l'intensité des symptômes. La triade autistique du DSM IV et de la CIM 10 devient une dyade.

A : Déficiences dans la communication et les interactions sociales :

- Déficit de réciprocité socio-émotionnelle : partage d'intérêts, conversation, tour de rôle, partage d'affects
- Déficit dans les comportements non verbaux de communication utilisés dans l'interaction sociale : regard, expression, gestuelle
- Déficiences dans le développement de l'entretien des relations à autrui conformes au niveau de développement : difficultés d'ajustement, difficultés dans les jeux imaginatifs

B : Comportements, intérêts, activités restreints et répétitifs :

- Discours, mouvements ou utilisation d'objets stéréotypés ou répétitifs
- Attachement excessif à des routines, comportements ou discours ritualisés, ou résistance excessive aux 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

C : Les symptômes doivent être présents précocement dans le développement

D : Les symptômes entraînent un déficit cliniquement significatif au niveau social, occupationnel ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement

E : Ces troubles ne sont pas expliqués par un retard intellectuel ou un retard global de développement. Le retard intellectuel et les TSA coexistent fréquemment. Pour établir un diagnostic de comorbidité entre TSA et retard intellectuel, le niveau de communication sociale doit être en-dessous de celui attendu du niveau développemental général.

L'autisme est souvent associé à un retard mental, des troubles du langage, d'autres troubles mentaux (anxiété, TOC, phobie sociale, TDA/H) ou encore des troubles de l'alimentation, du sommeil, une épilepsie. Le pronostic dépend principalement de la présence de troubles associés.

La prévalence est actuellement de 2 pour 1000 en ce qui concerne l'autisme, avec un sex-ratio de 4 garçons pour 1 fille, et de 7 pour 1000 pour les Troubles du Spectre Autistique. Si les filles sont moins fréquemment affectées par un TSA, elles présentent généralement un tableau plus sévère avec la présence d'un retard mental plus fréquent.

Les premières hypothèses étiologiques supposaient que les facteurs psychologiques étaient à l'origine de ces troubles. Or celles-ci ont tendance à être écartées actuellement. L'étiologie de ces troubles reste encore inconnue mais elle semble être multifactorielle et variable selon le trouble considéré, avec notamment l'implication de facteurs de risque environnementaux (âge des parents, poids de naissance bas, exposition fœtale au Valproate), génétiques et neurobiologiques (héritabilité estimée entre 37 et 90% selon des études réalisées sur des jumeaux).

1.2 Sémiologie psychomotrice

1.2.1 Développement moteur

Les troubles moteurs sont variables et non spécifiques. Ils varient d'un individu à un autre mais également chez un même individu. Par exemple, une personne avec TSA peut présenter des difficultés importantes au niveau de la motricité globale mais des capacités en motricité fine supérieures à son niveau développemental, on parle alors d'îlots de compétences.

Au niveau de la motricité fine, on note une prise de plus faible qualité, une difficulté de régulation de la force ainsi qu'une lenteur dans les tâches de dextérité et de vitesse digitale. La latéralité se met en place généralement plus tardivement, de façon moins stable, et plus souvent à gauche que les enfants normotypiques (enfants « sains », sans affection neuro-développementale). Les enfants avec TSA ont plus de difficultés à choisir une main dominante et on retrouve plus souvent des cas d'ambidextrie et d'ambilatéralité que chez les enfants sans trouble du développement. Les coordinations bimanuelles sont également perturbées, en lien avec ce défaut de latéralisation.

Sur le plan de la motricité globale, les individus présentent des difficultés de coordination et de dissociation des segments corporels, d'automatisation et de variabilité du mouvement. En ce qui concerne l'équilibre, celui-ci est perturbé par des anomalies d'ajustement postural associées à une sensibilité importante aux informations visuelles par rapport aux informations proprioceptives.

Pour la réalisation de mouvements intentionnels, la personne porteuse de TSA se reposerait plus sur des feedback que sur des feedforward ce qui engendre des troubles de l'anticipation motrice ainsi que des troubles de la planification motrice. On rencontre souvent des troubles du tonus, sous forme d'hyper ou hypotonie, d'hyperlaxité ligamentaire, de difficultés de régulation tonique. De plus, des particularités posturales telles que la marche sur la pointe des pieds, sont fréquemment observées.

Les stéréotypies motrices font partie des comportements répétitifs présents chez les enfants porteurs de TSA mais ne sont pas spécifiques. Il s'agit de mouvements rythmés et sans but fonctionnel, qui peuvent concerner l'ensemble du corps, une partie de celui-ci ou un élément de l'environnement. Des études montrent qu'elles sont corrélées au niveau intellectuel (Militeri *et al.*, 2002 ; Carcani-Rathwell *et al.*, 2006)¹ et à l'intensité des troubles autistiques (Bodfish *et al.*, 2000). L'étude des stéréotypies est intéressante pour repérer le ou les canaux sensoriels privilégiés de l'enfant.

Les niveaux de développement des sujets porteurs de TSA sont très hétérogènes. Certaines variables peuvent venir moduler ce développement. En effet, les difficultés motrices seraient d'autant plus importantes que le Quotient Intellectuel (QI) est bas chez les personnes avec TSA. Cependant, à QI égal, elles seraient plus marquées chez les enfants avec TSA que chez les enfants avec retard mental (Ghaziuddin et Butler, 1998). L'intensité des troubles autistiques auraient également un impact sur les performances motrices.

1.2.2 Développement sensoriel

Des particularités sensorielles sont également décrites chez la personne avec TSA sous forme d'hypo ou hypersensibilité d'une ou plusieurs modalités, mais sans atteinte des organes sensoriels. Elles sont présentes tout au long de la vie mais leurs expressions fluctuent au cours du temps. Elles résultent d'un trouble d'intégration des informations sensorielles.

Tout d'abord, les seuils perceptifs sont variables, étant à l'origine d'hypo ou hypersensibilité pouvant affecter une ou plusieurs modalités sensorielles. Le traitement cognitif de l'information qui s'en suit est également particulier, ce qui engendre des réponses comportementales et émotionnelles particulières (fascination, autostimulation, évitement, colère...).

¹ (Ainsi que les auteurs suivants), Perrin, J. & Maffre, T. (2013). *Autisme et psychomotricité*. Bruxelles : De Boeck.

Ces troubles sensoriels sont à l'origine de perturbations sur les plans émotionnel, attentionnel et comportemental, ce qui peut affecter d'autant plus l'adaptation de la personne. Klintwall *et al.* (2011)² ont mené une expérience dans le but de déterminer si les troubles sensoriels observés étaient liés à l'intensité du trouble autistique. Ils ont établi différents groupes en fonction de l'intensité des troubles, de l'association ou non à une déficience intellectuelle et d'un trouble des apprentissages. Leurs résultats montrent que l'atteinte sensorielle varie selon l'intensité du trouble mais sont indépendants du niveau cognitif.

La connaissance de ces particularités peut être intéressante afin de cerner les modalités qui sont sources de motivation pour la personne et les utiliser comme telles lors des prises en charge.

1.2.3 Développement cognitif

On note chez les enfants avec TSA des particularités de traitement des informations perceptives. Dès la petite enfance, les parents remarquent un intérêt marqué de leur enfant pour les percepts visuels et les activités visuo-spatiales (encastrement, puzzles, alignements d'objets, empilements d'objets...).

Les enfants portent un intérêt particulier aux détails et ne traitent pas les informations visuelles de façon globale. Ce phénomène étant associé à une exploration visuelle limitée, l'environnement visuel de l'enfant est restreint et la compréhension des situations se trouve altérée. Frith (1996)³ parle alors d'un défaut de cohérence centrale, c'est-à-dire que l'enfant ne parvient pas à organiser les informations perçues dans son environnement en un ensemble cohérent afin de comprendre les situations qui s'y déroulent.

Cette particularité de traitement des informations se retrouve lors des scènes sociales où l'exploration du visage chez les enfants porteurs de TSA diffère de celle des enfants normotypiques : leur attention se porte sur le menton, la bouche ainsi que des détails externes du visage et non sur les yeux ou l'axe central du visage, ce qui pourrait alors expliquer les difficultés d'attention conjointe et de réciprocité socio-émotionnelle chez les personnes avec autisme.

² Perrin, J. & Maffre, T. (2013). *Autisme et psychomotricité*. Bruxelles : De Boeck.

³ Perrin, J. (2013). *Autisme et psychomotricité*. Cours magistral 3^{ème} année de psychomotricité.

1.2.4 Développement des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont les processus mentaux permettant d'organiser, de contrôler et réaliser nos actions et nos pensées. Elles permettent l'adaptation du sujet aux situations nouvelles ou comportant des caractères fluctuants.

L'inhibition désigne les « processus permettant de bloquer ou supprimer les réponses ou représentations dominantes, motrices ou cognitives, non pertinentes par rapport à la situation » (Plumet, 2012)⁴. L'inhibition motrice est perturbée chez les enfants porteurs de TSA, qui ont tendance à persévérer dans l'erreur (Adrien *et al.*, 1995) comparés aux enfants présentant un retard mental mais non porteurs d'autisme. L'inhibition cognitive semble également être altérée chez les enfants porteurs de TSA dans des tâches où l'inhibition est sollicitée en combinaison avec d'autres fonctions exécutives. Cependant, des études récentes montrent que les enfants porteurs d'autisme sans déficience intellectuelle présentent des difficultés variables selon le type d'inhibition.

La flexibilité correspond à la modulation d'un comportement, d'une représentation ou d'une stratégie selon les exigences de l'environnement. Chez les enfants avec autisme on note une tendance à la persévération par rapport aux sujets contrôles (appariés en âge et en QI) ainsi que des difficultés de généralisation d'une action en lien avec un défaut de flexibilité.

La planification est « la capacité à déterminer et organiser les étapes et moyens nécessaires à l'atteinte d'un but » (Plumet, 2012). Les enfants porteurs d'autisme présentent des difficultés dans l'élaboration et l'exécution d'actions finalisées, qu'elles soient cognitives ou motrices. Cela pourrait expliquer les difficultés d'adaptation de l'enfant autiste face à de nouvelles situations, à l'imprévu, ainsi que les perturbations motrices (mouvements volontaires, anticipation, ajustements posturaux, fluidité du mouvement).

Parmi les fonctions exécutives, on compte également la mémoire de travail et l'attention, que nous traiterons plus loin.

1.2.5 Développement de la communication

Parmi les critères diagnostiques du TSA, il y a la présence d'une altération de la communication affectant à la fois le domaine verbal et non-verbal.

⁴ Perrin, J. (2013). *Autisme et psychomotricité*. Cours magistral 3^{ème} année de psychomotricité.

Au niveau de la communication non-verbale, on remarque des particularités du contact visuel (évitement du regard ou fixation), une moindre utilisation des gestes conventionnels, un retard d'apparition du pointer du doigt avec une utilisation privilégiée pour satisfaire un besoin personnel, un retard d'acquisition de l'attention conjointe autant dans la réponse que dans l'initiation. L'attention conjointe ferait partie des précurseurs à la théorie de l'esprit, ce qui expliquerait le déficit dans l'attribution d'intentions, de croyances, de désirs et de connaissances à un individu présent chez l'enfant avec TSA.

Sur le plan verbal, l'acquisition du langage varie selon l'intensité du trouble, le niveau intellectuel de l'enfant, les stimulations qu'il reçoit de son environnement et ne suit pas les étapes du développement typique (Garrigou, 2013)⁵. Selon l'HAS (2012), 50% des enfants porteurs d'autisme ne développeront pas de langage fonctionnel. On note également la présence de particularités verbales, telles que l'écholalie, des difficultés dans l'accès au pronom et l'inversion pronominale, un trouble de la prosodie au niveau expressif (hauteur de la voix, intensité, timbre, rythme, intonation) et réceptif, des stéréotypies verbales.

1.2.6 Aspects comportementaux et émotionnels

Les enfants avec autisme peuvent manifester des troubles émotionnels tels que l'anxiété, des phobies ou encore une dépression. En ce qui concerne les troubles du comportement, on retrouve des troubles de l'alimentation et du sommeil de façon fréquente, des cris ou des comportements auto ou hétéro-agressifs. Les troubles du comportement peuvent être utilisés par l'enfant comme un moyen d'expression en l'absence de mot ou de geste.

2. Le retard mental

2.1 Définition et critères diagnostiques

Le trouble du spectre autistique est associé à une déficience intellectuelle dans 50 à 70% des cas.

⁵ In Perrin, J. & Maffre, T. (2013). *Autisme et psychomotricité*. Bruxelles : De Boeck.

Dans le DSM IV-TR, le retard mental est défini par :

A : Un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (≤ -2 DS), mesuré par un test standardisé.

B : Se traduisant par un déficit dans la capacité d'adaptation actuelle de l'individu dans au moins deux des secteurs suivants : communication, apprentissages scolaires, autonomie, responsabilité individuelle, vie sociale, travail, loisirs, santé, sécurité.

C : Le début doit survenir avant 18 ans.

A partir de cette définition, on distinguait quatre catégories selon le niveau de gravité du trouble, définies par le quotient intellectuel :

- Retard mental léger : $50-55 < \text{QI} < 70$
- Retard mental moyen : $35-40 < \text{QI} < 50-55$
- Retard mental grave : $20-25 < \text{QI} < 35-40$
- Retard mental profond : $\text{QI} < 20-25$

Selon la nouvelle terminologie du DSM V, la déficience intellectuelle est un trouble débutant pendant l'enfance, affectant à la fois le fonctionnement intellectuel et adaptatif au niveau conceptuel, social et pratique.

A : Déficits des fonctions intellectuelles telles que le raisonnement, la résolution de problème, la planification, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage scolaire, l'apprentissage par expérience confirmé par une évaluation clinique et une évaluation intellectuelle individuelle et standardisée.

B : Déficits des fonctions adaptatives se traduisant par l'incapacité pour l'individu à répondre aux exigences développementales et socioculturelles d'indépendance personnelle et sociale. Sans soutien, le déficit du fonctionnement adaptatif peut toucher une ou plusieurs activités de la vie quotidienne telles que la communication, la participation sociale, l'autonomie dans divers environnements comme le domicile, le milieu scolaire, le travail et la communauté.

C : Les déficits intellectuels et adaptatifs débutent pendant la période de développement.

On distingue quatre degrés de sévérité de la déficience intellectuelle qui est désormais plutôt définie par le fonctionnement adaptatif que par le quotient intellectuel.

Déficiência intellectuelle légère :

Elle est généralement repérée à l'âge scolaire.

Dans le domaine conceptuel, on remarque un retard au niveau des apprentissages scolaires, concernant la lecture, l'écriture, l'arithmétique, la notion de temps et d'argent. A l'âge adulte, on note un déficit de la pensée abstraite, des fonctions exécutives, de la mémoire à court terme.

Dans le domaine social, le langage et la communication sont plus concrets et plus immatures que chez les personnes du même âge. On peut noter des difficultés de gestion des émotions (irritabilité et dépréciation) ainsi qu'un jugement social immature.

Dans le domaine pratique, la personne est autonome pour réaliser les tâches quotidiennes simples, elle peut cependant avoir besoin d'aide pour les tâches complexes. A l'âge adulte, elle est capable de travailler mais elle peut avoir besoin d'aide pour la vie quotidienne (courses, déplacement, gestion de l'argent, entretien du domicile...).

Déficiência intellectuelle moyenne :

Elle peut être repérée dès la première année par un décalage du niveau moteur, relationnel et/ou de la communication.

Dans le domaine conceptuel, le langage se développe lentement. Au niveau scolaire, la lecture, l'écriture, les mathématiques et les notions de temps et d'argent évoluent également lentement et sont limitées par rapport aux enfants du même âge. A l'âge adulte, le niveau reste élémentaire et une aide est nécessaire pour l'utilisation de ces capacités au niveau professionnel.

Dans le domaine social, les enfants présentent des différences significatives par rapport à leurs pairs concernant la communication, le langage est moins complexe, le jugement social et les capacités de prise de décision sont limitées.

Au niveau pratique, la personne peut apprendre à être autonome pour répondre aux besoins essentiels (manger, s'habiller, hygiène...). A l'âge adulte, elle peut avoir un emploi avec des responsabilités limitées.

Déficiência intellectuelle sévère :

On constate un retard de l'éveil dès la naissance, puis un décalage dans l'acquisition des fonctions principales (alimentation, propreté, habillage, déplacements).

Dans le domaine conceptuel, les acquisitions sont très limitées. L'individu a une compréhension limitée du langage écrit et des concepts impliquant des nombres, des notions de quantités, de temps et d'argent.

Dans le domaine social, le langage oral est plutôt limité au niveau du vocabulaire et grammatical. La personne communique par des mots ou des phrases simples. Le discours se situe dans « l'ici et maintenant ». La compréhension se limite à un discours et des gestes simples.

Dans le domaine pratique, la personne a besoin d'aide dans toutes les activités de la vie quotidienne. Les possibilités d'acquisition dans certains domaines nécessitent un travail à long terme.

Déficience intellectuelle profonde :

Elle est généralement associée à des troubles moteurs plus ou moins importants et entraîne un retard massif dans toutes les acquisitions de la petite enfance.

Dans le domaine conceptuel, les acquisitions sont très limitées. L'individu n'a pas accès aux processus symboliques. L'utilisation d'un objet dirigée vers un but est possible ainsi que l'acquisition de certaines compétences visuo-spatiales, comme la catégorisation selon des caractéristiques physiques.

Dans le domaine social, la personne a une compréhension très limitée du langage oral et des gestes. La communication est plutôt non-verbale.

Dans le domaine pratique, elle est dépendante dans tous les aspects de la vie quotidienne. Elle peut participer à certaines activités simples si elle ne présente pas de déficit moteur important.

La déficience intellectuelle n'est pas un trouble stable, le degré de sévérité peut varier au cours du développement. Le pronostic varie en fonction du degré de sévérité ainsi que de l'âge de dépistage. En effet, différentes études ont montré que des enfants ayant reçu un diagnostic de déficience légère à l'âge préscolaire pouvaient se trouver dans la zone limite à l'âge scolaire (Vig, Katran, Kaminer et Jedrysek, 1987)⁶, voire ne plus présenter les critères de dysfonctionnement adaptatif à l'âge adulte.

⁶ Lussier, F. & Flessas, J. (2001). *Neuropsychologie de l'enfant. Troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris : Dunod.

Elle concerne 1% de la population de façon homogène, avec un sex ratio de 2 à 5 garçons pour une fille dans le cas d'un retard léger, et de 1,5 à 1,8 garçons pour une fille dans le cas d'un retard sévère. Dans 85% des cas, il s'agit d'un retard mental léger.

L'étiologie serait complexe et multifactorielle, avec l'implication de facteurs de risque prénataux (génétiques, métaboliques, malformations cérébrales, pathologies maternelles, influences environnementales), périnataux (accouchement, encéphalopathies) et postnataux (hypoxie ischémique, traumatisme crânien, infections, épilepsie, privation sociale sévère et chronique, syndromes métaboliques, intoxication). Elle reste inconnue dans 40 à 50% des cas de déficience intellectuelle. Cependant, le diagnostic et l'étiologie sont plus facilement établis dans le cadre d'un retard mental important.

2.2 Sémiologie

Dionne *et al.* (1999)⁷ définissent cinq caractéristiques présentes chez les enfants ayant une déficience intellectuelle :

- Lenteur ou retard du développement intellectuel
- Ralentissement ou arrêt prématuré du développement
- Moindre efficacité du fonctionnement intellectuel
- Base de connaissances pauvre et mal organisée
- Difficultés de transfert et de généralisation

La déficience mentale a un impact variable sur le développement selon sa sévérité mais elle se traduit globalement par un décalage entre la vitesse de développement physique et la vitesse de développement intellectuel du sujet.

2.2.1 Développement moteur

Il existe assez peu d'études qui traitent le développement moteur des enfants ayant une déficience intellectuelle. Celui-ci apparaît très hétérogène, mais on constate généralement un retard dans les acquisitions psychomotrices, avec une corrélation entre l'intensité des troubles moteurs et la sévérité de la déficience intellectuelle.

⁷ Lussier, F. & Flessas, J. (2001). *Neuropsychologie de l'enfant. Troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris : Dunod.

Les études réalisées dans ce domaine, comparant des enfants porteurs de Déficience Intellectuelle (DI) avec des sujets contrôles de même âge chronologique, montrent des capacités en motricité fine et en motricité globale inférieures chez les enfants avec DI.

A partir de ces constats, Vuijk *et al.* (2010) décident de mener une expérience comparant deux groupes d'enfants avec un retard mental limite ($71 < \text{QI} < 84$) et un retard mental léger ($50 < \text{QI} < 70$) avec des enfants contrôles, tous âgés de 7 à 12 ans, à travers les épreuves du M-ABC. Les résultats montrent que 81,8% des enfants porteurs d'une déficience légère et 60% des enfants porteurs d'une déficience limite présentent des troubles moteurs. Ils constatent un lien entre la sévérité de la déficience et l'intensité de troubles, dans les trois domaines évalués par le M-ABC. Cependant, la motricité fine apparaît plus altérée que la motricité globale, ce qui est en accord avec les résultats d'autres études (Smits-Engelsman *et al.*, 2003).

Hartman *et al.* (2010)⁸ montrent dans leur étude que des troubles qualitatifs de la motricité retrouvés dans le cadre de la déficience intellectuelle seraient liés à un déficit au niveau des fonctions exécutives.

On remarque également des particularités au niveau du tonus, se manifestant par une hypo ou hypertonie ou des syncinésies.

2.2.2 Développement sensoriel

Les personnes porteuses de déficience intellectuelle présentent généralement des troubles de l'intégration sensorielle menant à une hypo ou hypersensibilité. Des déficits sensoriels auditifs ou visuels peuvent aussi être observés.

2.2.3 Développement cognitif

La déficience intellectuelle a un impact sur les capacités attentionnelles de l'individu. L'enfant a un traitement limité des informations et a des difficultés à discriminer les stimuli pertinents parmi l'ensemble des stimuli présents dans l'environnement.

⁸ Vuijk, P-J, Hartman, E., Scherder, E., & Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (11), 955-965.

Les capacités mnésiques sont également réduites, en particulier en ce qui concerne la mémoire à long terme. Les personnes présenteraient des stratégies d'autorépétition plus pauvres, ce qui pénaliserait le fonctionnement de la mémoire de travail.

Le traitement de l'information se fait plus lentement. On note un temps de latence entre la demande et la réponse de la personne.

La représentation mentale est une compétence mise à mal chez l'enfant avec déficience mentale. On remarque souvent des difficultés face à des notions abstraites et l'enfant n'arrive pas à se détacher de la présence de l'objet.

2.2.4 Développement des fonctions exécutives

Les enfants porteurs de déficience intellectuelle présentent une rigidité cognitive et comportementale. On observe fréquemment des difficultés dans la planification des actions orientées vers un but et les enfants peuvent ainsi se montrer apathiques ou refuser une activité s'ils n'en perçoivent pas le plaisir immédiat.

2.2.5 Développement du langage

Les troubles du langage dépendent du degré de sévérité de la déficience. On observe généralement des difficultés au niveau expressif avec un lexique plus pauvre, un déficit de syntaxe et de grammaire associé à des difficultés de prononciation. La compréhension peut être également affectée (Lussier, F., Flessas, J., 2001).

2.2.6 Troubles affectifs et comportementaux

Il est souvent constaté que l'enfant est en recherche affective, plus tournée vers l'adulte que vers ses pairs. On remarque que les interactions sociales sont altérées par un déficit au niveau des habiletés sociales, avec notamment des difficultés d'expression des émotions, de résolution de problème et d'empathie.

Il présente souvent une faible estime de soi avec une mauvaise connaissance de ses propres capacités, nécessitant un renforcement social de la part de son environnement.

L'enfant ayant une déficience mentale recherche la satisfaction immédiate et tolère mal la frustration, ce qui peut conduire à des troubles du comportement (agressivité verbale, agressivité physique, retrait, résistance...).

3. Les troubles cognitifs spécifiques

Les fonctions que nous allons développer ci-dessous sont celles sur lesquelles repose le mécanisme d'apprentissage. La connaissance de leur développement dans le cadre du trouble autistique va orienter la prise en charge afin de permettre à la personne de faire des apprentissages.

3.1 L'attention

Les processus attentionnels permettent à l'individu de recevoir des informations issues de l'environnement et d'adapter ainsi sa réponse. On distingue l'attention sélective, l'attention soutenue et l'attention divisée.

3.1.1 L'attention sélective

L'attention sélective est la capacité à maintenir son attention sur un stimulus cible, sans se laisser parasiter par des distracteurs. Les enfants porteurs d'autisme présentent des difficultés dans la sélection des stimuli pertinents et focaliser leur attention vers des stimuli non pertinents, ce qui peut entraîner un défaut de compréhension de la situation ou fausser leur réponse face à celle-ci. Ils sont également plus facilement parasités par l'environnement.

3.1.2 L'attention soutenue

L'attention soutenue est « la capacité à préparer et à soutenir un niveau d'éveil afin de traiter les signaux prioritaires » (Mateer 1996; Posner & Peterson, 1990)⁹. Il s'agit pour le sujet de maintenir son attention sur une tâche pendant une longue période. Des capacités

⁹ Devos, C. (2012). *Travail de l'adaptation posturale au travers d'un parcours de franchissement chez deux enfants porteurs d'autisme*. Toulouse : mémoire de psychomotricité.

d'attention soutenue sont présentes chez l'enfant avec autisme mais elles semblent limitées par les distracteurs environnementaux.

3.1.3 L'attention divisée

L'attention divisée est la capacité à partager son attention entre deux ou plusieurs sources distinctes, tout en détectant les stimuli des différentes sources pouvant survenir simultanément. Les enfants porteurs d'autisme se retrouvent généralement en difficulté lors des épreuves de double tâche.

3.2 La mémoire

La mémoire est une fonction cognitive permettant à l'individu d'encoder, stocker et récupérer différentes informations (auditives, visuelles...). On distingue deux grandes formes de mémoire : la mémoire à long terme et la mémoire à court terme.

3.2.1 La mémoire à court terme

La mémoire à court terme permet un stockage des informations sur un temps limité, pour être manipulées ou avant d'être stockées en mémoire à long terme.

La mémoire de travail fait partie de la mémoire à court terme. Elle permet de maintenir les informations à court terme afin de les manipuler pendant la réalisation d'une tâche. Cette mémoire permet d'effectuer une mise à jour des informations au cours de l'exécution de la tâche pour permettre une meilleure adaptation.

Chez les enfants avec autisme on note un déficit en mémoire de travail en comparaison à des enfants normotypiques appariés en âge de développement, mais il semble moins prononcé en comparaison à des enfants appariés au niveau intellectuel. Les difficultés semblent varier selon les tâches proposées. Certaines études ne montrent pas de déficit face à des tâches d'empan verbal chez les enfants ayant un bon niveau intellectuel. Mais selon Minshew et Goldstein (2001)¹⁰, le déficit mnésique ne serait pas lié à une modalité spécifique (visuelle ou verbale) mais à la complexité du matériel à mémoriser, ce qui explique que l'on puisse

¹⁰ Gras-Vincendon, A., Bursztein, C. & Danion, J.M (2008). Fonctionnement de la mémoire chez les sujets avec autisme. *L'Encéphale*, n°34, 550-556.

observer des dysfonctionnements chez ces mêmes enfants face à des situations d'organisation plus complexes en mémoire verbale. D'autres études plus récentes montrent que les difficultés apparaîtraient plus marquées face des épreuves visuo-spatiales (Steele *et al.*, 2007)¹¹.

3.2.2 La mémoire à long terme

La mémoire à long terme permet le stockage des informations de façon illimitée. Elle se décompose en quatre catégories :

- La mémoire épisodique permet de stocker les informations relatives à un évènement particulier (lieux, date, affects, pensées, contexte).
- La mémoire sémantique est celle des faits et des concepts, des connaissances générales sur le monde.
- La mémoire procédurale concerne les habiletés motrices et les savoir-faire.
- Et finalement, la mémoire perceptive permet de stocker les informations sensorielles.

En ce qui concerne la mémoire à long terme, les observations sont semblables, c'est-à-dire qu'on ne note pas de difficulté lors du rappel libre ou de la reconnaissance pour du matériel simple chez l'enfant avec autisme, mais des difficultés apparaissent dans le traitement de matériel plus complexe.

3.3 L'intention

L'intentionnalité est définie par Lelord (1995)¹² comme « la capacité à engager ou initier une action ou une activité vers un but donné ». Elle est liée aux notions de motivation, de planification et d'anticipation des effets de l'action, soit autant de fonctions atteintes dans le cadre du trouble autistique.

Pierce et Courchesne (2001)¹³ ont étudié cette intentionnalité chez l'enfant au travers des comportements d'exploration. L'enfant normotypique est attiré par la nouveauté et les stimuli sociaux. A l'inverse, chez l'enfant avec TSA, ils observent que les explorations sont plus restreintes (42% contre 88% pour les enfants non autistes), l'enfant présente plus d'activités non dirigées vers un but (29% du temps, contre 7% pour les enfants non autistes) ainsi que

¹¹ Gras-Vincendon, A., Bursztejn, C. & Danion, J.M (2008). Fonctionnement de la mémoire chez les sujets avec autisme. *L'Encéphale*, n°34, 550-556.

¹² Perrin, J. & Maffre, T. (2013). *Autisme et psychomotricité*. Bruxelles : De Boeck.

¹³ Perrin, J. (2013). *Autisme et psychomotricité*. Cours magistral 3^{ème} année de psychomotricité.

des stéréotypies motrices, soulignant leur attrait pour la répétition. L'enfant avec autisme présente donc un manque d'initiative motrice (exploration), limitant alors son répertoire moteur, ainsi qu'un défaut d'initiation du mouvement se traduisant par des temps de latence plus importants. Ses gestes semblent plus guidés par l'action elle-même que par sa finalité.

4. Spécificités de la population

Le trouble autistique induit de nombreuses difficultés dans le développement et dans le fonctionnement de la personne. Son association avec un retard mental accentue la problématique autistique et les difficultés d'adaptation de l'enfant dans les différents domaines du développement que nous avons exposés précédemment, notamment sur le versant de la communication et des capacités cognitives. En effet, dans le cadre de cette comorbidité, les difficultés d'acquisition du langage sont plus marquées, ainsi que les difficultés de compréhension et de traitement des informations.

La précocité du dépistage et de la prise en charge peut atténuer certains troubles et ainsi permettre à l'enfant une meilleure adaptation dans son environnement physique et social. Pour cela, une approche pluridisciplinaire globale, comprenant des prises en charge thérapeutiques (orthophonie, psychomotricité) et éducative est actuellement recommandée par l'HAS (2012).

Les objectifs premiers de ces interventions sont d'aider l'individu à communiquer et à se faire comprendre de son interlocuteur, l'aider à comprendre la situation et ce qu'on attend de lui et apporter un soutien aux parents. La mise en place d'outils de communication augmentée peut être aidante, comme le PECS (Picture Exchange Communication System) basé sur l'échange de pictogrammes afin de favoriser la communication avec autrui et la prise d'initiatives. Il existe également le Makaton qui associe la parole, les gestes et les pictogrammes afin de communiquer de façon fonctionnelle avec autrui, améliorer la compréhension et favoriser l'oralisation. L'utilisation de l'outil de communication par l'ensemble des personnes intervenant auprès de l'enfant est nécessaire pour communiquer avec lui et lui permettre de le généraliser.

Pour favoriser la compréhension des situations par l'individu, il est recommandé de limiter les stimulations visuelles environnementales dans lesquelles l'enfant autiste peut se perdre, pour les raisons que nous avons évoquées précédemment. La méthode TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicaped Children), reposant sur la structuration spatio-temporelle peut être appliquée : structuration de l'espace

(association d'une activité à un lieu), structuration du temps (avec un emploi du temps, un timer, un sablier...) et structuration des activités (celles qui sont à faire et celles qui sont terminées).

D'autres méthodes d'intervention globale sont recommandées, comme le Modèle de Denver pour les jeunes enfants qui intervient spécifiquement sur le domaine socio-communicatif (imitation, interactions, réciprocité), mais aussi la Thérapie d'Echange et de Développement fondée sur le développement des interactions et des expériences (motrices, cognitives, sociales) au travers de jeux.

Après avoir déterminé les particularités de développement, les difficultés de l'enfant porteur d'autisme associé à un retard mental ainsi que les méthodes d'intervention recommandées, il convient de mettre en place une prise en charge adaptée et individualisée pour l'aider à développer ses compétences. Dans une seconde partie, nous allons donc définir les différents modes d'apprentissage qui s'offrent au thérapeute, déterminer ceux qui apparaissent adaptés et pertinents pour l'enfant avec autisme associé à une déficience intellectuelle.

1. Définition

L'apprentissage, au sens large du terme, se définit comme la perception et l'intégration d'informations issues d'une nouvelle expérience dans la mémoire et dans les comportements. Ainsi chaque expérience permet de construire des connaissances supplémentaires.

L'apprentissage est réalisé grâce à la présence de trois éléments en interaction constante :

- La perception
- Le traitement de l'information
- La réponse fournie suite à cette information

La perception de l'information se fait par le biais des systèmes sensoriels, en particulier tactile, auditif et visuel. L'information est ensuite véhiculée vers le tronc cérébral puis le cortex, où elle est intégrée, analysée, enregistrée en mémoire et utilisée pour mettre en place une réponse adaptée.

Famose a établi une définition de l'apprentissage moteur en synthétisant celles de divers chercheurs. Cette définition renferme 3 idées principales :

- L'apprentissage moteur est un processus cognitif interne permettant au sujet de modifier son comportement pour l'adapter à la tâche à laquelle il est confronté
- L'apprentissage est un changement durable du comportement obtenu grâce à la pratique et à l'expérience du sujet en interaction avec le milieu
- On distingue l'apprentissage par exercice, c'est-à-dire par répétition d'une même tâche, et l'apprentissage par transfert, obtenu par l'accomplissement de tâches différentes.

Temprado (1997)¹⁴ définit le versant cognitif de l'apprentissage comme « le changement de l'état interne du sujet qui résulte de la pratique ou de l'expérience et qui peut être inférée par l'analyse de sa performance. L'expérience étant l'observation de la pratique d'autres sujets experts ou en cours d'apprentissage ».

¹⁴ Moretton, J.P. & Dugas, E. (2011). Spectre autistique et éducation physique et sportive : vers des perspectives d'apprentissage ? *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, n°115, 452-459.

Le phénomène d'apprentissage est à rapprocher de celui d'adaptation de l'individu dans son environnement. En effet, le sujet se retrouve confronté à un problème qu'il doit résoudre selon certaines contraintes. Il existe deux formes de contraintes :

- Des contraintes extrinsèques, relatives à l'environnement
- Des contraintes intrinsèques, relatives à l'individu. Elles concernent la maturation nerveuse du sujet, ses capacités motrices, cognitives, perceptives

L'apprentissage étant un processus de changement, il implique une motivation de la part du sujet.

L'apprentissage soulève deux questions : « Quoi ? Que doit apprendre l'individu? » et « Comment l'individu apprend? ». Il existe différents modes d'apprentissage, que nous allons développer ci-dessous afin de connaître leurs caractéristiques, et ainsi comment adapter la prise en charge auprès de la personne avec autisme associé à un retard mental.

2. Les différents types d'apprentissage

2.1 Apprentissage par association

Dans ce type d'apprentissage, l'individu se trouve exposé à des paires de stimuli qu'il va devoir appairer. On appelle aussi ce phénomène le conditionnement. On distingue deux formes de conditionnement : le conditionnement classique, de Pavlov, et le conditionnement opérant, de Skinner.

Dans le conditionnement de Pavlov, la perception d'un stimulus inconditionnel entraîne l'apparition d'une réponse inconditionnelle. On associe ensuite un stimulus neutre au stimulus inconditionnel, entraînant la réponse inconditionnelle. Avec le temps, on ne fournit que le stimulus neutre (qui devient alors un stimulus conditionnel), et si celui-ci entraîne l'apparition de la réponse (dite conditionnelle), on parle d'apprentissage. De ce conditionnement découlent trois lois :

- La loi de contiguïté temporelle : les stimuli neutre et inconditionnel doivent être en contiguïté temporelle pour qu'il y ait conditionnement.
- La loi de répétition et d'oubli : la réponse conditionnelle est d'autant mieux mémorisée que le nombre d'associations entre le stimulus inconditionnel et le stimulus neutre est important.

- La loi de généralisation et de discrimination : lorsque le conditionnement est effectué, les stimuli proches du stimulus conditionnel utilisé lors du conditionnement entraîneront la même réponse.

Dans le conditionnement opérant de Skinner, c'est la manipulation de renforçateurs qui va permettre l'apprentissage. La perception du stimulus entraîne une réponse de la part du sujet. En comparant la réponse donnée et la réponse attendue, la personne reçoit un renforcement positif, qui va encourager la probabilité de réapparition de celle-ci, ou un renforcement négatif, qui va au contraire agir pour que celle-ci tende à disparaître. Ce n'est donc pas l'association d'un stimulus avec une réponse qui va entraîner un apprentissage, mais la conséquence de la réponse (feedback) qui va influencer la fréquence d'apparition de celle-ci et donc l'apprentissage d'un comportement.

Dans un rapport intitulé « Conditionnement et apprentissage », De Montpellier (1958)¹⁵ étudie différentes synthèses entre l'apprentissage et le conditionnement. Selon lui, l'apprentissage repose sur une synthèse cognitive, incluant le schéma de la réaction, et se différencie par là des phénomènes de conditionnement au sens étroit du terme.

De son côté, Leontiev (1958) défend l'idée que « la liaison conditionnelle constitue le mécanisme général de l'adaptation individuelle du comportement ».

L'utilisation de renforçateurs est pertinente chez la personne avec autisme. La méthode Applied Behavior Analysis (ABA) repose sur l'apprentissage par association. Il s'agit d'une technique d'intervention comportementale intensive, qui part du postulat qu'un comportement est déterminé par ce qui le précède et ses conséquences. De ce fait, l'utilisation d'un renforçateur va favoriser, ou au contraire réduire, la probabilité d'apparition d'un comportement chez la personne. Il convient de déterminer préalablement le type de renforçateur adapté à l'enfant. Il peut être primaire (consommable ou utilisable immédiatement), social (encouragements, félicitations...), intermédiaire (bons points, jetons, notes... pouvant être économisés et échangés contre un autre renforçateur) ou prendre la forme d'une activité intéressante pour lui. Pour être efficace et favoriser la compréhension de

¹⁵ Andrieux, C., Bresson, F., Ehrlich, S., Flament, C., Florès, C., Fraisse, P., Galifret, Y., Heissler, N., Jampolsky, P., Jodelet, F., Le Ny, J., Oléron, G., Oléron, P., Orsini, F. & Piéron, H. (1959). Psychologie générale. Traité. *L'année psychologique*. 59 (1), 291-319.

l'enfant, le renforçateur doit suivre immédiatement le comportement attendu. L'objectif est de réduire peu à peu l'utilisation du renforçateur et de généraliser le comportement.

2.2 Apprentissage implicite

Perruchet et Nicolas (1998) définissent l'apprentissage implicite comme « un mode d'adaptation dans lequel le comportement d'un sujet apparaît sensible à la structure d'une situation, sans que cette adaptation ne soit imputable à l'exploitation intentionnelle de la connaissance explicite de cette structure. Il ne s'agit pas d'affirmer l'absence de toute connaissance explicite mais seulement de souligner que l'adaptation comportementale ne repose pas sur l'exploitation intentionnelle de cette connaissance ». Ce mode d'apprentissage consiste alors à s'adapter à une situation sans pour autant être conscient des raisons de cette adaptation.

L'apprentissage implicite est particulièrement impliqué dans le développement du langage ainsi que des habiletés sociales, soit deux des trois éléments atteints dans la triade autistique.

Plusieurs études suggèrent que les personnes avec TSA présentent un déficit par rapport à l'apprentissage implicite (Mostofsky *et al.*, 2000 ; Gordon & Stark, 2007).¹⁶

Klinger et Dawson (2001) observent que les enfants avec TSA présenteraient un déficit dans l'apprentissage implicite, mais pourraient le compenser par un apprentissage plus explicite, reposant sur des règles.

Travers *et al.* (2010) ont mené une étude relative à l'apprentissage implicite moteur chez des enfants et des adultes avec TSA. Les résultats ne montrent aucune perturbation de l'apprentissage implicite (alors que les possibilités de compensation par apprentissage explicite sont contrôlées). Ils ne mettent pas non plus en évidence de corrélation entre la sévérité de la symptomatologie et l'apprentissage moteur implicite.

L'étude menée par Brown *et al.* (2010) portant sur l'apprentissage implicite chez les personnes porteuses de TSA avec une efficacité intellectuelle variable, confirme les résultats de recherches antérieures, à savoir que l'apprentissage implicite ne serait pas dépendant du niveau intellectuel, contrairement à l'apprentissage explicite (Gebauer & Mackintosh, 2007,

¹⁶ Barnes, K.A., Howard, J.H Jr., Howard, D.V., Gilotty L., Kenworthy L., Gaillard W.D. & Vaidya C.J. (2008). Intact implicit learning of spatial context and temporal sequences in childhood autism spectrum disorder. *Neuropsychology*. 22 (5), 563-70.

2009; Kaufman *et al.*, 2009; Reber *et al.*, 1991). En effet, l'apprentissage explicite reposant sur une participation active, consciente et volontaire du sujet, les notions de compréhension et de mémorisation nécessaires sont affectées dans le cadre d'une déficience intellectuelle.

Par ailleurs, d'autres études mettent en avant des différences entre les apprentissages implicites en motricité globale et les apprentissages implicites en motricité fine. En effet, les sujets porteurs de TSA auraient plus de difficultés dans les apprentissages en motricité globale qu'en motricité fine, ce qui serait lié aux difficultés de perception globale rapportées dans le cadre de cette pathologie.

L'apprentissage implicite a également été étudié par Vinter et Detable (2004) auprès d'enfants et adolescents avec retard mental. L'étude porte sur 8 groupes : un groupe d'enfants avec RM léger, un groupe d'enfants avec RM moyen, un groupe d'adolescents avec RM léger, un groupe d'adolescents avec RM moyen, chacun étant associé à un groupe contrôle. Les résultats montrent que la préservation de l'apprentissage implicite dans le temps ne dépend ni de l'âge, ni du degré de RM, ni de son étiologie. Ces résultats confirment ceux obtenus par Reber (1993) concernant l'invariance du QI à l'égard de l'apprentissage implicite. Cependant, les auteurs émettent l'hypothèse que les résultats positifs obtenus peuvent être liés aux conditions d'apprentissage. En effet, en laboratoire, la tâche à apprendre est isolée, les distracteurs sont très limités afin de solliciter de manière optimale l'attention du sujet. Selon eux, le facteur attentionnel serait un élément indispensable lors de l'apprentissage.

L'apprentissage implicite repose sur l'exposition répétée de l'individu à une situation, entraînant un ajustement inconscient de celui-ci. Il peut être pertinent auprès de la personne avec autisme et retard mental car il permet l'apprentissage sans mettre en jeu de processus cognitifs complexes. En considérant les difficultés attentionnelles du sujet, un aménagement de la situation apparaît indispensable pour favoriser l'apprentissage.

2.3 Apprentissage procédural

L'apprentissage procédural est une forme d'apprentissage implicite. Il permet l'acquisition d'une habileté motrice ou cognitive, de façon progressive, par l'exposition répétée à une activité, dans un objectif d'automatisation de celle-ci. Pour cela, différentes ressources cognitives sont nécessaires. Des capacités perceptives, perception de la situation et du but à atteindre, et mnésiques, afin d'intégrer les données au fur et à mesure des répétitions

et de permettre l'automatisation. La mémoire procédurale a donc pour rôle d'encoder, stocker et rappeler les procédures qui sous-tendent les habiletés. Une fois que l'habileté est automatisée, les procédures sont oubliées. En effet, la personne ne se rappelle plus comment elle l'a apprise mais elle sait la réaliser. Ceci est un phénomène nécessaire à l'adaptation car il permet aux systèmes cognitifs de se pencher sur un nouvel apprentissage.

L'apparition de cet apprentissage chez l'enfant serait relativement précoce et stable au cours du développement.

Les études portant sur l'apprentissage d'habiletés motrices chez des enfants porteurs de troubles autistiques ont montré des résultats variables. Certaines observent la présence de déficits, alors que d'autres ne constatent pas de différence significative entre des sujets porteurs d'autisme et des sujets appariés en âge et en QI (Barnes *et al.* 2008). Les résultats de cette dernière étude sont à nuancer car il s'agit d'enfants avec un syndrome d'Asperger ainsi que d'un effectif d'échantillon trop réduit pour pouvoir les généraliser. Ceci dit, l'apprentissage procédural serait plus lent à apparaître et avec une efficacité des capacités d'apprentissage plus faible chez les enfants porteurs de troubles autistiques que chez les enfants contrôles.

2.4 Apprentissage par imitation

On distingue deux types d'imitation selon leur finalité : l'imitation pour communiquer et l'imitation pour apprendre. L'imitation comme système de communication est immédiate et comporte trois composantes : synchronie, tour de rôle et attention conjointe. L'imitation comme mécanisme d'apprentissage peut être immédiate ou différée. L'avantage de cette forme d'apprentissage est qu'elle permet au sujet de connaître les effets d'une action en observant ceux de l'action du modèle.

L'apprentissage vicariant (ou modelage), développé par Bandura, correspond à l'apprentissage par imitation active d'un modèle. Pour que cet apprentissage soit possible, la personne doit pouvoir s'identifier au modèle et cette identification passe par une appréciation du niveau de similarité entre les deux individus. Ainsi, il sera plus facile pour un petit garçon d'apprendre en imitant un autre garçon de même âge plutôt qu'une fille ou une personne adulte. Selon lui, quatre éléments sont nécessaires à cette forme d'apprentissage :

- L'attention : intérêt porté à l'action et au modèle

- La mémoire : stockage, encodage, rappel
- Des capacités perceptives, sensorielles, cognitives et motrices suffisantes pour la reproduction du comportement « modelé » : perception, auto-observation, précision et correction grâce aux feedback
- La motivation : renforcement direct, attente de résultat, auto-motivation

La question de l'imitation chez les enfants porteurs d'autisme a été à l'origine de nombreux débats. En effet, pendant longtemps les chercheurs se sont accordés sur le fait que ces enfants présentaient des déficits d'imitation, et que ceux-ci étaient spécifiques à l'autisme.

En 2004, Williams *et al.* ont réalisé une méta-analyse de 21 études menées sur l'imitation ciblée des mains et du corps entre 1972 et 2002. Quatorze études montrent un déficit d'imitation chez les personnes avec autisme par rapport aux personnes contrôles. La plupart des études ont trouvé un déficit chez les enfants porteurs d'autisme, comparés à des enfants ayant un retard global de développement. Des chercheurs ont aussi montré que des enfants ayant un retard mental avaient des capacités d'imitation moins bonnes que les enfants contrôles, mais meilleures que les enfants avec TSA (Sigman & Ungerer, 1984 ; Charman *et al.*, 1997). Une théorie à propos des difficultés de coordinations des enfants porteurs de TSA a été abordée, mais en les comparant à des enfants porteurs de TAC on retrouve tout de même des difficultés d'imitation plus importantes chez les enfants TSA (Green *et al.*, 2002). Les travaux de Charman *et al.* en 1998 évoquent la possibilité que la sévérité du déficit soit liée à l'intensité du trouble autistique. Williams *et al.* en concluent qu'il y aurait un déficit d'imitation qui serait spécifique au trouble autistique. L'hypothèse la plus probable vis-à-vis des résultats serait un défaut de « *self-other mapping* » chez les personnes TSA.

Cependant, Nadel doute de la spécificité du défaut d'imitation chez les enfants porteurs de TSA. Tout d'abord, l'hétérogénéité du trouble autistique ne permettrait pas de généraliser ce déficit. Elle suggère que le défaut d'imitation varie selon le profil de l'enfant, mais aussi selon le type d'imitation proposé. Dans un second temps, elle s'appuie sur les travaux de Prizant et Duchan (1981) qui proposent un modèle d'évolution des écholalies vers le langage. L'écholalie serait un processus d'imitation de sons qui permettrait à l'enfant de développer le langage. Les gestes pourraient-ils répondre au même phénomène : l'imitation et la répétition de gestes ou actions permettrait-elle par la suite leur apprentissage? Et finalement, une étude réalisée par DeMyer en 1975 sur des enfants avec autisme répartis en groupes selon leur niveau intellectuel montre que les enfants ayant le meilleur niveau ne se distinguent pas des enfants ayant une déficience intellectuelle au niveau des capacités d'imitation. De plus,

l'expérience de Hammes et Langdell (1981) montre que l'imitation d'actions concrètes simples semble préservée.

Quand on parle de capacités d'imitation, il convient alors de déterminer trois caractéristiques :

- Quand imiter : modèle présent ou non, imitation immédiate ou différée
- Quoi imiter : action nouvelle ou familière, action simple ou complexe, imitation de geste ou d'action sur un objet
- Comment imiter : imitation induite, spontanée

Il existe diverses formes d'imitation, donc comment peut-on affirmer que l'imitation est déficitaire chez l'enfant porteur d'autisme ?

Nadel se penche alors sur la question de l'imitation spontanée. Lors de mises en situation de couples d'enfants composés d'un enfant porteur d'autisme et d'un enfant ayant une particularité développementale différente, elle constate que les enfants avec autisme imitent leur partenaire. D'autres études ont montré que certaines capacités d'imitation étaient également préservées dans le cadre de l'autisme, à savoir l'imitation d'actions sur un objet et la sensibilité au fait d'être imité.

En ce qui concerne l'apprentissage par imitation, Nadel met en place deux groupes d'enfants d'âge développemental de 24 et 36 mois, constitués d'enfants avec autisme et d'enfants typiques. L'enfant se trouve confronté à un problème dont la démonstration de résolution lui est présentée par vidéo. Les résultats montrent que les manipulations sont identiques chez les enfants typiques et les enfants avec autisme. Cependant, en ce qui concerne l'apprentissage de la résolution du problème, les enfants avec autisme ont besoin de deux démonstrations, alors qu'une seule est nécessaire pour les enfants typiques. Si, comme le suggère Elsner (2007), la compréhension et l'anticipation de l'effet de l'action est nécessaire pour l'apprentissage par observation, il est possible que les enfants avec autisme aient besoin d'une démonstration supplémentaire pour se concentrer sur le rapport action-but, négligé au profit de détails attractifs sur le plan sensoriel.

Pour résumer, l'imitation est une notion hétérogène, impliquant une hiérarchie de différents mécanismes, sous-tendant différentes formes. Chez la personne avec autisme, certains types apparaissent préservés comme l'imitation d'actions simples et concrètes, l'imitation d'actions sur des objets, l'imitation spontanée et la reconnaissance d'être imité.

L'expérience de Nadel montre que l'apprentissage par imitation est possible, même s'il est plus lent que chez l'enfant normotypique. Ceci offre une perspective intéressante dans le cadre thérapeutique, notamment par rapport aux troubles d'intentionnalité présent chez l'enfant porteur d'autisme.

3. Spécificités de l'apprentissage auprès de cette population

Lorsqu'on parle d'apprentissage, il convient de recueillir trois informations avant toute intervention :

- Comment la personne perçoit-elle son environnement ?
- Comment traite-t-elle les informations ?
- Comment agit-elle sur l'environnement ?

Nous avons vu dans la première partie les différentes particularités liées à la pathologie autistique associée au retard mental concernant la perception, le traitement des informations.

Dans cette seconde partie, nous avons exposé et défini les différents modes d'apprentissage afin de déterminer ceux qui pouvaient être mis en place auprès de l'enfant autiste présentant un retard mental. Certains modes tels que l'apprentissage explicite ne s'avèrent pas adaptés auprès de cette population. En effet, celui-ci s'appuie sur une démarche volontaire, consciente de la part de l'individu et nécessite des notions de compréhension et de mémorisation, affectées dans le cadre de l'autisme associé à la déficience intellectuelle. Cependant nous avons pu constater que d'autres modes semblaient pertinents, comme l'apprentissage par association, par imitation et l'apprentissage implicite. En effet, ces modes n'impliquant pas des processus cognitifs élevés et reposant sur la répétition d'un comportement peuvent permettre à la personne de développer ses compétences.

La difficulté principale à laquelle on se trouve confronté est le défaut de compréhension de la personne, lié aux troubles cognitifs et à la déficience intellectuelle. De plus, l'anxiété face à une situation nouvelle ou incomprise peut venir mettre à mal l'apprentissage de la personne. Pour palier à cela, une adaptation à différents niveaux est nécessaire.

Aménagement de l'environnement :

Comme nous l'avons expliqué dans la première partie, la structuration spatiale et temporelle proposée par la méthode TEACCH permet de limiter les difficultés de la personne avec autisme en ce qui concerne la planification, l'attention, la mémorisation et l'exécution. La compréhension et l'anticipation vont être favorisées, permettant alors de réduire l'anxiété face à la situation.

Aménagement de la communication :

L'adaptation de la communication verbale est indispensable. L'utilisation de consignes simples, courtes et concrètes permet une meilleure transmission de l'information. L'utilisation de pictogrammes ou de gestes peut également favoriser la compréhension des consignes.

Une étude menée par Le Menn *et al.* (2009) montre que la modalité de consigne utilisée a une incidence sur l'apprentissage moteur. Ils comparent quatre modalités de consignes : verbale, visuelle, verbale et visuelle, verbale puis visuelle. Les résultats révèlent que les enfants porteurs de TED sont plus réceptifs aux consignes associant les deux modalités qu'à celles n'en utilisant qu'une seule. Ils mettent également en avant l'importance de la démonstration visuelle auprès des enfants avec autisme.

Modalités d'apprentissage :

La méthode ABA, fondée sur le renforcement du comportement attendu, fait partie des approches préconisées chez l'enfant porteur d'autisme. Elle permet un apprentissage à partir de différents techniques :

- Le *modeling*, ou imitation
- Le *shaping*, ou façonnement qui consiste à renforcer toutes les manifestations qui se rapprochent du comportement attendu
- Le *chaining*, ou chainage qui correspond à l'apprentissage étape par étape d'un comportement. Il peut se faire en chainage avant, c'est-à-dire en débutant par la première étape, ou en chainage arrière, en débutant par la dernière étape puis en remontant jusqu'à la première.

Différents types d'aide peuvent être apportés à l'enfant pour développer ou initier un nouveau comportement :

- La guidance manuelle : il s'agit de guider et accompagner physiquement l'enfant

- La guidance visuelle ou gestuelle : il s’agit de fournir à l’individu des indices pour l’aider à effectuer la tâche
- La guidance verbale : il s’agit de lui donner une consigne verbale au cours de la réalisation

Les aide apportées et les renforçateurs sont voués à disparaître progressivement au cours de l’apprentissage.

Dans le cadre d’un retard mental, la répétition fréquente et sur le long terme semble privilégiée, afin de permettre une meilleure intégration de l’information.

La question de la généralisation est un élément essentiel à prendre en considération dans la prise en charge. La généralisation correspond à l’application d’une compétence acquise dans une situation à différents contextes. Il s’agit d’une capacité que l’on observe plutôt en fin de phase d’apprentissage. Les enfants porteurs d’autisme, et d’autant plus lorsqu’il y a un retard mental associé, présentent une rigidité de fonctionnement qui leur permet difficilement d’établir un lien entre les différentes situations et de transférer les connaissances d’un contexte à un autre. Il apparaît donc important d’apporter à l’enfant des situations variées, de façon progressive pour limiter l’anxiété, lui permettant de généraliser ses compétences. Le partenariat avec les différents professionnels intervenant auprès de l’enfant et la famille favorise la généralisation.

Le développement et le fonctionnement de la personne présentant un trouble autistique associé à un retard mental nécessite l’utilisation de stratégies particulières afin de favoriser l’apprentissage moteur ainsi que sa généralisation. Pour cela on peut s’appuyer sur les intérêts de l’enfant, la structuration, les supports visuels.

Les particularités d’apprentissages moteurs montrent l’intérêt de privilégier les apprentissages renforçant l’utilisation de feedback proprioceptifs.

Etant confrontée à la prise en charge d’un groupe en psychomotricité au cours de mon stage, j’ai choisi de me pencher sur la question de l’apprentissage en groupe auprès d’enfants porteurs d’autisme associé à un retard mental.

En quoi est-il pertinent avec ces enfants ? Quels moyens d’apprentissage peuvent être mis en place ? Quels aménagements sont nécessaires ?

PARTIE
PRATIQUE

1. Le groupe

1.1 Définition

Selon le dictionnaire Larousse, le groupe est « un ensemble humain structuré dont les éléments s'influencent réciproquement ». Le groupe est défini par trois caractéristiques : le nombre de sujets, le but commun poursuivi par le groupe, ainsi que la dynamique propre à celui-ci. On parle de groupe à partir de la présence d'une troisième personne, même si des phénomènes de groupe ne seraient observables qu'à partir de quatre personnes.

D. Marcelli¹⁷ distingue les groupes d'accompagnement thérapeutique et les groupes psychothérapeutiques.

Les psychothérapies de groupe ont été généralisées par les psychanalystes américains. La psychothérapie de groupe serait, selon eux, le lieu privilégié pour répondre au besoin de communion sociale de l'être humain.

Le groupe de psychomotricité fait partie des groupes d'accompagnement thérapeutique. Selon Marcelli, le rôle de l'animateur est de proposer aux enfants des activités dans un objectif thérapeutique et d'éveil, tout en maintenant leur intérêt au travers de situations nouvelles.

1.2 Les différentes théories

1.2.1 Théories psychodynamiques¹⁸

Historiquement, Slavson (1934) fut le premier à instaurer une thérapie de groupe chez l'enfant, en partant du postulat que « l'activité physique est essentielle à l'équilibre des émotions ». Pour cela, il constitue des groupes d'enfants selon leur âge, leurs affinités et leur pathologie et met à leur disposition du matériel sélectionné selon « leur degré de fixation de la libido ». Par la suite, Sugar (1974) va développer des groupes en n'utilisant que les échanges

¹⁷ Blossier, P. (2002). *Groupes et psychomotricité : le corps en jeu*. Marseille : Solal.

¹⁸ Chapelier, J.B. (2009). Les psychothérapies de groupe chez l'enfant et l'adolescent : les tentations éducatives. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°53, 9-27.

verbaux. Les thérapies de groupe vont se développer aux Etats-Unis et s'exporter, notamment en Europe.

En France, les premiers groupes thérapeutiques apparaissent après la Seconde Guerre mondiale, sous la forme de groupes d'expression libre. Cette thérapie va ensuite être laissée de côté, au profit du psychodrame, avant d'être réactualisée par les travaux de Decherf (1981), Privat et Chapelier.

On distingue trois approches différentes du groupe issues de la psychanalyse. Tout d'abord, « Les psychothérapies dans le groupe » développée par Wolf qui s'intéresse à l'individu et non au groupe. Pour lui, le groupe a pour objectif de stimuler les associations fantasmatisques et réguler le vécu individuel, et le thérapeute va encourager l'individu à interagir avec les autres membres. Puis « La psychothérapie dans et par le groupe » développée par Foulkes (1964), qui associe la théorie psychanalytique à la gestalt-théorie. Il s'intéresse au groupe, à l'individu et aux influences qu'ils peuvent avoir l'un sur l'autre. Et finalement, « La psychothérapie du et par le groupe » développée par Bion (1961) qui s'intéresse principalement au groupe et à son évolution. Cette vision sera suivie par d'autres auteurs, notamment Anzieu et Kaës qui l'appliquent à des groupes de formation puis l'étendent à des groupes thérapeutiques. Chapelier et Privat proposent des groupes thérapeutiques pour les enfants et les adolescents qui associent l'association libre et l'étude de la dynamique du groupe. Leur but est de permettre aux individus de « retrouver une identité personnelle, tout en reconnaissant leur appartenance au groupe ».

1.2.2 Théories éducatives¹⁹

Dewey, pédagogue américain est le premier à centrer la pédagogie sur la motivation de l'apprenant. Il estime que l'éducateur doit s'axer sur les intérêts de l'enfant et le rendre acteur de ses apprentissages. Il développe également l'idée que, étant donné que l'Homme est un être social, l'école doit promouvoir cette socialisation et devenir un lieu de partage et d'expérience. Ces travaux ont largement inspiré les méthodes pédagogiques dans différents pays.

Freinet, pédagogue français, reprend les travaux de Dewey et fonde une pédagogie basée sur la motivation, l'enseignement actif et la coopération, qu'il estime comme moteur des apprentissages chez l'enfant.

¹⁹ <http://pedagogie.skynetblogs.be/archive/2010/01/07/les-grandes-pedagogies-et-les-pedagogues-qui-les-sous-tenden.html>

La pédagogie de groupe « utilise la médiation du groupe comme « levier » principal des apprentissages et qui confie ainsi aux apprenants la responsabilité de leurs apprentissages ».

1.2.3 Théories sociales

En psychologie sociale, Lewin définit le groupe comme « un tout dont les propriétés sont différentes de la somme des parties ». Il étudie également la dynamique de groupe, définie comme « l'ensemble des phénomènes psychosociaux qui se produisent dans les petits groupes ainsi que les lois qui les régissent ». Elle recouvre donc les interactions entre les individus, leurs influences réciproques, l'évolution du groupe vers un objectif défini.

Il met en place différentes expériences afin d'étudier les phénomènes de changement, et comparer les interventions individuelles et les interventions groupales. Les résultats obtenus révèlent que l'intervention groupale est plus efficace. Selon lui, le groupe constitue alors un agent de changement, l'individu ne changerait que par ou pour le groupe.

1.3 Groupe et psychomotricité

On trouve peu d'écrits relatifs à la pratique du groupe par le psychomotricien, et d'ailleurs D. Grabot (2002) indique que « aucun des textes réglementant la profession de psychomotricien ne précise l'éventualité d'un exercice face à des groupes ». Mais cette pratique évolue et prend de plus en plus d'ampleur au fil du temps. Elle serait notamment liée à l'élargissement du champ d'action du psychomotricien auprès des populations adultes et des personnes âgées. En effet, actuellement 83% des psychomotriciens travailleraient auprès de groupes, en particulier ceux qui interviennent auprès d'adultes et de personnes âgées.

Il existe une grande variété de groupes en psychomotricité, en fonction des objectifs fixés mais également des moyens employés, des thérapeutes impliqués... Selon C. Potel (2010), le projet du groupe « peut être défini autour d'une médiation psychomotrice classique ou de préapprentissage, d'une médiation plus sophistiquée (activité sportive, artistique, activité thérapeutique psychocorporelle), de la relation médiatisée, en fonction de l'âge et de la pathologie des participants ».

Pour P. Blossier (2002), une réflexion autour du groupe, concernant les objectifs du groupe, les champs d'action et les médiations avant toute conception est indispensable.

Anzieu (1999)²⁰ définit le cadre auquel doit répondre un groupe, caractérisé par le dispositif, la définition des rôles et des fonctions (du groupe et des thérapeutes), les théories ou principes appliqués et les médiations utilisées.

Tout d'abord, le dispositif correspond à l'organisation, les règles de fonctionnement, le lieu et le matériel utilisé. Celui-ci, de par les diverses formes qu'il peut prendre, apporte toute la variabilité de la prise en charge en groupe. Cependant, il doit répondre à trois caractéristiques : une unité de temps (horaires, durée et rituels de début et de fin déterminés et fixes), une unité de lieu, une unité d'action (type d'activités et rythme identique).

En ce qui concerne les rôles et les fonctions, les thérapeutes sont garants du cadre. Le groupe quant à lui recouvre plusieurs fonctions. La première est une fonction sociale en permettant l'interaction et les échanges entre les individus. Etant source de changement chez les individus, le groupe possède une fonction d'apprentissage. Il permet l'apprentissage par observation de l'autre.

L'aspect ludique est une dimension essentielle dans l'approche groupale afin de favoriser la participation, la motivation, et donc les interactions et l'évolution des enfants sur le plan psychomoteur.

Lors de la constitution d'un groupe et pour créer une certaine dynamique, il faut prendre en compte la notion de complémentarité des membres du groupe dans les divers domaines de développement abordés.

Une autre question se pose au thérapeute qui souhaite mettre en place une prise en charge en groupe, c'est celle de l'homogénéité (enfants porteurs de la même pathologie) ou de l'hétérogénéité (enfants porteurs de pathologies différentes) du groupe.

Le groupe constitue une stratégie de soin riche par la diversité des formes qu'il peut prendre, en fonction du nombre d'individus, de leurs âges, de leurs pathologies, de la durée et de la fréquence de la séance, des médiateurs ou encore de la profession de(s) l'animateur(s) (orthophoniste, psychologue, psychomotricien, psychiatre...).

²⁰ Anzieu, D. Martin, J.Y. (2004). *La dynamique des groupes restreints*. 10ème édition. Paris : Presses Universitaires de France.

2. Présentation du groupe

L'atelier perceptivomoteur se déroule sur un après-midi et est animé par la psychomotricienne et une éducatrice. Il est mis en place pour les deux groupes d'enfants les plus jeunes de l'IME, qui bénéficient d'une prise en charge individuelle en psychomotricité en plus du groupe. La séance dure une heure pour chacun des groupes et se déroule dans la salle de sport de l'IME.

Le groupe des plus petits ayant subi beaucoup de changements au cours de l'année, j'ai décidé de porter mon attention sur celui des plus « grands ». C'est un groupe de quatre garçons porteurs d'autisme, ayant entre 8 et 9 ans.

Thibault est un garçon de 8 ans, qui est arrivé en début d'année scolaire sur ce groupe éducatif. C'est un enfant qui ne communique pas verbalement, l'utilisation du PECS est difficile et son regard est très fuyant. Il ne manifeste pas d'intérêt pour ses pairs. Sur le plan cognitif, Thibault a un besoin de manipulation pour développer ses capacités. Au niveau de la motricité fine, la latéralité n'est pas fixée, la pince fine est absente et la prise est palmaire. Enfin, en motricité globale, les réajustements posturaux sont présents mais à stimuler ainsi que l'endurance motrice.

Noé a 8 ans également. Il communique avec le PECS et s'en saisit bien, il peut prononcer quelques mots (oui, non, merci) spontanément et répéter des mots. Il est dans l'interaction, en particulier avec l'adulte, et le regard est présent. Il apprécie le temps calme après le repas de midi, où il peut s'allonger. Noé peut crier, taper ou pleurer face à des situations qui le mettent en difficulté mais il est très sensible aux encouragements. Au niveau de la motricité fine, la prise se fait de préférence avec la main droite, avec trois doigts. En ce qui concerne la motricité globale, il a participé à une activité à la piscine l'année précédente pour travailler sur les coordinations. Il est parasité par ses stéréotypies (flapping). L'équilibre est très difficile, les jambes sont raides et le polygone de sustentation est élargi. Les coordinations dynamiques générales, l'équilibre et l'endurance sont à travailler.

Adrien a 9 ans. La communication se fait également avec le PECS mais le langage commence à se développer. Il est très sensible à son environnement et peut reproduire les cris ou les comportements des autres enfants. Le temps calme après le repas est difficile, il ne parvient pas à se poser et rester allongé. Il s'ennuie vite quand on lui propose une activité

mais il est sensible au sablier et aux renforçateurs pour l'aider à se mobiliser sur celle-ci. Il travaille et évolue bien lors des temps individuels mais il est parasité et peut se mettre en opposition lors des activités de groupe. Cependant, il est un élément moteur du groupe : lors des activités qu'il apprécie (comptines, atelier perceptivomoteur par exemple) il est attentif à ce qu'il se passe autour de lui et peut solliciter les autres enfants. Au niveau de la motricité globale, Adrien marche sur la pointe des pieds, ce qui induit des difficultés au niveau des ajustements posturaux, de l'équilibre.

Arthur a 9 ans. Il ne communique pas verbalement mais utilise le PECS. Il est sensible à ce qu'il se passe autour de lui, il n'aime pas le bruit et peut cracher ou taper lorsqu'il n'est pas bien. Il interagit peu avec les autres enfants. Lors du temps calme, il a des difficultés pour se poser et se détendre. Au niveau de la motricité fine, il utilise plutôt sa main droite, la pince fine est présente mais peu endurante. Enfin, en motricité globale, l'objectif est de varier les expériences motrices, consolider les coordinations et les ajustements posturaux. C'est un garçon qui a des difficultés en ce qui concerne la motivation et l'initiative. C'est sur son évolution et les apports que peut lui fournir le travail en groupe que nous allons nous pencher.

Il s'agit d'un groupe homogène en terme de pathologie mais les enfants présentent des profils différents, pouvant être complémentaires.

Adrien apprécie les activités motrices (malgré ses difficultés) et représente un élément moteur du groupe, il peut donc servir de modèle pour les autres enfants pour la motivation, l'imitation et l'initiation de l'action. Noé a des difficultés motrices plus marquées que les autres enfants, mais sa capacité à pouvoir s'allonger et apprécier les temps calmes peut inciter les autres enfants à faire la même chose. Arthur présente des difficultés d'initiation et de l'anxiété face à de nouvelles situations mais c'est un garçon calme, ce qui peut aider à limiter l'agitation d'Adrien par exemple. Thibault a un profil plus compliqué, et va surtout profiter de l'influence des autres garçons du groupe.

3. La séance type

3.1 Déroulement

Dans un premier temps, la psychomotricienne retrouve les enfants sur le groupe éducatif. Ils s'assoient sur un banc côte à côte et l'éducatrice montre à chacun le pictogramme correspondant à l'atelier perceptivomoteur. Une fois que chaque enfant a regardé et pointé le pictogramme, ils se lèvent et sont invités à donner la main à la psychomotricienne et à l'éducatrice pour quitter la salle.

En début d'année, le second temps était un temps de promenade à l'extérieur. L'objectif de ce temps est de développer un comportement adapté à l'extérieur (tenir la main, se mettre sur le côté lorsqu'il y a une voiture), varier les surfaces de déplacement et travailler sur l'endurance. Ce temps de marche à l'extérieur s'est ensuite mis en place quotidiennement au sein du groupe éducatif à partir de Janvier, et donc a été retiré du déroulement de la séance en groupe.

Le temps suivant est celui du retour à l'IME pour aller dans la salle de sport où se déroule la suite de la séance. Les enfants entrent dans la salle, enlèvent leur manteau et s'assoient sur le banc avant de réaliser le parcours moteur.

Le parcours moteur est constitué dans un premier temps de deux parties. L'enfant commence par le trampoline. Les composantes psychomotrices mises en jeu sur cet élément sont les coordinations dynamiques générales (le saut), l'équilibre dynamique et les ajustements posturaux, la régulation tonique. L'enfant est tout d'abord tenu par les deux mains, puis à l'aide d'une main, et enfin saute seul sur le trampoline. A la suite du trampoline, l'enfant doit descendre deux marches sur un tapis d'une épaisseur de 20 centimètres, tenu ou non par la main. La transition est marquée par « 1, 2, 3 », à 3 l'enfant passe du trampoline au tapis.

Le second élément du parcours est une poutre de gymnastique d'une hauteur d'environ 50 centimètres et d'environ 3 mètres de longueur. L'enfant accède à la poutre par un plan incliné et la traverse à l'aide de l'adulte qui le tient par la main, puis par l'intermédiaire d'un anneau

avant de réussir à traverser seul la poutre. L'objectif est de travailler sur l'équilibre dynamique et les ajustements posturaux.

Un troisième élément a été rajouté sur le parcours, entre les marches sur le tapis épais et la poutre : le tunnel. Il permet de travailler sur le transfert de position (passage debout – 4 pattes), les coordinations membres supérieurs – membres inférieurs.

Lors du parcours sont également travaillées certaines notions spatiales (dessus, dessous, dedans). Il est répété plusieurs fois au cours de la séance. Pendant qu'un enfant effectue le parcours, les autres restent assis sur le banc et attendent leur tour. Lorsque vient son tour, l'enfant est sollicité physiquement (la psychomotricienne ou l'éducatrice va le chercher sur le banc), puis invité en lui tendant la main, et enfin simplement appelé par son prénom.

Une fois le parcours moteur terminé, un temps calme est proposé. Les enfants se regroupent sur le tapis et sont invités à s'allonger en écoutant une musique. La musique utilisée est identique d'une séance à l'autre pour créer un rituel. L'objectif est d'inciter les enfants à s'allonger, de leur apprendre à se poser sur un temps et un espace défini et d'accepter la proximité des autres enfants. La durée de ce temps varie selon l'évolution des enfants au cours de l'année et selon leur humeur et leurs besoins sur le moment.

Jusqu'au mois de Janvier, les enfants remettaient ensuite leur manteau et étaient raccompagnés sur le groupe éducatif. Lorsque le temps de marche a été retiré de la séance, un temps de course a été mis en place. Il est réalisé à l'extérieur de la salle de sport. L'enfant part à côté d'une intervenante qui lui donne le départ « 1, 2, 3, partez ! » il doit alors courir pour rejoindre l'autre intervenante, lui taper dans la main et repartir vers la première avant de lui taper dans la main et laisser sa place à l'enfant suivant.

Une fois que chacun est passé, on annonce aux enfants que la séance est terminée. La psychomotricienne et l'éducatrice les félicitent en leur disant « bravo » et les enfants s'applaudissent, avant d'être raccompagnés dans leur salle éducative.

3.2 Les aménagements

Les professionnels de l'IME appliquent la structuration spatio-temporelle définie par la méthode TEACCH dans l'ensemble de la structure et pour l'ensemble des activités, y compris pour l'atelier perceptivomoteur.

3.2.1 Structuration temporelle

La séance se déroule chaque semaine, le même jour et à la même heure. Le déroulement est identique d'une semaine à l'autre ainsi que la durée de la séance.

Des rituels de début et de fin de séance sont mis en place. Chaque séance commence par le regroupement des enfants sur un banc où l'éducatrice leur montre le pictogramme correspondant à l'atelier, et se termine par des félicitations accompagnées d'applaudissements où on se dit au revoir.

3.2.2 Structuration spatiale

Au niveau spatial, le regroupement de départ a toujours lieu sur le même banc. Le parcours se déroule dans la salle de sport de l'établissement avec le pictogramme de l'atelier fixé sur la porte, qui est montré aux enfants avant d'entrer.

L'aménagement de la salle est identique d'une séance à l'autre. Un banc pour l'attente lors du tour de rôle, avec un pictogramme « Attend » au-dessus, est situé face aux différents éléments du parcours. Ceux-ci sont placés parallèlement les uns aux autres afin que l'enfant puisse bien distinguer les différentes étapes. Le fait que nous soyons trois pour animer l'atelier cette année a permis que chaque élément soit encadré par une personne fixe.

C'est également sur ce banc que sont matérialisés les moments de transition : les enfants s'y regroupent entre la fin du temps de parcours et le début du temps calme, et à la fin du temps calme pour se rhabiller et aller dehors pour le temps de course.

A l'extérieur, le temps de course se déroule également à un endroit déterminé, avec un banc d'attente.

3.2.3 Adaptation de la communication

Elle concerne à la fois la communication verbale et la communication non-verbale. Pour favoriser la compréhension, on utilise des consignes courtes, simples et claires. Les moments de transition sont également expliqués verbalement.

Lorsque la consigne verbale ne suffit pas pour permettre à l'enfant de comprendre ce qu'on attend de lui, on l'accompagne d'un geste.

Les enfants n'ayant pas leur classeur PECS avec eux lors de la séance de groupe, quelques pictogrammes sont présents dans la salle pour leur permettre d'exprimer une demande (aller aux WC, boire, aide-moi...).

3.2.4 Le renforcement

Les professionnels de l'IME utilisent des renforçateurs avec les enfants. Chez les plus jeunes, ceux-ci sont la plupart du temps primaires, c'est-à-dire qu'ils sont consommables ou utilisables immédiatement, et sont généralement alimentaires. Au fur et à mesure, l'utilisation de ces renforçateurs primaires est diminuée au profit de renforçateurs sociaux, tels que les sourires, les félicitations...

Lors de la séance en groupe, nous n'utilisons pas de renforçateurs primaires mais des renforçateurs sociaux, les enfants sont félicités et encouragés tout au long des situations proposées.

3.3 Compétences psychomotrices

Les situations motrices proposées au cours de la prise en charge en groupe s'axent autour de la motricité globale.

Le temps de marche permet de travailler sur l'endurance motrice, le déplacement sur des surfaces au sol variées (herbe, goudron, gravier) et irrégulières (montée, descente, éléments à contourner).

Le parcours moteur met en jeu les capacités d'équilibre dynamique, grâce au déplacement sur le tapis épais, à la traversée de la poutre. L'exercice sur le trampoline permet de stimuler les coordinations dynamiques générales (le saut), les ajustements posturaux, la régulation du tonus (pour réussir, le corps doit être en hypertonie). Le tunnel met en jeu le transfert de

position avec le passage debout-4 pattes et inversement à la sortie du tunnel, ainsi que les coordinations entre les membres supérieurs et inférieurs pour progresser à l'intérieur de celui-ci. Les coordinations dynamiques générales sont également mises en jeu dans la course. Les situations proposées fournissent des feedback proprioceptifs permettant à l'enfant avec autisme d'ajuster progressivement ses capacités motrices.

Quelques notions spatiales sont travaillées dans le parcours moteur afin de les rendre concrètes pour les enfants (dessus, dessous, dedans). Elles sont verbalisées et accompagnées de gestes pour favoriser leur compréhension.

L'attention est sollicitée tout au long de la séance. Pour limiter les difficultés attentionnelles, l'aménagement de l'environnement joue un rôle important. Le contrôle attentionnel est régulé de façon implicite au cours de l'année, avec la répétition des séances.

3.4 Initiation

Comme nous l'avons vu précédemment, l'initiation du mouvement implique les notions de motivation, de planification et d'anticipation des effets de l'action. Cette initiation peut être affectée par l'anxiété générée face à une situation. Le groupe peut aider au développement de l'intentionnalité de l'enfant en agissant sur ces différents aspects.

En ce qui concerne la motivation, la proposition d'une situation attrayante pour l'enfant suscite son attention, l'invitant à l'expérimenter. Pour cela, il est important de connaître les intérêts de l'enfant. La dynamique du groupe est également un facteur de motivation. La prise en charge en groupe peut venir palier le défaut de planification et d'anticipation chez l'enfant avec autisme. En effet, le simple fait de regarder l'autre exécuter une action lui permet de comprendre ce qu'on attend de lui dans cette situation, et lui permet également d'anticiper les effets de cette action et éventuellement le plaisir lié à celle-ci.

Pour favoriser au mieux l'initiation du mouvement chez les enfants du groupe, on propose des activités sous forme ludique accompagnées d'encouragements, ainsi qu'un aménagement spatial et temporel. Par exemple, lors du parcours, le tour de rôle où l'enfant est assis sur un banc lui permet de mobiliser son attention et d'observer l'autre réaliser la tâche.

3.5 Imitation

L'imitation consiste à reproduire une action ou une activité perçue par l'enfant. Elle permet de prendre conscience de soi et de l'autre, de développer l'attention conjointe,

d'expérimenter des activités que l'enfant n'aurait pas forcément abordées de lui-même et de développer ses compétences. Le développement de l'imitation fait partie des objectifs en psychomotricité dans la prise en charge de l'enfant avec autisme.

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, l'imitation se développe d'autant plus facilement que le modèle présente des caractéristiques communes avec l'apprenant (âge, sexe, difficultés...). Ainsi, le groupe se révèle un moyen pertinent pour travailler l'imitation.

Dans ce groupe, l'imitation est utilisée pour aider l'initiation du mouvement chez l'enfant et développer certains comportements absents chez un enfant mais présents chez un autre. D'où l'importance de la complémentarité des enfants du groupe. La mise en place du tour de rôle sur le parcours permet de travailler sur l'imitation différée.

3.6 Interaction

Elle correspond aux actions réciproques entre les individus et aux relations qui existent entre eux. Le trouble des interactions fait partie des critères diagnostiques de la personne porteuse d'autisme. La situation de groupe apparaît comme un contexte idéal pour aider l'enfant à interagir avec ses pairs et avec l'adulte, et à développer la socialisation de façon progressive et adaptée à ses difficultés.

Dans le groupe, les interactions et la socialisation sont travaillées à travers le respect du tour de rôle, l'acceptation de la proximité avec les autres enfants (sur le banc d'attente, lors du temps calme), l'imitation, les demandes d'aide (pour fermer le manteau à la fin de la séance par exemple). On porte également une attention particulière à toute interaction ou manifestation spontanée d'un enfant à l'égard d'un de ses pairs.

1. Présentation générale

1.1 Anamnèse

Arthur est né [REDACTED]. La grossesse s'est déroulée normalement, [REDACTED]

Il n'y a pas d'antécédent pathologique connu concernant les parents, mais il [REDACTED]

Il a un grand frère [REDACTED]

Le développement précoce s'est effectué sans difficulté particulière, la marche a été acquise à 18 mois. Cependant, les parents rapportent une régression significative du comportement d'Arthur à l'âge d'1 an ½. Ils notent de l'isolement, une absence de réponse à son prénom, un attrait pour les stimuli visuels (notamment la lumière), un regard latéral ainsi que des difficultés dans les interactions sociales.

[REDACTED]. La séparation avec la maman est difficile. Il est ensuite scolarisé en petite section de maternelle à partir de Septembre [REDACTED], à raison de 2 demi-journées par semaine. Les progrès constatés permettent alors une augmentation du temps scolaire à 4 demi-journées par semaine.

1.2 Bilans médicaux

Une suspicion de surdité a été écartée à 2 ans.

Les évolutions staturo-pondérale et céphalique sont normales, il n'est pas noté de dysmorphie.

L'examen neurologique est normal, tout comme l'IRM et les examens ORL.

Au niveau ophtalmologique, Arthur présente une hypermétropie et porte des lunettes.

Il présente un psoriasis qui se manifeste par des plaques au niveau du cuir chevelu.

1.3 Parcours de soin

Arthur débute un suivi au CAMSP en Juin [REDACTED]

Le pédopsychiatre note une agitation désordonnée et stéréotypée des mains, avec une accroche permanente à un objet qu'il met devant ses yeux. Les observations de la psychologue et de l'éducatrice confirment un trouble majeur de la communication et de la relation, évoquant un Trouble Envahissant du Développement dont le tableau apparaît sévère. Une prise en charge individuelle en psychomotricité et en binôme psychologue-éducatrice est alors mise en place.

En [REDACTED], il poursuit la prise en charge en psychomotricité et débute une prise en charge en orthophonie ainsi qu'un groupe Makaton.

En [REDACTED], la prise en charge en psychomotricité est maintenue ainsi que celle en orthophonie. Il participe également à un groupe durant une matinée par semaine avec des enfants présentant la même problématique. Une éducatrice réalise une visite par mois au domicile.

Le compte-rendu du suivi au CAMSP met en évidence qu'Arthur progresse au niveau de l'échange avec l'adulte mais peu avec ses pairs. Il verbalise de plus en plus mais seulement en contexte et en direction de l'adulte, il peut répéter la prosodie d'une comptine. Il a acquis la phase 1 du PECS mais les demandes spontanées sont rares. En psychomotricité, il peut s'enfermer dans des autostimulations face au miroir. Il manifeste du plaisir sur le parcours psychomoteur. Il est scolarisé en alternance en moyenne et petite section de maternelle à raison de 3 matinées par semaine avec une AVS. Il montre des difficultés pour aller vers les autres mais tolère mieux les contacts physiques.

Il est admis à l'IME en [REDACTED] sur le groupe [REDACTED].

1.4 Prise en charge à l'IME

1.4.1 Orthoptie

Arthur présente une hypermétropie (caractérisée par une vision moins nette, en particulier de près), un astigmatisme (la cornée de l'œil n'est pas ronde mais ovale, ce qui engendre une vision imparfaite et une fatigue visuelle plus importante) et une diplopie (vision dédoublée).

Il semble privilégier le champ visuel gauche. La diplopie entraîne une perturbation de l'appréciation de l'espace (le relief, la distance). Il présente également une perturbation au niveau de la discrimination figure/fond.

La fixation est instable et les coordinations oculo-manuelles, comme l'enfilage de perles sur des tiges, sont possibles mais sur un temps très limité.

Il discrimine les objets, de près comme de loin et le pointage est possible mais fugace.

1.4.2 Orthophonie

En ce qui concerne les compétences sociales, l'attention et l'orientation par rapport à la voix sont bonnes. L'attention conjointe est en émergence mais le tour de parole est absent et la participation aux échanges est faible. La poursuite visuelle est très labile et le pointage est rare. Les gestes à visée communicative sont émergents, mais encore rares.

Au niveau de la communication non-verbale, Arthur fait peu de mimiques en contexte, par contre il fait beaucoup de mimiques pour compenser ses troubles visuels (fermer l'œil, plisser les yeux...). Il n'est pas dans l'imitation des mimiques de l'adulte et semble ne reconnaître que celle de la colère. Il n'utilise pas la gestuelle pour compenser la communication verbale.

Sur le plan de la communication verbale Arthur répond à son prénom et comprend les consignes simples. La compréhension est améliorée par l'aide visuelle (geste, pictogramme). Il est incapable de répondre spontanément et clairement à une demande, sauf s'il s'agit d'une action connue et récurrente.

Sur le versant expressif, il jargonne beaucoup et répète plusieurs fois des associations de syllabes. La dénomination d'objets en spontanée et sur demande est absente. Il peut rire ou se montrer mécontent de manière adaptée au contexte.

En ce qui concerne les praxies bucco-faciales, la bouche reste souvent ouverte et la respiration se fait par le nez. Le tonus facial semble normal, il n'est pas noté de bave ni de risque de fausse route. Arthur présente un bruxisme.

Pour la communication, le PECS est maintenu.

1.4.3 Psychomotricité

Lors des temps de groupe, Arthur apparait inhibé, il a tendance à se mettre dans un coin de la salle et à observer les autres enfants. Il semble sensible aux stimulations avec des objets, des sons, des lumières.

Au niveau moteur, Arthur se montre en difficulté face aux situations d'équilibre. Les coordinations des membres et les coordinations oculo-manuelles sont perturbées. Il montre également un défaut d'initiative motrice et l'exploration spontanée dans la salle est très limitée.

Arthur montre peu d'intérêt pour la motricité fine et pour le graphisme.

Il connaît les parties du corps les plus usuelles. Le dessin du bonhomme est absent.

En ce qui concerne le repérage spatial, il connaît quelques positions dans l'espace (assis, debout). Il peut avoir accès à la notion « grand/petit » après démonstration.

Les notions de repérage temporel sont trop abstraites pour permettre leur compréhension.

Arthur a besoin d'un cadre structuré, signifiant et ritualisé pour lui permettre d'accéder aux apprentissages et limiter l'inhibition.

A la suite de ces bilans, des prises en charge en orthoptie, en orthophonie (individuelle et atelier PECS) et en psychomotricité (individuelle et atelier perceptivomoteur) sont mises en place.

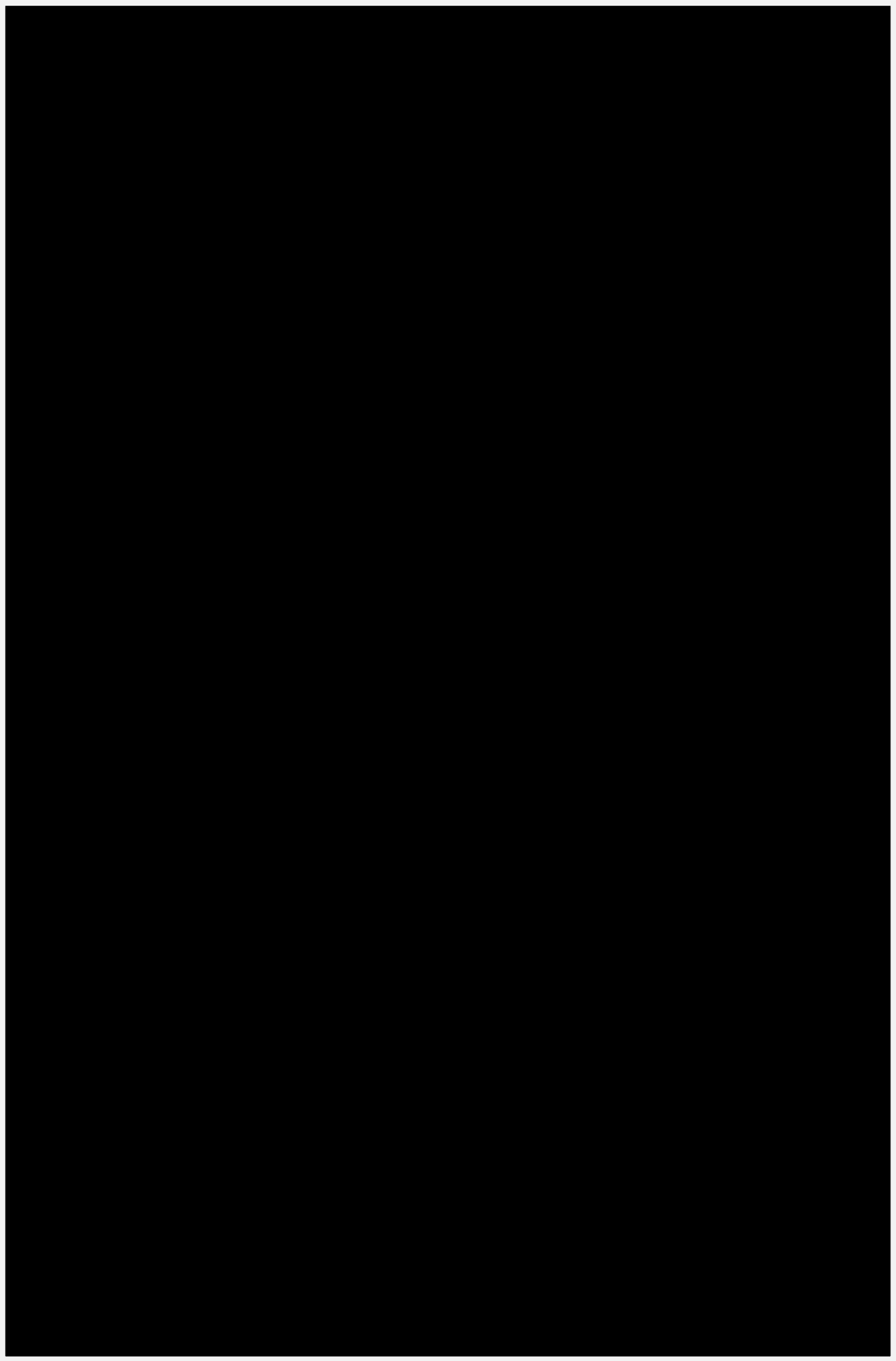
Sur le plan éducatif, Arthur change de groupe à la rentrée [REDACTED]

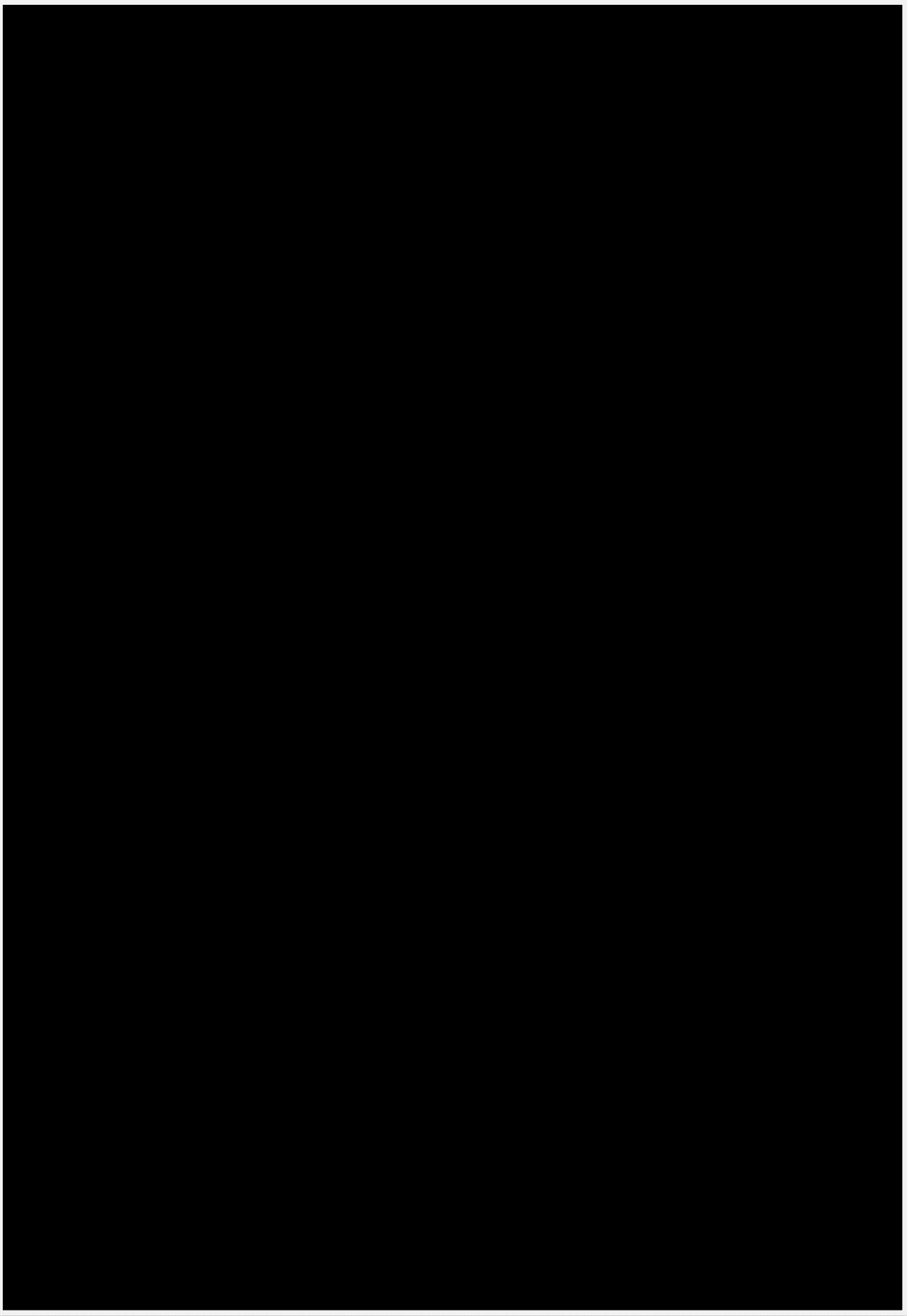
2. Projet Educatif Individualisé actuel

Le PEI de chaque enfant est réalisé au début de l'année scolaire par les différents professionnels impliqués dans sa prise en charge. Il est réévalué chaque année pour répondre au mieux aux besoins de l'enfant et à son évolution.

Il définit les différents objectifs de l'année ainsi que les moyens mis en œuvre dans divers domaines : organisation, communication, cognitif, perceptivomoteur, comportements et émotions, autonomie et centres d'intérêt.

Le projet d'Arthur a été réalisé en Septembre [REDACTED] en équipe pluridisciplinaire : les éducatrices du groupe d'Arthur, l'éducatrice coordinatrice, la psychologue, l'orthoptiste, l'orthophoniste et la psychomotricienne.



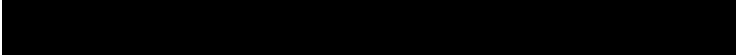





Actuellement, Arthur est pris en charge :

- En orthophonie : séance individuelle et atelier PECS
- En orthoptie : séance individuelle
- En psychomotricité : séance individuelle, atelier perceptivomoteur (psychomotricienne et éducatrice), atelier trace (psychomotricienne et enseignante spécialisée)

Il bénéficie de temps de scolarité adaptée au sein de l'IME et d'un temps d'intégration



3. Prise en charge psychomotrice en groupe : évolution d'Arthur

3.1 Observation initiale

Un bilan est réalisé avant le début de la prise en charge en groupe cette année. La situation de bilan est difficile car Arthur se montre plutôt dans l'inhibition face à l'adulte. Les observations mettent en avant des difficultés de coordination entre les membres supérieurs et les membres inférieurs. Les ajustements posturaux sont à stimuler pour

améliorer ses capacités d'équilibre. L'objectif principal de la prise en charge en motricité globale est de proposer des expériences motrices variées permettant de consolider les coordinations et les ajustements posturaux.

Certaines notions spatiales sont comprises en contexte mais sont à renforcer.

L'accès à la détente est difficile pour Arthur, il a une tendance à l'hypertonie. C'est un garçon qui est très sensible à l'atmosphère du groupe et il peut montrer de l'inhibition, se mettre en retrait ou arrêter l'activité en cours lorsqu'il entend un autre enfant pleurer ou crier.

L'observation initiale est réalisée lors de la première séance à laquelle j'assiste, au début du mois d'Octobre.

Lors du regroupement initial, il s'assoit sur le banc avec les autres enfants sans difficulté et pointe le pictogramme présenté par l'éducatrice.

Pour la marche, il donne la main et ne cherche pas à la lâcher. On ne remarque pas de mise en danger ou de comportement inadapté particulier.

Dans la salle de sport, Arthur retire son manteau seul et s'assoit sur le banc lorsqu'on le lui demande. Il accepte la proximité des autres enfants sur le banc mais n'interagit pas avec eux. L'attente ne semble pas difficile. Il apparaît plutôt passif et quand vient son tour de passer sur le parcours psychomoteur, le fait de l'appeler ne suffit pas, il faut aller le chercher sur le banc. Sur le trampoline, il refuse de lâcher les mains de la psychomotricienne, si elle lui lâche les mains il arrête de sauter. Il a tendance à prendre appui sur les mains pour sauter. Il se montre peu endurant et a besoin d'être stimulé pour continuer à sauter sur le trampoline. Lors de la traversée de la poutre, il s'agrippe à l'anneau et s'arrête si on le lâche. L'évolution se fait en passant un pied devant l'autre mais le mouvement manque de fluidité.

Au moment du temps calme, Arthur peut se mettre en position semi-allongée, mais ne pose pas sa tête sur le tapis. Il regarde ce qu'il se passe autour de lui, notamment certains enfants qui s'agitent et ne parviennent pas à se poser.

A la fin de la séance, on applaudit et on félicite les enfants, Arthur n'applaudit pas. Il remet son manteau seul mais ne sollicite pas l'adulte pour l'aider à le fermer.

3.2 Evolution sur les différents temps du groupe

3.2.1 Regroupement initial

Le regroupement initial n'est pas un temps difficile pour Arthur. Il semble de plus en plus motivé pour venir en séance au fil de l'année, et vient s'asseoir rapidement sur le banc. La proximité avec les autres enfants ne pose pas de problème, et au cours de l'année on peut observer quelques gestes dirigés vers eux (les toucher quand ils sont à côté de lui par exemple). Le pointage du pictogramme associé au regard est présent.

3.2.2 Parcours psychomoteur

Sur le trampoline, Arthur a besoin d'aide pour monter. Pendant les premières séances, il a tendance à s'appuyer sur les mains de la psychomotricienne pour sauter, mais il arrive peu à se détacher de cet appui, même s'il a besoin de tenir les deux mains de l'adulte. Avec la répétition des séances, il prend de l'assurance dans cette activité et parvient progressivement à lâcher une main, puis les deux mains pendant deux ou trois sauts, pour finalement sauter seul sur le trampoline. La descente des marches sur le tapis s'effectue sans aide, sans difficulté. La vitesse augmente au cours de l'année.

L'apparition du tunnel sur le parcours après quelques séances n'a pas généré d'anxiété ni de blocage. Il marque une pause devant le tunnel et attend la consigne « dedans » pour y entrer. Il se déplace à 4 pattes en dissociant les membres supérieurs et inférieurs sans difficulté. Les transferts de position gagnent en fluidité avec l'avancée dans l'année.

Il monte seul sur le plan incliné jusqu'à la poutre mais a besoin d'aide pour monter sur la poutre. Au début, il s'agrippe à l'anneau puis la pression devient moins forte au cours des séances et Arthur ne prend plus appui dessus. Cependant, il refuse d'avancer si l'adulte lâche l'anneau. Il ne regarde pas ses pieds pour avancer, son regard se porte généralement en face. Il progresse en posant un pied devant l'autre et gagne en aisance et en vitesse au cours de l'année.

L'attente et le tour de rôle sont respectés tout au long des séances. Il reste assis sur le banc et regarde les autres enfants lorsqu'ils passent sur le parcours. Arthur est un enfant qui se montrait passif au cours des premières séances, il fallait aller le solliciter physiquement pour qu'il se lève lorsque venait son tour. Au fur et à mesure, il se levait lorsqu'on associait son

prénom à la consigne « viens » et au geste. Et finalement, il se lève et s'approche du premier élément du parcours simplement à l'appel de son prénom.

3.2.3 Temps calme

Arthur va sur le tapis en suivant les autres enfants du groupe et se place toujours au même endroit sur celui-ci. Au départ, il se mettait en position semi-couchée mais ne parvenait pas à rester dans cette position durant le temps de la musique, il bougeait, changeait de position, se redressait en position assise. Il était également parasité par les bruits et l'agitation des autres enfants pour qui le temps calme était un moment difficile. Avec le temps, les autres enfants ont réussi à s'allonger et à profiter de ce temps, ce qui a permis à Arthur d'en profiter également. Il arrive peu à peu à s'allonger complètement, à poser sa tête sur le tapis et à rester dans cette position jusqu'à la fin de la musique.

3.2.4 Course

Ce temps a été mis en place à partir du mois de Janvier, à l'extérieur de la salle de sport, pour changer de contexte. C'est une activité qu'il apprécie, il se lève quand c'est à son tour de courir et sourit pendant la course. La trajectoire est directe, il ne dévie pas au cours de son déplacement. Le rythme est régulier, il ne s'arrête pas ou ne ralentit pas, même en augmentant la distance entre les deux intervenantes. Arthur pose ses pieds à plat sur le sol, on note que le ballant des bras est absent et que le mouvement doit gagner en fluidité, cependant on ne remarque pas de déséquilibre.

3.2.5 Initiation

En début d'année, Arthur se montre plutôt passif. Il reste assis sur le banc et ne se lève que par sollicitation physique. L'initiation était difficile et Arthur s'appuyait beaucoup sur la présence d'Adrien. En effet, lorsque cet enfant a été absent pendant une séance, Arthur a refusé de courir lors du temps à l'extérieur et il a été plus lent lors du parcours psychomoteur.

Il a pu petit à petit se détacher de lui et se montrer actif lors des différentes activités proposées. La présence des autres enfants, l'aspect ludique des situations proposées, les encouragements apportés et la répétition des activités d'une séance à l'autre ont permis à

Arthur de mieux comprendre ce qu'on attendait de lui et d'apprécier les activités au fur et à mesure des séances. Lors des dernières séances, Arthur se levait parfois du banc juste avant son tour spontanément.

3.2.6 Interaction et imitation

Au cours des premières séances, on ne note pas d'interaction entre Arthur et les autres enfants du groupe. Cependant, il n'est pas indifférent à leur présence car il est sensible à leurs comportements, et accepte leur proximité (sur le banc côte à côte et sur le tapis lors du temps calme).

Avec le temps, on remarque l'apparition de gestes discrets d'Arthur à l'égard des autres. Il peut entrer en contact avec les autres enfants lors des temps d'attente sur le banc. Lors du temps calme, il peut se montrer jaloux lorsque l'adulte s'occupe d'un autre enfant. Ses capacités d'imitation se sont surtout basées sur Adrien. Il lui a servi de modèle lors des activités motrices et lorsque celui-ci se montrait agressif, Arthur pouvait reproduire les mêmes gestes.

3.3 Observation finale

Cette observation est réalisée à la fin du mois de Mars, après six mois de prise en charge en groupe.

Les éducatrices du groupe ont noté une motivation croissante pour l'atelier perceptivomoteur au cours de l'année.

Au niveau du parcours psychomoteur, Arthur peut le réaliser presque seul, sur sollicitation verbale. Il a besoin d'aide pour monter sur le trampoline, mais il accepte de lâcher les deux mains et de sauter seul. Les pieds sont légèrement écartés et il parvient à sauter verticalement, en restant sur le même point du trampoline. Il peut enchaîner quatre à cinq sauts seul et l'enchaînement est plus fluide.

Après « 1, 2, 3 », il saute du trampoline au tapis et descend en courant les marches du tapis et se dirige directement vers le tunnel, sans marquer de pause. Le tunnel est traversé rapidement, à 4 pattes en dissociant les membres supérieurs et les membres inférieurs.

Il monte ensuite seul sur le plan incliné mais a encore besoin d'aide pour monter sur la poutre. Il n'a plus besoin d'aide pour la traverser mais la présence de l'adulte à côté de lui le rassure pour avancer. Il descend seul, soit en sautant soit en passant par la position accroupie.

Lors du temps calme, Arthur s'allonge sur le tapis, il peut poser la tête quelques instants quand on lui demande. Il peut rester couché jusqu'à la fin de la musique, sans chercher à se relever. Il apparaît moins distrait par ce qu'il se passe autour, mais cela peut être lié au fait que les autres enfants du groupe parviennent eux aussi à s'allonger et à profiter du temps calme.

En ce qui concerne l'initiation du mouvement, Arthur se lève parfois spontanément lorsque c'est à son tour de passer, au moment du parcours comme au moment de la course. Il rejoint le premier élément du parcours ou le point de départ de la course plus rapidement, voire en courant.

Sur le plan des interactions, Arthur a évolué au fur et à mesure des séances. Il sollicite Noé sur le banc quand c'est à son tour de faire le parcours par un contact physique. Lors du temps calme, il peut faire une caresse à l'adulte puis une autre sur la tête d'Adrien.

Le bilan psychomoteur est réalisé au début du mois d'Avril. Dans l'interaction avec l'adulte en situation de bilan, Arthur a toujours tendance à être dans l'inhibition. La compréhension des consignes verbales est limitée et il ne répond pas à l'imitation induite « fais comme moi » en simultané. Cependant, il accède à l'imitation différée, il peut reproduire une action dont il a pu observer la finalité.

Au niveau de la motricité globale, Arthur accepte les mises en situations proposées, mais ne comprend pas ce qu'on attend de lui lors des situations sans matériel. L'équilibre statique sur un plot, les pieds joints et sans soutien, est maintenu 20 secondes. On ne remarque pas d'oscillation, de déséquilibre. On lui propose des mises en situation issues du M-ABC. L'équilibre statique sur un pied ne peut être maintenu, cependant Arthur peut monter sur les planchettes (côté étroit vers le sol) et rester en équilibre, les pieds alignés l'un devant l'autre pendant 10 secondes.

Pour l'équilibre dynamique et les coordinations globales, Arthur enchaine trois sauts au sol, pieds joints.

En ce qui concerne la maîtrise de balle et la coordination des membres supérieurs, Arthur attrape la balle avec les deux mains et l'envoie avec sa main droite. Il réussit bien l'épreuve (4/10) d'envoi du sac lesté dans la boîte.

En conclusion, les observations réalisées en séance de groupe, après six mois de prise en charge, et les résultats de l'examen psychomoteur révèlent des progrès chez Arthur au niveau de la motricité globale, des interactions, de l'imitation et de l'initiation.

Les capacités d'équilibre statique et dynamique ont nettement évoluées, les ajustements posturaux sont de meilleure qualité, ce qui lui permet d'avoir une plus grande aisance lors des mises en situation. Les coordinations dynamiques générales, à travers le saut et le déplacement à 4 pattes sur différentes surfaces se sont également améliorées au cours de l'année. Ces progrès sont liés à la prise en charge proposée en groupe car la motricité globale n'est pas travaillée lors des séances de psychomotricité individuelles.

Les interactions se sont développées, Arthur peut entrer en contact de façon spontanée avec l'adulte mais aussi avec les autres enfants.

Les capacités d'imitation se sont améliorées, Arthur a surtout pris Adrien comme modèle pour effectuer les exercices lors des séances de groupe, mais il imite aussi certains de ses comportements. En effet, le temps calme étant un moment difficile à gérer pour Adrien, pour l'aider à rester allongé et calme on faisait la « marche de la petite bête » sur les jambes, le ventre et les bras. Lors d'une séance, Arthur a sollicité l'adulte pour qu'il fasse la même chose avec lui et en se mettant dans la même position qu'Adrien.

En ce qui concerne l'initiation motrice, la répétition des exercices, le cadre structuré et la présence des autres enfants a permis à Arthur de réduire son anxiété, de comprendre ce qu'on attendait de lui, et ainsi développer ses compétences et prendre du plaisir lors des séances.

TROISIEME PARTIE : EVOLUTION DU GROUPE

Dans le cadre d'une prise en charge en groupe, il me semble intéressant de parler également de l'évolution des autres enfants et des influences réciproques qui se sont mises en place entre eux au cours de ces séances de groupe. Nous avons vu que ces enfants présentaient des profils différents, ce qui rend la prise en charge en groupe pertinente.

Noé a des difficultés motrices plus importantes que les autres enfants, en particulier en ce qui concerne l'équilibre. Lors des premières séances, il refusait de lâcher la main de l'adulte lors du parcours, qui le mettait en difficulté, et pouvait se laisser tomber au sol lorsqu'on le lâchait. Les encouragements et l'aspect ludique et dynamique du groupe lui ont permis de mieux accepter les mises en situations et prendre de l'assurance au fur et à mesure des séances. Etant le seul à apprécier le temps calme dès le début, il a pu influencer les autres enfants.

Adrien était un garçon agité durant les premières séances, l'attente sur le banc était difficile. La présence d'enfants plus calmes, comme Noé et Arthur ont pu l'aider à gérer l'attente et le tour de rôle. Il est l'enfant le plus attiré et motivé par les activités motrices proposées et a favorisé la participation des autres enfants et la dynamique du groupe. Lors de la séance où il a été absent, ce n'est pas uniquement Arthur mais aussi Noé et Thibault qui ont été affectés. Leur motivation sur le parcours a été moindre et ils ont également refusé de courir. Le temps calme était aussi compliqué pour lui, il ne parvenait pas à se poser. Pour cela, l'interaction avec l'adulte a été aidante, la « marche de la petite bête » lui a permis de rester allongé, puis il a réussi à s'en écarter et à profiter seul du temps calme.

L'évolution de Thibault au cours des séances est moins nette. Son défaut d'intérêt pour ses pairs ne lui permet pas de profiter pleinement du groupe. Il se montre tout de même sensible à l'ambiance du groupe, lorsque les autres enfants sont énervés ou agités, cela peut avoir un impact sur l'intensité de ses stéréotypies. Il a évolué en cours d'année sur le plan de la passivité. En effet, au début des séances il fallait le solliciter physiquement pour qu'il initie l'action, avec le temps il répond de plus en plus à la sollicitation verbale pour commencer le parcours, même s'il ne s'agit pas encore d'un phénomène régulier. Sa gestion de l'attente s'est améliorée et il profite désormais du temps calme, il s'allonge sur le dos ou sur le ventre

et peut solliciter l'adulte pour obtenir un câlin ou simplement un contact physique. Cependant, il n'y a eu aucune interaction avec les autres enfants, dans un sens comme dans l'autre.

Le groupe, dans sa globalité, a évolué au cours des séances. Une dynamique de groupe et des interactions se sont installées progressivement. Chaque enfant semble avoir bénéficié de l'influence des autres pour évoluer par rapport à des objectifs individuels et a également permis au groupe de progresser.

DISCUSSION

Nous avons vu dans ce mémoire que l'enfant porteur d'autisme associé à une déficience intellectuelle présentait des difficultés dans divers domaines de développement. Le fonctionnement particulier induit par cette comorbidité nécessite une intervention particulière avec notamment l'utilisation de stratégies spécifiques pour permettre à l'enfant de développer ses compétences et de faire des apprentissages.

Les difficultés d'intentionnalité, d'attention et de mémoire, fortement impliquées dans le processus d'apprentissage, sont mises à mal chez la personne avec autisme, d'autant plus lorsqu'il y a un retard mental associé.

Les méthodes qui peuvent être utilisées reposent sur la répétition d'une situation permettant l'apprentissage par adaptation progressive de l'enfant (apprentissage implicite), mais les expériences ont également montré que l'apprentissage par imitation était possible chez ces enfants, dans certaines conditions. Les propositions d'activités attrayantes peuvent permettre de palier aux difficultés d'intentionnalité et de motivation présentes chez la personne autiste. Les approches comportementales (ABA et TEACCH), fondées sur la structuration spatio-temporelle et le renforcement sont également recommandées auprès de ce public afin de favoriser la compréhension, l'anticipation et de limiter l'anxiété de l'enfant face à une situation d'apprentissage.

La prise en charge psychomotrice en groupe proposée reprend plusieurs de ces principes. Elle repose sur la présentation d'activités motrices sous une forme ludique, pour susciter l'intérêt et la motivation des enfants. La répétition des activités favorise l'apprentissage implicite progressif. La présence des pairs permet de limiter l'anxiété et favorise la participation des enfants, l'anticipation des effets de l'action et le développement des phénomènes d'imitation. Cependant, l'approche groupale peut être source de distraction pour l'enfant avec autisme, la structuration spatiale peut donc aider à limiter ce phénomène, et fournir un cadre rassurant.

On a pu constater que cette prise en charge a été pertinente pour Arthur. Après six mois de prise en charge, on note des progrès en ce qui concerne l'initiation et la participation, ainsi que le développement de ses capacités motrices. On remarque une amélioration de ses capacités d'interaction avec les autres enfants du groupe, cependant s'agissant d'un même

groupe éducatif, on peut supposer que ces progrès ne sont pas seulement imputables à la prise en charge en atelier perceptivomoteur.

Les progrès ne sont constatés qu'à partir de mises en situation et d'observations cliniques. En effet, le niveau de compréhension limité d'Arthur ne permet pas d'utiliser des outils d'évaluation standardisés, et donc les résultats ne peuvent être évalués sur un plan quantitatif.

La mise en place d'un groupe nécessite une réflexion préalable. Le fait de constituer un groupe en psychomotricité à partir d'un groupe éducatif permet de fournir aux enfants un cadre rassurant, mais peut aussi amener une certaine rigidité au niveau des interactions. Dans un objectif de généralisation, il serait peut être plus intéressant de constituer un groupe avec des enfants de groupes éducatifs différents, ou à partir de binômes d'enfants de même groupe pour garder ce cadre rassurant.

Un autre élément à prendre en considération est la complémentarité des profils des enfants lors de la constitution du groupe. Elle favorise la mise en place d'influences réciproques entre les enfants. Je me suis alors posé la question de la pertinence du groupe dans le cas de Thibault. Son absence d'intérêt et d'interaction avec les autres enfants, et inversement, ne favorise pas cette influence réciproque propre à l'approche groupale. Même s'il a évolué au cours des séances, les bénéfices se sont effectués de façon plutôt unilatérale.

La taille du groupe joue un rôle essentiel dans la prise en charge. Lorsqu'il se trouve dans un groupe trop grand, l'enfant peut se perdre, et le thérapeute peut perdre de vue les objectifs individuels des enfants constituant le groupe. La présence de trois personnes pour animer l'atelier perceptivomoteur de quatre enfants a permis d'observer chaque enfant et de répondre à leurs besoins.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était tout d'abord de déterminer les différentes particularités de développement chez la personne avec autisme, ainsi que l'impact que pouvait avoir l'association de cette pathologie à une déficience intellectuelle. En effet, nous avons mis en évidence que cette comorbidité avait des répercussions sur divers domaines de développement de la personne, affectant les capacités d'adaptation de la personne dans son environnement.

La question est alors de savoir comment intervenir auprès d'elle pour lui permettre d'améliorer ses capacités d'adaptation et de développer ses compétences. Parmi les différentes méthodes d'apprentissage qui se présentent au psychomotricien, certaines n'apparaissent pas adaptées à l'enfant porteur d'autisme associé à un retard mental, comme l'apprentissage explicite par exemple. Celle-ci requérant des capacités cognitives, telles que la mémoire, la compréhension, mais aussi une participation active et volontaire de la part du sujet, elle ne peut être mise en place auprès de cet enfant.

En revanche, d'autres méthodes, reposant sur l'exposition répétée, l'adaptation inconsciente et l'association d'un comportement à un effet positif, telles que l'apprentissage par association et l'apprentissage implicite, paraissent adaptées. L'imitation semble également un moyen d'apprentissage pertinent. Cependant, des aménagements spécifiques au niveau temporel, spatial et de la communication sont nécessaires pour favoriser l'apprentissage.

Compte tenu de ces différents éléments, je me suis alors demandé si l'approche groupale pouvait constituer un moyen d'intervention pertinent dans le cadre des apprentissages chez l'enfant avec autisme et retard mental.

La prise en charge d'Arthur met en évidence une amélioration de ses compétences en motricité globale, mais également au niveau de l'initiation motrice et des interactions sociales. L'approche groupale en psychomotricité est utilisée ici comme un moyen de favoriser les apprentissages en présentant des situations ludiques, répétées, et dont la présence des pairs permet le développement de l'imitation et de limiter l'anxiété.

Le groupe en psychomotricité constitue alors une approche intéressante pour l'enfant porteur d'autisme associé à un retard mental pour favoriser les apprentissages. Cependant, elle doit s'inscrire dans le projet individuel de l'enfant, répondre à des objectifs individuels précis.

Elle ne peut se substituer au travail individuel, et c'est la complémentarité de la prise en charge individuelle et en groupe qui permet à l'enfant d'actualiser ses compétences.

Bibliographie

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Fifth edition*. Washington D.C.: American Psychiatric Association (APA).

Andrieux, C., Bresson, F., Ehrlich, S., Flament, C., Florès, C., Fraisse, P., Galifret, Y., Heissler, N., Jampolsky, P., Jodelet, F., Le Ny, J., Oléron, G., Oléron, P., Orsini, F. & Piéron, H. (1959). Psychologie générale. *Traité. L'année psychologique*. 59 (1), 291-319.

Anzieu, D. Martin, J.Y. (2004). *La dynamique des groupes restreints*. 10ème édition. Paris : Presses Universitaires de France.

Armand, S. (2005). *Analyse quantifiée de la marche : extraction de connaissances à partir de données pour l'aide à l'interprétation clinique de la marche digitigrade*. Valenciennes : doctorat STAPS.

Barnes, K.A., Howard, J.H Jr., Howard, D.V., Gilotty L., Kenworthy L., Gaillard W.D. & Vaidya C.J. (2008). Intact implicit learning of spatial context and temporal sequences in childhood autism spectrum disorder. *Neuropsychology*. 22 (5), 563-70.

Blossier, P. (2002). *Groupes et psychomotricité : le corps en jeu*. Marseille : Solal.

Brown, J., Aczel, B., Jiménez, L., Kaufman, S.B. & Grant, K.P. (2010). Intact implicit learning in autism spectrum conditions. *The quarterly journal of experimental psychology*. 63 (9), 1789-812.

Bruere, C. (2013). *Exemple de prise en charge de la motricité globale chez un enfant atteint d'une Sclérose tubéreuse de Bourneville associée à une déficience mentale et de possibles troubles autistiques*. Toulouse : mémoire de psychomotricité.

Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXI ème siècle ? L'Harmattan, *Savoirs*. Hors série 9-50.

Chapelier, J.B. (2009). Les psychothérapies de groupe chez l'enfant et l'adolescent : les tentations éducatives. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°53, 9-27.

Detable, C. & Vinter, A. (2004). Le maintien dans le temps des effets d'un apprentissage implicite chez des enfants et adolescents avec retard mental. *L'année psychologique*. Vol. 104, n°4, 751-770.

Devos, C. (2012). *Travail de l'adaptation posturale au travers d'un parcours de franchissement chez deux enfants porteurs d'autisme*. Toulouse : mémoire de psychomotricité.

Famose, J.P. (1991). Apprentissage moteur et résolution de problèmes. In JP. Famose, P. Fleurance, Y. Touchard, *L'apprentissage moteur rôle des représentations*. Editions revue EPS.

Gourdon, A. (2012). *De la théorie à la pratique : quel projet thérapeutique en psychomotricité pour une jeune fille avec autisme et retard mental associé ?* Toulouse : mémoire de psychomotricité.

Grabot, D. (2002). Le psychomotricien et les groupes. *Enfance & Psy*, n°19, 109-115.

Gras-Vincendon, A., Bursztejn, C. & Danion, J.M (2008). Fonctionnement de la mémoire chez les sujets avec autisme. *L'Encéphale*, n°34, 550-556.

Haute Autorité de Santé (HAS) (2012). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*.

Le Menn, C., Pourre, F. & Aubert, E. (2009). Réalisations motrices et troubles envahissants du développement : étude comparée de différentes modalités de consignes. *Entretiens de Psychomotricité*, 61-66. Paris : Les Entretiens Médicaux.

Lussier, F. & Flessas, J. (2001). *Neuropsychologie de l'enfant. Troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris : Dunod.

Magerotte, G., Willaye, E. & Bouchez, M.H. (2008). Le style d'apprentissage des personnes avec autisme. Comment apprend la personne avec autisme. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, n°100, 311-315.

Mangenot, L. (2012). *Illustration d'une prise en charge psychomotrice en groupe pour un enfant porteur d'autisme*. Toulouse : mémoire de psychomotricité.

Martins, S., Guillery-Girard, B. & Eustache, F. (2006). Modèles de la mémoire humaine : concepts et modèles en neuropsychologie de l'adulte et de l'enfant. *Epilepsies*, n°18, 4-14.

Moretton, J.P. & Dugas, E. (2011). Spectre autistique et éducation physique et sportive : vers des perspectives d'apprentissage ? *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, n°115, 452-459.

Nadel, J. (2011). *Imiter pour grandir. Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Paris : Dunod.

Nadel, J. & Potier, C. (2002). Imitiez, imitez, il en restera toujours quelque chose : le statut développemental de l'imitation dans le cas d'autisme. *Enfance*. Vol. 54, 76-85.

Perrin, J. (2013). *Autisme et psychomotricité*. Cours magistral 3^{ème} année de psychomotricité.

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

Perruchet, P. & Nicolas, S. (1998). L'apprentissage implicite : un débat théorique. *Psychologie française*, n°43-1, 13-25.

Pes, J.P. (2011). *Nouvelle approche de l'apprentissage par la psychomotricité*. Paris : Vernazobres- Grego.

Potel, C. (2010). *Etre psychomotricien. Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse : Erès.

Tourelle, A.L. (2012). *Autisme et troubles envahissants du développement*. Cours magistral 2^{ème} année de psychomotricité.

Tourelle, A.L. (2012). *Retard mental, aspects pédopsychiatriques*. Cours magistral 2^{ème} année de psychomotricité.

Travers, B., Klinger, M., Mussey, J. & Klinger, L. (2010). *Motor-Linked Implicit Learning in Persons with Autism Spectrum Disorder*.

Vuijk, P-J, Hartman, E., Scherder, E., & Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (11), 955–965.

Williams, JHG., Whiten, A. & Singh, T. (2004). A Systematic Review of Action Imitation in Autistic Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 34 (3), 285-299.

Site internet:

<http://pedagogie.skynetblogs.be/archive/2010/01/07/les-grandes-pedagogies-et-les-pedagogues-qui-les-sous-tenden.html>

RESUME :

L'autisme associé à une déficience intellectuelle implique des difficultés dans plusieurs domaines de développement (motricité, capacités cognitives, communication, interaction...), et nécessite une prise en charge spécifique. La réflexion menée au cours de ce mémoire concerne les moyens que l'on peut mettre en œuvre dans la prise en charge en psychomotricité pour favoriser les apprentissages et le développement des compétences de l'enfant porteur d'autisme associé au retard mental.

A travers le cas d'Arthur, nous nous sommes penchés sur la pertinence de l'approche groupale – réflexions préalables, apports et limites - dans l'apprentissage moteur chez l'enfant porteur d'autisme avec déficience intellectuelle.

Mots clés : autisme, déficience intellectuelle, apprentissage, psychomotricité, groupe

ABSTRACT :

Autism associated with intellectual disability involves difficulties in many development fields (motricity, cognitive skills, communication, interaction...), and require specific therapy. The reflection led in this dissertation concerns ways that we can implement in psychomotor therapy to facilitate learnings and abilities development of children with autism and mental delay.

Through Arthur's case, we focus on the pertinence of group therapy – preliminary reflections, benefits and limits - in motor learning for children with autism and intellectual disability.

Key words : autism, intellectual disability, learning, psychomotricity, group