HAL
open science

L'inhibition psychomotrice : quand la pathologie dérange peu

Élise Molbert

To cite this version:

Élise Molbert. L'inhibition psychomotrice : quand la pathologie dérange peu. Psychologie. 2013. dumas-00867603

HAL Id: dumas-00867603

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00867603

Submitted on 22 Oct 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Institut de Formation en Psychomotricité

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

L'inhibition psychomotrice : quand la pathologie dérange peu.

MOLBERT Elise

Née le 14 septembre 1990 à Metz

Juin 2013

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord l'ensemble des institutions dans lesquelles j'ai effectué mes stages pour leur accueil et l'Institut de Formation de Psychomotricité de Bordeaux.

Je remercie également mes maîtres de stage, que j'ai côtoyé pendant mes trois années d'études, pour leur gentillesse et pour m'avoir transmis leurs connaissances. Je tiens tout particulièrement à remercier mes maîtres de stage de 3ème année Laurent Branchard et Cécile Amestoy pour m'avoir apporté tellement de choses, tant sur le plan humain que sur l'apport théorico-clinique.

Je remercie mon maître de mémoire Laurent Branchard ainsi que toutes les personnes qui m'ont aidée dans la rédaction de mon mémoire.

Je n'oublie pas non plus de remercier mes amis qui m'ont permis de m'épanouir, de garder le sourire et le moral quand je doutais.

Je tiens à remercier ma famille pour leur soutien sans faille depuis toujours. Merci de m'avoir soutenu dans mon choix d'étude et de m'avoir encouragé dans tout ce que j'entreprenais.

Je remercie également les membres du jury qui ont pris le temps de lire mon mémoire.

Enfin un remerciement général à toutes les personnes que j'ai rencontré au cours de ces trois années d'étude : psychomotriciens, professeurs, et tous les autres professionnels qui ont participé à ma formation. Merci à vous de m'avoir transmis la passion pour la psychomotricité.

Sommaire

Remerciements 2
Sommaire 3
Introduction 4

I/ Partie théorique 11

A. Inhibitions 12
1- Généralités 12
2- Les inhibitions : sémiologie 13

B. L'inhibition psychomotrice 16
1- Faire connaissance avec l'inhibition psychomotrice 16
2- Etiologies de l'inhibition psychomotrice 27
3- Prises en soin de l'inhibition psychomotrice 35

C. Inhibition psychomotrice et prise en soin en psychomotricité 36
1- Vous avez dit …. Psychomotricité ? 36
2- Intérêt d'un suivi en psychomotricité 38
3- Evaluation et prise en soin 39

II/ Partie clinique 50

1- Familiarisation avec les différents lieux de stage 52
2- Etudes de cas 52
a) Antoine 52
b) Sophie 72

III/ Conclusion 87

Bibliographie 89
Annexes 91
Annexe 1 : La défaillance des réflexes myotatiques et myotatiques inverses 91
Annexe 2 : L'expression et la reconnaissance des affects 92
Annexe 3 : Associer des évènements à des émotions 93
Annexe 4 : Vers la reconnaissance des états toniques 94
Glossaire 95
Table des matières 97

Introduction

En entrant en psychomotricité j'avais pour projet de travailler en psychiatrie adulte, loin de moi l'idée d'exercer auprès d'enfants ou adolescents. Cependant mon premier stage de deuxième année s'est déroulé au sein d'un Centre Médico-Psycho-Pédagogique (ou CMPP) où j'ai alors entrevu le travail d'un psychomotricien avec une population qui, au départ, ne m'attirait pas vraiment. C'est lors de ce stage que mes convictions premières ont été très largement ébranlées. En effet j'ai découvert un public avec un panel de troubles très large, des prises en charge diversifiées et ce monde de l'enfance et de l'adolescence qui, contre toutes attentes, m'a énormément plu. En prenant du recul je peux dire qu'avec les enfants j'ai eu l'impression qu'il était encore possible de « réparer » ce qui était « abîmé ». Il me semble (peut-être à tort) que pour les enfants et adolescents une amélioration, voire une disparition des troubles est plus probable qu'avec une population adulte où les pathologies ont eu souvent le temps de s'installer durablement et profondément. Ce stage fut également pour moi la première occasion d'être confrontée à l'inhibition, qui à l'époque n'avait pas réellement attiré mon attention.

A la suite de ce stage j'en ai effectué deux autres, toujours en deuxième année, dans des Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) qui m'ont amené, entre autre, à croiser le chemin d'autres patients consultant pour une inhibition. Cette pathologie m'a intrigué par sa complexité, sa fréquence (plus élevée que ce que je pensais). Je me suis rendue compte qu'on entendait beaucoup parler de l'autre versant, l'hyperactivité qui est très médiatisée, au détriment de l'inhibition.

Le choix du stage de notre troisième et dernière année était alors évident pour moi ; il me fallait approfondir mes connaissances dans le milieu de la psychiatrie, plus particulièrement en pédopsychiatrie. De ce fait, j'ai orienté mon choix vers deux Centres Médico Psychologiques d'Enfants et Adolescents (CMPEA) et un hôpital de jour. Je voulais ainsi connaître le travail d'un psychomotricien auprès de pathologies plus sévères que celles que j'avais pu rencontrer jusqu'alors. Au milieu de pathologies telles que des troubles des apprentissages, la psychose, l'autisme et l'hyperactivité, j'ai de nouveau été confrontée à l'inhibition. Pour moi le choix fut alors clair : il me fallait étudier, comprendre cette pathologie qui semble déranger peu.

D'un point de vue tout à fait personnel j'ai l'impression que contrairement à l'hyperactivité, l'inhibition psychomotrice semble plus méconnue, elle fait moins « parler d'elle ». En effet, l'instabilité est une pathologie bien visible car envahissante (pour l'entourage familial, l'école…), alors que l'inhibition psychomotrice est plus discrète. Ainsi dans les médias, régulièrement on entend parler de ces enfants instables qui bougent tout le temps ; mais on ne parle que très peu de l'autre versant : l'inhibition. Pourtant, un des points communs entre ces pathologies c'est qu'elles sont toutes deux l'expression d'un mal-être. L'inhibition chez l'enfant (et l'adolescent) gêne peu, mais pourquoi ? Hélène Lazaratou [(1)] nous dit que les enfants inhibés sont souvent considérés comme bien adaptés, ils ne sont donc pas une source d'inquiétude immédiate pour l'entourage familial et le milieu scolaire. A l'école, ce sont des enfants qui ne perturbent pas le fonctionnement, le déroulement de la classe.

[1] : LAZARATOU H., GOLSE B., Collectif. De l'inhibition à l'hyperactivité, éd. PUF, 2012. Chapitre « *De l'angoisse de séparation à l'inhibition* ».

Pour moi la tâche fut assez difficile et j'ai failli à plusieurs reprises abandonner ce thème de mémoire. En effet, l'inhibition psychomotrice intéressant peu, mêmes les auteurs, il me fut difficile de trouver des ouvrages ou des références bibliographiques traitant de ce sujet (largement supplantée par l'hyperactivité). Cela fut compliqué pour moi notamment au début de mes recherches de trouver matière me permettant de me forger un socle théorique sur lequel me baser afin d'étayer mes propres observations cliniques et les quelques connaissances que j'avais de l'inhibition psychomotrice. Cependant, étant très captivée par ce trouble je n'ai pu me résoudre à changer de thème et j'ai donc persévéré. J'ai alors croisé une multitude de bribes de lecture, d'auteurs, de courants théoriques afin de me forger ma propre conceptualisation.

Etant étudiante en psychomotricité, mon but à travers ce mémoire de fin d'étude est non seulement de vous exposer ce que j'ai compris de cette pathologie (ses causes et conséquences, son expression…) mais également ce que, pour moi, un psychomotricien peut apporter (de plus ou en complémentarité des autres professions) dans la prise en charge d'un tel trouble.

Dans une première partie j'aborderai le concept d'inhibition, au sens large du terme ; nous parlerons également des versants de l'inhibition en tentant de comprendre comment ils se manifestent mais en gardant à l'esprit qu'ils ne sont que très rarement isolés. Ensuite, j'aborderai la question de l'inhibition psychomotrice : sa sémiologie, les liens indissociables avec les autres « versants » de l'inhibition, ses points communs avec l'hyperactivité… Je me pencherai également sur les étiologies de l'inhibition psychomotrice avec les hypothèses des courants organiques et celles des courants plus psychanalytiques, psychosociaux. Nous verrons également les prises en charges existantes. Enfin pour clore la partie théorique de mon mémoire, je parlerai de la prise en charge en psychomotricité en dégageant l'intérêt et la spécificité de ma future profession dans le soin de l'inhibition psychomotrice ; comment ce trouble s'exprime pendant un bilan et quels peuvent être les axes de travail possibles suivant la typologie.

Dans la partie clinique je vous présenterai tout d'abord mes différents lieux de stage afin de resituer le contexte dans lequel j'ai évolué pendant ma troisième année d'étude, contexte qui m'a permis d'élaborer mon mémoire et de continuer ma formation théorico-clinique. Par la suite, je parlerai de deux études de cas en expliquant leurs manifestations de la pathologie, quels ont été pour moi les axes de la prise en charge ainsi que les évolutions éventuelles.

Problématique et hypothèses :

Il me fut difficile au début de dégager une problématique, et donc de ce fait des hypothèses, quant à mon sujet de mémoire. L'intérêt d'une prise en soin en psychomotricité pour un trouble relevant de l'inhibition psychomotrice n'étant plus à démontrer (puisqu'elle fait partie du décret de compétence) le questionnement devait donc se faire ailleurs.

a) Un pas vers la problématique

Antoine, douze ans, est suivi au CMPEA et en psychomotricité depuis environ deux ans. Lors de sa rencontre avec le pédopsychiatre, une grande immaturité, un manque d'élan vital, une inhibition intellectuelle, des troubles instrumentaux sont relevés. De plus, le pédopsychiatre remarque qu'Antoine est très emprunté au niveau corporel. De cela découle une indication pour un suivi en psychomotricité. Je rencontre donc Antoine en octobre 2012 avec son accord pour assister aux séances. Le psychomotricien qui le suit me dit ne plus savoir comment orienter la prise en soin et manquer d'inspiration. Antoine est passif, hypotonique, il parle de façon très laconique, le contenu des séances est très répétitif et l'évolution des symptômes reste minime. Antoine semble avoir beaucoup de mal à investir son corps.

Lors d'une séance avec Antoine (au tout début de mon stage), le psychomotricien lui propose de faire semblant d'avoir peur (mimer la peur à la vue d'une araignée). Antoine se bloque et refuse catégoriquement de le faire. Il recule jusqu'à se coller contre le mur, des rougeurs apparaissent sur le visage, il devient mutique… Les questions d'oser, d'avoir envie et du lâcher prise surviennent alors. Ses affects (et sûrement sa peur de mal faire, sa faible estime de lui) l'empêchent voire le bloquent dans la réalisation de cette activité. Antoine semble tétanisé et incapable de répondre à une demande, qui paraît pourtant simple, dès lors que des émotions doivent être exprimées et de surcroît sous le regard de l'autre.

Antoine paraît très en proie avec ses émotions (qu'il exprime peu ou pas) et agir sous le regard de l'autre semble être une épreuve insurmontable pour lui. Il se réfugie alors en se coupant de la relation : mutisme, évitement du regard, repli sur soi. Je me suis alors demandée comment nous pourrions orienter la prise en soin. Comment s'épanouir et investir le corps si les émotions que cet investissement peut susciter sont trop fortes et bloquent toute initiative, si minime soit-elle ?

Dans ma recherche d'une problématique, puisque l'intérêt de la forme (prise en soin en psychomotricité) avait déjà fait l'objet d'études il me fallait donc m'attaquer au contenu. La question qui me venait alors à l'esprit était comment aborder l'inhibition psychomotrice en psychomotricité ?

Pour moi cela semblait donc clair à la suite de cette séance : si on pouvait orienter le suivi en psychomotricité de façon à lever l'inhibition émotionnelle alors on pourrait peut-être parvenir une levée de l'inhibition motrice et de ce fait aboutir à celle de l'inhibition psychomotrice.

b) Une autre forme d'inhibition ?

Une des autres patientes que je rencontre au CMPEA, Sophie, a été adressée à l'institution pour divers troubles (des troubles dys-) et parmi ceux-ci une inhibition psychomotrice. Elle est âgée de quatorze ans. Je ne développerai pas ici ses troubles ni les raisons pour lesquelles elle a été adressée au CMPEA car je le ferai plus tard dans le mémoire (dans la partie clinique, études de cas).
Le suivi en psychomotricité est très récent puisque le bilan psychomoteur réalisé au préalable a été fait en juillet 2012. Au vu des résultats et des conclusions du bilan, le psychomotricien prévoit de débuter une thérapie psychomotrice avec Sophie. Lorsque je la rencontre le psychomotricien a commencé avec elle un travail sur certaines sensations (notamment autour du tonus) et à ce qui les influence (part relationnelle). Lorsque j'assiste à la première séance avec Sophie je note une hypertonie globale (qui donne une impression de grande raideur), une verbalisation spontanée quasiment inexistante, des réactions de prestance très marquées, et une impression d'hypercontrôle constant….

Cependant alors que Sophie et Antoine présentent tous deux une inhibition psychomotrice, les symptômes ou les signes cliniques ne sont pas du tout les mêmes sur de nombreux points. En effet, tandis qu'Antoine est hypotonique, Sophie elle est très hypertonique. Chez Sophie on note un hypercontrôle, une raideur du geste et une lenteur ; chez Antoine c'est au contraire l'initiative (motrice et psychique, cognitive) qui est en cause comme s'il était incapable de se décider.

La question qui me vint alors fut :

- Comment deux patients présentant le même trouble pouvaient avoir des signes cliniques si différents ?

Puis d'autres questions s'enchainèrent :

- L'inhibition psychomotrice se traduit-elle toujours de la même manière chez tous les patients ?
- Et, si on admet qu'il existe plusieurs expressions du trouble, doit-on les traiter de manière univoque ou pourrait-il exister des axes de travail qui diffèreraient légèrement par leur forme et leur contenu, en gardant pour objectif commun final la levée de l'inhibition psychomotrice ?

c) Les typologies.

Lors de mes recherches sur l'inhibition psychomotrice j'ai lu un article qui parlait des deux typologies selon De Ajuriaguerra et Bergès (*que j'explicite dans la partie théorique*). C'est alors que j'ai fait le lien avec la clinique que je rencontrais en stage : si Sophie et Antoine ont la même pathologie mais des signes différents c'est parce qu'il existerait deux versants de l'inhibition psychomotrice. Ainsi, Sophie présente le versant de l'inhibition par hypercontrôle où on retrouve une hypertonie, un mouvement retenu par la crainte du jugement d'autrui, un hypercontrôle, une respiration saccadée, des crampes… Tandis que chez Antoine se dégage l'inhibition par suspension de l'initiative motrice. Ce versant se caractérise par une hypotonie et ce n'est pas le mouvement qui est entravé mais l'initiative motrice. Cela peut s'expliquer par une peur à assurer les répercussions de ses actes.

Je ne pourrai réduire l'inhibition psychomotrice qu'à deux versants. Cependant avec ce que j'ai pu observer en stage et apprendre au fil de mes lectures, il semblerait que l'inhibition psychomotrice puisse se présenter de plusieurs manières. Il me parut alors évident que je ne pouvais pas prendre des problématiques différentes (malgré un trouble commun) par un même bout. Je fis ainsi l'hypothèse qu'à des manifestations différentes de l'inhibition psychomotrice devraient ainsi correspondre des types de prises en soin qui ne seraient pas axés de la même façon mais qui partageraient comme objectif commun celui de réduire voire de faire disparaitre l'inhibition psychomotrice.

d) A chaque typologie sa prise en soin ?

Avec Antoine, c'est l'investissement corporel qui est difficile. Peut-être craint-il dans le lâcher prise les conséquences que cela pourrait avoir (émotionnelles, corporelles, sur lui ou sur autrui…) et qu'il ne pourrait anticiper, avoir de prise dessus. De ce fait, Antoine est très passif, il attend que l'autre choisisse à sa place voire même que l'autre fasse à sa place. Les seuls moments où Antoine s'autorise à lâcher prise corporellement c'est quand il lâche prise psychiquement.

Je me suis alors demandée s'il ne serait pas judicieux, puisque le corporel lui fait peur et que ses émotions semblent le bloquer dans cette réalisation motrice, d'orienter un suivi du côté des affects et du relationnel. Il s'agirait de travailler sur la reconnaissance et l'identification des émotions tout en verbalisant ce qui peut être ressenti afin que l'enfant puisse se recentrer sur lui-même, apprendre à reconnaitre ses émotions afin de pouvoir « faire avec » et non plus en répondant par une inhibition psychomotrice.

Il serait aussi nécessaire de passer par une revalorisation et une renarcissisation car il semblerait que les enfants inhibés présentent une faible estime de soi, ou du moins un manque de confiance en soi débouchant sur une peur de mal faire.
En les accompagnant, en les soutenant, les félicitant (importance d'un regard et d'une conduite bienveillante des thérapeutes) dans leur réussite, le but serait de les conforter dans leurs capacités et ainsi leur permettre d'oser.

Il faudrait également les rendre plus actifs dans la prise de décision en les confrontant à des prises d'initiatives (dans le choix des activités, au sein même d'un jeu….). Cela aurait pour but de replacer ces enfants non plus comme spectateurs mais comme acteurs de leur vie.
L'hypothèse qui en découle est qu'une levée de l'inhibition émotionnelle (affective…) permettrait progressivement un réinvestissement corporel et donc la levée de l'inhibition psychomotrice.

Dans ce mémoire, j'utiliserai de façon indifférenciée les termes « émotion » et « affect », bien que théoriquement ils diffèrent. Selon Aucouturier [(2)], l'affect est traduit en émotion par la relation.

Pour Sophie, l'hypertonie semble être une explosion qui serait contenue à l'intérieur d'elle-même. Son inhibition psychomotrice semble être la source de difficultés relationnelles et de rejet de la part des autres enfants, notamment à l'école, ce qui serait cause de tristesse. Ces rejets pourraient également alimenter en retour son inhibition (comme un effet rétroactif). L'hypothèse est qu'une levée de l'inhibition motrice pourrait amener à un relâchement de l'hypercontrôle (notamment via un relâchement tonique) et donc à la levée de l'inhibition émotionnelle, pour aboutir là aussi à la réduction (voire la disparition) de l'inhibition psychomotrice.

Partant de là, j'ai entamé avec Sophie une prise en soin inspirée de la méthode de relaxation de Jacobson. Cela a pour objectif de lui permettre une prise de conscience de la régulation tonique (de sa propre part active dans le contrôle moteur) qui pourrait aboutir à un relâchement musculaire, tonique voire à une détente. Cette méthode a l'avantage de ne pas impliquer de contacts corporels, qui peuvent être source de crispation et de mal-être chez les enfants inhibés. Il lui est également proposé de fermer les yeux afin de ne pas rencontrer le regard de l'autre pendant ces temps de relaxation.

Comme la verbalisation (d'autant plus la verbalisation spontanée) est difficile, il lui est proposé de retranscrire ses affects ou ses ressentis (relâchement musculaire…) sur un bonhomme au tableau au début et à la fin de chaque séance. Cette retranscription oblige d'être à l'écoute de soi, de son corps et de ce qui s'y passe (ou de ce qui ne s'y passe pas). L'induction verbale de la méthode pourrait permettre de signifier à l'enfant qu'il se passe (très certainement) des choses dans son corps et donc d'y prêter une attention accrue.

Il serait également intéressant de passer ensuite (répartition du temps et des activités dans la séance) par des activités faisant intervenir une motricité plus globale à travers par exemple des activités autour de la motricité dynamique ou la motricité fine… On peut penser que la détente (aussi mimine soit elle) apportée juste avant par la relaxation permettrait un mouvement plus ample et plus fluide ce qui pourrait alors conforter le patient dans ses possibilités, ses capacités.

[2] : AUCOUTURIER B., La méthode Aucouturier, Fantasmes d'action et pratique psychomotrice, éd. De Boeck, 2005. Chapitres 1 à 4.

Conclusion

En conclusion de cette partie le sujet m'a amené à me poser la question suivante :

Puisqu'il semblerait exister différentes variantes de l'inhibition psychomotrice, existerait-il de ce fait des prises en soin psychomotrices qui différeraient par leur forme et leur contenu ?

Comme je le disais précédemment, je suis consciente que dans la pratique il n'y a pas seulement deux types d'inhibition ; les choses ne sont pas aussi clivées que cela. Cependant, à travers ce mémoire j'ai souhaité me positionner sur le concept des deux typologies. Partant de cette position j'ai voulu faire une hypothèse en fonction de la clinique que je pouvais observer en stage, et notamment via deux cas cliniques (que je présenterai dans la dernière partie).

Je fais alors l'hypothèse qu'à deux types d'inhibition psychomotrice correspondent deux types de prises en soin, chacune ayant sa spécificité. De ce fait, le psychomotricien doit d'abord identifier la typologie qui se présente à lui (chaque individu étant singulier) afin d'orienter son projet de soin de la façon suivante :
- si nous avons à faire à une **inhibition par hypercontrôle,** il s'agira de privilégier dans un premier temps l'aspect moteur.
- si c'est une **inhibition par suspension de l'initiative motrice,** le suivi sera axé plus sur un versant émotionnel, psychique, relationnel en premier lieu.

Après avoir introduit le choix de mon sujet, les différentes problématiques qui ont été soulevées et les hypothèses qui en découlent nous allons maintenant poursuivre avec une partie plus théorique.

Partie Théorique

Tout au long de cette partie théorique, à laquelle j'attache une grande importance car lieu de nombreuses passerelles entre différents courants théoriques, j'ai souhaité partir de concepts plus larges (l'inhibition en général…) pour, progressivement, me recentrer sur l'inhibition psychomotrice et sa prise en soin en psychomotricité.

A. Les inhibitions

1- Généralités

1. a Qu'est ce que l'inhibition ?

Inhiber vient du latin *inhibere* qui signifie réfréner, retenir.
Lorsqu'on cherche la signification du mot « inhibition », on trouve plusieurs définitions mais qui dans l'ensemble convergent vers une même idée. Nous avons donc :

- ✓ Une **définition générale** : « *Diminution ou blocage de l'activité d'un organe, d'un corps ou d'une fonction psychique* » [(3)]. Il s'agit donc d'un ralentissement (pouvant aller jusqu'à un arrêt) qui peut atteindre un processus physiologique, chimique ou bien psychologique.

- ✓ Une **définition d'orientation plus psychologique** : « *Blocage ou affaiblissement d'une fonction psychique* ». En psychiatrie on définit l'inhibition comme étant un « *blocage, involontaire et souvent douloureux de l'activation émotionnelle, avec perte de réactions ou d'initiatives* ». Enfin en psychanalyse on la désigne comme étant « *la perte ou la diminution d'une fonction dont la conscience, ou une culpabilité inconsciente, interdit l'exercice* » [(4)].

- ✓ **En physiologie**, Brunton en 1883 définit l'inhibition comme « *l'arrêt des fonctions d'une structure ou d'un organe, par l'intervention sur lui d'une autre structure, alors que la possibilité d'exécuter ces fonctions existe encore et peut se manifester dès que la force restrictive est enlevée. L'inhibition se distingue ainsi de la paralysie, où la fonction est abolie et non pas empêchée* ».

1. b Limites entre le normal et le pathologique

Avant d'être un phénomène pathologique, l'inhibition est un processus physiologique, « normal », présent chez tout individu. Elle est considérée comme un mécanisme adaptatif, un processus développemental qui se retrouve à différents niveaux :

- ✓ **au niveau moteur** : l'inhibition permet notamment un ajustement du geste, ce qui lui fait gagner en fluidité, précision et souplesse.

- ✓ **au niveau psychique** où elle permet un contrôle (des pulsions…) et est à l'origine du réaménagement d'une conduite ou d'un comportement. De plus, l'inhibition cognitive permet une attention sélective, la flexibilité mentale et contribue à la mémoire.

---

[3] : mediadico.com
[4] : psychologies.com

- ✓ **au niveau physiologique, chimique** : avec les inhibiteurs (enzymatiques, neuronaux…) qui de manière générale servent à ralentir un processus de manière temporaire (réaction chimique/enzymatique, activité neuronale). L'inhibition est un mécanisme actif essentiel permettant une bonne régulation de l'activité physiologique de l'être humain. Elle se retrouve notamment dans la multiplication cellulaire (inhibition de contact) en faisant en sorte que le phénomène ne s'emballe pas.

L'inhibition, à un certain degré, est donc un processus bénéfique pour le développement de l'individu, source de progrès et valorisé par la société puisqu'elle permet la concentration, la vigilance et l'attention. Gilles Marchand [(5)] explique que l'inhibition permet de sélectionner, de filtrer les éléments les plus pertinents (dans une situation) en vue de réaliser une action ou d'adopter un comportement. L'inhibition permet également à l'organisme de fonctionner de manière optimale.

Quand considère-t-on donc l'inhibition comme un phénomène pathologique ?

L'inhibition est perçue comme pathologique dès lors que son intensité, sa fréquence et sa durée sont dans des proportions excessives. Elle est dite pathologique à partir du moment où elle entrave le bon développement (psychique, moteur, biologique) d'une personne et se répercute dans sa vie quotidienne.

Maintenant que nous avons défini ce qu'était l'inhibition au sens large du terme et différencié le processus normal de celui décrit comme pathologique ; nous allons à présent nous intéresser aux différentes inhibitions.

2- Les inhibitions : sémiologie

Dans cette sous-partie nous allons aborder la pathologie. Je n'évoquerai pas toutes les inhibitions (sexuelle….) dans un souci d'être concise et de ne pas m'éloigner du sujet principal : l'inhibition psychomotrice. Je présenterai brièvement les « versants » de l'inhibition que l'on retrouve très souvent dans l'inhibition psychomotrice. Ainsi, l'inhibition peut être globale en touchant l'ensemble du fonctionnement de l'individu ou bien sélective (touchant une des catégories citées ci-dessous).

2. a L'inhibition intellectuelle

L'inhibition a tendance à limiter l'imagination, le rêve et la créativité. Elle se répercute également dans les apprentissages scolaires de manière plus ou moins importante, donnant parfois une impression de déficience mentale. L'inhibition intellectuelle peut entraîner des difficultés scolaires et des retards d'acquisition importants. Elle peut se manifester par une certaine paresse, le fait d'apprendre ses leçons au dernier moment, un manque d'intérêt pour certaines matières… Chez l'enfant inhibé le problème n'est pas un désintérêt pour le savoir mais plutôt un désinvestissement.

[5] : MARCHAND G., L'inhibition (re)découverte, article paru dans Les savoirs invisibles, de l'ethnoscience aux savoirs, n°137, avril 2003.

En effet, le sujet est en proie à des conflits intrapsychiques qui peuvent l'empêcher de se concentrer et de travailler.
Ces conflits, et la souffrance qu'ils peuvent générer, font renoncer l'enfant à l'exercice de ses capacités cognitives. Selon Mélanie Klein [6] certains signes peuvent présager d'une inhibition intellectuelle, scolaire. Ainsi l'inhibition dans l'activité de jouer, avec notamment une difficulté à s'investir dans le jeu, en serait un des prémices.

L'inhibition intellectuelle peut se retrouver dans plusieurs cas (cette liste n'est pas exhaustive) :

- ✓ Chez des enfants doués d'une grande intelligence. A l'école, les enfants surdoués sont parfois marginalisés, isolés par les autres enfants ce qui peut être source de tristesse. Par le renoncement à ses aptitudes intellectuelles, l'enfant tenterait de s'adapter au milieu dans lequel il évolue afin de retrouver une vie sociale et relationnelle.

- ✓ Dans le cas de névrose d'échec où l'enfant « sabote » de manière inconsciente ses compétences, ses désirs afin d'éviter une situation de réussite. Ce mécanisme peut être utilisé par l'enfant par crainte et sentiment de culpabilité de dépasser ses parents sur le plan intellectuel.

- ✓ Lors de la période de latence, la pulsionnalité est mise de côté par l'enfant et l'énergie est alors réinvestie dans la soif de connaissance et les apprentissages. L'enfant peut être en proie à des conflits internes (tentative d'émergence de pulsion) qui nécessiteraient alors beaucoup d'énergie (pour être refoulés) ne lui permettant pas de se concentrer sur les tâches scolaires en cours.

- ✓ Chez des enfants qui se trouvent régulièrement en échec on peut assister à une inhibition de la fonction cognitive. En effet, face à la répétition d'échecs scolaires se constitue une sorte de blessure narcissique chez l'enfant (donc une faible estime de soi). L'enfant va se réfugier dans des conduites de fuite, afin de ne pas renforcer cette blessure, notamment par le biais de l'inhibition.

2. b L'inhibition émotionnelle

Les émotions permettent de communiquer (sur un affect, un sentiment, un état d'esprit…). De ce fait elles sont étroitement liées à la vie relationnelle. En effet, les émotions se manifestent dans la relation ; elles sont exprimées verbalement et/ou corporellement.
L'inhibition émotionnelle se rapproche de la répression [7]. Elle peut être utilisée par l'individu comme un mécanisme de défense servant à lutter contre la prise de conscience d'émotions, notamment négatives.

L'inhibition émotionnelle engendre des problèmes tant au niveau individuel qu'interpersonnel. Elle peut se présenter de différentes façons en affectant non seulement le ressenti émotionnel personnel (aspect qualitatif, subjectif de l'émotion) mais également son expression.

---

[6] : KLEIN M., La psychanalyse des enfants, éd. Quadrige/Puf, 2009. Chapitre 6, la névrose chez l'enfant.
[7] : CARTON S., La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie, Psychologie française 51, pages 123-139, 2006.

Ce mécanisme peut s'exprimer :

- **Au niveau du ressenti :** le sujet peut soit tenter de masquer une émotion par une autre (par exemple de la colère par de l'anxiété), soit il fait abstraction de l'émotion en tentant de la supprimer. Lors de la remémoration de l'évènement ayant fait surgir un affect, la personne peut avoir un discours évasif sur ce qu'elle a éprouvé. Cela peut aller jusqu'à la dénégation de l'épisode, l'individu dit ne pas s'en souvenir ou n'avoir rien ressenti. Pierre Phillipot [(8)] parle, lui, de dissociation, phénomène qui se produirait pendant l'évènement.

- **Au niveau de l'expression émotionnelle** : la personne communique peu ou pas ses affects, son vécu à autrui. On assiste alors à une restriction de l'expressivité. Cela peut se répercuter dans son rapport aux autres : les interactions sont appauvries, les compétences relationnelles font défaut. Parfois, le sujet inhibé présente des difficultés pour décrire et/ou identifier ses émotions (ou celles d'autrui).

L'inhibition émotionnelle peut également inhiber les sentiments de colère et d'agressivité, réfreiner les affects positifs (sentiments affectifs, plaisir…) et une plus grande importance est attribuée au savoir au détriment des émotions. Ainsi, elle ne concerne pas seulement le champ personnel. Si elle est massive, elle peut avoir un impact sur la vie sociale de l'individu et risque de l'isoler de ses pairs.

2. c L'inhibition motrice

Il s'agit en premier lieu d'un processus normal, physiologique concourant à une expression motrice adaptée. L'inhibition motrice permet un ajustement du geste en vue de réaliser une action afin que ce dernier soit efficace et que son déroulement soit fluide, souple. *Je ne développerai pas ici l'aspect physiologique, abordé plus tard dans les hypothèses étiologiques*. L'inhibition motrice permet de sélectionner le schème moteur le plus adapté (au niveau de la planification du geste) en éliminant les mouvements parasites.

Lorsqu'elle bascule dans le pathologique, elle traduit un trouble de l'exécution de la pensée. Elle entrave le mouvement non seulement dans son initiation mais également dans son déroulement. L'inhibition motrice s'accompagne très souvent d'une bradykinésie qui se caractérise par un ralentissement, une lenteur du geste associée à un manque de finesse. Au niveau postural, on constate également une certaine raideur. De ce fait, l'inhibition motrice peut être responsable de maladresse. A l'extrême, elle peut s'exprimer par une akinésie où la difficulté se situe plus au niveau de l'initiation du geste donnant au patient un aspect immobile, figé. Cette inhibition peut se traduire par une pauvreté dans l'expressivité motrice et corporelle. De plus, elle peut entraîner des douleurs notamment sur le plan musculaire (contractures….).

L'inhibition motrice occasionne de la gêne sur le plan moteur et peut s'accompagner d'autres troubles comme la dyspraxie, la dysgraphie…. De part la maladresse qu'elle peut entrainer, l'inhibition motrice peut être source d'isolement pour l'enfant. Par exemple on peut imaginer qu'un enfant maladroit, « gauche » ne sera pas choisi préférentiellement par ses camarades lors de jeux à la récréation.

[8] : PHILLOPOT P., Emotion et psychothérapie, livre numérique, pages 167-169.

Bien qu'ayant différencié les différentes inhibitions dans le plan de mon mémoire, on ne peut nier un enchevêtrement entre elles ; elles sont très souvent associées. En effet, il est difficile de les isoler les unes des autres, puisque les sphères intellectuelles, émotionnelles et motrices sont en constante interaction. On retrouve ainsi chez les individus des signes cliniques qui démontrent cette intrication ; la preuve la plus incontestable est l'existence de l'inhibition psycho-motrice.

Après avoir défini ce qu'était l'inhibition (au sens large du terme), la limite entre les phénomènes normaux et pathologiques, nous avons abordé les différents versants de l'inhibition avec leurs signes cliniques. Nous allons à présent nous recentrer un peu plus sur le thème du mémoire : l'inhibition psychomotrice.

B. L'inhibition psychomotrice

Tout au long de cette partie je vais tenter de décrire l'inhibition psychomotrice : les différentes typologies selon les auteurs, la sémiologie, les points communs avec l'instabilité psychomotrice… Par la suite, j'aborderai certaines hypothèses étiologiques de ce trouble à travers différents courants de pensée allant de la neurophysiologie à des concepts plus psychanalytiques. Pour clore cette partie je parlerai des prises en soin de l'inhibition, autres que psychomotrice.

1- Faire connaissance avec l'inhibition psychomotrice

1. a Qu'est ce que l'inhibition psychomotrice ?

Définition du trouble :

Féline et Lépine définissent, en 1982, l'inhibition psychomotrice comme étant « *l'impossibilité active et temporaire de la réalisation prévisible, attendue et instrumentalement possible des actions physiologiques, mentales, verbales et motrices par lesquelles un sujet, pour s'adapter à une situation relationnelle et environnementale donnée, va chercher à résoudre ses tensions internes et à réaliser ses potentialités* ».

Ceci montre à quel point l'inhibition psychomotrice touche de nombreux domaines (cognitif, moteur, comportemental, affectif…) et à quel point elle peut être « handicapante » pour un individu. Cette définition insiste également sur le caractère temporaire de l'inhibition. Ainsi le sujet peut se retrouver inhibé dans une situation par exemple à l'école lors d'un exposé, et ne plus l'être dans une autre (cercle familial par exemple).

Du normal au pathologique :

Comme nous l'avons vu plus haut, l'inhibition psychomotrice peut être un phénomène normal permettant un ajustement du geste et du comportement, de mener à bien des activités moins disparates (en facilitant la concentration notamment). Elle est fonctionnelle, c'est un phénomène actif (limitation temporaire d'une fonction…). Ce mécanisme fait partie du développement normal de l'enfant succédant à la période d'instabilité de l'enfant. L'inhibition est permise par la maturation neurologique du système nerveux et par les apprentissages (par exemple ceux de gestes complexes).

Cependant, c'est dans la pathologie qu'elle nous intéresse ici. Et même dans ce domaine elle peut aller du simple ralentissement de l'exécution du geste à la perte quasi-totale de toute activité motrice volontaire. Cela donne alors une impression de passivité extrême.

L'inhibition psychomotrice peut exprimer plusieurs choses :

- ✓ Un **renoncement à l'exercice d'une fonction** afin d'éviter l'angoisse qu'elle pourrait provoquer (exemple : la fonction cognitive, la marche …). Ceci peut s'apparenter à ce que Freud [9] appelle « autopunition ». Il s'agirait d'un conflit entre deux instances psychiques : exemple entre le Moi et le Surmoi. Le Moi renonce à la fonction sous la pression du Surmoi afin d'éviter un conflit (l'exercice de la fonction pourrait apporter un « succès » à l'individu, ce qui n'est pas toléré).

- ✓ Une **manifestation d'une souffrance psychique** : elle apparaît comme **un symptôme** et peut se retrouver dans la dépression, le deuil… La souffrance réquisitionne une grande quantité d'énergie psychique. L'individu en a alors moins à consacrer à d'autres domaines (tels que la motricité, la fonction intellectuelle…).

- ✓ Un **syndrome** : l'inhibition psychomotrice est ici un ensemble de signes cliniques et de symptômes qui se répercute dans les sphères comportementales, affectives, motrices, relationnelles …

Au niveau des classifications :

Dans la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) l'inhibition psychomotrice est répertoriée dans les « troubles du développement et des fonctions instrumentales », plus précisément dans les troubles psychomoteurs. Dans la Classification Internationale des Maladies ou CIM 10 elle est comprise comme un « trouble spécifique du développement moteur » (catégorie F82). L'inhibition psychomotrice est également considérée comme faisant partie des troubles névrotiques de l'enfant.

[9] : FREUD S., Inhibition, symptôme et angoisse, éd Puf, 2011. Chapitres 1, 6 et 9.

Quelles formes d'expression ?

Les principaux signes cliniques ont, pour la plupart, déjà été vus dans la partie décrivant les différents versants de l'inhibition. Ceux que je reprends dans cette partie sont donc décrits de manière plus succincte.
Elle peut s'exprimer dans divers domaines tels que :

- **La cognition** :
  Les capacités cognitives peuvent être entravées avec des difficultés à s'investir dans l'apprentissage. De plus, il est possible que les enfants inhibés (anxieux, préoccupés par des angoisses) présentent un déficit de l'attention majorant alors les possibles problèmes scolaires pouvant aller jusqu'à l'échec. Le déficit attentionnel est envisagé comme une défense contre l'anxiété. On peut parfois observer également une pauvreté du contenu imaginaire : créativité réduite, rareté ou absence de rêve …

  Piaget dit que « la pensée naît de l'action ». Pour lui l'enfant construit ses connaissances et développe ses apprentissages par le biais de ses actions sur le monde environnant (physique et humain). On peut donc questionner l'impact d'une inhibition motrice sur le développement intellectuel de l'enfant : si l'enfant n'expérimente pas (par le biais de sa motricité) nous pouvons penser que cela va avoir des répercussions sur ses acquisitions.

  Au niveau psychique nous allons retrouver le plan fantasmatique, le registre symbolique et le plan de la réalité. Les plans fantasmatique et de la réalité s'intriquent pour donner le registre du symbolique. En situation normale ces trois domaines sont d'égale importance. Cependant, dans l'inhibition psychomotrice on peut penser que le plan de la réalité est largement supérieur au plan fantasmatique. Cela aurait pour conséquence un ajustement excessif et rigide à l'environnement entraînant un appauvrissement de l'originalité, de la spontanéité, de l'imaginaire et du comportement.

- **L'affectivité :**
  On constate une hyperémotivité, l'enfant peut être submergé par une émotion même s'il a tendance à la réprimer. Parfois l'émotion très intense peut être intériorisée par l'enfant à tel point qu'elle peut donner lieu à des somatisations (mal de ventre…). On note une mimique appauvrie (peu d'expression faciale). Néanmoins ces enfants sont quand même sujets aux réactions tonico-émotionnelles. Face à certaines situations on peut percevoir des rougissements ou une pâleur au niveau du visage, des tremblements, des raideurs musculaires, des gestes maladroits, une altération de la voix… Au niveau affectif on note une timidité voire un repli sur soi. Le risque est d'aboutir à un isolement social ou à un évitement des activités en groupe. Ces personnes ont souvent une faible estime de soi, quand elles parlent d'elles c'est souvent de manière négative, défavorable. Les personnes inhibées sont souvent dans une insécurité affective permanente.

Eva, âgée de 11 ans, est adressée au CMPEA pour des troubles énurétiques (énurésie primaire). Le bilan psychomoteur révèle, entre autre, un manque de confiance en soi, des résultats hétérogènes au niveau de la motricité générale, des réactions de prestance…. Au niveau tonique on constate une hypertonie globale (notamment lorsqu'il y a une part relationnelle, un contact physique). Eva a tendance à inhiber tout ce qui est de l'ordre émotionnel. La prise en soin avec Eva a commencé. Lorsqu'on lui demande de relater ce qu'elle ressent, quelles émotions la traverse, Eva se braque et dit ne rien ressentir : « je ne ressens rien », « ça fait rien ».

Une fois en séance nous avons abordé un sujet délicat (relations intrafamiliales), elle donne l'impression d'être en colère mais là encore elle dit ne rien éprouver. Pourtant en l'observant au tapis nous (le psychomotricien et moi-même) remarquons qu'Eva tape discrètement des poings sur le sol. Lorsque nous lui faisons part de notre observation, Eva nie. On voit là l'énergie déployée par la jeune fille pour refouler ou du moins ne pas exprimer une émotion qui peut-être est trop forte (ou inacceptable) pour elle.

- **La communication** :

  On remarque une réduction verbale se traduisant par un discours laconique, voire un mutisme dans les cas extrêmes. Le sujet a des difficultés à entrer en communication avec autrui (pauvreté des contacts interpersonnels) et donc à créer des relations. Parfois, l'aspect relationnel n'est pas recherché par ces personnes car elles n'en retirent aucun plaisir.
  On peut penser que les difficultés de communication associées à une peur de jugement d'autrui leur font fuir toute relation qui peut alors être source d'anxiété ou de blessure narcissique (critique des autres enfants par exemple).

  En effet, la personne inhibée a plutôt tendance à attendre que les autres viennent vers elle ; elle prend peu d'initiatives. Cependant, lorsqu'elle fait l'effort d'aller à la rencontre d'autrui on peut observer une gêne (voire une crainte) et un manque d'assurance. On peut penser que le sujet inhibé imagine la relation comme un rapport dominant/dominé (où lui se trouverait dans le second cas). Souvent, il a peur d'être jugé et critiqué ; il craint de ne pas être accepté par les autres, de les déranger (pense ne pas être désiré, ou ne pas être suffisamment intéressant aux yeux de ses pairs). L'enfant a peur de mal faire ou de déplaire aux autres.

Romain est âgé de huit ans. Il vient au CMPEA pour une inhibition psychomotrice associée à des troubles scolaires (fortement engendrés par son inhibition). Je participe à ses séances de psychomotricité depuis septembre 2012, et la relation entre le garçonnet et moi-même est bien établie. Cependant, malgré cela Romain a parfois du mal à communiquer avec les adultes (la psychomotricienne et moi).

Régulièrement, en début de séance lorsqu'il s'adresse à nous il se met soit légèrement de biais (ce qui ne permet pas de voir son visage) soit il nous tourne le dos. On peut penser qu'un contact visuel direct et réciproque est peut-être trop difficile pour Romain qui a trouvé, là, une stratégie pour pallier à cela.

- **La motricité** :
  Elle peut être entravée à différents stades (initiation, déroulement…). On observe très souvent une attitude empruntée, rigide avec peu de mouvements. On peut noter une lenteur (ou bradykinésie), une retenue voire un freinage du geste, signes pouvant entraîner une certaine maladresse. On remarque également un manque d'investissement de l'espace et un manque d'expressivité corporelle. En lien avec l'affectivité, on peut retrouver des réactions de prestance (voire des réactions dites « de catastrophe ») traduisant un malaise dans la relation, et des paratonies.

L'inhibition : seule ou accompagnée ?

L'inhibition peut être associée à d'autres troubles. Parmi eux, on peut citer les dystonies, le bégaiement (qui peut être en lien avec l'hyperémotivité), des tics, des troubles des apprentissages .... De plus, comme nous le verrons plus tard, elle peut être intriquée dans une dépression, un trouble anxieux…

Quand peut-elle se déclarer ?

L'inhibition psychomotrice peut s'exprimer à tout âge. On peut la retrouver aussi bien chez le jeune enfant que chez l'adulte ou la personne âgée. Cependant, dans mon mémoire je me centrerai plus sur les périodes de l'enfance et de l'adolescence.
Son expression est influencée par le contexte social ou affectif dans lequel se trouve l'individu. Elle peut se déclarer suite à une situation anxiogène, qui peut être perçue comme dangereuse, menaçante par le sujet. Elle agit alors comme une réaction de défense. Le questionnement qui peut alors se poser est le suivant : est-ce une réaction qui se fait toujours au dépend de la personne ou existe-t-il des situations où elle peut-être utilisée volontairement ?

1. b Rappel du lien indissociable avec les « autres » inhibitions.

L'inhibition psychomotrice n'est pas une inhibition mais la somme d'inhibitions diverses comme le suggère sa dénomination « psycho-motrice ». Elle touche donc l'individu dans sa totalité, l'entravant non seulement dans sa motricité, mais aussi dans des aspects plus psychiques comme l'affectivité, le comportement…. De par cette proximité entre les différentes sphères touchées dans l'inhibition on peut se demander si la résolution des troubles dans un domaine peut engendrer également une amélioration dans les autres domaines.

Par exemple si un enfant inhibé reprend confiance en lui (il s'affirme plus, il a une meilleure image de lui-même), qu'il arrive mieux à ressentir et exprimer ses émotions, on peut penser que la communication avec ses pairs peut s'améliorer : le contact avec autrui sera peut-être plus simple, moins angoissant. Ainsi dans cet exemple, entièrement hypothétique, la sphère émotionnelle pourrait avoir un impact positif sur la sphère relationnelle et comportementale.
L'inhibition psychomotrice doit donc être comprise dans son ensemble et ne doit pas être réduite à un « versant ». Parfois, l'inhibition dans un domaine est plus prononcée que dans les autres.

Cette prédominance dans un domaine plus que dans les autres peut s'observer notamment chez Sophie (que je vous ai présentée dans la partie problématique et hypothèses). Ainsi dans l'inhibition psychomotrice de Sophie on retrouve une forte inhibition au niveau relationnel, émotionnel et moteur. Cependant, au niveau cognitif l'inhibition n'a pas provoqué d'échec scolaire.

En effet, Sophie suit une scolarité « normale », elle a plutôt de bons résultats qui lui permettront (si cela continue jusqu'à la fin de l'année) de suivre le cursus classique (j'entends par là qu'une orientation dans des institutions spécialisées n'est pas envisagée).

1. c Quand corps et psyché s'emmêlent /s'en mêlent….

En psychomotricité, nous considérons que les sphères toniques, motrices, relationnelles et émotionnelles sont en constante interaction. Ainsi lorsque De Ajuriaguerra évoque la notion de dialogue tonique, il nous dit que « *c'est la situation qui impose un modèle à ce vécu corporel* » [(10)]. De ce fait, les relations entre le tonus et la vie émotionnelle sont indissociables car le corps parle face à une situation donnée. Il fait ici le lien entre soma et psyché, lien si cher aux psychomotriciens.

Le corps traduit directement l'état interne, psychique de l'individu à un instant T ; autrement dit le corps est le support direct sur lequel la vie interne du sujet apparaît. Ainsi l'enfant inhibé, pour qui l'expression (verbale et corporelle) spontanée est difficile, est soumis quand même aux réactions tonico-émotionnelles : il nous signifie (très certainement malgré lui) son état à travers son corps par le biais des postures, de son tonus… Le psychomotricien se doit donc d'être particulièrement attentif au corps et à la communication non-verbale, surtout avec les personnes inhibées, car c'est peut-être son seul moyen de savoir comment est l'enfant.

Selon la théorie des émotions de Cannon- Bard [(11)], c'est suite à la perception d'un stimulus identifié ensuite au niveau du système nerveux central, que va surgir une émotion. Cette émotion va alors provoquer une expression émotionnelle (donc au niveau du corps) et une réaction comportementale.

Lors d'un bilan j'ai sorti un chronomètre pour un item. A la vue de ce chronomètre la petite fille qui se tenait devant moi s'est raidie, se reculant dans son siège, son visage semblait inquiet. Cette réaction m'a permis de constater, que ce chronomètre (et ce qu'il impliquait) était sûrement angoissant pour la fillette.

[10] : AJURIAGUERRA J., BONVALOT-SOUBIRAN G., Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile (1959), *in* Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1 : corps, tonus et psychomotricité, JOLY F. et LABES G., éd. Papyrus, 2009.

[11] : Dr VALAT Jean, Le comportement émotionnel, la peur. Licence de psychologie, Université Montpellier II. Article numérique (internet).

Là encore est établi le lien entre deux entités (corps et esprit), entités indissociables où le corps est le miroir de la vie psychique en transposant au monde extérieur les affects qui habitent le sujet.

La psychomotricité a la spécificité d'avoir une lecture psychodynamique des troubles. Elle considère que le corps et le psychisme sont en perpétuelle interaction et que de ce fait l'individu ne peut être compris que dans sa globalité. L'intrication de ces deux entités est si forte et profonde qu'un dérèglement, un problème dans une des deux influe sur l'autre. Le corps de l'être humain n'est pas une entité désincarnée : corps et esprit vont donc de pair, ils ne peuvent être séparés. Effectivement, l'esprit ne peut exister sans un corps et réciproquement. La distinction de ces deux termes n'est faite que pour comprendre, expliquer leurs rapports et leurs interactions.

Dans l'inhibition psychomotrice, la motricité et la vie interne du sujet se trouvent bouleversées. Il s'agit alors de comprendre laquelle des deux agit sur l'autre, de quelle façon (les conséquences qui en découlent) et pourquoi ? Cependant plus que d'agir de façon unilatérale (par exemple l'aspect psychique qui influence plus le moteur), il existe une réciprocité un peu comme entre l'enfant et l'environnement. Je m'explique ; l'enfant agit sur son environnement et en retour ce dernier agit sur l'enfant. Il y a donc une influence réciproque entre les différents partenaires de l'interaction. On peut transposer cette idée au niveau de ce trouble. Par exemple, l'inhibition psychique a des répercussions sur l'inhibition motrice, qui elle-même en retour peut renforcer l'inhibition psychique : cela peut fonctionner comme une boucle.

Agée de neuf ans, Mélanie consulte au CMPEA pour des troubles instrumentaux et une inhibition. Elle nous raconte qu'à l'école c'est difficile de participer aux jeux avec les autres enfants car, de par sa maladresse (défaut d'équilibre et de coordination), les autres enfants ne veulent pas jouer avec elle. Cette mise à l'écart est plutôt mal vécue par la fillette et vient alimenter son inhibition relationnelle. Mélanie ose moins aller vers les autres de peur d'être, à nouveau, écartée. Sur le plan moteur, sa maladresse et son aspect emprunté sont alors renforcés lors des activités avec les autres.
Cependant, en séance de psychomotricité Mélanie est très demandeuse pour faire des activités qui lui permettront d'améliorer sa motricité générale afin d'être de nouveau intégrée parmi les autres enfants.

Les ***réactions tonico-émotionnelles***, terme inventé par Julian de Ajuriaguerra, sont un bon exemple de l'intrication et des échanges psyché/soma. Face à une situation le sujet va ressentir une émotion, elle peut être positive ou négative. Cette émotion va alors venir s'imprimer via le tonus (et la posture) dans le corps de la personne traduisant ainsi son état interne. En effet, le tonus est étroitement lié avec l'affectivité. Le tonus est un véritable support pour le mouvement mais il est également impliqué dans la vie relationnelle. Il est également un mode de relation, mode privilégié par le jeune enfant pour communiquer avec son entourage notamment avec l'hypertonie d'appel et l'hypotonie de soulagement.

Ainsi, les troubles du tonus sont en lien avec les contextes psychoaffectif et émotionnel dans lesquels se trouve le sujet. L'enfant inhibé présente un état tonique particulier, allant de l'hypotonie à l'hypertonie. Son tonus et sa motricité sont le reflet et l'expression de leur souffrance psychique.

La notion de ***cuirasse caractérielle*** (ou cuirasse musculaire) de William Reich montre également le lien entre l'affectif et le corporel. Ainsi de fortes émotions (colère, angoisse…) ou des conflits psychiques vont entraîner des réactions corporelles. Ces réactions sont utilisées comme moyen de défense se manifestant par des tensions musculaires qui vont permettre de contenir l'émotion (en empêchant son expression). « Plus les tensions seront ancrées dans le corps, plus l'individu mobilisera d'énergie pour maintenir sa cuirasse » [(12)]. De ce fait, l'individu dispose d'énergie moindre pour investir sa motricité, une activité intellectuelle ou encore la relation avec ses pairs.

1. d Présentation des deux typologies

De Ajuriaguerra et Bergès décrivent tous deux, deux typologies de l'inhibition psychomotrice mais avec des observations, des signes cliniques qui diffèrent légèrement.

De Ajuriaguerra [(13)] distingue ainsi des « grands inhibés sans ou avec peu de troubles moteurs » qui présentent une paratonie transitoire avec des réactions de prestance se manifestant au repos mais qui disparaissent (en partie) dès lors qu'ils sont en action ; de ceux qu'il appelle « inhibés gros débiles moteurs » (faisant référence à la débilité motrice décrite par Dupré) qui présentent quant à eux des raideurs, des blocages, des réactions de prestance ainsi qu'une paratonie permanente.

Avec la petite clinique dont je dispose j'ai plus observé des inhibitions psychomotrices telles que Jean Bergès les décrit, de ce fait je tendrai à pencher pour ses typologies.
Il propose de distinguer :

- **L'inhibition par suspension de l'initiative motrice** :
  Au niveau tonique, le degré de consistance peut varier entre le « normal » et l'hypotonie. L'initiative motrice est entravée. Ainsi c'est le déclenchement de l'action qui est touché et non son exécution, son déroulement.
  L'individu présente une impossibilité à se décider (il peut être perçu comme étant passif) et une difficulté à assurer les répercussions de ses actes (peut-elle être reliée à une crainte des conséquences, de ce qui pourrait se passer ensuite ?...).

- **L'inhibition par hypercontrôle** :
  Se dégage chez ces individus une hypertonie globale et permanente, aussi bien au niveau de l'axe que des membres périphériques. Le mouvement est là entravé dans sa fluidité, son aisance et sa souplesse ; et ce d'autant plus s'il se produit sous le regard d'autrui (ce qui peut être assimilé à une peur de mal faire). L'enfant semble mal à l'aise.

  On note un hypercontrôle et l'explosion (c'est-à-dire les fantasmes, les tensions, pulsions qui peuvent préoccuper l'individu) est contenue. On peut également remarquer une respiration saccadée (en lien très certainement avec l'état tensionnel musculaire).

---

[12] : CONTANT et CALZA, L'unité psychosomatique en psychomotricité, collection psychothérapies corporelles, éd. Masson, 1989. Pages 1 à 22, l'esquisse d'une théorie.
[13] : AJURIAGUERRA J., BONVALOT-SOUBIRAN G., Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile, *dans* Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1 : corps, tonus et psychomotricité, JOLY F. et LABES G., éd. Papyrus, 2009.

A l'observation on peut voir des crampes, les poings sont crispés, les épaules sont remontées (comme si la tête venait s'y enfoncer) et les mâchoires sont serrées (ce qui peut rendre l'articulation difficile lors de la verbalisation). Les paratonies sont également présentes et généralisées à l'ensemble du corps.

De par la grande raideur présente chez ces sujets, ils semblent très maladroits et leurs mouvements manquent d'harmonie. Le plaisir à se mouvoir est fortement impacté ce qui peut conduire la personne à adopter une attitude de retrait, diminuant ainsi les échanges interpersonnels et la communication.

En plus de se retrouver dans l'inhibition psychomotrice, ce tableau clinique peut se retrouver dans des pathologies de type psychotique avec des angoisses de morcellement (d'où l'hypertonie) ou dans des pathologies de type abandonnique.

Parmi les signes cliniques présents chez Sophie on note un hypercontrôle notamment au niveau postural. Cela renvoie à une attitude très figée, limite guindée, très contrôlée avec une hypertonie massive. Lorsque je rencontre Sophie pour la première fois l'hypercontrôle m'a donné l'impression d'un fonctionnement très rigide laissant peu de place à la spontanéité aussi bien dans les échanges verbaux qu'au niveau de l'expression corporelle.

L'hypercontrôle se manifeste également dans ses propos. Ainsi lorsque je lui demande qu'est-ce-qu'elle choisirait, si elle le pouvait, entre aller à l'école ou rester chez elle ; elle me répond : « aller à l'école, parce qu'il le faut ».

1. e Points communs avec « l'autre versant » : l'instabilité psychomotrice

Souvent instabilité (ou hyperactivité) et inhibition sont vues comme deux pathologies radicalement différentes, contraires. Il serait peut-être plus judicieux de dire que ce sont deux manifestations possibles de l'expression d'une souffrance psychique : elles en seraient donc les symptômes visibles. Il est parfois possible que ces troubles coexistent ou se succèdent dans le temps.
De plus, on remarque chez les sujets présentant une instabilité ou une inhibition qu'ils ne se plaignent pas de leur trouble. Ils ne semblent pas mesurer leurs difficultés, ne pas s'en rendre compte.

Tout comme l'instabilité, l'inhibition est une des étapes du développement psychomoteur de l'enfant. Elle fait suite à la période d'instabilité « normale » du jeune enfant qui découvre l'environnement (jusqu'à trois ans environ). Avec l'acquisition de la marche (entre neuf et dix-huit mois), l'enfant gagne en autonomie et peut explorer son environnement à sa guise. L'enfant prend plaisir dans ses déplacements. S'en suit une période plus calme (avec l'inhibition) qui permet à l'enfant de « se poser » pour pouvoir faire des acquisitions et affiner sa motricité grâce à une réponse tempérée et réfléchie. Le contrôle tonique devient meilleur. Ainsi la motricité se canalise et l'enfant renonce à son exercice exclusif pour obtenir quelque chose ; ce qui va permettre l'accès à la mentalisation et à la représentation.

D'autres points communs sont identifiables entre ces deux pathologies :

- ✓ Un manque de concentration et d'attention ce qui peut être source de problèmes au niveau de la scolarité, des apprentissages.
- ✓ Un défaut de discipline motrice se traduisant par un manque de contrôle moteur.
- ✓ Des problèmes affectifs : on peut noter une immaturité affective (fragilité, dépréciation narcissique), une hyperémotivité. De plus, une agressivité et une angoisse peuvent être présentes. Dans ce cas là, elles sont soit exprimées (au niveau verbal, comportemental…), soit refoulées. Elles peuvent également coexister.

Selon Maurice Berger [(14)], toutes deux présentent des risques pour le développement psychomoteur de l'enfant avec des répercussions à différents niveaux :

- ✓ Affectif et social : ces enfants ont souvent du mal à s'intégrer dans les groupes sociaux, on retrouve des difficultés relationnelles avec les pairs.
- ✓ Cognitif : il y a un risque d'échec scolaire, des retards dans les apprentissages …

Enfin l'inhibition, tout comme l'instabilité, se retrouve dans d'autres pathologies telles que la dépression, le retard mental …

1. f Inhibition et agressivité

Lors de mes différents stages en institution (ITEP, CMPP et CMPEA) j'ai rencontré à maintes reprises des enfants et adolescents consultant pour une inhibition psychomotrice et qui présentaient une certaine agressivité. Plusieurs cas de figures étaient observables :
- soit l'enfant adoptait un comportement agressif dans le cercle familial uniquement, généralement dirigé envers un des parents
- soit son agressivité se manifestait à l'école,
- ou bien elle était présente dans les deux milieux.

Mais alors comment expliquer que pour des enfants inhibés, se positionnant en retrait, des comportements agressifs puissent surgir ? D'où vient cette agressivité ? S'exprime-t-elle toujours ?

Bernard Aucouturier parle de « culpabilité inhibitrice » [(15)]. Chez les personnes inhibées l'agressivité qu'elles peuvent ressentir envers des tiers, par exemple, est considérée comme inacceptable ou menaçante par l'individu. L'enfant craint que, s'il s'autorise à extérioriser son agressivité (sa violence et ses pulsions), cela ait des conséquences sur son entourage ou sur lui-même. Or ces conséquences sont imprévisibles et entraîneraient de la culpabilité chez l'enfant. Pour éviter cela l'agressivité est refoulée. L'enfant, ou l'adolescent inhibé rentre ainsi très peu en conflit avec les autres.

Cependant, il arrive que cette agressivité explose. Refouler ses pulsions agressives, violentes nécessite beaucoup d'énergie de la part de l'individu. On peut penser que, parfois, il devient trop coûteux pour le psychisme de contenir toute l'agressivité ; elle est alors exprimée.

---

[14] : BERGER M., L'enfant instable, Approche clinique et thérapeutique. Pages 1 à 24, éd. Dunod, 1999.
[15] : AUCOUTURIER B., La méthode Aucouturier, Fantasmes d'action et pratique psychomotrice ; éd. De Boeck, 2005. Chapitres 1 à 4.

Nous pouvons formuler une seconde hypothèse en reprenant, dans la définition de Lépine et Féline (vue précédemment), le caractère temporaire de l'inhibition. La personne peut être énervée face à une situation. Elle conserve cette agressivité en elle. Et lorsque l'individu se trouve dans un contexte socio-affectif où il se sent plus en confiance, il pourrait « s'autoriser » à décharger ses sentiments agressifs. Cela suppose donc un temps de latence entre le moment où apparaît cet affect et le moment où il est exprimé. La personne sur laquelle l'inhibé se met en colère n'est peut-être pas celle qui a provoqué l'émergence du sentiment agressif. Enfin, le sujet inhibé a non seulement peur d'agresser autrui mais aussi d'être agressé.

Avec l'amélioration des troubles (dans le cadre d'une prise en soin) et notamment la levée de l'inhibition émotionnelle (ou levée du contrôle) l'agressivité qui était jusqu'alors contenue peut s'extérioriser. Il y a un risque d'explosion de cette agressivité. Le psychomotricien ne doit pas la condamner. Il doit l'accueillir et la sublimer lorsqu'elle fait surface ; mais il doit éviter les passages à l'acte. L'agressivité peut être sublimée dans des activités : jeux de combats (lutte, bataille de coussins, épées en mousse…). Le cadre et les règles doivent être rappelés : ne pas casser (le matériel par exemple), ne pas se faire mal et ne pas faire mal à autrui. Cette expression de l'agressivité doit être verbalisée : cela peut se faire par des commentaires, des constats sur l'état psychoaffectif du patient. Ce retour oral permet à la personne de prendre conscience de ses faits et gestes.

Jusqu'alors j'ai tenté de présenter ce qu'est l'inhibition psychomotrice. Nous l'avons d'abord défini en rappelant qu'elle est constituée d'une multitude de troubles qui touche aussi bien les sphères relationnelles que motrices ou cognitives. J'ai ensuite abordé la question du lien entre le psychique et le somatique en tentant d'expliquer les relations qui peuvent exister et en montrant certaines manifestations de leurs échanges.

Nous avons vu également les différentes typologies décrites selon deux auteurs phares en psychomotricité : Julian de Ajuriaguerra et Jean Bergès. J'ai également tenté de faire des passerelles entre l'instabilité et l'inhibition psychomotrice en décrivant les signes cliniques que ces deux pathologies ont en commun. Pour terminer, nous avons pu voir que l'agressivité n'était pas étrangère à ce trouble.

2- Etiologies de l'inhibition psychomotrice

Je considère cette partie consacrée à l'étiologie de l'inhibition psychomotrice comme étant très importante. En effet, j'ai essayé d'avoir une vue d'ensemble afin de tenter de mieux comprendre quelles peuvent être les raisons de l'apparition d'une telle pathologie. Pour cela, il me semble qu'il est intéressant de prendre non seulement en compte les théories neurophysiologiques mais également des concepts d'orientation plus psychosociale. Il est bien évident que ce que j'expose ci-dessous ne peut être perçu que comme des hypothèses. N'étant pas physiologiste, je vais tenter d'expliquer de manière succincte les différentes hypothèses organiques.

2. a Concepts organiques :

Il existe de nombreuses causes qui pourraient être à l'origine d'une inhibition psychomotrice. Parmi celles-ci on retrouve des hypothèses génétiques que je n'aborderai pas dans mon mémoire faute de n'avoir pu trouver de matière en quantité suffisante pour les décrire. Nous allons voir que plusieurs facteurs peuvent engendrer une inhibition psychomotrice. Cela peut être dû à une défaillance somesthésique, un défaut de noradrénaline ou en dopamine, un problème de régulation entre les réflexes myotatiques et myotatiques inverses. L'inhibition psychomotrice peut également être causée par une perturbation des connexions neuronales entre les aires motrices et le système limbique. Enfin, il s'agira d'envisager l'inhibition comme étant le symptôme d'un syndrome tel que la dépression, la déficience mentale ou encore les troubles anxieux. Les deux premières hypothèses concernent davantage l'aspect moteur.

2.a.1 La défaillance des réflexes myotatique et myotatique inverse *(voir annexe 1).*

Rappel des notions :
Ce rappel est fait brièvement, simplement pour avoir les bases nécessaires afin de comprendre le fonctionnement de ces réflexes et l'hypothèse étiologique.

Tout mouvement implique une intervention inhibitrice de certains muscles pour concourir à sa réalisation. Cette inhibition permet d'avoir une synergie, la plus adéquate, entre les muscles agonistes et antagonistes participant à l'action.

Le réflexe myotatique fonctionne de la façon suivante : le fuseau neuromusculaire détecte un étirement. Suite à cela l'information part dans la moelle épinière via les fibres 1a. Ces fibres contactent le motoneurone α qui va alors provoquer la contraction du muscle.
Quant au *réflexe myotatique inverse*, il va permettre aux muscles de se relâcher en réponse à une contraction. Ainsi quand la tension musculaire est importante, l'organe tendineux de golgi (terminaison nerveuse située entre l'insertion du muscle et son tendon) enregistre une variation de tension et envoie l'information par les fibres 1B. Celles-ci contactent les interneurones inhibiteurs 1B qui vont alors inhiber le motoneurone alpha ayant permis la contraction du muscle. Ce réflexe évite ainsi un épuisement du muscle lors d'une contraction trop forte et/ou prolongée.

Hypothèse :

L'inhibition psychomotrice pourrait être la résultante d'un défaut de régulation du couple excitateur/ inhibiteur ce qui provoquerait une dérégulation tonique pouvant aller jusqu'à l'incapacité à réaliser le geste. On peut se demander si ce déséquilibre ne peut pas varier selon la typologie :
- Dans l'inhibition par hypercontrôle le problème pourrait venir d'un déficit provenant du réflexe myotatique inverse. Dans ce cas là, ce dernier ne parviendrait pas à contrecarrer l'action du réflexe myotatique (donc l'état de contraction du muscle) afin de permettre un relâchement musculaire.
- A l'inverse on pourrait entrevoir dans l'hypotonie présente dans l'inhibition par suspension de l'initiative motrice un défaut de régulation provenant du réflexe myotatique. Une défaillance de celui-ci entraînerait une contraction trop faible du muscle.

2.a.2 Le déficit en dopamine

Rappels :
Nous savons que la dopamine est un neurotransmetteur très important impliqué dans la communication des cellules nerveuses entre elles. La dopamine a aussi un rôle indispensable dans l'ajustement moteur en facilitant le mouvement par l'inhibition des mouvements parasites.

Hypothèse :
Comme dans la maladie de Parkinson la dopamine pourrait se trouver en défaut, en admettant bien sûr que dans le cas de l'inhibition ce phénomène serait moindre (car les conséquences motrices sont bien moins importantes et envahissantes). Or une quantité insuffisante de dopamine dans le cerveau engendre une mauvaise communication entre les neurones. Ce déficit entraîne une mauvaise régulation des mouvements.

Mécanisme [16] :
Diminution de la dopamine → augmentation de l'inhibition de la voie indirecte (D2) → le pallidum externe est inhibé → il inhibe moins le noyau sous thalamique → ce dernier est alors excité → il excite le pallidum interne et la substance noire réticulée → ce qui provoque une inhibition au niveau du thalamus et entraîne une diminution du mouvement.

2.a.3 La théorie noradrénergique

Rappels :
La noradrénaline, comme la dopamine, est un neurotransmetteur du système nerveux central. Elle joue un rôle dans l'attention, le sommeil, les apprentissages, les rêves…. Elle permet d'être plus alerte et augmente la fréquence cardiaque, l'oxygénation du corps (par le biais de la respiration)….

Conséquences d'une dérégulation :
Un déficit en noradrénaline dans la fente synaptique entraîne une diminution de la transmission des signaux nerveux. Ce déficit serait à l'origine d'une altération de l'attention, d'un déficit de la mémoire de travail, d'une humeur dépressive, de fatigue et d'un ralentissement psychomoteur.

[16] : Cours de 2ème année de psychomotricité, La maladie de Parkinson.

2.a.4 Connexions entre les aires motrices et le système limbique

Rappels :
Des connexions existent entre le système limbique et le lobe frontal (où sont localisées les aires motrices). C'est dans le lobe frontal que se fait la planification du mouvement (entre autre).
Le système limbique est notamment le siège des émotions, des processus mnésiques et attentionnels. Le cortex cingulaire antérieur a un rôle dans la prise de décision.

Hypothèse :
La question qui peut se poser est : est-ce que de très fortes émotions telles que le stress, l'angoisse ou l'anxiété, peuvent altérer les connexions entre ces deux régions du cerveau et engendrer un défaut dans le déclenchement du geste ? Il semblerait que le cortex cingulaire antérieur qui permet les échanges entre le système limbique et le lobe préfrontal présente un dysfonctionnement lors de stress prolongé. Cette défaillance du cortex cingulaire antérieur dans la transmission des informations (il reçoit moins d'informations provenant de l'hippocampe et de l'amygdale) pourrait entraver la prise de décision et donc le déclenchement du geste. Ainsi, un stress prolongé aurait un impact psychocorporel.

2.a.4 Défaillance somesthésique :

Rappels :
On sait qu'il existe des connexions entre les récepteurs somesthésiques et le système limbique où les informations sont traitées et mises en lien avec les émotions. Ainsi, lorsque l'enfant est stimulé (au niveau de la peau par exemple), une empreinte affective va lui être attachée.
Dans la petite enfance les contacts physiques entre la mère et son bébé sont particulièrement importants. Ces contacts sont de véritables stimulations sensorielles et permettent un sentiment d'enveloppe. Ils sont apaisants et s'observent à travers les soins, les bains, les portages. Winnicott parle de l'importance du holding et du handling (manière dont l'enfant est manipulé, touché).

Hypothèse :
Selon certains auteurs [(17)] une absence de soins pendant la petite enfance fait qu'il n'y a pas de plaisir, d'émotion positive découlant des manipulations corporelles. Par la suite le sujet n'a pas tendance à expérimenter sa motricité car il n'y a pas de plaisir éprouvé ou à éprouver dans le mouvement. Ainsi, on peut se demander si ce mouvement dénué de toute sensation positive, d'empreinte affective et émotionnelle a un réel intérêt pour ces personnes. Elles désinvestiraient alors la motricité.

2.a.5 L'inhibition psychomotrice comme symptôme d'un syndrome :

L'inhibition psychomotrice peut être soit un trouble à part entière, soit être un des symptômes d'une pathologie. Pour n'en citer que quelques unes, elle est présente dans la dépression, les troubles anxieux, la déficience mentale. Elle peut s'exprimer par un simple ralentissement psychomoteur ou dans les cas extrêmes se manifester par une akinésie.

[17] : HARLOW H., The nature of love, article publié dans American Psychologist, 13, pages 673 à 685, 1958.

Lors de **la dépression** on a un déficit en noradrénaline. On assiste alors à une dysrégulation du système qui entraîne des troubles végétatifs et anxieux, ainsi qu'une inhibition psychomotrice. Ce ralentissement est généralement mal vécu par la personne dépressive qui s'en plaint.

Les personnes atteintes de **retard mental** présentent des troubles affectifs et comportementaux. Ils se traduisent soit par une instabilité soit par une inhibition psychomotrice. Dans **les troubles anxieux**, l'individu va exprimer son angoisse par différents troubles : des manifestations somatiques (fatigue, vomissements…), des craintes sur la santé et/ou la mort, des troubles du coucher et du sommeil ainsi que des troubles du comportement. Parmi ces derniers on peut retrouver une inhibition.

Après avoir énoncé différentes hypothèses étiologiques d'orientation biologique, neurophysiologique nous allons à présent parler de la survenue de l'inhibition psychomotrice via des concepts psychanalytiques. Là encore les hypothèses sont nombreuses et diffèrent selon les auteurs.

2. b Concepts psychanalytiques

A travers cette partie je vais tenter d'aborder différents auteurs qui émettent des hypothèses différentes mais qui peuvent être complémentaires quant à l'origine de l'inhibition psychomotrice. Cette liste n'est pas exhaustive. J'ai conservé les causes qui me semblaient les plus pertinentes, celles qui faisaient le plus écho pour moi.

2. b. 1 Résultante d'une carence affective.

Nous allons voir dans cette sous-partie, les notions phares de certains auteurs. Nous verrons à travers celles-ci, que des défaillances du milieu et de l'objet maternel peuvent constituer les prémices d'une inhibition psychomotrice.

L'environnement socio-affectif joue un rôle primordial dans le développement de l'enfant. Lorsqu'il est suffisamment contenant, sécure, stable et cohérent il permet à l'enfant de se développer de façon harmonieuse. Il peut ainsi acquérir un sens de soi, se sentir unifié (au niveau psychocorporel) et avoir une bonne estime de soi. L'environnement familial fournit à l'enfant une base sécure lui permettant de faire ses apprentissages, d'entrer en interaction avec son entourage et d'explorer le monde. **Ainsworth** dit que cela est rendu possible grâce à la figure d'attachement (le parent). Beaucoup d'auteurs ont théorisé sur l'importance d'un environnement ou d'une mère « suffisamment bonne », comme Winnicott.

L'être humain a des besoins fondamentaux. Parmi ceux-ci on peut citer la liberté d'exprimer ses besoins et ses émotions ; l'autonomie, la sécurité (elle est liée à l'attachement, à la stabilité et la régularité des soins apportés à l'enfant)….

Pour **Bowlby**, l'attachement est un besoin primaire. C'est une capacité innée chez l'enfant, présente dès la vie in-utéro, permettant d'assurer des interactions avec sa mère ou « objet d'attachement primaire ». A la naissance, le bébé est déjà un être social. Il va tisser des relations avec son entourage et plus particulièrement avec sa mère. Pour que l'attachement permette à l'enfant de se sentir en sécurité et protégé il faut qu'il y ait réciprocité des échanges entre les différents partenaires. Bowlby précise que l'enfant dispose de plusieurs moyens pour entrer en relation avec la mère et maintenir une proximité entre eux. Ainsi le sourire et la succion vont permettre de prolonger un échange. Les pleurs vont servir de signal pour signifier à la mère un besoin, un mal-être (tension, faim…). Il y a également une influence réciproque de la vie émotionnelle entre la mère et son enfant. **Stern** parle d'accordage affectif, où la mère possède une capacité d'empathie avec les états internes de son enfant.

Au début de sa vie, l'enfant n'a pas d'autre moyen que de s'exprimer de manière comportementale (cris, pleurs, état tensionnel…). Par ce mode il exprime un besoin, un désir. Lorsque la mère est suffisamment disponible elle va interpréter ces signaux et satisfaire le besoin de son bébé. Cette satisfaction entraîne un apaisement chez l'enfant (hypotonie de soulagement, plaisir…), qui signifie de manière concomitante à la mère qu'elle a su répondre de manière adaptée. Ce retour de l'enfant va venir conforter la mère dans sa fonction maternante.

Bowlby précise que l'enfant a non seulement besoin que la mère satisfasse ses besoins, mais également qu'il y ait un contact avec elle (renvoie aux notions de holding et handling de Winnicott). **Harlow** [18] démontre ce besoin de contact (doux, chaleureux) avec une expérience réalisée sur les singes. Les résultats montrent que les singes ayant bénéficié dans leur cage d'une « fausse mère » (sorte de peluche placée dans la cage) qui était chaude et douce se développent mieux que les autres.

Dans la pathologie :

Cependant, il arrive que les relations entre les différents partenaires de l'interaction soient problématiques. Plusieurs cas de figures peuvent concourir à cela :

- ✓ Du côté des parents : excès ou insuffisance de stimulation pouvant être causé par une indisponibilité psychique ou physique des parents (dépression de la mère, grossesse difficile, abandon…). Il peut y avoir aussi des soins mal adaptés, un contexte socio-économique défaillant...
- ✓ Du côté de l'enfant : ses affects et ses besoins ne sont pas assez significatifs et gratifiants (voire réponses fuyantes : évitement du regard) pour la mère ce qui va provoquer chez elle une incompréhension. Ces perturbations peuvent être également dues à une pathologie de l'enfant (handicap, autisme) ou à une prématurité….

Les auteurs théorisent particulièrement sur les défaillances provenant de l'objet maternel. De ce fait, je me centrerai plus sur ces hypothèses.

Lorsque la mère est indisponible pour la relation (et donc la satisfaction des besoins de son enfant), le bébé constate que malgré ses efforts la mère ne répond pas à ses appels, ou le fait de façon inadaptée. Les tensions internes de l'enfant persistent donc, il reste dans un état de mal-être.

[18] : HARLOW H., The nature of love, article publié dans American Psychologist, 13, pages 673 à 685, 1958.

André Green parle du complexe de la mère morte [19]. Lorsque l'enfant n'est plus l'objet d'attention de la mère il culpabilise car il pense que c'est de sa faute si sa mère s'est désinvestie de leur relation. Il va tenter de resolliciter sa mère voire de la stimuler si elle est dépressive. Si cela ne fonctionne pas l'enfant persiste, puis au bout d'un moment il s'épuise et abandonne. Se mettent alors en place des défenses pour protéger un Moi fragile. L'enfant peut se mettre en retrait, désinvestir l'objet maternel et les sphères affectives et représentatives.

Les enfants qui ont un attachement insécurisant ou des interactions pauvres sont plus sujets à développer des troubles dans leur fonctionnement social, affectif et cognitif. Ils sont dans une insécurité affective, avec parfois une angoisse de perte de l'objet (l'objet d'amour). Cette insécurité empêche le plaisir d'être soi et d'explorer le monde extérieur.

2. b. 2 Implication d'un milieu surprotecteur.

Nous venons de voir qu'un milieu carencé pouvait être source, plus tard, d'une inhibition chez l'enfant. Cependant un environnement familial surprotecteur, trop rigide peut également altérer l'épanouissement et le développement psychomoteur du sujet jeune. A long terme, cela pourrait être la cause de la survenue d'une inhibition psychomotrice.

Lorsque le milieu est trop rigide cela ne laisse pas beaucoup de place à l'individu pour s'exprimer. Ce défaut d'expressivité peut se retrouver dans de nombreux aspects du développement tant au niveau du comportement, de la motricité, de la vie affective et émotionnelle, que des fonctions intellectuelles…

Lors des premiers échanges avec la mère, dans la prime enfance, on a vu précédemment la notion de réciprocité et l'importance de la capacité d'adaptation des différents partenaires dans l'interaction. La mère doit être suffisamment disponible pour répondre aux besoins de son enfant. Cependant, il arrive que la mère réponde trop vite aux besoins ou les anticipe. Lorsque cela se répète, l'enfant n'a pas le temps d'exprimer, ni de ressentir un désir puisque la mère intervient immédiatement. L'enfant ne peut donc expérimenter la notion de manque et par là-même la notion d'envie. On peut imaginer que dans les cas extrêmes on assiste à un vide psychique.

A long terme, cela peut donner des enfants trop « adaptés » à l'environnement. Un peu comme s'ils avaient pris l'habitude que l'entourage, notamment la figure maternelle, pense à leur place. On peut donc assister à un défaut de penser, d'investissement de la fonction cognitive. Cela peut également avoir des répercussions sur la vie affective et émotionnelle du sujet. L'enfant peut être passif, attendant les réponses de l'extérieur. Sa vie psychique peut alors s'en trouver appauvrie.

Lorsque le milieu est trop protecteur, l'enfant peut avoir des difficultés à passer d'une dépendance totale à la mère (au tout début de la vie) à une indépendance. Le chemin vers l'individuation et l'autonomie peut alors se trouver entravé. Chez les enfants inhibés cela peut se traduire par un investissement corporel pauvre, une difficulté à exprimer ses désirs et à prendre des décisions. On peut retrouver des enfants qui sont comme « soumis » à l'autorité de l'adulte et qui n'expriment aucun ressenti ou désir personnel. L'enfant peut avoir du mal à se forger sa propre identité.

[19] : LEVERT I., Le complexe de la mère morte ou l'appel du vide, article sur internet.

L'environnement peut également être dans un fonctionnement trop rigide, avec des limites trop importantes avec une flexibilité et une capacité d'adaptation absentes. Là encore la créativité et l'expressivité s'en trouvent lésées. Le sujet peut craindre de dépasser les limites fixées par les parents. On retrouve des enfants et adolescents très complaisants, qui n'osent jamais tester les limites (ce qui est pourtant un phénomène normal de l'adolescence).

Si l'enfant a un désir, une envie il est possible qu'il la refoule car les interdits parentaux et/ou sociaux (ou Surmoi de Freud) occupent une place trop importante dans son fonctionnement psychique. Le Surmoi de l'enfant peut s'identifier à un Surmoi des parents qui serait très rigide. Les enfants inhibés ont parfois un Surmoi très fort. L'enfant peut avoir peur des conséquences que ses actes, voire même ses pensées ou sentiments, pourraient entraîner sur autrui, comme sur soi. L'inhibition est un moyen pour l'enfant d'éviter l'angoisse et la culpabilité.

2. b. 3 Théorie Freudienne [20]

Pour Freud l'inhibition peut avoir plusieurs origines.

- ✓ Un conflit psychique.

Pour lui, le symptôme est la forme apparente d'un conflit entre les instances psychiques. Il a pour nécessité de satisfaire les deux forces (exemple le ça et le Surmoi), les deux désirs opposés. Le symptôme peut être considéré comme l'expression du désir (et sa satisfaction) et de sa défense.

Selon Freud, l'inhibition peut prendre la forme d'un symptôme: « toute inhibition que le Moi s'impose peut aussi être nommée symptôme ». Pour lui il s'agit d'un conflit avec le ça. Ce conflit résulterait de la survenue de pulsions agressives ou érotiques intolérables pour le sujet qui, pour éviter leur émergence et leurs probables conséquences, refuse de s'y soumettre et de les satisfaire. Ce refoulement a également pour but de protéger un Moi trop fragile.

Si l'on reprend la signification du symptôme vu précédemment on peut dire:
Le désir serait ici la satisfaction des pulsions agressives et/ou sexuelles et la défense mise en place serait le refoulement. L'expression de ce conflit prend alors la forme d'une inhibition psychomotrice. Le sujet se « coupe » ainsi du monde extérieur et de sa vie psychique (émotionnelle, affective, cognitive) afin que ses pulsions n'émergent pas et ne provoquent pas de l'angoisse et/ou de la culpabilité.

- ✓ Une « autopunition ».

Ce point reprend un peu ce que nous avons pu voir dans l'implication d'un milieu social trop rigide. Nous sommes en présence d'un Surmoi trop fort qui interdirait au Moi de l'individu de réaliser une envie, d'exploiter une capacité. Prenons l'exemple d'un enfant, grandissant dans un contexte socio-économique défavorable, et présentant une inhibition intellectuelle. Si le Surmoi de l'enfant prévaut sur son Moi, le premier va interdire à l'enfant d'investir pleinement sa fonction cognitive afin de ne pas dépasser le niveau d'études de ses parents, ses idéaux parentaux (qui sont ses premières identifications).

[20] : FREUD S., Inhibition, symptôme et angoisse, éd. Puf, 2011. Chapitres 1, 6 et 9.

- ✓ <u>Un appauvrissement en énergie.</u>

Parfois on note une inhibition psychomotrice dans certaines pathologies. Comme nous l'avons vu plus haut, elle peut être un des signes cliniques de la dépression. Freud associe la présence de l'inhibition à une « pathologie du deuil ».

Dans ce cas là, la vie interne du sujet consacre tellement d'énergie psychique à ce processus (deuil, trouble dépressif) qu'il ne lui en reste plus suffisamment pour les autres domaines. Autrement dit, la majorité de l'énergie disponible converge pour assurer la survie de l'individu. Le prix de cette mobilisation énergétique pour le psychisme est le désinvestissement des autres grandes fonctions: relationnelle, motrice, comportementale….

Freud décrit également l'inhibition comme étant un ***renoncement à l'exercice d'une fonction***. Cet abandon éviterait une possible angoisse si la fonction venait à être investie.

Exemples de la marche et du graphisme:
- **La marche** est une des étapes clés rencontrées par l'enfant sur le chemin de l'individuation, de l'autonomie et de la séparation d'avec les parents. Elle va lui permettre d'explorer le monde à sa convenance et de gagner en indépendance. Or, le petit d'Homme peut renoncer à cette fonction car elle implique une distance avec le parent. L'angoisse peut être celle d'une perte d'amour, d'un désinvestissement de son parent sur sa personne. Dans ce cas, l'inhibition de la fonction permet de conserver une proximité et une dépendance avec ses objets d'amour.

- **Le graphisme** implique de nombreux enjeux: maturationnels (au niveau neurologique pour la motricité et le tonus), narcissiques, œdipiens ... L'acte graphomoteur nécessite aussi le choix d'une main de la part de l'enfant. Ecrire c'est laisser une trace de soi et c'est aussi une étape indispensable dans la scolarité (un des apprentissages fondamentaux avec la lecture). L'enfant peut donc ressentir une pression sociale et familiale pour sa réussite. Mais écrire c'est aussi choisir une main, qui peut être associé à l'idée de choisir un parent (conflit œdipien). Tous ces éléments peuvent être source d'angoisse pour l'enfant qui peut alors choisir d'inhiber cette fonction.

Je me souviens du petit Kévin que j'avais suivi lors d'un stage en deuxième année de psychomotricité. Ce prématuré de trois ans au lourd passé médical et familial avait beaucoup de mal à se fixer sur une activité : il avait sans cesse besoin de changer, dès qu'il voyait quelque chose qui attirait son attention il laissait l'activité en cours pour faire autre chose.

Un jour, tout s'est bien passé: il était calme, posé, attentif. Après la séance la psychomotricienne m'a dit que les parents du garçonnet alors séparés, c'étaient remis ensemble. Le climat de nouveau sécure et cohérent apporté par la réconciliation des parents avait impacté sur le comportement de Kévin.

3. Prises en soin de l'inhibition psychomotrice :

3. a Médicamenteuse

Comme nous avons pu le voir dans la partie précédente, l'inhibition psychomotrice peut être un des symptômes d'une dépression. Dans ce cas là des antidépresseurs tricycliques peuvent être prescrits. Parmi ces médicaments sont proposées des molécules intermédiaires ou psychotoniques (psychostimulant). Elles sont utilisées dans le cas d'inhibition psychomotrice. Elles ont tendance à lever les inhibitions ; de ce fait elles sont à éviter s'il existe un risque suicidaire.

Les antidépresseurs tricycliques inhibent la recapture (au niveau pré synaptique) des monoamines dans le système nerveux central. Cela va avoir des répercussions sur la sérotonine et la noradrénaline en augmentant leur concentration dans la fente synaptique.

3. b Psychothérapie

Une psychothérapie peut être intéressante afin de rechercher des éléments psychologiques (contexte affectivo-social ou un évènement situationnel) vécus comme marquant voire traumatiques. Ces éléments peuvent être à l'origine de l'inhibition psychomotrice ou être des éléments alimentant une souffrance déjà présente.

Cette prise en soin peut être intéressante puisqu'elle permettrait, en complémentarité de la psychomotricité, d'avoir une compréhension plus psychologique des troubles. Comme nous l'avons vu dans la partie précédente, l'inhibition psychomotrice peut se comprendre d'un point de vue psychanalytique. Elle est peut-être due à des carences affectives, être un conflit entre les instances psychiques… De ce fait les apports théorico-cliniques d'une psychothérapie peuvent aider le psychomotricien à mieux comprendre son patient dans sa globalité et la survenue de son trouble. Ainsi il peut adapter sa prise en soin en fonction des éléments qui lui ont été transmis.

Cependant, la personne inhibée a souvent du mal à parler d'elle, de ses émotions et affects. Une thérapie très fortement orientée sur l'aspect verbal peut ne pas être la plus adéquate ; surtout si l'enfant parle peu spontanément.

3. c Ergothérapie.

Parfois les troubles sont tels qu'une prise en soin avec un ergothérapeute peut s'avérer nécessaire. L'ergothérapie a pour but de développer les compétences motrices notamment au niveau du membre supérieur. Elle évalue les limitations auxquelles la personne peut se confronter dans les gestes de la vie quotidienne. L'ergothérapeute adapte l'environnement physique et matériel aux difficultés de la personne et peut lui proposer une rééducation. En ce qui concerne l'inhibition psychomotrice, le geste graphique est souvent entravé (hyper ou hypotonie, mauvaise régulation et déroulement du geste….). Par exemple, l'enfant peut alors se voir attribuer un ordinateur pour l'école, et l'ergothérapeute lui apprendra à s'en servir.

3. d Orthophonie.

Une prise en soin en orthophonie peut se faire pour l'inhibition psychomotrice. Généralement, les patients y sont orientés pour les troubles qui peuvent accompagner, être consécutifs à une inhibition. On retrouve notamment la dyslexie, la dysorthographie… Les personnes inhibées peuvent également consulter pour des problèmes de phonation et des difficultés articulatoires (pouvant être dues à une mauvaise régulation tonique au niveau des mâchoires).

C. Inhibition psychomotrice et prise en soin en psychomotricité

1- Vous avez dit …. Psychomotricité ?

1. a Définition

La psychomotricité est une profession paramédicale régie par le décret de compétence du 6 mai 1988 ; le psychomotricien est un auxiliaire médical. Une prescription médicale est en amont de toute prise en soin en psychomotricité. La psychomotricité est une pratique intégrative, elle va du neurologique au psychiatrique. Elle est originée de la psychiatrie infanto-juvénile, et a des liens étroits avec la pédagogie et la psychanalyse. Cette discipline est une technique à médiation corporelle où le praticien est attentif à la façon dont la personne est en relation au monde environnant avec son corps.

Les soins en psychomotricité ne sont pas des soins d'urgence mais ils peuvent être demandés en seconde intention. Le psychomotricien a donc une temporalité d'action qui lui est spécifique (comparée à d'autres professions médicales, notamment en milieu hospitalier). L'urgence vitale de la personne n'étant pas en jeu, le psychomotricien peut se permettre de prendre le temps de rencontrer la personne, d'être à son écoute, de comprendre sa demande et de l'accompagner dans un projet de soin pouvant s'étaler sur plusieurs mois voire années. Cette temporalité singulière d'une prise en soin en psychomotricité va permettre au patient de s'ancrer dans sa propre temporalité et non dans celle du soignant.

La psychomotricité vise une action globale en s'appuyant sur diverses méthodes auxquelles le psychomotricien est formé et qui font toute la richesse de sa profession : relaxation, théâtre, expression corporelle, toucher, eutonie, rythme … Le psychomotricien a donc en sa possession une palette d'outils très large pour intervenir auprès d'un patient. Il tente d'aider le sujet à s'adapter de manière optimale à son environnement.

Le psychomotricien peut également intervenir de différentes façons. La prise en soin peut ainsi être orientée sur un versant :

- ✓ **Rééducatif :** réduction des troubles psychomoteurs. Il peut s'agir également de réadaptation en trouvant des détours fonctionnels ou plus adaptés.
- ✓ **Préventif et éducatif** : par exemple en intervenant dans les crèches. Il s'agit d'acquérir des aptitudes, de développer et de favoriser les compétences des personnes et faciliter l'intégration des fonctions cognitives, affectives et motrices (par l'interaction avec l'environnement…).
- ✓ **Thérapeutique** : elle peut viser à un mieux-être ; pour cela le psychomotricien s'appuie sur des moyens d'interventions pluriels.

1. b Décret de compétence et champ d'action

Je ne remettrai pas l'intégralité du décret de compétence du psychomotricien dans cette sous-partie. En reprenant l'article 1 du décret de compétence du 6 mai 1988 je cherche à faire un bref rappel du champ d'action et des actes que le psychomotricien est habilité à effectuer.

L'article 1 précise ainsi que le psychomotricien (détenteur du diplôme d'Etat de psychomotricien) exerce sur prescription médicale et « après examen neuropsychologique du patient par le médecin ». Il peut effectuer des bilans psychomoteurs, l'éducation précoce et les stimulations psychomotrices ainsi que la rééducation des troubles du développement psychomoteur (ou des désordres psychomoteurs). Cette rééducation se fait au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination.

Le décret de compétence dresse la liste des troubles psychomoteurs. On retrouve les retards du développement psychomoteur, les troubles de la maturation et de la régulation tonique et les troubles du schéma corporel. Font également partie les troubles de la latéralité, de l'organisation spatio-temporelle, les dysharmonies psychomotrices et les troubles tonico-émotionnels. Le psychomotricien peut traiter les maladresses motrices et gestuelles, les dyspraxies, la débilité motrice (notion de Dupré). Enfin l'inhibition et l'instabilité psychomotrice, et les troubles de la graphomotricité (exceptée la rééducation du langage écrit) font partie intégrante du champ d'action du psychomotricien.

Pour finir, l'article 1 précise que le psychomotricien contribue « par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique ».

2- Intérêt d'un suivi en psychomotricité

2. a Inhibition psychomotrice : un trouble psychomoteur à part entière.

Comme nous venons de le voir l'inhibition psychomotrice fait partie du décret de compétence du psychomotricien. Elle est considérée comme un trouble psychomoteur à part entière. L'orientation et la prise en soin en psychomotricité d'un patient présentant un tel trouble est donc tout à fait légitime. L'inhibition psychomotrice illustre bien ce que nous avons dit plus haut concernant les interactions et les liens étroits entre les différentes sphères constituant un individu. En effet ce trouble touche l'ensemble des sphères cognitive, identitaire, affective, motrice à des degrés divers.

2. b Spécificité de la psychomotricité, du psychomotricien et de ses champs théorico-cliniques.

La psychomotricité est influencée par la technique médicale (éléments constituant le bilan, le temps du diagnostic détermine le temps thérapeutique) mais aussi de la clinique psychanalytique au sens où chaque cas est singulier. Elle s'est construite grâce aux influences de différents courants tels que la psychologie génétique (avec Piaget) et la neurophysiologie (Dupré…). Henri Wallon et Julien de Ajuriaguerra (avec les notions de dialogue tonique/tonico-émotionnel) ont également été des auteurs décisifs de la psychomotricité. Tout ceci montre la richesse et la diversité des sphères théoriques dans lesquelles la psychomotricité puise son aspiration. La psychomotricité se trouve au carrefour de champs théoriques divers et variés mais elle a su cultiver son unicité et sa spécificité pour devenir une sphère à part entière.

La psychomotricité propose une lecture plutôt psychodynamique des troubles, elle « entend le symptôme non seulement comme une manifestation pathologique mais aussi comme une invention du sujet pour vivre même si c'est une invention peu adaptée, voire totalement inadaptée » [(21)]. Elle tente ainsi de comprendre quelle est la place du symptôme (et du syndrome) dans l'histoire actuelle et passée du sujet. Dans cette lignée Freud [(22)] dit que le symptôme corporel est le « substitut d'un conflit inconscient qui est lui-même de l'ordre de la représentation d'un discours […], il est traité comme un élément du discours ». Autrement dit, le symptôme peut être l'expression d'une souffrance psychique et il faut le penser dans la dynamique sociale, familiale et personnelle de la personne. Il faut alors essayer de comprendre la signification du symptôme.

Tout comme en psychanalyse, le psychomotricien voit chaque individu comme étant unique. Mais ce qui distingue la psychomotricité de cette pratique où le soignant est caché d'un patient allongé sur le divan, est l'engagement non seulement psychique mais aussi corporel. Non seulement le psychomotricien peut participer aux activités proposées en séance, mais il propose son corps comme un support physique (et mental) contenant et sécure.

A travers le matériel clinique que lui apporte le patient le psychomotricien n'essaye pas de tout comprendre, de tout interpréter mais il est présent psychiquement, corporellement pour accueillir ce que le patient lui donne.

---

[21] : POTEL C., Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir, éd. Erès, 2010.

[22] : FREUD S. cité par CONTANT et CALZA, L'unité psychosomatique en psychomotricité, éd. Masson, 1989, pages 1 à 22.

Comme nous venons de le dire le psychomotricien tente de comprendre l'expression corporelle d'une souffrance. Nous n'oublions pas qu'un être humain est sujet aux influences de l'environnement (sur lequel il agit également en retour). La psychomotricité a la spécificité de supprimer la dichotomie soma/psyché ou corps/esprit. Ainsi elle ne s'intéresse pas seulement au corps (versant biologique) ou seulement à la vie psychique. Elle s'adresse à l'individu dans sa globalité psychocorporelle et garde en tête qu'il existe des relations étroites entre les différentes sphères sociales, biologiques et physiologiques, relationnelles, comportementales, affectives, identitaires … Ces dimensions sont indissociables et nous ne pouvons faire abstraction du lien qu'elles entretiennent entre elles si on veut réellement comprendre l'individu.

3- Evaluation et prise en soin.

3. a Le bilan psychomoteur :

3. a. 1 La spécificité du bilan : forme, utilité, sens et finalité.

Jean-Michel Albaret dit que « l'examen psychomoteur se construit autour de diverses situations, standardisées (ou non), permettant de recueillir des données quantitatives et qualitatives sur la mise en action finalisée et ses entraves. L'examen psychomoteur s'intéresse aux différents processus et mécanismes qui (dés)organisent la motricité intentionnelle et en influencent sa réalisation ainsi que le contrôle de ses exécutions ».

Nous pouvons remarquer deux points qui semblent radicalement opposés dans le bilan psychomoteur : la prise en compte de l'unicité du patient et la mesure de ses compétences.
- D'un côté, le soignant doit accueillir le patient. Cet accueil vise à mettre tout en œuvre afin de créer une relation singulière, unique avec le sujet qui vient nous voir. Dans cette première rencontre nous devons retrouver un engagement relationnel qui peut avoir une vraie valeur thérapeutique: l'alliance thérapeutique. Cette dernière est indispensable pour co-construire une relation dans laquelle le sujet a confiance en son praticien, ce qui lui permettra de s'impliquer réellement et d'adhérer à ce qui lui est proposé. Le psychomotricien doit tenter de comprendre qui est la personne qui vient le voir, de quoi elle a besoin (quelle est sa demande, de qui elle provient), ce que nous pouvons lui proposer...

- D'un autre côté l'examen psychomoteur vise à mesurer les compétences du sujet : cela renvoie à une objectivation et une quantification des compétences par rapport à des données normées. Cela semble contradictoire avec le désir premier de voir en chaque personne, un être unique doué de compétences. Cependant, ce qui donne au bilan psychomoteur sa spécificité c'est qu'il cherche à tendre vers une connaissance et une compréhension aussi large que possible de la globalité de la personne en lien avec son histoire personnelle et familiale. Autrement dit, le psychomotricien n'oublie pas que c'est un instant T et que les résultats obtenus ne sont pas la vérité absolue sur la personne que nous avons en face de nous (l'appréhension et la situation peuvent jouer en sa défaveur).

Le bilan est sous l'égide de quatre grands principes : **la standardisation** (s'assure que les conclusions soient rendues indépendamment de l'examinateur), **la validité** (le test mesure correctement le phénomène qu'il est sensé observer), **la fidélité** (évite toute variation importante entre deux observateurs d'un même sujet) ainsi que **la sensibilité** (finesse discriminative du test). Cependant, la pratique du bilan psychomoteur ne nécessite pas une mesure ultra précise de la performance puisqu'il cherche à savoir ce que l'enfant peut faire dans les meilleures conditions. Ainsi, le psychomotricien n'a pas besoin de se limiter aux strictes consignes, il peut ajouter ou supprimer des épreuves selon les réactions du sujet (s'il se fatigue à force d'échouer on en supprime, si on contraire il les passe avec brio on en rajoute des plus difficiles…).

La séance de bilan permet une première approche et connaissance de la personne qu'on a en face de soi. Lors de mes différents stages j'ai pu observer que le bilan est fait de plusieurs temps :

- ✓ **Le premier contact** : le psychomotricien va à la rencontre de l'enfant et de l'accompagnateur (le plus souvent l'un des deux parents) dans la salle d'attente. L'enfant découvre ainsi le soignant en présence d'une figure qu'il connait et en qui il a confiance ce qui peut rendre ce moment, je pense, moins angoissant. Ce temps permet de voir comment l'enfant se comporte en présence du parent.

- ✓ **L'entretien** : il dépend du psychomotricien. Il peut être dirigiste, semi-dirigiste… En stage j'ai plus particulièrement assisté à ce genre d'entretien. Il regroupe un ensemble de questions visant à connaître l'enfant (âge, date de naissance, classe, questions sur la famille…), s'il connaît le motif de sa venue, comment ça se passe à la maison et à l'école, ses relations avec ses pairs… Nous pouvons porter notre attention sur sa tenue à la table, s'il participe ou non à la conversation (entre le psychomotricien et son parent) et si oui de quelle manière… Le psychomotricien observe les comportements spontanés et les attitudes (réactions de prestance, timidité, exacerbation…).

- ✓ **La passation des tests** : elle doit se faire de manière la plus fluide possible et le cadre doit être tenu (règles à respecter comme ne pas casser, ne pas se faire mal…). Il me semble judicieux de faire passer les différents tests et épreuves en prenant garde à alterner les phases statiques (au bureau avec des épreuves comme le pointillage, le dessin du bonhomme…) et des phases plus dynamiques (épreuves autour de l'équilibre, des coordinations générales…). Cette alternance favorise une meilleure concentration de l'enfant pendant la passation en variant entre des temps calmes et des temps actifs où il peut décharger son énergie.

Selon Jean Bergès, le bilan psychomoteur permet d'apprécier la façon dont le sujet engage son corps dans l'action. Le psychomotricien observe l'initiative motrice, le déroulement et l'harmonie du geste. Mais aussi la façon dont le corps est engagé dans la relation tant avec autrui, qu'avec le monde des objets (observation des postures, des attitudes, des mimiques et dans la manière de faire et d'être).

L'appréciation doit se situer à un double niveau : objectif (les compétences et difficultés) et subjectif (vécu du patient, son plaisir ou déplaisir, sa persévérance, ses efforts, sa participation…).

Ce double niveau d'observation se retrouve par exemple dans l'échelle de coordination motrice de Charlop-Atwell où nous avons une notation objective et une notation subjective (souplesse, fluidité et précision du mouvement).

Le bilan étudie la motricité dans sa dimension psychique. Elle est un moyen d'expression de la vie intellectuelle, cognitive et affective du sujet. Nous pouvons observer cela à partir :

- ✓ *D'activités spontanées* : il est important de prêter attention sur des comportements psychomoteurs spontanés ou en réponse à des sollicitations de l'environnement. On peut par exemple observer comment l'enfant range le matériel (s'il le fait), est- ce- qu'il propose lui-même des activités (souhait de faire telle ou telle chose, prise de directives…) ? comment il se comporte entre deux items proposés ? comment il entre et sort de la salle….

- ✓ *D'épreuves spécifiques* : elles peuvent être empruntées à d'autres professions (notamment à la psychologie comme le dessin du bonhomme de Goodenough, la figure complexe de Rey…) ou conçues par des psychomotriciens. Ce sont des tests standardisés et les résultats obtenus par le sujet sont comparés à des grilles en vue d'établir un profit psychomoteur.

L'examen reprend les grands thèmes qui fondent la psychomotricité. Il évalue le tonus et l'équilibre, la motricité, les coordinations générales et fines (la graphomotricité par exemple), la latéralisation, le schéma corporel, l'image du corps. Il explore l'organisation spatio-temporelle, l'adaptation tonico-émotionnelle, la représentation et la symbolisation (jeux symboliques, accès au langage, dessin…), les praxies. Enfin, il porte son attention sur l'aspect relationnel et le vécu de l'activité, la concentration, l'attention, la mémoire…

A l'issu de ce bilan on va envisager si une prise en soin en psychomotricité est pertinente ou non. Si oui, il pourra s'agir d'un acte de prévention, de dépistage, d'éducation, de rééducation ou de thérapie psychomotrice. L'examen psychomoteur contribue également à l'élaboration du projet thérapeutique.

Selon moi, il faut faire en sorte que le bilan psychomoteur soit vécu par l'enfant comme quelque chose de ludique, amusant et non contraignant. Le sujet doit se sentir en confiance, contenu et ne doit pas ressentir de jugement de notre part. Le bilan peut renforcer narcissiquement l'individu et doit rassurer à la fois les parents mais aussi l'enfant en insistant sur les capacités de ce dernier.

3. a. 2 Les inhibés = intestables ?

Qu'entend-on par personne intestable ?

Dans certains bilans, les protocoles sont difficilement adaptables à la problématique de la personne.
Les enfants intestables sont regroupés dans différentes catégories : les grands instables ou inhibés, les infirmes moteurs cérébraux (IMC), les psychotiques, les autistes, les polyhandicapés… Pour ces enfants la situation d'examen n'est pas envisageable, soit parce qu'ils n'ont pas accès à la réalité, soit parce qu'ils n'ont pas accès au symbolisme ou encore parce qu'une telle situation ne ferait que les mettre en situation d'échec qui serait insupportable pour eux.

Ainsi l'intestabilité d'un enfant varie en fonction des troubles constatés. L'enfant peut être dit intestable soit parce qu'un déficit important empêche la passation du bilan, soit parce qu'il développe une attitude réactionnelle à la situation d'examen qui empêche le déroulement de la passation.

Et l'inhibition ?

Lorsque l'inhibition psychomotrice est massive, l'examen psychomoteur ne peut se dérouler de manière « classique ». La personne qui se présente à nous reste dans un mutisme avec un évitement du regard. L'inhibition peut être telle que la personne ne peut répondre aux demandes faites par le psychomotricien : elle se bloque. L'enfant peut être dans un état d'anxiété qui ne permet pas la passation de tests étalonnés.

Comment peut-on procéder ?

L'étude des efficiences d'un enfant inhibé à travers les tests et le bilan psychomoteur se heurte souvent à l'extrême faiblesse du niveau de communication de l'enfant, à un retrait psychocorporel…. Le psychomotricien doit alors trouver d'autres moyens d'évaluer les capacités et les potentialités de cet enfant. Il peut se servir du jeu libre et dirigé, de la demande de l'enfant, de son activité spontanée. L'engagement du corps sous le regard d'autrui étant compliqué pour le sujet inhibé, le psychomotricien doit avoir un regard bienveillant. Des encouragements peuvent conforter l'individu.

- ✓ **Observation de l'activité spontanée :**

Elle est essentielle. Elle peut permettre de cerner la personnalité de l'enfant, mais dans une situation aussi naturelle que possible. Pour l'enfant le jeu spontané et les activités jouées sont très révélateurs. Au cours de ses activités, on va noter avec un grand soin toutes les manifestations qui surviennent : les rires, les sourires, l'expression du visage de l'enfant, s'il est en communication avec le psychomotricien ou non, les jeux choisis, ce qu'il dit de ses jeux ou s'il ne parle pas, son comportement en général et ses réponses aux sollicitations. On peut relever beaucoup d'éléments qui sont informatifs sur l'enfant.

La plupart des items du bilan psychomoteur peuvent être évalués de manière informelle :
- L'équilibre en jouant sur les poutres, en se mettant à cloche-pied.
- Les coordinations dynamiques générales : des jeux où l'enfant court, saute…
- Le déliement digital et les possibilités praxiques par des jeux de cartes, la préhension d'objets.
- Les attitudes : hypo ou hypertonies (typologie)
- L'aspect physique : morphologie, développement staturo-pondéral
- La présentation de l'individu : réactions émotives, faciès, mimiques (adaptées, figées, crispation du visage…)

Le jeu permet la communication et est source d'informations multiples sur les possibilités de l'enfant tant motrices que psychiques (symbolisation, relation). Winnicott [(23)] dit qu' « un enfant qui ne joue pas est un enfant malade ». Il faut mettre à la disposition de l'enfant les moyens d'expression.

[23] : Winnicott D.W., Jeu et réalité, éd. Gallimard, collection folio essais, 2009.

On utilise surtout des moyens de communication non verbaux car souvent l'enfant intestable n'utilise que peu ou mal le langage. L'attitude du psychomotricien se doit d'être d'autant plus rassurante, contenante et encourageante…

- ✓ **Le dessin :**

Dans une perspective psychomotrice on se centre sur l'observation du dessin et non sur une interprétation du contenu psychique et fantasmatique des dessins. On observe le style du graphisme, sa forme, l'utilisation de l'espace, la richesse des détails, les couleurs, le champ expressif, la pince, le geste graphomoteur... Le dessin du bonhomme est le témoin de la maturation perceptive et représentative du schéma corporel. C'est une représentation du schéma corporel précieuse au psychomotricien. Le dessin a trois niveaux de lecture : la valeur expressive, narrative et projective.

3. a. 3 Observation de l'inhibition à travers le bilan (passation et résultats).

Nous avons vu dans la sous-partie précédente les cas extrêmes, où l'inhibition est si importante que la passation d'un bilan standard peut se révéler impossible. Nous allons voir dans cette partie quels sont les signes cliniques que l'on peut observer lorsque le degré d'inhibition permet de réaliser l'examen psychomoteur. Bien évidemment l'amplitude de ces manifestations diffère selon la gravité du trouble. L'inhibition psychomotrice s'observe tout au long du bilan.
Malgré sa discrétion, certains signes nous donnent des indices convergeant dans le sens d'une inhibition. Nous allons les observer non seulement à travers le comportement spontané mais aussi pendant les activités proposées.

Au niveau du comportement général :

On peut remarquer une certaine timidité. Généralement l'attitude et la posture sont plutôt dans le sens d'un enroulement, d'un repli sur soi (ce qui donne un aspect voûté). Au niveau corporel, la personne semble empruntée. La verbalisation spontanée est rare, pouvant aller jusqu'à un mutisme. La voix est peu affirmée, parfois inaudible (mauvaise articulation, le volume est faible). L'enfant inhibé regarde peu dans les yeux et cela peut aller jusqu'à un évitement du regard. Lorsque l'inhibition n'est pas trop importante les personnes sont plutôt coopérantes dans les activités proposées même si on remarque une certaine lenteur. Elles peuvent sembler comme étant soumises aux demandes.

Pendant les différentes épreuves du bilan :

Lors des épreuves de **motricité générale** on va noter des réactions de prestance. Ces réactions sont d'autant plus marquées lors des épreuves d'équilibre se faisant les yeux fermés (augmentent l'anxiété). Parfois, l'enfant qui est dans un hypercontrôle ne peut fermer les yeux. Pendant les épreuves dynamiques, les mouvements sont lents, peu fluides. Leur qualité dépend également du type d'inhibition (par hypercontrôle ou par suspension de l'initiative motrice). La marche montre une faible participation des membres supérieurs. Au contraire, la course peut être assimilée à quelque chose de ludique et l'enfant peut alors s'y sentir à l'aise et s'y épanouir.

Les épreuves du **schéma corporel**, notamment celles d'imitation de gestes (test de Bergès-Lézine) et le test de Head, impliquent une part relationnelle. En effet, l'enfant doit reproduire un geste, une posture à partir d'un modèle vivant : le psychomotricien. On peut observer pendant ces épreuves un retrait postural, l'enfant évite une distance corporelle qu'il juge trop proche. De part ce côté relationnel, il se peut que l'enfant échoue à ces tests.

Alix est une fillette de sept ans. Elle est adressée au CMPP pour un bilan. Le motif de cette demande est une inhibition psychomotrice. Lorsque nous allons la chercher dans la salle d'attente Alix ose à peine nous regarder. Elle semble intimidée. Dans la salle, Alix avance lentement vers le bureau. Lorsque la psychomotricienne lui pose des questions (sur sa venue, comment elle s'appelle…) Alix reste complètement mutique. Il n'y a pas d'échanges visuels, elle est voûtée et regarde ses mains posées sur ses cuisses. Je comprends alors qu'être entourée de deux adultes est une angoisse supplémentaire pour elle et je décide de sortir de la salle, la laissant seule avec la psychomotricienne. A la fin de la séance la psychomotricienne m'explique que mon départ a permis à la petite fille de se sentir un peu plus à l'aise. Malgré des difficultés le bilan a été réalisé grâce à une adaptation : la psychomotricienne a beaucoup utilisé l'observation spontanée.

Dans **le dessin du bonhomme**, on retrouve souvent un personnage petit, placé dans un des coins de la feuille et peu investi narcissiquement (pas de détails, dessin d'aspect simpliste …). Ce dessin dénué d'affects peut être révélateur d'une faible estime de soi, d'une mauvaise image du corps.

Eva, que nous avons vu déjà plus haut, refuse au départ de faire le dessin du bonhomme. Elle me dit qu'elle ne sait pas dessiner. Je la rassure alors en lui disant que je ne suis pas là pour juger son dessin, qu'elle n'a qu'à dessiner un bonhomme comme elle a l'habitude de le faire. Je lui demande s'il est au moins possible qu'elle essaye. Elle accepte. Pendant toute la durée du dessin elle va se déprécier, dire que ce n'est pas joli, ou que « c'est mal fait ». Le dessin est simpliste, dépourvu de détails (seuls les contours sont tracés). Le corps est carré, ce qui donne une impression de rigidité, et mal proportionné.

Au niveau de **l'orientation spatiale** on remarque que l'investissement de l'espace est parfois difficile. Comme dans le dessin du bonhomme, la copie de la figure de Rey est petite, souvent faite dans un coin de la feuille. Là encore on peut noter une lenteur dans la réalisation, mais souvent le sujet s'applique dans la reproduction. Dans le test de Marthe Vyl, il est possible qu'il y ait une impulsivité dans l'exécution et un trouble de la mémorisation.

Pour ce qui est de **la structuration spatio-temporelle**, lors de l'adaptation aux rythmes on peut noter des réactions anxiogènes face au métronome. On remarque parfois des discordances entre les rythmes frappés et marchés.

L'examen du tonus est un moment où on peut observer de nombreuses réactions. Tout d'abord, la régulation tonique chez ces enfants et adolescents est très généralement perturbée ; dans le sens d'une hyper ou d'une hypotonie. Des réactions de prestance et tonico-émotionnelles peuvent surgir de part l'implication corporelle et relationnelle que cette épreuve induit. Les épreuves d'extensibilité (mobilisation passive au sol) et du ballant peuvent être source de mal être : crispations au moment du contact, rougeurs, gêne corporelle, sursauts, réactions physiologiques (accélération du rythme cardiaque et/ou respiratoire) …

3. b La prise en soin en psychomotricité.

3. b. 1 Quelle prise en soin possible ? Quels axes de travail ?

A travers ce mémoire je fais l'hypothèse qu'on pourrait avoir deux types de prises en soin en fonction de la typologie de l'inhibition psychomotrice. J'explore cette possibilité d'une dichotomie de soin à partir de deux cas que j'ai pu rencontrer cette année: Sophie et Antoine. Je parlerai donc ici des prises en soin générales que l'on peut proposer à des patients présentant une telle pathologie. Je garde mes hypothèses de travail pour la partie clinique.

La demande :

Lorsqu'une personne se présente en psychomotricité il est important pour le praticien de comprendre et de cerner sa demande. Lorsque c'est un enfant, les parents peuvent la fournir à sa place; surtout si c'est un très jeune enfant. Lorsqu'il est capable de la formuler lui-même il est intéressant de l'écouter et d'entendre la différence éventuelle entre les demandes des parents, de l'école (éventuellement) et celle de l'enfant ou adolescent. Cette formulation par l'enfant est plus compliquée pour ceux qui présentent une inhibition car la situation nouvelle de rencontre avec le psychomotricien peut être vécue comme très anxiogène (même si c'est un adolescent). Il peut être alors plus aisé pour lui d'être accompagné par une personne de confiance, en l'occurrence, un parent.

La demande va pouvoir aider le psychomotricien à se faire une idée de ce qui perturbe le plus la personne en face de lui et axer éventuellement la prise en soin en fonction de cela. Lorsque la demande n'est pas très claire, le psychomotricien peut s'appuyer davantage sur les résultats fournis par le bilan psychomoteur. Une fois la première rencontre effectuée, la passation du bilan faite, le psychomotricien expose en synthèse (s'il n'exerce pas en libéral) aux autres soignants de l'équipe le compte rendu du bilan psychomoteur. Il argumente la pertinence ou non d'une prise en soin en psychomotricité pour la personne qui lui a été adressée. Le médecin prescrit alors un suivi en psychomotricité.

Parfois c'est le psychomotricien qui rencontre les parents pour leur faire la synthèse du bilan et proposer un suivi à l'enfant. Les parents et l'enfant doivent accepter la proposition pour que la prise en soin débute (**alliance thérapeutique**) d'où l'importance de leur faire comprendre pourquoi un suivi en psychomotricité est nécessaire et en quoi il va aider leur enfant. Le psychomotricien explique en quoi cela va consister (axes…).

Il me semble important qu'il leur dise que ce n'est pas une méthode miracle (un peu comme un médicament que l'on prend quand on est malade et après on se sent mieux) et qu'une régularité et une assiduité aux rendez-vous est nécessaire.

Prise en soin :

La prise en soin des enfants et adolescents consultant pour une inhibition psychomotrice peut être pluriel dans le sens où en psychomotricité chaque individu est considéré comme étant unique; il est donc propre à chaque sujet et à chaque psychomotricien.
Cette prise en soin n'est pas figée mais évolutive en fonction du sujet, de ses progrès, de sa motivation et de ses envies (suggestions dans les idées de contenu de séance par exemple). Elle est également dépendante du contexte social, familial dans lequel l'individu évolue. Par exemple un évènement de vie peut venir étayer le sujet (nouvelles relations amicales) ou au contraire venir le déstabiliser (séparation du couple parental). Il est donc important pour le psychomotricien de resituer le sujet dans sa globalité. Il doit toujours avoir en tête l'importance des interactions dans le développement du sujet et ne pas négliger ses impacts probables dans le déroulement du suivi.

Comme nous l'avons vu précédemment, il existe dans l'inhibition psychomotrice des troubles multiples puisque de nombreuses sphères sont touchées: la motricité, la cognition, l'affectivité, la communication… Les répercussions sont plus ou moins importantes (suivant le degré d'inhibition) et n'atteignent pas de la même façon les différentes fonctions. La prise en soin en psychomotricité vise donc plusieurs objectifs:
- premièrement, celui de répondre à la demande initiale de l'enfant/adolescent, de la famille ou encore de l'école.
- elle vise à réduire les perturbations entraînées par l'inhibition psychomotrice que ce soit dans le champ moteur, affectif, intellectuel, relationnel… Il s'agit pour le psychomotricien d'aider le sujet à retrouver un fonctionnement le plus adapté et le moins handicapant possible.

La prise en charge en psychomotricité pour une inhibition peut s'envisager de différentes façons. Elle peut être axée sur un versant **rééducatif**. Dans une visée plus comportementaliste le psychomotricien cherche là à réduire les troubles psychomoteurs (gestes plus fluides, aisance corporelle, motricité fine, coordinations…).

Elle peut également être envisagée comme **une thérapie**. Il s'agit d'aider le patient à retrouver une certaine confiance en lui, à passer par une renarcissisation. On tente alors de lui faire prendre conscience de ses capacités et à agir sous le regard de l'autre sans que cela devienne source d'anxiété et que cela perturbe ses pensées comme ses actes.
On cherche à retourner vers un plaisir de faire: prendre plaisir à se mouvoir dans l'espace, à faire preuve de créativité, à échanger avec autrui, à exprimer ses pensées sans crainte d'être jugé…

3. b .2 Importance de la relation thérapeutique avec les enfants et adolescents inhibés.

L'alliance et la relation thérapeutique commencent dès la première rencontre. Il est donc primordial d'instaurer avec le patient une relation de confiance dès le départ. Cette relation thérapeutique est une base nécessaire à une bonne adhésion de la personne au projet de prise en soin qui lui est proposée. L'établissement de cette relation est le signe que la personne s'en remet au psychomotricien, qu'elle a confiance en lui pour l'aider dans ses difficultés. Le patient se sent ainsi sécure, contenu et peut alors s'épanouir (autant que possible) dans ce qui lui est proposé.

Cette relation est fondamentale dans n'importe quel suivi, qu'importe la pathologie ou le public rencontré. Cependant, elle est d'autant plus importante face à une inhibition psychomotrice car la personne en face de nous à des difficultés relationnelles et communicationnelles. Elle manque d'assurance et a une mauvaise image d'elle-même. Agir sous le regard d'autrui se révèle difficile voire parfois impossible. Le psychomotricien doit donc se montrer très contenant, insister sur le fait qu'il n'y a aucun jugement pendant leur moment de rencontre et qu'il est lui aussi soumis au secret médical.

Dans cette relation, le psychomotricien et le patient sont acteurs. Ensemble ils créent le contenu des séances, qu'ils avancent dans le déroulement du suivi. Le psychomotricien compose donc avec le matériel clinique que le patient apporte. Avec l'inhibition psychomotrice il est d'autant plus intéressant de laisser le patient apporter des choses, exprimer des idées, prendre des décisions car il a l'habitude d'être dans une position passive. Il faut l'aider à se replacer comme acteur de sa vie.

3. b. 3 En groupe / en individuel: quand et pourquoi ?

Par un suivi en individuel on ne va pas viser les mêmes objectifs que dans une prise en charge groupale. Toutes deux présentent des avantages et des « inconvénients », toutes deux sont pertinentes. Elles peuvent être concomitantes ou se suivre. L'indication doit être réfléchie et argumentée.

Prise en soin individuelle :

Elle permet d'établir un contact privilégié à travers la relation duelle. Cette proximité peut favoriser un accrochage. Elle favorise le transfert puisque l'enfant est alors placé au cœur des échanges. Le patient va pouvoir s'identifier au psychomotricien. Ce dernier peut être considéré comme une personne bienveillante, un « bon objet » que l'enfant peut introjecter pour se construire psychiquement. Il peut être perçu comme une personne sur laquelle l'enfant inhibé peut reconstruire une confiance en l'adulte (par exemple, s'il vit dans un milieu familial carencé).

Une prise en soin individuelle permet un suivi unique, adapté à la problématique du sujet. Le déroulement se fait en fonction de son rythme. La relation duelle peut faciliter la verbalisation. Elle permet de renouer un contact avec des enfants inhibés qui parlent peu spontanément ou de façon laconique. Le psychomotricien ne porte son attention que sur un enfant, il est donc plus vigilant au dialogue tonique et aux réactions tonico-émotionnelles. Cependant il faut faire attention à ce que l'enfant ne s'installe pas dans cette relation au point de ne plus pouvoir en sortir.

Prise en soin groupale :

Ce type de suivi est également intéressant pour les sujets inhibés. Le groupe permet de travailler avec le regard des autres (on apprend à regarder de manière bienveillante …). Cela peut permettre de contrôler ses émotions et ses paroles (ne pas taper les autres sous la colère, dire plutôt à l'autre qu'il nous énerve et pourquoi…). Le groupe a une fonction socialisante (respect des autres, écoute, patience…) et permet une dynamique groupale. Le groupe peut permettre des alliances, des complicités entre les enfants (en fonction des affinités). Il peut favoriser la solidarité, la sécurité (le fait d'appartenir à un groupe).

Lorsqu'on oriente un enfant inhibé dans un groupe il faut cependant faire attention à la composition de ce groupe (affinités, pathologies, comportements…). De plus dans un groupe le psychomotricien est moins disponible pour chaque enfant et les phénomènes de transfert sont plus dilués que dans une prise en soin individuelle.

De mon point de vue, lorsque l'inhibition est fortement prononcée, il me paraît plus judicieux de commencer par une prise en soin individuelle. L'enfant est alors pris dans une relation duelle et n'est ainsi confronté qu'à un seul regard. Cette relation duelle peut alors se révéler étayante, soutenante, le patient va prendre progressivement confiance en lui et en ses capacités. Le risque d'un travail en groupe trop tôt est que ces enfants se fassent oublier, qu'ils restent isolés ce qu'il faut à tout prix éviter car ils le sont déjà dans les autres sphères sociales (familiales, scolaires …).

Néanmoins une prise en charge groupale peut être intéressante lorsque le patient a repris un peu de confiance en lui et qu'il se sent suffisamment sécure pour pouvoir intégrer un groupe. Dans ce dernier il va pouvoir multiplier ses interactions, se socialiser, vouloir se dépasser (en étant sous le regard d'autrui) et sortir ainsi progressivement de son isolement.

3. b. 4 Précautions et accompagnement avec les inhibés.

Quand le psychomotricien est en prise en soin il doit, selon moi, avoir constamment en tête la complexité de la pathologie du patient. Il faut donc être vigilant en permanence sur l'attitude, les réactions posturales ou physiologiques, sur le corps engagé en relation car l'enfant inhibé verbalise peu voire pas ses états internes. C'est donc à nous d'être suffisamment attentifs à ce qu'il laisse transparaitre afin de nous adapter au mieux.

Pour moi quelques précautions doivent donc être toujours à l'esprit du psychomotricien dans son accompagnement, points que j'ai également tenté de suivre le plus rigoureusement possible lors des prises en charge que j'ai effectué.

- **Ne pas toucher trop facilement** :
  Les contacts corporels et notamment les contacts interpersonnels semblent déjà très difficiles pour ces enfants. L'effet de surprise d'un contact qui ne serait pas averti/prévenu (par une verbalisation par exemple) pourrait entraîner des réactions vécues comme désagréables pour l'enfant, pouvant aller jusqu'à des réactions de catastrophe [(24)].

[24] : BALLOUARD C., L'aide-mémoire en psychomotricité, éd. Dunod, 2008.

- **Ne pas laisser le patient dans une position inconfortable** (psychiquement) :
  Il est important pour moi de leur laisser des prises d'initiatives par exemple dans le choix d'activité, d'un déroulement d'un jeu (règles, matériel….). Cependant, ces prises de décision sont pour eux des moments dans lesquels ils ne semblent pas à l'aise et cela peut provoquer des **blocages** (j'entends par là les cas extrêmes où l'enfant est complètement bloqué au niveau psychocorporel). Il me semble donc important de faire en sorte de ne pas persévérer si cela dure trop longtemps afin de ne pas provoquer un plus grand repli chez l'enfant. L'idéal serait peut être de différer le moment entre la demande et sa réalisation, en lui disant par exemple que pour la fin de séance il doit réfléchir à l'activité qu'on fera. Cela lui laisse donc un peu de temps et il n'est pas mis devant le fait accompli.

- **Laisser le temps** :
  Le psychomotricien se doit de s'adapter au rythme de l'enfant. Chez les enfants inhibés on retrouve une certaine lenteur, mais lorsqu'ils se trouvent face à une situation où ils sont en difficulté (ou se croient en difficulté) ou une situation les obligeant à se centrer sur leur ressenti ils ont plus tendance à vouloir « faire vite » pour passer à autre chose. Il s'agit alors de leur rappeler de prendre le temps : prendre le temps de se relever après un passage au tapis, prendre le temps de réfléchir à une question posée (pour ne pas se précipiter dans un « je ne sais pas »), prendre le temps de ressentir et de reconnaître l'émotion qui nous traverse à un moment T (se demander pourquoi elle est apparue, comment elle se manifeste…). Le psychomotricien doit accepter de s'ennuyer (de par un rythme lent par exemple).

- **Connaitre les capacités et les difficultés du patient** :
  Il faut éviter que l'enfant se retrouve trop en échec pour ne pas assister à une dévalorisation et un refus par la suite de renouveler l'expérience.

- **Valoriser et positiver** :
  Cela peut passer par des encouragements lorsqu'il réussit ou lorsqu'il est en difficulté afin de lui montrer qu'on croit en lui et en ses capacités. Il faut aussi lui signifier chaque réussite verbalement afin qu'il ait un retour positif sur ce qu'il vient de faire. C'est aussi rappeler, lors d'un échec par exemple, que même s'il a échoué il a eu quand même le mérite d'essayer, ou qu'il a néanmoins réussit autre chose…

- **Théâtraliser** :
  Le psychomotricien peut également théâtraliser certaines émotions (la joie, la surprise…) pour montrer à l'enfant que l'émotion n'est pas un tabou en salle de psychomotricité et qu'il peut vraiment aller vers un lâcher prise sans encourir le risque d'un jugement. L'émotion doit également être identifiée, valorisée, verbalisée…

Nous venons de voir ce que la psychomotricité peut apporter dans une prise en soin d'un trouble tel que l'inhibition psychomotrice. Nous avons également exposé la spécificité de la psychomotricité et de la pratique de cette discipline. Nous avons vu comment l'inhibition pouvait se révéler pendant un bilan psychomoteur et quelles sont les solutions pour y faire face si cela devient trop envahissant au point de ne pouvoir réaliser un bilan « classique ». Enfin nous avons entrevu les possibilités de suivi.

Partie clinique.

La partie théorique m'a permis de vous expliquer ce que j'avais compris de la pathologie, de ses étiologies, des répercussions qu'elle pouvait avoir sur l'individu et son environnement. Car n'oublions pas qu'un trouble n'affecte pas seulement le sujet mais également l'ensemble de son monde environnant et des relations qu'il établit avec. Il est donc important d'avoir cet aspect omniprésent en tête.

A travers ma partie clinique je tenterai de vous exposer mes hypothèses de travail qui ont été le fil conducteur dans les prises en charge que j'ai effectuées (en collaboration avec mon maitre de stage) pendant ma troisième année d'étude. Je vous présenterai dans un premier temps mes différents lieux de stage qui m'ont permis d'accroître et de faire des liens avec les connaissances théoriques que notre formation nous a inculquées. Par la suite, je vous exposerai deux patients présentant une inhibition psychomotrice avec lesquels j'ai tenté une approche clinique différente. Dans cette dernière partie je parlerai de leurs anamnèses et les suivis qu'ils ont eu jusqu'à mon arrivée dans l'institution. Ensuite, je vous parlerai de leurs prises en charge actuelles et de leurs évolutions.

1- Familiarisation avec les différents lieux de stage

1. a Présentation des établissements, populations et troubles rencontrés.

Au cours de ma troisième année de stage j'ai navigué entre plusieurs structures : des centres médico-psychologiques (CMP) et un hôpital de jour de psychiatrie infanto-juvénile. Ces différents sites sont rattachés à l'hôpital psychiatrique général.

Le CMP est un centre de consultations et d'accueil en milieu ouvert (et gratuit) qui organise des actions de prévention, des diagnostics, des soins ambulatoires et des interventions à domicile. Il accueille des enfants et adolescents âgés de 0 à 18 ans qui présentent des troubles relationnels, des troubles psychomoteurs, des troubles du comportement et du langage…
L'hôpital de jour accueille des enfants présentant des troubles graves de la personnalité et de la relation (psychose, autisme), associés ou non à des handicaps entraînant des difficultés d'insertion dans la vie sociale. Il assure des soins polyvalents (infirmiers, psychomoteurs, médicaux…) individualisés et intensifs dans la journée (en général deux à trois demi-journées par semaine).

Les équipes pluridisciplinaires sont composées d'un cadre de santé, de pédopsychiatres (dont un est chef de pôle), d'infirmiers, de psychomotriciens, de psychologues, d'une éducatrice spécialisée, d'une assistante sociale, d'une secrétaire et d'agents d'entretien.

1.b Projet d'établissement et fonctionnement.

Le but des consultations et des soins prodigués dans ces structures est de permettre la progression des enfants et adolescents par des actions de soutien et de thérapie de groupe en les maintenant le plus possible dans leur milieu ordinaire. Ceci vise à limiter l'isolement et la perte des capacités relationnelles, affectives et/ou cognitives.

Lorsque la famille (et l'enfant) est orientée vers le CMP ou l'hôpital de jour elle est reçue en premier lieu par le pédopsychiatre de l'établissement. Une fois la rencontre effectuée, le médecin expose la situation en réunion de synthèse et prescrit un ou plusieurs bilans complémentaires (psychomoteur, psychologique…). Une fois les bilans réalisés, une nouvelle réunion est organisée. Au vu des résultats l'équipe décide d'un suivi ou non. La famille est ensuite reçue et se voit expliquer le projet de soins. Dès qu'elle donne son accord, les soins peuvent débuter.

Il existe une différence entre le CMP et l'hôpital de jour en ce qui concerne le lien avec les parents ou les familles d'accueil. Au CMP c'est l'assistante sociale qui est habilitée pour cela. A l'hôpital de jour, chaque patient se voit attribuer un référent infirmier. C'est ce dernier qui assure les échanges entre les parents et l'institution.

2- Etudes de cas :

Avec les deux études de cas que je vais vous présenter, il va s'agir pour moi de faire des passerelles entre la théorie et la clinique que j'ai rencontré durant mon stage. J'ai choisi pour cela deux adolescents, tous deux venant consulter au CMP pour une inhibition psychomotrice. Pour chacun d'entre eux je parlerai dans un premier temps de leur anamnèse et des données que j'ai pu récolter dans les dossiers afin de mieux comprendre les raisons de leurs venues, le contexte environnemental dans lequel ils évoluent. J'aborderai également leur parcours de soins jusqu'à notre rencontre et mon projet de prise en soin. Par la suite je vous exposerai la clinique à laquelle j'ai été confrontée en tentant d'expliquer ce que j'ai pu comprendre du matériel clinique apporté par les patients.

2.a Antoine :

2.a.1 Anamnèse

Antoine est né le 21 mai 2001, il est alors âgé de douze ans lorsque je le rencontre. Il est actuellement scolarisé en classe de CM2 dans une école primaire « classique ». Une orientation SEGPA a été proposée et acceptée pour la rentrée 2013/2014 en classe de 6ème. Il est le troisième enfant d'une fratrie de trois garçons et d'une fille. Antoine décrit ses relations avec ses grands frères comme étant plutôt houleuses; ils ne jouent pas ensemble et se disputent beaucoup. Les échanges semblent plutôt être conflictuels ce qui tend à limiter leurs interactions. En revanche, il entretient de très bonnes relations avec sa petite sœur (âgée de sept mois seulement). Sa mère est femme au foyer et son père routier ce qui fait qu'il est peu présent pendant la semaine.

Il existe peu d'informations concernant le déroulement de la grossesse et le développement psychomoteur de l'enfant. On note cependant que la grossesse s'est bien passée et Antoine est né à terme. Au niveau du développement psychomoteur il est dit que les grandes acquisitions (station assise, locomotion, langage, propreté…) ont été faites aux âges attendus.

Antoine est atteint d'une maladie de Sever. C'est une ostéochondrite du pied qui touche le calcanéum et fait qu'il ne peut pas marcher sur les talons (inflammation du calcanéum qui va jusqu'au stade de la micro fissure chez Antoine selon la mère).

Cette dernière s'est déclenchée au début de la prise en soin (âgé alors de dix ans et demi) en psychomotricité ce qui laisse penser au pédopsychiatre du CMP qu'il pourrait s'agir d'une manifestation psychosomatique. Cependant cela doit être relativisé avec le fait que cette pathologie apparaît vers dix/douze ans. Antoine est hypermétrope et a une correction pour palier à cela (lunettes).

Il est adressé fin 2009 au CMP par le médecin de la famille pour une fragilité affective et une gêne corporelle. Il est actuellement suivi en psychomotricité (prise en soin individuelle), en orthophonie (suivi hebdomadaire en libéral) et des entretiens ponctuels avec le pédopsychiatre.

2.a.2 Bilans effectués et prises en soin passées :

Les différents bilans réalisés :

- Rendez-vous avec le pédopsychiatre :

Il s'est effectué en présence d'Antoine et de sa mère. Il est dit que le garçon est très sensible (pleure facilement quand il est grondé) et qu'il se sent gêné en classe. Le pédopsychiatre note qu'il est emprunté corporellement, ce qui sera le motif de la prise en soin en psychomotricité.
Il en ressort un problème de repérage spatio-temporel, une grande immaturité, un manque d'élan vital et une inhibition. Pendant la rencontre sa mère reconnaît avoir du mal à percevoir les troubles de son enfant et avoue être un peu dépassée. Elle remarque « qu'il a du mal à grandir » et qu'il ne « pense qu'à jouer ». Elle dit avoir tendance à le surprotéger.

Le pédopsychiatre rapporte qu'Antoine semble conscient de ses difficultés (même s'il a tendance à les minimiser) mais il ne s'en plaint pas. De plus il ajoute que l'ensemble de ses troubles instrumentaux qui entravent son apprentissage a certainement un soubassement anxieux. Pour cette raison il lui semble pertinent d'appréhender ces troubles par une approche psychomotrice, donc par une approche corporelle globale.

- Bilan psychologique :

Le bilan est réalisé au CMPEA en juillet 2011. Lors de la passation du WISC III Antoine est alors âgé de dix ans. Le résultat total indique une déficience moyenne légère avec une homogénéité entre les échelles verbales et performances. Il est noté qu'il se montre coopérant, attentif et soucieux de bien répondre pendant l'examen. Lorsqu'il se trouve face à une incertitude ou une méconnaissance il demande la réponse à l'examinateur.

De façon globale les faibles résultats obtenus rendent compte d'une immaturité affective et cognitive importante. Le garçon présente des difficultés d'élaboration sur le plan de la pensée et sur le plan de la restitution verbale. Il s'appuie sur sa propre expérience, donc sur des supports concrets pour étayer sa pensée et diminuer son angoisse face à l'échec. Il est noté qu'Antoine recherche l'approbation de l'adulte dans sa quête de réassurance (ce qui laisse entrevoir un manque de confiance en soi et en ses capacités).

On remarque un déficit important au niveau du vocabulaire et de la culture générale qui peuvent expliquer ses faibles résultats.
Cependant Antoine a acquis la capacité d'abstraction et présente une bonne appréhension temporelle d'une histoire (logique temporelle) alors qu'il peut avoir des incertitudes quant à des repérages personnels. La psychologue remarque que face à un matériel morcelé sans modèle, Antoine a beaucoup de difficultés pour organiser spatialement la reconstitution de l'objet ; il procède par essai/erreur et une légère persévération est notée.

Lors d'épreuves graphiques ou de motricité fine (manipulation…) le garçonnet présente une certaine lenteur qui peut être reliée à un fond insécure. Cette manifestation se retrouve sur le mode de l'inhibition dans son rapport à l'autre tant au niveau verbal, moteur que cognitif (rapport au savoir).

Le bilan psychologique conclut qu'Antoine fonctionne sur un mode immature et réclame un fort étayage. On note des carences générales dans les apprentissages et un manque d'ouverture dans le savoir en général. Néanmoins malgré l'aspect déficitaire des résultats, on observe des capacités générales non exploitées, des capacités d'abstractions acquises et des capacités d'organisation logique temporelle actuellement peu investies.

- Bilan orthophonique :

Je n'ai pu retrouver le bilan orthophonique réalisé en libéral. Cependant j'ai pu récolter quelques informations concernant le bilan et l'évolution de la prise en charge. Antoine présente une dyslexie et une dysorthographie, raisons pour lesquelles il est suivi par une orthophoniste. L'orthophoniste rapporte que c'est un enfant qui se décourage vite (ce que l'on peut remarquer dans les autres prises en charge si on ne l'étaye pas suffisamment) et qui a tendance à se précipiter. Il présente des troubles du langage, du découpage des mots et un problème de compréhension.

- Bilan psychomoteur :

Il a été réalisé en janvier 2010, Antoine est alors âgé de neuf ans. Le psychomotricien note qu'Antoine est souriant et communicatif mais qu'il parle peu de lui. Le bilan révèle des difficultés d'orientation spatiale (la droite et la gauche sont inversées sur lui) et les repères temporels ne sont pas intégrés. Néanmoins le garçonnet se montre conscient de ses difficultés et ponctue ces dernières de verbalisations « oh, là c'est un petit peu dur! ».

Les coordinations oculo-manuelles sont mal aisées et en retard par rapport à son âge. Sont notées une lenteur et une difficulté de dissociation. L'équilibre et les coordinations dynamiques générales ne sont pas cotés du fait de la maladie de l'enfant qui n'autorise pas la passation (le repos lui est prescrit). La mémorisation auditive est faible.

L'examen psychomoteur confirme un malaise corporel global, renforcé par la maladie de Sever. On note des difficultés d'orientation et de représentation spatiale ainsi que des troubles des repères temporels. Enfin, Antoine obtient des résultats dans les coordinations oculo-manuelles en-deçà de ceux attendus pour un enfant de son âge.

Diagnostic :

Antoine est un jeune garçon présentant une inhibition psychomotrice associée à une déficience intellectuelle moyenne légère. Sont notés également des troubles instrumentaux et du langage ainsi qu'une dyslexie. Ces troubles sont alimentés par un fond insécure et anxieux avec une immaturité affective et cognitive.

Au vu des différents bilans l'équipe pluridisciplinaire du CMP envisage un projet de soin basé sur une approche corporelle globale. Antoine est donc orienté vers le psychomotricien et suit une prise en soin orthophonique en libéral afin de palier à sa dyslexie.

Prises en soin passées :

- Suivi psychologique :

Dans les entretiens libres Antoine dit avoir des difficultés de compréhension surtout dans le domaine scolaire. Il se plaint d'un problème de mémorisation qui se traduit par des « oublis » fréquents. Cependant, la psychologue remarque que ces oublis surviennent lorsqu'il est interrogé par quelqu'un. On peut alors se demander si cela n'est pas provoqué par l'anxiété de la situation, un peu comme s'il « perdait ses moyens ».

Dans son discours ressort le fait qu'Antoine a recours à l'autre lorsqu'il se trouve en difficulté. Cette « solution » lui convient et il dit ne pas être en souffrance de son sentiment de difficulté. Se pose alors l'hypothèse (faite par la psychologue) que cette attitude traduit un évitement d'élaboration du manque, manque pourtant nécessaire à la mise en place d'une pensée subjective réflexive et d'opérations psychiques pour y faire face.

On remarque une tendance à l'évitement des conflits psychiques malgré une capacité d'élaboration psychique. Au cours d'une séance en psychomotricité, Antoine nous dira qu'il a *« plein de choses dans la tête mais qu'il n'ose pas les dire ».* Il exprime des ressentis psychiques mais refuse pour l'instant de les interroger. Il peut paraître alors immature notamment dans sa relation à ses pairs. Cependant, Antoine a mis en place un repérage global du monde et de son rapport aux autres qui soutient sa position du sujet « à moindre coût psychique ». Il repère la rivalité fraternelle au niveau de son comportement dans le cadre familial.

Ces entretiens libres prendront fin en août 2011 car une démarche thérapeutique sans médiation autre que verbale ne semble pas possible (Antoine ne semble pas y être prêt). La psychologue note qu'Antoine apprécie le suivi psychomoteur car ce dernier l'aide à se sentir bien, à prendre confiance en lui: « je me sens plus à l'aise, j'arrive plus à m'habituer avec tout le monde, à me repérer. J'aimerai continuer parce que ça me fait du bien ». On voit alors qu'Antoine a bien investi la prise en soin et qu'il y trouve un intérêt. Antoine dit cependant ne pas souffrir de ses difficultés instrumentales, qu'il perçoit néanmoins.

- En psychomotricité :

De janvier à juillet 2010 le suivi en psychomotricité a été assez irrégulier (problèmes de taxis, puis divers problèmes familiaux). Antoine verbalise peu quant à ses difficultés et présente un vécu corporel particulier puisque les os sont associés à l'idée de mort. La souffrance d'Antoine reste latente, visiblement peu accessible pour l'instant et mise à distance. Le garçonnet subirait des moqueries à l'école, sur son physique, ce qui semble le faire souffrir.
En juillet 2010, le psychomotricien qui le suit exprime plusieurs hypothèses quant au mal-être d'Antoine:
- le décès de sa grand-mère en 2008 avec qui il avait de bons rapports
- le redoublement du CE2 qui a entraîné la séparation d'avec ses amis (notamment avec son « meilleur ami ») et une impression d'échec.
- la fracture et l'inflammation du calcanéum qui lui ont imposé un repos forcé.

Déjà à cette époque Antoine est invité à s'ouvrir sur l'extérieur (passer la nuit chez des amis) mais cette ouverture semble compliquée pour lui. Le psychomotricien note qu'il a tendance à baisser les bras rapidement (ce que rapporte également l'orthophoniste) et à se rabaisser. Le praticien juge pertinent de continuer le suivi en l'axant sur l'expression des affects. Il est ensuite repris par un autre psychomotricien (celui ayant réalisé le bilan et commencé la prise en charge a quitté le CMP).

De septembre 2010 à octobre 2012 :
Lorsque le suivi reprend après les vacances d'été, Antoine rencontre donc un nouveau psychomotricien. Le choix est porté sur une médiation ludique qui ne permet cependant que peu de liens à ses affects ou à son histoire. Au niveau du langage le psychomotricien note qu'Antoine se montre imprécis et laconique. Il semble soit peu en souffrance soit il déploie beaucoup d'efforts pour contenir l'expression de sa souffrance et ne pas mettre en lien des représentations (images mentales).

La prise en soin est axée sur plusieurs points :

- ✓ **Le repérage spatial :** à l'aide de plans, de déplacements corporels car Antoine a du mal à s'orienter dans l'espace. Il utilise un référentiel exocentré, et non égocentré. On peut se demander si c'est là l'expression d'un manque de confiance en soi où même l'orientation par rapport à soi serait incertaine (pas suffisamment stable).

- ✓ **Ses désirs d'activités.** Son choix est porté sur du football, activité qui est très répétée pendant cette période. Antoine dit qu'il a fait une fois du football avec son père. On peut donc alors se demander si le fait de répéter cette activité ne serait pas une façon de faire durer un moment privilégié avec son père, qui est plutôt absent de la vie familiale.

- ✓ **Des expériences sensorielles et des activités de « combats »** (bataille d'épées en mousse…). Le but est d'aider Antoine à s'extérioriser, à laisser place à une expressivité plus libre et permettre une désinhibition. Lorsqu'Antoine laisse échapper de l'agressivité (souvent à son insu) pendant les séances il s'en suit des réactions et des conduites de culpabilité qui s'expriment par des bégaiements ou un mutisme et des rougeurs (au niveau des joues).

Lors d'une séance, Antoine dira qu'il se protège lui-même car sinon personne ne le fait. On peut se demander si le garçon se sent suffisamment sécure avec ses parents (les parents sont sensés fournir protection aux enfants), car dans son discours il ne semble compter que sur ses capacités personnelles. Il se livre également sur son rapport avec la nourriture. Ainsi lorsqu'il subit des moqueries à l'école et qu'il ne se sent pas bien Antoine a tendance à se réfugier dans la nourriture (se remplir pour combler un vide?). Ce recours à la nourriture est actuellement moins fréquent.

En séance, il confie au psychomotricien qu'il « vient ici pour se retrouver ». La question qui se pose est : est-ce qu'Antoine se sent perdu? Que perçoit-il de lui? Qu'en est-il de la question de l'identité ?

La perception du trouble par la famille :

En décembre 2012 je rencontre (avec le psychomotricien) Antoine et sa mère afin de faire le point sur la prise en soin (évolution….) et discuter de ce qui est fait en séance. Sa mère rapporte que les relations d'Antoine avec ses pairs sont toujours difficiles. De ce fait il n'a pas beaucoup d'amis à l'école. Elle ajoute que ses difficultés scolaires (d'apprentissage) perdurent tout comme son manque d'assurance. Cependant elle note des améliorations depuis le début du suivi d'Antoine au CMPEA. A la maison il semble plus à l'aise et s'impose plus (dans des décisions…). Elle constate également une légère amélioration dans les interactions : Antoine parvient mieux à parler de ce qui se passe à l'école (problèmes rencontrés…) ou de ses émotions. Elle observe des changements au niveau corporel puisqu'elle le dit plus à « l'aise avec son corps » et un peu plus ouvert.

Néanmoins cette maman se dit plus inquiète pour son fils que ne l'est son mari, notamment en ce qui concerne l'évolution de l'inhibition et les impacts que cela peut avoir sur sa vie quotidienne. Au cours de cette rencontre, madame nous livre plusieurs informations importantes en ce qui concerne Antoine. Tout d'abord elle remarque que son mari ressemble à son fils en ce qui concerne les émotions; tous deux se livrent peu et sont plutôt réservés sur ce point là. Lorsque j'interroge la mère sur un éventuel élément déclencheur de l'inhibition elle me dit que selon elle, Antoine « a toujours été comme ça », plus jeune c'était déjà un enfant calme.

J'apprends pendant cette rencontre que le père d'Antoine, de par son métier, est absent quasiment toute la semaine. C'est donc la mère qui assure le quotidien à la maison et l'éducation de ses 4 enfants. Dans le discours de la mère on sent qu'Antoine était, avant la naissance de sa sœur, le « petit dernier » comme elle le dit. Cependant avec quatre enfants à charge et un mari absent la semaine (puisqu'il ne revient que pour le week-end) on peut imaginer que cela peut s'avérer compliqué pour la mère. Je me suis alors demandée quelles pouvaient être la qualité et la fréquence des interactions mère/enfant alors qu'elle se retrouve seule pour tout gérer. En d'autres termes je me suis demandée si cette mère avait réellement pu être disponible pour Antoine lors des interactions précoces; comment se déroulaient leurs échanges pendant les soins, le repas, les jeux …

A noter que pendant le rendez-vous Antoine a jeté de nombreux coups d'œil au berceau de sa petite sœur Nayla. Il semble très attentif à son bien-être pendant la rencontre (regarde si elle dort…). Antoine paraît détendu, son regard et sa posture sont dirigés vers l'extérieur (ouverture) et ses yeux semblent pleins de gaieté.

La présence de sa petite sœur m'a parue source d'apaisement : le garçonnet avait un regard très doux et protecteur envers elle, et la fréquence de ses regards pour elle était plus élevée que ceux pour sa mère.

Ce temps de rencontre nous permet (au psychomotricien et à moi-même) d'exprimer notre souhait à Antoine et à sa mère de poursuivre la prise en soin. Cela on peut se faire sans leur accord ; la question leur est donc posée. La mère répond qu'elle souhaite continuer tout comme Antoine qui répond, étonnement, de façon très affirmée.

2.a.3 Ma rencontre avec Antoine et la prise en soin en psychomotricité

Apprendre à se connaître :

Je vois Antoine pour la première fois en octobre 2012. J'apprends qu'il consulte pour une inhibition psychomotrice et que de ce fait il a été orienté vers le psychomotricien. Dès la première séance son inhibition est fortement visible. Il me paraît très intimidé par notre rencontre : il est crispé, répond peu aux questions qui lui sont posées. Pour tenter de le sortir de cette anxiété je lui demande de me raconter ce qu'il a l'habitude de faire pendant les séances de psychomotricité. Le fait que je m'adresse à lui et que j'essaye de créer du lien semble diminuer le caractère anxiogène de ma présence.

Lors de nos premières rencontres Antoine semble très emprunté corporellement et psychiquement. Je remarque qu'il est très laconique et ne s'exprime quasiment pas spontanément. Cette réduction de la verbalisation et de son débit se retrouve également lorsqu'on s'adresse à lui. Il ponctue ses réponses par des « je ne sais pas », « je ne sais pas quoi dire » ou reste mutique en fuyant notre regard. Sa voix est très souvent peu affirmée dans le sens où il est parfois inaudible et inintelligible.
Il parle très doucement avec un volume sonore très bas associé à une mauvaise articulation. On peut se demander si « ces murmures » ne seraient pas le fruit d'un tiraillement entre dire ou ne pas dire.

Dans ces moments il est très important de bien tendre l'oreille lorsqu'il nous répond car, régulièrement, il refuse de répéter ses propos. Cela me fait penser à deux choses :
- Soit cela lui demande trop d'énergie (psychique) pour exprimer ses pensées puisqu'il va alors au-delà de son inhibition. Il fait appel à des ressources internes pour s'affirmer devant autrui et mobilise de l'énergie pour nous faire part d'un affect, d'une opinion…. Répéter quelque chose de trop personnel serait alors trop éprouvant et serait susceptible de dépasser ses ressources.
- Soit, dans la même lignée que l'hypothèse précédente, il a « le courage » de s'exprimer et prend le risque de se soumettre à la critique de l'autre. Mais cet élan est réduit dans le temps et il ne peut le renouveler par crainte du jugement.

Lorsqu'Antoine nous répond « je ne sais pas » cela nous donne l'impression soit qu'il sait en réalité mais qu'il n'ose pas s'exprimer ouvertement ; soit qu'il est réellement désemparé par la question et qu'il n'a aucune idée de la réponse donnant une impression de « vide » intellectuel, psychique.

Comment s'exprime l'inhibition psychomotrice d'Antoine dans les séances de psychomotricité ?

A travers les premières séances (et celles qui ont suivi) et à la lecture des dossiers j'ai pu observer les manifestations de son trouble psychomoteur.

- Au niveau de **la cognition** on retrouve une déficience mentale moyenne mise en exergue par le WISC III. Cependant il possède des capacités intellectuelles non exploitées et présente un retard scolaire d'où une orientation SEGPA prochaine et un redoublement antérieur. Au cours d'une séance Antoine dira : « j'ai beaucoup d'idées (dans la tête) mais je n'arrive pas à les dire ». A ces mots, je me pose la question (que je n'ai pas résolu) de savoir si c'est une question d'oser (sous-tendue par une crainte du jugement) ou s'il s'agit d'une difficulté à mettre en mots des contenus psychiques.

- En ce qui concerne **l'affectivité** on note une hyperémotivité (référée dans les dossiers où il est rapporté qu'Antoine pleure facilement), une pauvreté des mimiques et des expressions faciales. Souvent les réactions émotionnelles se font à son insu et sont discrètes. J'observe aussi des réactions tonico-émotionnelles se traduisant régulièrement par des rougeurs au niveau des joues et la voix qui devient comme étranglée (gorge serrée). On retrouve également les signes récurrents de l'inhibition avec la timidité, le repli sur soi, un manque d'assurance et une faible estime de soi. Antoine s'ouvre peu sur le monde extérieur mais participe à quelques activités en groupe : il joue au football dans la cour de récréation avec d'autres camarades et compte quelques amis dans son voisinage (notamment son « meilleur ami »). Il est également rapporté dans les dossiers un fond insécure et une immaturité affective, ce qui peut se retrouver chez les personnes inhibées.

  Antoine a également beaucoup de mal à verbaliser ses propres émotions. Dans ses difficultés autour de la vie affective on retrouve des points similaires au concept d'alexithymie dont : la difficulté à identifier et décrire ses émotions, une vie imaginaire appauvrie et une pensée opératoire (avec un défaut de mentalisation et de symbolisation…).

  En séance je dis à Antoine que j'avais pensé à lui la semaine précédente car il avait été absent et que j'étais triste de ne pas le voir parce que j'avais prévu des activités pour notre séance. Il hausse alors les sourcils, se redresse et me regarde dans les yeux. Après questionnement de cette réaction il arrive à expliquer que cela le surprend qu'on puisse penser à lui et que ça puisse nous provoquer des émotions, en particulier ici de la tristesse …. Il semble surpris des émotions que son absence peut susciter chez les autres et peut-être même par le fait qu'on puisse penser à lui.

- **La communication** : nous constatons une réduction verbale importante avec peu de prosodie. Antoine est peu en communication dans ses divers milieux sociaux : famille, école, CMP.

- On niveau de **la motricité** on note une hypotonie globale, une posture voûtée ce qui augmente l'impression d'un manque de confiance en soi et de repli. La motricité spontanée est pauvre et l'attitude est empruntée.

On note des positions de repli lorsqu'il se trouve dans une situation gênante, qui le met mal à l'aise. Cela se traduit à différents moments :

- **Lors de prise de décision :** lorsque le choix lui est remis de choisir une activité pour la séance ou de faire un choix de partenaire dans un jeu. Par exemple quand on lui demande avec qui il veut jouer (notamment dans les activités un contre deux) il se braque. Il semble inquiet par le fait qu'il puisse vexer l'un de nous deux en ne nous choisissant pas. De plus choisir c'est décider et donc être en situation active. Or Antoine paraît se complaire dans une position passive peut-être parce qu'il y a été habitué ou qu'il ne peut pas faire autrement (influence de l'inhibition). Les prises de décisions sont des moments délicats puisque cela le place dans une position dans laquelle il n'est pas à l'aise. Mais en plus, on peut penser qu'il craint les répercussions de ses choix (vexer une des personnes, faire un « mauvais » choix….).

- **Lorsqu'on aborde des sujets de conversations sensibles** comme l'apparence physique. Antoine a une mauvaise image de lui, sa corpulence lui pose problème dans le sens où il se perçoit comme gros et subit des moqueries de ses camarades. D'autres sujets sont difficilement abordés par Antoine telles que ses relations avec ses pairs (notamment dans le cadre scolaire), l'agressivité et la violence (les réactions qu'il pourrait avoir si on l'embêtait à l'école…) et de façon plus globale lorsqu'on le renvoie à ses états affectifs.

- **Pour des activités d'expressivité, de mime, de « faire semblant** ». Tout ce qui est de l'ordre de la spontanéité et de livrer quelque chose de soi est source d'anxiété pour Antoine. Par exemple il n'ose pas faire semblant d'exprimer une émotion ou un état interne.

Lors des premières séances, le psychomotricien propose des alternances entre activités dynamiques (largement favorisées) et expressions des ressentis. Lors d'une séance il est proposé de faire semblant, de mimer des émotions. Antoine présente peu d'entrain pour participer à cette activité dès le début. Le fait qu'on participe tous les trois (lui, le psychomotricien et moi-même) ne semble en rien diluer sa gêne. Quand il lui est demandé de mimer la peur à la vue d'une araignée celui-ci « ne joue pas le jeu » : il fait comme si cela ne provoquait rien alors qu'il venait de nous avouer qu'il avait très peur des araignées. On ne note aucune réaction comportementale qui pourrait aller de pair avec une telle situation redoutée : cris, fuite, tentative pour tuer l'araignée, s'en dégager, réactions neurovégétatives (pleurs, sueurs, augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire …).

Nous proposons alors de mimer à notre tour une peur face à une araignée afin de dédramatiser ce moment théâtralisé. On espère ainsi lui montrer que nous ne sommes pas dans le jugement d'une « prestation », que chacun a le droit d'avoir des réactions différentes et que nous avons un regard bienveillant sur ce qu'il va nous proposer. Cependant cela n'arrange pas son état et Antoine se replie davantage: il se colle le dos au mur, fuit notre regard et semble également se couper de nos paroles. On observe de fortes réactions tonico-émotionnelles avec des rougeurs apparaissant au niveau des joues. Il se met dans une position d'enroulement : les genoux sont repliés contre la poitrine et la tête baissée. Cet enroulement renvoie à la position fœtale, position régressive qui peut permettre un apaisement. On note également des petits balancements qui semblent être mis en place en vue d'une réassurance et d'une tentative de recentration sur soi. Tout ceci donne l'impression d'un retrait autistique.

Ces réactions comportementales et physiologiques sont fréquemment adoptées par Antoine lorsque la situation est perçue comme anxiogène (comme celles citées précédemment). Mais pourquoi rechercher un contact dorsal avec le mur ? Geneviève Haag [(25)] parle de l'importance du contact corporel, peaucier entre la mère et son enfant. Elle parle notamment du « contact dos ». Ainsi le dos serait une zone très importante chez le bébé et ce, dès la vie fœtale : le dos est alors en contact avec la cavité utérine. Ce « contact dos » génère selon Haag un sentiment de sécurité chez le nouveau-né. La position en décubitus dorsal permet un « contact dos » et se retrouve notamment lors des moments de soin et d'échanges privilégiés entre la mère et son nourrisson. Cette position permet également l'interpénétration des regards entre les différents partenaires de l'interaction. Haag précise que chez certains enfants ce contact dorsal (vécu comme sécure, rassurant) est recherché lors de moment d'attente ou de désarroi. Ils se collent alors au mur.

On peut émettre l'hypothèse que par cette réaction comportementale et cet appui dos, Antoine est dans une recherche de réassurance et d'un sentiment de sécurité face à une situation perçue comme anxiogène ou du moins vécue comme déstabilisante.

Projet de prise en soin en psychomotricité :

Très rapidement (au bout de quelques séances seulement) le psychomotricien me propose de diriger la prise en charge avec Antoine. Plusieurs éléments m'ont alors permis d'élaborer un projet de prise en charge avec le jeune garçon :

- Tout d'abord **la lecture de ses dossiers et de son anamnèse** qui m'ont aidée à replacer Antoine dans sa dynamique familiale, sociale et à connaître son parcours de soins. Cela m'a permis d'avoir une vision globale du contexte dans lequel Antoine évolue.

- **Les séances de psychomotricité** auxquelles j'avais participé jusqu'à présent d'où ressortaient une inhibition psychomotrice plutôt massive et une difficulté à exprimer des émotions. J'ai également remarqué que les activités dynamiques prédominaient pendant les séances mais étaient très répétitives (football…). Pendant la séance sur la théâtralisation des émotions je remarque à quel point cet exercice se révèle compliqué voire impossible pour Antoine. Le regard et le jugement de l'autre semblent contraignants pour lui, ce qui paraît l'empêcher de s'exprimer. Je me pose alors la question de savoir à quel point ses émotions viennent paralyser sa motricité.

- **Mes lectures personnelles** sur l'inhibition psychomotrice. Elles m'ont permis de mieux repérer les signes cliniques de l'inhibition, de mieux appréhender les manifestations et les réactions du patient.

- **Le repérage des troubles**. Chez Antoine les sphères affectives, cognitives, comportementales, motrices, communicatives sont atteintes comme nous avons pu le voir précédemment. Ce repérage m'a permis de me positionner sur le versant de l'inhibition présent chez Antoine.

[25] : HAAG G., Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie. Communication au troisième congrès mondial de psychiatrie du nourrisson des disciplines alliées, Storholm, 3-7 août 1986. Article paru dans Neuropsychiatrie de l'enfance, 1988. Pages 1 à 8.

Je vous ai exposé dans la partie théorique les deux typologies de l'inhibition psychomotrice selon Jean Bergès et j'ai choisi de me positionner selon son point de vue pour orienter ma prise en charge. Antoine présenterait l'inhibition par suspension de l'initiative motrice. Au début du mémoire (partie hypothèses et problématiques) j'ai expliqué mon cheminement théorico-clinique. Dans le souci de ne pas trop me répéter je ne ferai ici qu'un bref rappel. J'émets l'hypothèse que sa fragilité narcissique, son manque de confiance en soi et des difficultés affectives jouent un rôle prépondérant dans son inhibition motrice. En effet, Julian de Ajuriaguerra [(26)] reconnaît l'influence de l'affectivité et de l'état interne du sujet sur sa motricité, son tonus et par là-même sur ses postures.

A partir de ces divers éléments, je choisis d'axer ma prise en soin sur l'affectivité, l'expression des émotions et une tentative de revalorisation narcissique du jeune garçon afin de l'aider à s'épanouir tant dans son rapport à soi et aux autres que dans sa motricité. J'aimerai également tenter de replacer Antoine en tant qu'acteur de ses faits et gestes en lui donnant plus de prise d'initiatives et de décisions. Sur le versant communicationnel, mon souhait est d'amener Antoine à s'exprimer davantage. Le projet est certes ambitieux surtout sur une si courte période, sachant qu'il faut avant tout qu'Antoine et moi investissions une relation basée sur une confiance réciproque et un sentiment de sécurité. Mais ce projet est avant tout, pour moi, une ligne directive, un cap à tenir. J'ai donc choisi de continuer dans une prise en soin basée sur un versant plus thérapeutique que rééducatif.

Le déroulement de la prise en soin psychomotrice.

Pour tenter de bien faire les choses, j'explique au tout début à Antoine ce que nous allons faire ensemble cette année en séance et dans quel but. Je lui demande également son approbation, ce que j'obtiens. Malgré cela je ressens une légère crispation chez lui lorsque j'aborde le thème des affects, qui sera le sujet des premières séances. Je lui précise donc que nous ne ferons pas de mime (comme cela lui avait été proposé auparavant) et j'observe alors une légère détente tonique, notamment faciale ce que j'assimile à un soulagement. Ainsi nous débutons ensemble en novembre 2012, toujours avec la présence du psychomotricien au rythme d'une séance par semaine de quarante cinq minutes.

- **L'expression et la reconnaissance des affects.**

Comme je l'évoquais précédemment, la sphère affective est touchée par l'inhibition psychomotrice chez Antoine. Il y a également une grande similitude des signes cliniques avec les notions d'alexithymie et de répression émotionnelle. Ainsi, pendant près de deux mois nous explorons le domaine des émotions. Dans un premier temps il s'agit de les identifier en partant des émotions de base : tristesse, colère, joie, peur. C'est Antoine qui les énumèrent et nous travaillons alors avec ces quatre émotions. A partir de cela je lui propose de dessiner les différentes expressions faciales pour chacune d'entre elles. Je remarque qu'il parvient très bien à le faire et les signes distinctifs sont correctement associés ***(voir annexe 2).***

[26] : AJURIAGUERRA J. et BONVALOT-SOUBIRAN G., Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile, La psychiatrie de l'enfant (1959) *in* Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1 : corps, tonus et psychomotricité, JOLY F. et LABES G., éd. Papyrus, 2009.

Puis pour chaque émotion je lui demande d'écrire ou de dessiner (car écrire est un exercice difficile du fait de sa dyslexie-dysorthographie) une situation qu'il a vécu ou qui pourrait lui faire ressentir un tel affect. Antoine prend le temps de réfléchir, de modifier après-coup certains dessins (même lorsque nous sommes passés à une autre activité) ce qui montre qu'un travail psychique est en cours. Il donne des explications sur les détails de ses dessins : « il lève les bras parce qu'il est content, il a marqué un but ! ». Mais on note une ambiguïté des ressentis notamment entre la colère et la tristesse. Par exemple sur une situation « lorsque la maîtresse me vire de la classe », il a du mal à savoir si c'est de la tristesse ou de la colère ; je lui dis alors que parfois les émotions peuvent être concomitantes.

J'observe également qu'Antoine a du mal à **associer les émotions avec des évènements personnels vécus**, notamment lorsqu'il s'agit de la question de la tristesse ou de la colère. Dans la répression émotionnelle [(27)] on retrouve ce genre de signes où les personnes disent avoir peu ou pas d'expériences émotionnelles négatives. Ces émotions sont alors inhibées. Ainsi, lorsque nous abordons ce sujet en séance, Antoine change très vite de sujet de façon à éviter de répondre. Nous lui laissons alors cette échappatoire afin de respecter son souhait de ne pas en parler et de ne pas lui donner l'impression qu'il est forcé.

De ce fait nous travaillons sur plusieurs séances autour de petites histoires où le but est de retrouver l'affect exprimé par le personnage dans le contexte décrit (***voir annexe 3***). Il s'agit ici de se projeter à la place de l'autre pour savoir ce que la personne a pu ressentir, renvoyant à la notion d'empathie. Au début Antoine a du mal à faire cela et il retourne la consigne comme: « ce que lui aurait pu ressentir dans cette situation ». Néanmoins il parvient à développer ses émotions et argumenter pourquoi ces dernières peuvent être assimilées à telle ou telle situation. On remarque à travers cette activité que la notion de tristesse est souvent associée avec la question de souhait et la notion de colère avec celle « d'être capable de ».

Au fur et à mesure il parvient à associer l'émotion de la personne (et non la sienne) avec la situation. Il s'investit dans l'activité, prend son temps pour réfléchir et parvient également (avec étayage) à faire quelques liens avec son histoire personnelle : l'hospitalisation passée de sa mère et de son frère, le décès du grand-père… Il s'autorise parfois à faire des réflexions personnelles sur les conduites des personnages (le chauffeur qui n'est « pas sympa de ne pas avoir attendu » à l'arrêt de bus). Il parvient également à classer la panique comme émotion plus intense que la peur. Cependant, c'est le mot « panique » qui revient régulièrement dans ces exercices, est-ce là ce qu'il ressent ; c'est-à-dire pas de demi-mesure dans la peur ?

Cela me fait penser à ces moments de repli lorsque nos demandes sont perçues comme anxiogènes (choix, mime, contact corporel…). Dans ces instants où il s'inhibe totalement (position de repli, évitement du regard, mutisme, rougeurs, balancements…), il dit qu'il « est bloqué » ; est-ce de la panique qu'il ressent et qui le pousse à s'isoler ? L'émotion, trop forte, provoquerait alors une inhibition psycho-motrice.

[27] : CARTON S., La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie, Psychologie française 51, pages 123-139, 2006.

En reprenant la théorie de Cannon [28] que j'ai abordé dans la partie théorique on peut émettre l'hypothèse suivante : le stimulus (en l'occurrence la situation perçue comme anxiogène, déstabilisante) provoque une forte émotion chez Antoine qui aboutit à une réaction comportementale de type repli, isolement. Il est alors important dans ces moments là de rassurer Antoine, de tenter de comprendre l'élément déclencheur de cette conduite (demande, activité…) afin d'en discuter avec lui. Pour moi, c'est important qu'il est un retour de ce qu'on observe afin qu'il en prenne conscience et qu'on puisse ensemble comprendre la cause de cette réaction et trouver des solutions pour en sortir (par exemple trouver un compromis dans une activité…).

Toujours dans la reconnaissance des émotions je lui propose toute une série d'images et de photos les représentant. Il doit alors les trier selon quatre catégories (tristesse, colère, joie et peur) et justifier ce classement. On note alors une bonne reconnaissance des émotions, il est très impliqué dans l'activité : la consigne est rapidement comprise, il n'a pas besoin d'étayage pendant la réalisation de l'activité. Il prend son temps pour réfléchir et faire des changements dans son tri. Il procède par reconnaissance des traits du visage (expression, mimique…) et des postures (enroulement, déroulement…).
A la fin je lui propose de mimer, avec moi, les différentes émotions. Seules la joie (il parvient à esquisser un sourire) et la colère (serre les poings) sont exprimées. L'expression reste difficile et pauvre mais il ne se renferme pas comme il l'avait pu le faire auparavant. L'inhibition est moins importante, réduction qui peut être due à une relation qui lui paraît contenante et avec une crainte du regard et du jugement d'autrui moins prononcée ; ce qui lui permet une légère ouverture sur l'extérieur. De plus, cela semble l'aider que je participe avec lui et que je théâtralise mes mimiques puisque cela le fait rire. Je pense que de cette façon cela semble moins protocolaire, moins scolaire ; Antoine est alors pris dans un aspect ludique.

Après cette première phase, je me rends compte qu'Antoine a bien investi les activités et la relation. Il est compétent dans la reconnaissance des émotions. Il parvient plus facilement à faire des liens entre les évènements vécus et les affects que ceux-ci peuvent susciter chez les autres comme pour soi. Je décide donc de mettre de côté ce travail.

Je lui propose alors un travail sur plusieurs séances que j'appelle « lettre à un correspondant ». A travers cela je cherche à inciter Antoine à parler de lui, de ce qu'il aime ou pas, à se présenter (renvoie à la question de l'identité) ; car c'est difficile pour lui, ce qu'il reconnaît volontiers. Cette activité se déroule en plusieurs temps. Tout d'abord, avec l'aide d'un support extérieur (tableau) je fournis un étayage à Antoine pour l'aider à organiser sa pensée. Il s'agit d'inscrire en fonction des différents thèmes abordés (activités, sport, école, maison, musique, nourriture….) ce qu'il aime ou pas. Lors de la première séance, nous ne nous retrouvons que tous les deux, le psychomotricien étant absent. Je me demande si la relation duelle est favorable à son extériorisation ce jour-là (cela fait un regard de moins tourné vers lui). En effet pendant les vingt premières minutes du rendez-vous il parle spontanément de son école et me fait même un plan qui semble cohérent malgré ses difficultés de repérage spatial. J'ai alors l'impression de voir un enfant différent et je prends beaucoup de plaisir à converser avec lui.

[28] : Dr VALAT Jean, Le comportement émotionnel, la peur. Licence de psychologie, Université Montpellier II. Article numérique.

En ce qui concerne l'activité proposée (« j'aime/j'aime pas ») l'étayage extérieur semble réellement nécessaire pour l'aider à construire sa pensée et le guider dans ce qu'il doit faire. On remarque que les éléments positifs sont les plus nombreux et sont ceux qu'il note en premier. Ce qui rejoint ce que j'évoquai précédemment avec ce que dit Carton sur la mise à distance des émotions négatives. Avec cette activité il arrive à faire des liens avec son histoire personnelle ; il dit « qu'il aime écouter de la musique quand il s'ennuie » ou que « si papa me voit fumer il a dit qu'il me mettra une tarte ». C'est la première fois que je l'entends amener son père dans une conversation en séance. Il se confie également sur ses projets futurs : devenir cuisinier.

J'apprends également qu'il a des problèmes de sommeil, notamment pour s'endormir ; il me dit « je pense à des choses qui me tracasse » et cela lui donne chaud. L'inhibition semble ici avoir ses limites. Je me demande s'il y a un lien entre un travail psychique intense, qui perturbe Antoine au point de l'empêcher de dormir, et l'apparition de réactions neurophysiologiques (hausse de la température corporelle). En effet, Pembrey et Nicol [(29)] ont étudié l'influence d'un travail mental intense sur la température du corps. Ils admettent qu'il y a bien un effet, dans le sens d'une majoration, mais qu'il reste minime. Solange Carton [(30)] rapporte également que des études ont montré que les réactions physiologiques (suite à un stimulus anxiogène) sont généralement plus élevées chez les « répresseurs » que pour les individus dits « classiques ».

Pour ce qui est de la lettre à un correspondant étranger, l'écriture des premières lignes se révèle hasardeuse. Antoine a besoin de beaucoup d'étayage et de lignes directives sinon il ne « sait pas quoi marquer ». Cependant une fois cela fait, il gagne en autonomie. On parle aussi de la question de l'agressivité. Il nous rapporte quelques passages à l'acte (jet de stylos et croche-pied lorsqu'on se moque de lui), ce qui prouve qu'elle n'est pas inhibée en permanence. Cependant, Antoine arrive à pondérer son agressivité : « si je ne réponds pas (à leurs moqueries), ils s'arrêtent ».

A travers cette activité nous faisons de nouveau face à des replis, par exemple lorsque nous abordons des sujets comme la description physique ou sa relation au corps (image du corps). Je lui propose alors de dessiner ses contours sur une grande feuille au sol. Il refuse catégoriquement ce qui me laisse penser que le sujet est encore trop sensible et qu'un travail sur cela est peut-être précipité. Lors de cette séance, la fin est particulièrement difficile. Je suppose que la description physique et la quantité des informations personnelles qu'il vient de livrer dans cette lettre peuvent en être la cause. Comme il nous reste un peu de temps avant la fin du rendez-vous je lui propose de faire un football, pensant que cette activité qu'il affectionne l'aidera à souffler un peu. Mais je m'aperçois rapidement que c'est une mauvaise idée. Antoine semble tellement pris par ce qu'il vient de rédiger (et des émotions que cela a pu susciter) qu'il ne s'investit pas du tout. Il est très peu en mouvement, peu mobile, plutôt hypotonique et garde ses mains dans les poches.

A la suite de cette séance je propose la semaine suivante de faire un jeu de société permettant un aspect plus ludique où nous serions tous les trois en relation. Je constate qu'Antoine s'épanouit au fil du jeu ; il est véritablement dans l'échange : il nous regarde dans les yeux, se redresse, rigole… Nous nous faisons même des blagues pendant le jeu et échangeons tous les deux un fou-rire.

---

[29] : PEMBREY M.S. et NICOL B.A, Observations sur les températures profonde et superficielle du corps humain *in* LARQUIER DES BANCELS J., L'année psychologique, 1899, Volume 6, numéro 6. Pages 509-511. Livre consulté sur le site de Persée, revues scientifiques.

[30] : CARTON S., La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie, Psychologie française 51, pages 123-139, 2006.

- **Le plaisir du corps dans les interactions.**

Il semble y avoir très peu de plaisir associé au corps et au fait d'en prendre soin. Lors d'une séance Antoine arrive en disant qu'il est fatigué : « ma mère m'a réveillé d'un seul coup ». Je lui propose alors un réveil corporel en début de séance afin de remédier à cela. Au départ il refuse puis accepte de le faire. Il initie quelques mouvements mais ceux-ci ressemblent à un échauffement de sport. Je lui propose de se frotter différentes parties du corps, ce qu'il ne fait pas. Je lui soumets alors l'idée que je vienne le faire sur lui. Il refuse tout contact corporel (auto comme hétéro-massage) et se replie complètement (avec de fortes réactions tonico-émotionnelles) lorsqu'on aborde la question des contacts peauciers : il dit ne pas aimer ça. Pourtant, il nous raconte beaucoup aimer porter sa sœur « parce que ça la fait sourire ».

Je me demande alors s'il refuse ce contact parce qu'il se sent mal dans sa peau (complexe par rapport à son poids) ou si c'est parce que son corps ne peut être associé à une notion de plaisir. Harlow [(31)] parle de l'importance du contact pendant la petite enfance entre la mère et son enfant. Les contacts peau à peau (les touchers et la douceur avec laquelle ils sont prodigués) permettent d'éveiller la sensorialité (la somesthésie) et sont associés à une notion de plaisir : plaisir d'être touché qui se développera en grandissant en plaisir d'expérimenter avec son corps et de se mouvoir.

A plusieurs reprises j'ai introduit des activités plus dynamiques en seconde partie de séance après une activité sur les émotions. En effet, il arrive qu'en séance nos activités sur les affects soient parfois éprouvantes pour Antoine dans le sens où il livre quelque chose de lui. Cet exercice peut s'avérer difficile. En temps normal c'est quelque chose qu'il évite de faire du fait de son inhibition (qui touche aussi le plan émotionnel). Cela peut donc lui demander une grande énergie psychique pour tenter d'aller au-delà de son inhibition. Ainsi il m'arrive de lui proposer une activité plus ludique ou plus dynamique pour lui permettre de « souffler » après cet effort.

Ainsi le freezbe reviendra une ou deux fois en fin de séance (choix d'activité fait par Antoine). Il ne s'agit pas là de faire du freezbe simplement pour faire du « dynamique » ou une activité motrice. Non seulement Antoine choisit cette activité mais elle lui permet aussi d'être en relation avec nous : il verbalise beaucoup pendant, s'adresse à nous en nous regardant dans les yeux. De plus, le pratiquant à l'école, Antoine est à l'aise dans cette activité. Ces gestes sont étonnamment fluides, précis et souples. Il se montre performant et appliqué dans ce jeu. On perçoit qu'il se sent valorisé, il prend confiance en lui. Ce qui je l'admets va plutôt dans le sens inverse de mon hypothèse : ici c'est l'activité motrice qui semble l'aider à s'épanouir. Autrement dit l'aspect moteur paraît impacter sur le versant émotionnel. Pendant cette activité Antoine semble un peu plus s'affirmer (va jusqu'à me rappeler les règles).

Cependant on peut aussi expliquer ce court moment de « désinhibition » dans le sens où c'est le champ émotionnel qui peut permettre l'épanouissement dans cette activité. En effet, Henri Wallon [(32)] dit que parfois l'émotion peut être un facteur de réussite. Il prend l'exemple du chimpanzé de Kölher : ce dernier ne parvient pas à attraper une banane située derrière des barreaux.

---

[31] : HARLOW H., The nature of love, article publié dans American Psychologist, 13, pages 673 à 685, 1958

[32] : WALLON H., *Les origines du caractère chez l'enfant*, éditions Quadrige-Puf, 2009. Chapitre 4, les émotions dans le comportement humain.

Un autre singe près de lui y arrive ; le premier chimpanzé craint alors de se « faire piquer » sa banane. Il voit alors un bâton et s'en sert pour attraper le fruit. On peut transposer ce modèle à Antoine. L'émotion positive émergeant de la relation et du plaisir d'être ensemble, de la confiance en soi (procurée par une activité qu'il maîtrise plutôt bien) et de la distance physique (implique un regard moins direct) lui permettent de s'épanouir dans sa motricité à ce moment là.

La dernière séance (avant la remise du mémoire) est très intéressante. Je propose à Antoine de peindre mais sans utiliser de pinceaux, seulement avec les mains. Cette proposition a pour but de permettre à Antoine de s'exprimer, de laisser court à son imagination et d'amener de la spontanéité. Ne pas utiliser de pinceaux est un véritablement choix : ainsi je souhaite favoriser des sensations tactiles (matière, consistance de la peinture, plaisir sensoriel…) et donner un côté plus libre, plus corporel. Au début, Antoine dit ne pas savoir quoi faire pour commencer, mais il prend le temps d'observer le matériel et les couleurs proposées (comme pour trouver des idées). Pour que ce moment d'attente ne soit pas trop pesant pour Antoine je décide de prendre ma propre toile et d'aller m'installer avec au sol. Quasiment aussitôt Antoine vient sur ma toile et commence peindre. Il ne se soucie pas du côté « performance » (faire de jolies choses…) et s'amuse à venir compléter certains de mes dessins. La toile sert ici d'espace transitionnel, de lieu de rencontre entre nous deux. Cette séance est un moment où plusieurs « premières fois » apparaissent :

- Première fois qu'Antoine accepte une rencontre corporelle dans le sens d'un hétéro-toucher : il met de la peinture dans ma main (donc me touche) et j'en mets dans la sienne (il est touché). Au début, alors que je viens d'en mettre dans sa main, Antoine a du mal à venir me toucher et à faire la même chose sur moi : craint-il de me salir ? J'insiste en lui disant que je suis persuadée qu'il en est capable parce qu'il a déjà fait le plus dur en acceptant d'être touché et qu'il ne me salira pas (étant donné que mes mains sont déjà pleines de peinture). Il y parvient et prolonge même ce moment.
- Première fois qu'Antoine parle spontanément en séance de ses projets : il nous parle de son week-end à venir et de l'anniversaire de sa sœur qui approche. Cela est étonnant car d'habitude non seulement il n'en parle pas spontanément mais en plus quand je lui demande de me raconter ses vacances ou son week-end il refuse.
- Même si nous sommes en position assise autour de la toile (posée au sol), Antoine fait des expériences avec son corps : il touche la peinture, il essaye de peindre avec ses ongles, le bout des doigts, la paume de la main…
- En début de séance Antoine accepte de se dévêtir pour la première fois (enlever un sweat pour ne pas se tâcher avec la peinture). Or d'habitude, on dirait qu'il « se cache » derrière des vêtements amples : il cache ce corps qui fait l'objet de moqueries.

Antoine semble avoir pris du plaisir dans cette séance. Avant de partir je le vois regarder les toiles réalisées et je lui demande s'il préfèrerait aller à l'école ou rester ici. Il me répond « rester ici pour en faire plus ».

C'est aussi la séance où je lui annonce qu'il ne nous reste plus que trois séances ensemble. A ces mots il répète avec une voix qui monte dans les aigus (comme étranglée) : « trois fois ? Ca passe vite ! ». Je lui rappelle alors que même si je ne suis plus là et qu'on ne se voit plus, nous existerons toujours dans nos pensées. Son visage se détend alors.

Ressentis personnels :

Tout au long de cette prise en soin j'ai dû apprendre à composer avec les états d'Antoine et les difficultés de travail qu'engendre une inhibition psychomotrice massive. J'ai trouvé que c'était parfois délicat d'arriver à doser de manière la plus juste possible les expériences faisant appel à des affects. Il s'agissait pour moi de l'aider à vivre des choses, à reconnaître ses émotions mais surtout à les accepter et non à les refouler. Cependant je devais faire attention à ce que cela ne déborde pas ses ressources personnelles afin qu'il ne se réfugie pas dans une inhibition et un repli par rapport à ce qui lui était proposé (comme pour le mime).

Le psychomotricien, dans sa pratique, construit ses séances avec ce qu'amène le patient. Or avec Antoine il y a peu de matériel clinique apporté du fait de l'inhibition ; ses centres d'intérêts paraissent restreints. Son inhibition psychomotrice impose une certaine limite par rapport à de nombreuses propositions (réveil corporel, schéma corporel : dessiner ses contours sur une toile, faire des choix…). Cependant cela m'a amené à me poser encore plus de questions sur mon positionnement, comment appréhender ses difficultés et comment réagir à de fortes réactions inhibitrices ou des réactions tonico-émotionnelles.

Ce fut valorisant pour moi de le voir rire ou de le voir dans un état joyeux. Ces moments, aussi rares soient-ils, ont été nécessaires et gratifiants. En effet son inhibition et son manque d'ouverture sur l'extérieur sont parfois pesants et déconcertants car j'ai l'impression que rien ne fonctionne. Cependant à aucun moment je n'ai baissé les bras, et les difficultés rencontrées m'ont amenée à être plus créative et inventive dans mes propositions.

Nous avons construit une relation thérapeutique stable, sécure et une confiance réciproque s'est installée. Antoine est un garçon avec qui j'ai eu un très bon contre-transfert ce qui je pense m'a poussée à avoir encore plus envie de l'aider et à avoir une réflexion clinique constante. Antoine, lors de l'entretien avec sa mère, a très rapidement répondu favorablement à la continuité du suivi psychomoteur. On peut noter également un accroissement des échanges spontanés venant de sa part et dirigés vers moi : « Bonjour, ça va ? », « Bon week-end Elise ! »… Nous avons pu partager quelques moments complices avec des rires partagés (lors du jeu de société…) et quelques échanges de regards lors d'activité ainsi que des mises en place de stratégies et de partenariats (balle au prisonnier).

Pendant cette prise en soin, j'ai beaucoup théâtralisé mes propres affects afin de « dédramatiser » cette question auprès d'Antoine. Il faut également apprendre à être très patient, car la passivité d'Antoine le rend peu parfois réactif (il met du temps à s'exprimer…). Cependant, cette passivité s'est ressentie de moins en moins au fil du suivi ; à savoir maintenant si c'est moi qui m'y suis habituée ou si c'est une évolution réelle de sa part.

Sa pathologie, comme bien d'autres, demande d'être particulièrement contenant et disponible. Il faut être très attentif aux réactions posturales, aux mimiques étant donné que la verbalisation est plutôt réduite.

Enfin, la plus grande reconnaissance pour moi de la part d'Antoine s'est déroulée à la fin de la séance où nous étions que tous les deux. Lorsque je lui note le prochain rendez-vous il souhaite que je marque qu'il sera reçu par « Mr X (psychomotricien) et sa stagiaire ». Ce que j'ai perçu, et c'est là une opinion très personnelle, comme une véritable légitimisation de ma présence dans la prise en soin.

2.a.4 Synthèse de l'évolution.

Etant donné qu'Antoine est uniquement suivi en psychomotricité au CMP je parlerai de son évolution dans la sous-partie suivante où j'expose mes observations de fin de stage. Antoine a également un suivi orthophonique en libéral. Plusieurs points sont notés : l'évolution est longue et lente. De plus l'orthophoniste pense que l'immaturité et la dyslexie d'Antoine ne sont pas des problèmes majeurs pour le garçonnet.

2.a.5 Bilan du suivi en psychomotricité.

Avec Antoine l'objectif de cette prise en soin était de travailler sur les affects, leur reconnaissance, leur expression et leur acceptation. Il s'agissait aussi de l'aider à se revaloriser en reprenant confiance en lui et à verbaliser davantage. L'hypothèse de départ était donc qu'une levée de l'inhibition émotionnelle allait permettre à Antoine d'avoir suffisamment confiance en lui pour retrouver une motricité libérée et ouverte sur le monde environnement (et non plus repliée vers soi).

Cette ouverture sur l'extérieur passe aussi par le fait d'avoir moins peur du regard d'autrui et de la performance. Sur ce dernier point nous avons beaucoup travaillé de façon implicite. Tout au long des activités il lui était rappelé que tout ce que nous faisions ensemble ne serait ni noté ni jugé car nous ne nous trouvions pas dans un cadre scolaire. La prise en soin est axée sur un versant thérapeutique. De ce fait notre but premier n'est pas la performance mais un mieux-être psychocorporel, un épanouissement psychomoteur. Je pense qu'Antoine l'a intégré progressivement ce qui lui a permis de :

- **Mieux s'exprimer à l'oral et prendre la parole**. Il a ainsi pu lire un texte à haute voix, ce qui était impossible au début. On note que les réponses de type « je sais pas » sont de moins en moins fréquentes ; Antoine prend plus le temps de réfléchir et se réfugie moins dans cette solution de facilité.

- **Ecrire :** au début c'était très difficile pour Antoine car il craignait de faire des fautes ou de mal écrire. En lui précisant que l'orthographe n'était pas ce qui nous importait, il s'est davantage laissé aller dans la rédaction.

- **Une augmentation des échanges visuels :** nous avons un regard bienveillant ce qui je pense, aide parfois Antoine à trouver un support extérieur rassurant. Winnicott dit [(33)] que le regard de la mère agit comme un miroir pour l'enfant. Nous pouvons transposer ici qu'à travers notre regard Antoine peut se sentir valorisé.

[33] : WINNICOTT D.W, Jeu et réalité, éd. Gallimard, collection Folio Essai, 2009.

- **Etre actif** : la question du choix est souvent laissée à Antoine (choix d'activité, déroulement de la séance, partenaire de jeu…). Au début Antoine se saisit très peu de ces occasions pour être actif, il dit qu'il ne sait pas quoi faire et s'en remet à l'autre. Progressivement je lui ai laissé plus de temps pour réfléchir. Je lui ai expliqué qu'on ne pouvait pas toujours décider à sa place c'est important qu'il puisse faire des choix. Parfois nous faisions des compromis : je décidais d'une chose mais en contrepartie il devait décider pour une autre. J'ai aussi insisté sur le fait qu'il n'y avait pas de « mauvais » choix par exemple pour une activité. Je l'ai étayé : « si tu ne sais pas quoi faire, tu peux peut-être regarder ce qui t'intéresse comme matériel dans le placard et on construira après quelque chose ensemble avec ça ». Avec le psychomotricien nous avons aussi beaucoup appuyé sur le fait qu'il ne nous vexerait pas lors de choix de partenaire. Je pense que c'était très important d'insister sur la question de vexer car une fois sur que nous ne le serions pas (et que donc il n'y aura ni représailles ni abandon/désintérêt de notre part pour Antoine suite à cela) il pouvait se laisser aller à un choix.

On ne peut pas dire que l'objectif final soit atteint, loin de là. Et je me pose toujours la question de savoir si ce type de prise en soin pourra l'aider sur le long terme.

D'un point de vue émotionnel ; Antoine verbalise un peu plus sur ses états internes mais un étayage extérieur est parfois nécessaire pour aller au bout (quel est l'élément qui m'a plongé dans tel affect). Il s'autorise davantage à exprimer des émotions comme la peine, la surprise, la colère et surtout la joie (notamment ce qui peut les provoquer et comment il réagit). Il arrive également à relier des évènements personnels vécus à des émotions. Il est un peu plus dans la communication même si celle-ci reste peu spontanée. Néanmoins lorsqu'Antoine parle d'un sujet qu'il affectionne (sa petite sœur, le freezbe à l'école…) il parvient à s'exprimer mieux (au niveau de l'articulation notamment et du volume sonore) et sur un temps plus long.

Mais à côté de ces progrès infimes, Antoine a encore besoin de s'affirmer et de gagner en autonomie notamment dans sa capacité à organiser sa pensée (par exemple dans un travail demandé). Il a encore beaucoup de mal à exprimer de fortes émotions et à les théâtraliser (exemple du jeu du monstre dans le placard). Il en est parfois capable mais sur une durée très restreinte comme si après, il n'avait plus l'énergie nécessaire pour continuer ; car aller au-delà de l'inhibition c'est fournir une quantité d'énergie suffisante pour dépasser les barrières imposées par le psychisme et ses défenses.

L'inhibition psychomotrice est encore très présente. « J'ai plein d'idées (dans la tête) mais je n'arrive pas à les dire ». Lorsque je reprends avec lui cette phrase je comprends que c'est dans le sens d'oser.

Cela montre que nous ne sommes pas en présence d'un vide psychique mais que les défenses d'Antoine, en l'occurrence ici l'inhibition, lui interdisent encore pour l'instant d'agir comme bon lui semble. Plus récemment nous abordons la question de faire semblant, et si dorénavant le mime serait possible à faire en séance. De là il parvient à dire qu'il ne peut pas car il aurait « peur d'être ridicule ».

D'un point de vue moteur on ne peut pas parler de progrès. Certes il arrive qu'à certaines séances Antoine se déplace avec plus d'assurance et de façon plus affirmée. Par exemple à plusieurs reprises il nous devance pour aller dans la salle de psychomotricité avec un tonus plus ajusté lui permettant de se tenir plus droit. Un autre exemple où il y a un moment de répit dans l'inhibition psychomotrice : lors du jeu de freezbe ; sa motricité est alors souple, adaptée, fluide et précise.

Cependant ces moments où l'inhibition psychomotrice est moins présente, et permet à Antoine de s'épanouir, sont rares et très aléatoires non seulement d'une séance à l'autre mais également au sein d'une même séance. La question de l'image du corps semble également très présente, plus que je ne le pensais au début de la prise en soin ce qui, j'imagine, tend à renforcer encore plus l'inhibition psychomotrice.

2.a.6 Réflexions et perspectives :

J'ai très peu de recul quant au suivi que j'ai proposé à Antoine étant donné qu'au moment où je rédige ce mémoire je suis encore en stage et je ne pense pas avoir suffisamment de distance pour avoir un regard complètement objectif. J'ai l'impression que l'année est passée très vite et de n'avoir pas eu le temps de mettre beaucoup de choses en place, de ne pas avoir eu le temps de proposer toutes les idées que j'avais.

Comme je le disais dans le bilan de la prise en soin les résultats sont certes minimes mais cela a été difficile d'instaurer une régularité de soins étant donné les absences répétées d'Antoine à ses rendez-vous au CMP. Nous avons tenté tout au long de cette année de travailler le « faire ensemble » sous le regard de l'autre et je pense que cette piste est à poursuivre. En effet, ne serait-ce que dans sa scolarité ou les divers milieux sociaux dans lesquels Antoine va évoluer, il va être confronté à cette question et il est important de l'accompagner afin de lui faire gagner en assurance. Je pense qu'il serait pertinent de continuer une prise en soin axée sur les émotions, le vécu personnel, l'affectivité dans la relation… Car comme noté dans les dossiers, il existe chez Antoine un soubassement anxieux et l'intensité de son inhibition psychomotrice me fait penser qu'elle est le signe d'un mal-être (symptôme).

Je pense qu'il faut inciter Antoine à s'exprimer davantage mais en lui laissant le temps et en avançant petit à petit de façon à ne pas provoquer de réactions anxieuses face à une demande trop pressante. Je me pose la question si un groupe (pour l'aider à s'ouvrir sur l'extérieur) en complément d'un suivi individuel serait pertinent; tout comme l'utilisation d'un médiateur. Je pense aussi qu'il faut faire attention à ne pas se faire « happer » par l'inhibition en séance. Personnellement la théâtralisation des affects et l'expression corporelle m'ont aidée à éviter cela.

Je me questionne toujours sur le soutien familial dont dispose Antoine et la qualité de ses interactions précoces avec sa mère, notamment à cause de deux phrases où il dit qu'il vient en psychomotricité « pour se retrouver » et sur le fait qu'il ne peut compter « que sur lui-même ».
Je pense qu'une indication en psychomotricité est toujours d'actualité et qu'il est nécessaire pour Antoine qu'elle continue ; du moment où lui aussi est d'accord pour venir.

La venue au monde de sa petite sœur semble également un point positif dans l'histoire personnelle du garçon. En effet, il nous en parle spontanément, il nous dit prendre plaisir à communiquer avec elle et à lui prodiguer des soins (repas, portage…). Antoine semble beaucoup apprécier la réciprocité du plaisir qu'ils ont à être ensemble. De plus, la gratification que sa sœur lui renvoie en échange de ses « bons soins » (sourire….) peut l'aider à reprendre confiance en lui et va dans le sens d'une revalorisation et d'une renarcissisation. Antoine est alors actif dans ses interactions, c'est lui « qui s'occupe de, qui est responsable de », un peu comme une mère avec son enfant.

Antoine nous dit qu'il aime beaucoup être avec elle car il n'y a pas de dispute (contrairement à ses grands frères) ce qui peut alors être source d'apaisement. Je pense que cette relation avec sa sœur peut l'aider à prendre confiance en lui. Peut-être aura-t-elle dans l'avenir un rôle dans l'évolution de son inhibition psychomotrice.

2.b Sophie :

2.b.1 Anamnèse et dossiers.

Sophie est une jeune adolescente de quatorze ans née le 17 septembre 1998. Elle scolarisée en classe de 4ème et bénéficie d'une assistante de vie scolaire (AVS) à raison de huit heures par semaine. Sophie est l'aînée d'une fratrie de trois enfants. Sa mère est femme au foyer et son père est animateur dans la musique. Sophie entretient des relations compliquées avec ses deux petits frères âgés de 9 et 12 ans. Au niveau scolaire Sophie a de bons résultats, le passage en 3ème générale est tout à fait possible selon ses professeurs. A noter qu'elle a redoublé son CP.

Sophie est épileptique. A trois ans se déclare un état de mal épileptique et s'en suit des hospitalisations : un jour et demi de soins intensifs puis dix jours d'hospitalisation. Jusqu'au 1er avril 2013 Sophie était sous traitement pour un état de mal épileptique avec des séquelles neurologiques (Depakine 250).

Sophie a un lourd passé institutionnel puisqu'elle a été suivie depuis ses trois ans en centre médico-psychologique (CMP), en service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) ainsi qu'en libéral. Enfant, elle est déjà décrite comme étant plutôt mutique avec un blocage important au niveau de la parole.

Son histoire familiale est un peu particulière. Sa mère est décrite comme étant très en retrait et a elle-même était suivie au CMP quand elle était petite. Elle consultait pour une inhibition. Son père est quant à lui très présent dans la vie familiale, il empiète sur l'espace de Sophie.
Le fonctionnement familial est placé sous l'égide patriarcale. Son père est très protocolaire, dans les dossiers certains soignants se questionnent sur une éventuelle paranoïa de ce dernier.

Au niveau du suivi de la grossesse et du développement psychomoteur on ne note pas d'informations préoccupantes. Il est rapporté que l'acquisition de la marche s'est faite à l'âge d'un an.

Jusqu'au début 2012 Sophie est suivie en psychomotricité en libéral. Mais suite à des problèmes financiers les parents de Sophie s'adressent au CMP (où je suis actuellement en stage) pour continuer un suivi en psychomotricité. En effet, l'adolescente est gênée sur le plan corporel ; elle est mal à l'aise et Sophie vit mal sa différence (épilepsie, inhibition, troubles dys-) avec les autres enfants de son âge. Ses troubles l'empêchent de faire certains sports, ce qui augmente son isolement. Au niveau du comportement, elle dit ne pas pouvoir toujours contenir sa violence, elle ne peut se maîtriser.

Sophie est donc suivie au CMP depuis mai 2012 en psychomotricité (prise en soin individuelle hebdomadaire) et a des rendez-vous médicaux avec la pédopsychiatre de façon très ponctuelle (pour faire le point avec Sophie et ses parents sur la prise en soin et ses difficultés). Jusqu'à février 2013 elle voyait régulièrement un neurologue afin de faire des électroencéphalogrammes (à raison de deux EEG par an environ) pour suivre son épilepsie et les séquelles neurologiques qu'elle a pu causer. Ces rendez-vous auraient cessé depuis fin février. Enfin, le père a refusé les entretiens psychologiques proposés à Sophie. Elle bénéficie actuellement d'une allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

2.b.2 Parcours de soins : bilans effectués et prises en soin passées :

Les différents bilans :

- Bilan orthophonique :

Il est réalisé en 2007, Sophie est alors âgée de huit ans et cinq mois et se trouve en classe de CE1. Le bilan révèle que la petite fille présente un langage oral assez pauvre, une grande lenteur d'exécution et d'élaboration. Ces difficultés se répercutent sur l'apprentissage de la lecture, celle-ci reste au niveau du déchiffrage, il n'y a pas d'automatisation. Il est noté dans le bilan que Sophie se montre très réservée et parle souvent à voix chuchotée. On observe parfois une légère agitation et une diminution de l'attention.

- Bilan pédiatrique :

Il est réalisé dans un service de pédiatrie et de réanimation pédiatrique en septembre 2004, Sophie a alors six ans. Il est rapporté qu'en 2002 elle présentait des crises tonico-cloniques de l'hémisphère gauche. Elle est mise sous Depakine et n'a alors plus de convulsions. En 2004 est effectué un EEG de contrôle semestriel montrant une dégradation de l'électrogenèse avec installation d'éléments paroxystiques bilatéraux de plus en plus intenses. L'évolution électrique fait évoquer une épilepsie fonctionnelle avec un possible ralentissement cognitif.

Dans le reste du bilan sont notés des difficultés dans les pré-apprentissages, des troubles du graphisme, un retard de langage et des troubles de la concentration. Le taux d'incapacité (évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées) est inférieur à 50%.

- Bilan neuropsychologique :

Il est effectué en février 2007 à la Maison d'Enfant à Caractère Sanitaire Spécialisé (MECSS), Sophie a huit ans et demi. La neuropsychologue rapporte une épilepsie avec des pointes d'ondes continues du sommeil ce qui aurait un retentissement sur le plan cognitif. Un WISC IV est réalisé et Sophie obtient 74 (- 1 DS) en score total ; en raisonnement perceptif : 84, soit - 1DS (légèrement inférieur à ce qui est attendu pour son âge). En compréhension verbale : 96, ce qui fait état d'un bon niveau de compréhension et de raisonnement ; en mémoire de travail : 85, soit - 1DS. Enfin pour ce qui est de la vitesse de traitement Sophie obtient 50 ce qui montre de grosses difficultés.
La professionnelle remarque également des difficultés en motricité fine, une fatigabilité et une lenteur. Ces éléments viennent freiner ses apprentissages.

- Bilans psychomoteurs :

Le compte rendu du **premier bilan** psychomoteur effectué est très mince. On apprend qu'il a été fait en juin 2005 par le premier CMP où Sophie a consulté. La psychomotricienne observe à l'époque une lenteur, un manque de confiance en soi et un aspect dysharmonique. La question d'une présence de TIC est soulevée. Sont notés des soubresauts au niveau des épaules et une fébrilité corporelle.

Le second a été réalisé à la MECSS en 2007. Il révèle alors d'importantes difficultés au niveau de la motricité globale, de l'équilibre et des coordinations fines (dont le graphisme). Le tonus est très élevé et la réalisation des mouvements est entravée par des dystonies. On observe une lenteur d'exécution. Les épreuves visuo spatiales et de motricité gnosopraxique font état de difficultés praxiques. Il y a un retard global dans la limite d'âge mais Sophie est pénalisée par un indice de vitesse de traitement altéré.

Le troisième, et dernier en date, s'est fait plus récemment au CMP où je suis en stage, en juillet 2012. Sophie a alors treize ans et dix mois. La rencontre se fait à partir d'une demande autour de difficultés de coordinations (la motricité fine constitue une plainte plus spécifique). Une dyspraxie a été nommée par un autre psychomotricien, Sophie et ses parents semblent très attentifs à cette demande fonctionnelle perturbant la scolarité. Il est évoqué une certaine impulsivité pouvant aller jusqu'à des gestes agressifs avec ses pairs, frères ou mère. Sophie conserve une attitude discrète, laconique lors des rendez-vous. Elle semble contrôler les expressions de ses modulations affectives.

Globalement c'est effectivement toute la motricité de l'adolescente qui semble un peu saccadée, peu harmonieuse et s'effectuant avec lenteur. Il est noté que tous ces symptômes ne peuvent s'ignorer mais paraissent, pour le psychomotricien, d'intensité assez peu envahissante, en tout cas insuffisante pour expliquer les difficultés évoquées. L'hypertonie est en revanche plus marquée, et elle est amplifiée lors des modulations relationnelles : lorsque des contacts sont proposés ou que la distance corporelle se réduit. Le psychomotricien fait alors l'hypothèse que les modulations d'affects dans la relation viennent augmenter un tonus déjà très élevé. Lorsqu'elle est questionnée sur cela, Sophie semble ne pas percevoir cet état tonique et n'a pas connaissance de ce qui l'induit.
On observe également des inversions des repères spatiaux dans la salle affectant éventuellement le corps (notions de devant/derrière et inversion entre les notions de longueur et de largeur), mais dans une intensité qui paraît minime.

Les autres éléments du schéma corporel (connaissance topographique du corps, points d'appui, dessin du bonhomme, imitation de gestes..) révèlent des compétences adaptées à son âge.

Enfin le psychomotricien note quelques éléments supplémentaires. Dans le questionnaire corporel les résultats sont pauvres et on observe une crispation des mâchoires. Lorsqu'il lui demande de nommer les points d'appuis au sol en décubitus dorsal elle cite « le cul » (mot qui contraste très fortement avec l'image qu'elle donne d'elle-même). Pendant tout le bilan, Sophie recherche le regard du psychomotricien et ne lui tourne jamais le dos. L'équilibre les yeux fermés la met en difficulté.

En conclusion, l'examen psychomoteur révèle quelques éléments assez discrets (coordinations, repères spatiaux). Cependant l'hypertonie est très importante et il se pourrait qu'elle fluctue selon la modulation relationnelle.
Le psychomotricien se demande dans quelle mesure les troubles des coordinations pointés chez la jeune fille ne sont pas influencés par une large participation de l'hypertonie. A côté de ses troubles du tonus on note une forte inhibition. Le contact peut parfois être tout à fait bon, ce qui laisse penser à ce moment là que Sophie inhibe activement certaines expressions.

<u>Prises en soin passées</u> :

Première prise en soin en CMP : période allant de 2002 à 2005.
Sophie consulte pour la première fois dans un CMP (autre que celui qu'elle fréquente actuellement) à l'âge de trois ans et demi. Ceci fait suite à une orientation du pédiatre de la famille pour des problèmes d'équilibre. Néanmoins le suivi n'aura pas lieu car il n'y a pas d'adhésion des parents pour la prise en soin proposée : psychomotricité et psychothérapie.

En mars 2004 nouvelle demande de la famille avec une possible orientation en hôpital de jour. Les parents optent plutôt pour une prise en soin en CMP en psychomotricité et en psychothérapie à raison de deux fois par semaine. Par la suite Sophie ne souhaite plus poursuivre la psychothérapie, qui est alors arrêtée. Puis c'est le suivi en psychomotricité qui s'interrompt brutalement suite à un appel téléphonique du père qui souhaite y mettre un terme. Il pense alors que faire changer sa fille d'école suffira pour une évolution des troubles. En me renseignant j'apprends que ces décisions du père font suite à une réunion à l'école qui s'est mal passée.

La prise en soin en psychomotricité se déroule donc de juin 2004 à juillet 2005. Elle a pour projet d'améliorer l'adaptation motrice, de favoriser l'assurance de la fillette. Un travail autour du schéma corporel et de la prise de conscience du corps est également envisagé. La psychomotricienne observe que Sophie a du mal à accepter les règles de vie en communauté (elle pousse les autres enfants), elle est très tactile (ce qui diffère d'aujourd'hui) et a du mal à extérioriser ses sentiments. En juin 2005 la psychomotricienne dit qu'elle « fait bonne impression ». On peut se demander là si les réactions de prestance et son hypercontrôle sont déjà présents ?

Depuis 2005 : SESSAD et libéral.
Les données que j'ai pu récolter sur son parcours de prise en charge après 2005 sont assez floues et très succinctes. J'apprends qu'à la suite de l'arrêt brutal des prises en charge au CMP, Sophie est suivie dans un SESSAD pendant cinq ans. Après un nouvel arrêt elle bénéficie de soin en psychomotricité en libéral.

En 2012 : retour en CMP.
Les parents s'adressent de nouveau à un CMP en vue d'une prise en soin pour leur fille. Le suivi en psychomotricité débute en septembre 2012 avec des activités dynamiques autour de l'adaptation de la puissance musculaire (tir à la corde…). En octobre, le psychomotricien propose davantage de travail au sol autour des états toniques et de la contraction musculaire.

Diagnostic :

A la suite des différents bilans réalisés l'équipe du CMP décide de proposer une prise en soin individuelle en psychomotricité. Sophie présente une inhibition, une impulsivité avec une blessure narcissique, des troubles de l'articulation et de la coordination motrice. Il est rapporté qu'il y a une tristesse de l'adolescente quant à sa situation de « personne handicapée » entraînant des relations avec ses pairs compliquées allant jusqu'à un rejet total des autres enfants. La pédopsychiatre note cependant qu'il n'y a pas d'idéation suicidaire ni de thématique délirante.

2.b.3 Suivi actuel en psychomotricité : projet de soin et déroulement sur l'année.

Première rencontre et début de prise en soin :

Ma première rencontre avec Sophie se fait en octobre 2012. Elle retient mon attention car je garde encore le souvenir d'une adolescente très inhibée et intimidée par ma présence; et ce malgré le fait qu'elle y était préparée (le psychomotricien avait demandé son accord). J'observe dès la première séance des signes cliniques très importants qui révèlent des réactions de prestance importantes, une hypertonie globale marquée (jusque dans la démarche et les membres inférieurs), des difficultés d'élocution ainsi que dans le contact (notamment avec le sexe opposé : les réactions toniques sont davantage notables). Elle semble dans un hypercontrôle et donne une image très lisse d'une jeune fille dans la maîtrise de sa présentation. Cet effet est accentué par les réactions de prestance.

Lors de la première séance Sophie verbalise très peu pendant le temps de présentation mais elle me regarde beaucoup et esquisse de légers sourires, que je lui rends. Le psychomotricien propose une alternance entre un travail sur la régulation tonique au sol (contraction-décontraction) suivi d'une activité centrée sur la motricité fine (mikado) au bureau.

- Lors du **travail corporel** au sol on observe une attitude très figée qui donne une impression de grande raideur au niveau des membres inférieurs et supérieurs. Cette tonicité importante entrave également la respiration avec un diaphragme (thorax) ne s'élargissant quasiment pas ; le volume d'air inspiré est donc faible.

Sophie est tellement crispée que ses épaules sont remontées (donnant l'impression que sa tète est enfoncée entre) ; les bras sont en extension. La vue d'ensemble me fait penser à un scaphandre. L'exercice proposé consiste à ce que nous posions nos mains sur une des parties du corps de Sophie (par exemple le bras) et celle-ci doit réussir à soulever cette partie. Ce contact physique semble difficile pour Sophie qui se raidit davantage, mais ce phénomène est moins notable à mon contact. De plus on remarque une difficulté à la régulation tonique : lorsqu'on lui demande de serrer le poing c'est l'ensemble de son corps qui se rigidifie (jusqu'aux orteils).

- **Motricité fine** : à travers le mikado je suis un peu étonnée de l'aisance de Sophie car malgré ses raideurs elle semble agile dans ce jeu. Elle change les règles à mon avantage et je me demande alors si ce n'est pas une façon d'établir une relation et une complicité avec moi.

<u>Les signes cliniques de l'inhibition psychomotrice chez Sophie</u> :

- **Au niveau cognitif** : malgré un redoublement en CP et la nécessité pour l'adolescente d'être assistée par une assistante de vie scolaire ; Sophie poursuit une scolarisation tout à fait classique et un passage en troisième générale est prévu pour le moment. Cependant à travers les dossiers on remarque que l'épilepsie dont elle souffre a eu un retentissement sur ses capacités cognitives en freinant, notamment, dans sa petite enfance ses apprentissages. On note également un imaginaire appauvri qui se reflète dans le jeu du Squiggle réalisé lors d'une séance. Il y a un ajustement excessif et rigide à l'environnement qui lui confère d'autant plus l'image d'une jeune fille très bien élevée.

  Une fois, je lui demande ce qu'elle choisirait si elle pouvait décider entre aller à l'école ou rester à la maison, elle me répond « aller à l'école, parce qu'il le faut ». Sophie colle au discours de ses parents, plus particulièrement de son père qui est omniprésent dans la vie familiale et notamment celle de sa fille. Lorsque je rencontre les parents, son père répond à sa place ne lui permettant pas de s'exprimer. On peut penser que de ce fait, Sophie est mise dans une position passive où son père « pense et s'exprime pour elle ».

- Dans la **sphère affective** on note de fortes réactions de prestance ainsi que des réactions tonico-émotionnelles avec : des tremblements au niveau du menton quand on lui pose des questions ; des rougeurs au niveau du visage et des crispations toniques lorsqu'elle est mal à l'aise ou quand il y a un contact physique (notamment avec un homme). Sophie est une adolescente timide et isolée à l'école : elle n'a aucun ami et de fréquentes disputes éclatent au collège avec ses camarades de classe. L'adolescente a tendance à décharger facilement son agressivité en frappant les autres enfants lors de dispute. D'une certaine façon elle est encouragée par son père qui l'appui en lui disant qu'elle a raison de se défendre (pas de respect des règles instituées au collège).

- Au niveau de **la communication** on observe des difficultés relationnelles et peu de verbalisation spontanée. Elle s'exprime de façon laconique et le volume sonore est parfois faible (chuchote).

- Pour ce qui est de **la motricité** on observe une hypertonie globale, des paratonies (notamment au niveau des membres supérieurs). La démarche est raide. Sa motricité manque de fluidité, de souplesse et de précision. De plus, on remarque des difficultés d'adaptation et de régulation musculaire. Enfin son articulation est entravée (ce qui rend parfois sa compréhension difficile) par des crispations des mâchoires.
  Ceci donne une expression faciale stricte, tendue. Cependant, en ce qui concerne l'hypertonie on doit garder à l'esprit l'intrication éventuelle avec l'épilepsie (séquelles) et/ou de son traitement médicamenteux. Autrement dit il ne faut pas oublier l'importance et l'incidence que son épilepsie a pu avoir sur ces capacités intellectuelles et motrices. Au cours d'une séance Sophie dit que l'école « est l'endroit où elle se sent le plus tendue ». Nous pouvons peut-être faire un lien avec le fait que Sophie rencontre des difficultés à l'école, notamment avec ses pairs et que cela a un impact sur son état tonique.

Projet de prise en soin :

Dès la deuxième séance le psychomotricien me propose de mener les séances et de monter un projet de prise en soin en psychomotricité pour Sophie. Pour se faire je m'appuie sur la lecture de ses dossiers, les signes cliniques que j'ai pu observer lors de la première séance et mes lectures sur l'inhibition psychomotrice. Selon les deux typologies de Bergès, Sophie présenterait ce qu'il appelle l'inhibition par hypercontrôle.

Avec Sophie j'ai fait le choix d'opter pour un suivi centré sur le tonus et la motricité étant donné l'ampleur de son hypertonie. Pour sa typologie mon cheminement est l'inverse de celui que j'ai pour Antoine. Ainsi je me suis demandée si une prise en soin centrée sur la motricité (et la régulation tonique) ne pourrait pas avoir une influence sur l'inhibition, à savoir sur le versant moteur et par la suite sur la sphère affective et relationnelle. En effet pour Wallon [(34)] ce sont les modifications toniques et posturales qui déclenchent des émotions et vont induire des modifications des affects.

A partir de cette hypothèse et de ce que j'ai pu voir lors de la première séance je réfléchis à plusieurs pistes : des activités autour des coordinations dynamiques générales et de l'équilibre, des mobilisations passives, du massage… Mais les deux dernières pistes me semblent trop précoces étant donné qu'elles impliquent un toucher et je crains que cela provoque des réactions tonico-émotionnelles et accentue davantage une tonicité élevée. Je choisis alors un projet dans la continuité de ce que le psychomotricien avait commencé à amorcer (même si cela était légèrement différent) basé sur de la relaxation : **la méthode Jacobson**.

[34] : WALLON H., Les origines du caractère chez l'enfant, éd. Puf, 2009. Chapitres 6 et 8.

Qu'est ce que la méthode Jacobson [35] et quels avantages pour Sophie ?

Je m'appliquerai ici à être assez concise juste pour rappeler les grands principes de Jacobson qui m'ont permis d'élaborer une réflexion et un projet de prise en soin. Jacobson est un médecin américain du début du 20ème siècle. Selon lui les troubles nerveux (angoisse, peur…) proviennent de désordres de tensions, pensée similaire à celle de Wallon. Ainsi l'apaisement psychique et émotionnel ne pourrait résulter que d'une détente complète passant par un travail musculaire.
De ce fait la détente des muscles squelettiques aurait une influence sur les muscles lisses (ceux des viscères) et muscles cardiaques. Ce relâchement des différents groupes musculaires permettrait un apaisement psychique.

Sa méthode vise plusieurs objectifs, à savoir :

- **La diminution du tonus musculaire** afin de « mettre le cerveau au repos » par la diminution de la « tension cérébrale et du niveau émotionnel ».
- **La reconnaissance et l'acceptation des sensations et affects** induits par la relaxation ; car il faut garder en tête que la relaxation peut permettre une certaine régression de l'individu. Sophie a beaucoup de mal à exprimer ses émotions ; très souvent elle dit ne rien ressentir.
  Il s'agit là de l'aider, par un côté régressif à lâcher prise, à laisser venir et à accepter la survenue d'affects.
- **Le contrôle et la régulation tonique** des différents groupes musculaires permettant « l'utilisation optimale des muscles ». Il s'agit en effet d'effectuer des séries de contraction/décontraction dans certaines parties du corps.

Cette méthode m'a parue d'autant plus pertinente puisqu'elle ne nécessite pas de contact physique (entre soignant/soigné) ce qui ne va pas venir influer sur son état tonique. De plus, mis à part mes demandes (de contraction…) Sophie reste la seule personne active dans cette relaxation puisque c'est elle qui provoque la contraction et qui choisit le moment du relâchement. La méthode de Jacobson est avant tout une méthode de relaxation et lorsque je rencontre Sophie il me semble intéressant de lui proposer des moments « qu'à elle » où elle puisse se détendre et se recentrer.

De plus cela reste une méthode assez globale qui permet de toucher à différents aspects :

- ✓ Une prise de conscience du corps, des sensations et des affects
- ✓ Des dissociations : entre les différents groupes musculaires ; haut/bas du corps, gauche/droite,
- ✓ Un contrôle tonique volontaire,
- ✓ Un travail sur le schéma corporel.

Déroulement de la prise en soin actuelle en psychomotricité :

Les séances se déroulent à raison d'une fois par semaine pendant quarante cinq minutes. Je lui explique lors de la seconde séance le but de la nouvelle orientation de la prise en soin, son contenu et je lui demande son approbation pour commencer ; ce qu'elle fait. Je lui présente aussi une feuille où figurent deux dessins d'enfant.

[35] : Livret fourni en deuxième année de psychomotricité, Formation de relaxologue, Jacobson et la relaxation progressive.

- **Vers la reconnaissance de ses états toniques :**

Le « schéma du bonhomme » [36] à compléter est utilisé en pédiatrie pour quantifier et localiser la douleur. C'est une auto-évaluation. Je l'utilise ici pour localiser, indiquer et quantifier les zones où le tonus est plus ou moins important. Pendant quelques temps je lui demande de les remplir en début et en fin de chaque séance pour savoir ce qu'elle ressent et pour travailler sur les zones les plus tendues. Cela me permet de voir également s'il y a une évolution possible.
Je lui laisse un peu d'autonomie dans le choix des couleurs, si elle souhaite ajouter des ressentis, elle peut également quantifier différemment les légendes sur l'intensité tonique.

Au début Sophie prend son temps pour essayer de transposer ses ressentis sur les schémas ; une fois elle colorie même jusqu'au bout des doigts. Avec ce support et les résultats début/fin de séance, je constate que la relaxation lui apporte une détente musculaire (***voir annexe 4***). Mais après plusieurs séances j'arrête cette proposition car Sophie n'y adhère plus : elle colorie grossièrement, comme pour aller plus vite. Son faciès semble exprimer un désintérêt pour la tâche à réaliser.

Cependant, lorsque Sophie ne bénéficie pas de ce support elle est incapable de faire un retour oral sur sa tonicité. Ainsi soit elle dit qu'il n'y a pas de différence soit elle dit qu'elle se sent bien ou encore qu'elle n'a rien ressenti. Mais elle n'arrive pas à élaborer plus que cela. Après environ sept mois de suivi, Sophie parvient à reconnaître et à verbaliser un phénomène tonique qui s'est déroulé pendant une séance. Ainsi, au début de la relaxation (durant la phase sur la respiration) on observe une myoclonie au niveau de la jambe droite. Arrivée à la fin de la séance je questionne Sophie sur d'éventuels phénomènes qui auraient pu se passer pendant la relaxation. Elle me répond qu'elle a bien ressenti quelque chose : « la jambe qui a bougé ». Elle est également capable de dire de quelle jambe il s'agit.

Enfin comme je l'amorçai précédemment Sophie est capable de différencier les situations où elle se sent plus ou moins tendue. Elle est donc un peu consciente de ses états toniques.

- **Aller vers un relâchement musculaire et une détente psycho-corporelle.**

Dans le souci d'être concise et comme le contenu des séances (activités) reste quasiment le même, je vous rapporterai ici l'évolution globale en ce qui concerne la détente et le relâchement.

De mi-octobre à fin novembre :

Au début de la prise en soin, Sophie est très tendue. Parfois lorsqu'elle s'allonge cela me renvoie à une image de « piquet » : les bras sont ramenés près du buste et les jambes sont collées. La contraction musculaire d'un seul membre (en l'occurrence d'un bras) n'est pas possible puisque c'est quasiment tout le corps qui est engagé dans celle-ci : les membres supérieurs et inférieurs, le visage (froncement des sourcils) ainsi que le torse (respiration entravée). Les épaules vont jusqu'à s'enchevêtrer avec la tête.

[36] : Schémas trouvés sur le site internet pedidol.org

Pendant les phases de décontraction on observe des exagérations et des participations actives dans le sens où Sophie se met à étirer ses doigts avant de les relâcher. Ce qui ne permet pas un réel relâchement tonique, bien au contraire. Au niveau du visage les différents mouvements des yeux (qui bougent sous les paupières) et les froncements de sourcils laissent penser qu'il y a une agitation psychique. Ainsi, lorsqu'il n'y a pas de relâchement tonique, il n'y a pas non plus de détente psychique.

De fin novembre à début février :

Après plusieurs séances je me demande si des balles en mousse ne pourraient pas aider Sophie dans sa régulation tonique. Elle aurait ainsi à disposition un objet malléable, souple qui se « déforme » en fonction de la force musculaire qui est déployée. Lorsque j'introduis ces balles dans la relaxation je verbalise toujours que je vais venir lui mettre dans la main afin qu'elle s'y prépare. De cette façon je souhaite éviter des crispations toniques liées à la surprise d'un contact physique. Cela paraît bien fonctionner.

Les balles semblent être un support adéquat pour Sophie. En effet, au fil des séances on constate une meilleure régulation tonique. L'utilisation des balles canalise la contraction vers la partie du corps dans laquelle elle se trouve. La balle, placée dans la paume de la main, mobilise le bras demandé et on note moins de contractions parasites dans le reste du corps. Sophie commence à prendre plus son temps entre chaque série de contraction/décontraction, son visage se détend et s'adoucit. Vers mi-décembre elle prend, pour la première fois, le temps de se relever après la relaxation mais le passage de la position allongée à assise reste brutal.

On observe également que le travail au niveau des membres supérieurs a des répercussions sur l'état tonique des membres inférieurs. Au tapis on note une ouverture des chaînes articulaires des jambes (ainsi que des bras). Le relâchement musculaire est aussi plus important et la détente est d'autant plus visible que Sophie, lors d'une décontraction, laisse échapper la balle de ses mains.

Progressivement les aspects relationnels et communicationnels s'améliorent : Sophie arrive avec le sourire, son visage exprime de la gaieté et quelques échanges verbaux s'amorcent. Elle nous parle de ses problèmes à l'école, notamment avec ses camarades. Elle raconte qu'elle doit faire face à des moqueries et des insultes et que face à cela elle en vient aux mains. Lors de son récit, des rougeurs apparaissent et elle semble très attristée de la situation (ce qui figure dans les dossiers).

De février jusqu'à présent :

Les progrès continuent dans le sens d'un meilleur relâchement tonique pendant les séances. La force musculaire est bien régulée, les paratonies sont de moins en moins présentes et Sophie semble de plus en plus apaisée pendant la relaxation (visage détendu, voire esquisses de sourires pendant la séance). Parfois sa tête va jusqu'à glisser du coussin tellement elle se détend. Les balles lui échappent davantage des mains (pendant les phases de décontraction). Elle laisse venir des soupirs et prend le temps de revenir à elle (en fin de relaxation), de bouger les parties du corps (pour retrouver progressivement du mouvement) et de se relever en douceur.
On constate quelques myoclonies pendant les relaxations ce qui me fait penser à celles que l'on peut avoir en début de sommeil (donc lorsque nous sommes détendus). C'est aussi la période où elle est la plus apprêtée, où elle est la plus féminine (style vestimentaire, accessoires capillaires…).

Plusieurs manifestations commencent à apparaître pendant les séances de relaxation laissant penser que des images, sensations ou ressentis arrivent à la conscience. Une fois elle fait un « non » de la tête pendant la phase sur la respiration (séries d'inspiration/expiration de plus en plus importantes). On peut alors se demander à quoi est destiné ce non ? Serait-ce une image qui aurait fait surface mais qui ne serait pas acceptable donc refoulée ? A la fin de la séance, elle n'y fera pas allusion.

Récemment, la fin de séance fut compliquée alors que la relaxation s'était bien passée. Au moment où elle rouvre les yeux, les mouvements oculaires augmentent (balayage visuel comme si elle cherchait quelque chose ou quelqu'un), des larmes apparaissent au coin des yeux, le menton se met à trembler. On observe également des rougeurs au niveau des pommettes, des froncements de sourcils et elle reste immobile : comme si une émotion, trop forte, la paralysait. Pendant près de vingt minutes Sophie ne bouge pas, elle reste allongée sur le tapis mais reste en contact verbal avec le psychomotricien et moi-même.
Nous tentons alors de l'apaiser, de la calmer et de comprendre avec elle ce qui a pu se passer. Elle est d'accord avec nous sur le fait que « quelque chose a fait surface » mais elle dit ignorer de quoi il s'agit. Nous lui faisons savoir que la relaxation peut induire ce genre de réaction et que nous sommes là pour l'accueillir avec elle ; nous tentons de dédramatiser l'ambiance sans minimiser les émotions et les réactions que cela peut susciter. Avec le psychomotricien, une hypothèse nous vient alors.

D'habitude, à la fin de la relaxation nous sommes chacun d'un côté du tapis (et toujours à la même place) pour accueillir Sophie. De cette façon nous lui proposons un support, une accroche visuelle. Systématiquement elle tourne la tête vers moi et me regarde. Or cette fois-ci je me trouve du même côté que le psychomotricien, Sophie n'a donc pas mon regard direct comme soutien. Peut-être qu'elle n'a pas eu la réassurance dont elle bénéficie d'habitude notamment par rapport au cadre thérapeutique et nos placements autour du tapis. En n'ayant plus l'appui visuel cela a pu laisser la place (pendant ce moment de régression qu'implique la relaxation) à d'autres images, sensations déconcertantes voire déstabilisantes. Un véritable relâchement psychocorporel semble s'être opéré ici.

C'est à cette époque que le suivi prend un nouveau tournant.

Dans l'idée de faire évoluer un petit peu la prise en soin, tout en maintenant un socle constant (la relaxation) le psychomotricien et moi-même souhaitons incorporer « un peu de différent » sur les dix dernières minutes de la séance. N'envisageant pas la même idée, nous laissons le choix à Sophie entre : ne rien changer, changer un petit peu mais elle en décide le contenu. Ou bien un petit temps de parole (préconisé par le psychomotricien) ou un moment de créativité (mon idée). Au début Sophie n'arrive pas à se décider. Cependant, après la séance difficile nous nous retrouvons quinze jours plus tard (absente entre temps à cause de l'école). A son retour Sophie a fait son choix : ce sera de la créativité. Avec ce moment complémentaire à la relaxation j'ai le souhait de mettre à l'œuvre son imaginaire, son inventivité et de lui permettre de s'exprimer d'une manière autre que verbale (puisque cela est compliqué).
Pendant ce temps à la fin Sophie reste quand même libre de choisir une activité ce qui permet de la replacer comme personne active et de lui redonner des prises d'initiatives. Lors de la première séance avec ce changement Sophie choisit une activité de motricité fine (un labyrinthe sur plateau avec deux manivelles sur les côtés qui permettent d'incliner le plateau pour faire avancer la bille).

Ce choix m'étonne : non seulement parce que ce n'est pas vraiment du côté de la créativité mais en plus parce que cette activité pourrait la mettre en difficulté (du fait de ses troubles). Néanmoins je respecte son choix. On note des tremblements (au niveau des mains et doigts), Sophie échoue mais elle prend plaisir dans l'activité (recommence, rigole…) et souhaite réitérer l'expérience à la prochaine séance.

- **Le travail sur la respiration :**

En début de relaxation je consacre environ dix minutes à l'entrée en relaxation : ressentir les points d'appuis, porter son attention sur l'état (tonique…) dans lequel se trouve notre corps, comment on se sent (état émotionnel), se concentrer sur ma voix, accueillir les bruits extérieurs mais sans les retenir… Je propose également un travail sur la respiration qui est pour moi une première étape essentielle pour amorcer un processus de détente.

En effet, il existe une relation entre respiration et état émotionnel : la vie psychique influe sur la respiration et réciproquement. Quand la respiration est agitée, inégale, saccadée, l'organisme se trouve dans un état d'anxiété : la fréquence respiratoire devient plus rapide et plus ample. Au contraire, quand la respiration est posée, régulière, elle entraînerait un certain calme et repos de l'esprit. La régulation de la respiration est donc importante, car elle peut permettre à l'individu d'aller vers un état plus apaisé, faire diminuer les tensions qui peuvent être présentes. Observer la respiration du patient permet donc d'avoir une idée de l'état émotionnel (affectif) dans lequel il se trouve. Les exercices respiratoires favorisent la prise de conscience du corps. Le contrôle de la respiration va permettre à l'enfant une maîtrise plus adéquate de son corps et une meilleure adaptation aux activités dynamiques (éviter un essoufflement trop important). Les exercices respiratoires sont également importants parce qu'ils permettent de mieux oxygéner le corps et notamment le cerveau.

Un travail est nécessaire sur cette fonction car Sophie présente des difficultés à ce niveau au début de la prise en soin. Pendant l'inspiration on remarque un raidissement global et lors de l'expiration on observe qu'à la fin les poumons ne sont pas totalement vidés. Au début on note des soubresauts (au niveau du bas du diaphragme) et des phases d'apnée entre la fin de l'expiration et le début de l'inspiration.

Régulièrement Sophie s'arque lors d'inspiration importante. Nous reprenons alors ensemble les différentes phases de l'respiration à l'aide d'une balle. Je lui propose de poser cette balle sur son ventre et de jouer à la faire monter et descendre pour voir les mouvements impliqués par la respiration. Je lui explique et fais en même temps la démonstration sur moi : à l'inspiration la cage thoracique s'ouvre et le ventre se gonfle : la balle est montée. Tandis qu'à l'expiration le ventre se dégonfle et la cage thoracique se rétracte : la balle est redescendue. Cette démonstration et le support visuel de la balle sur elle (ainsi que le ressenti ventre gonflé/dégonflé) paraissent efficaces puisqu'après Sophie réajustera ses mouvements respiratoires.
Au fil des séances Sophie laisse échapper de véritables soupirs et on note une décontraction progressive du diaphragme ce qui fait gagner en fluidité et en détente musculaire. Pendant les séries de contraction/décontraction elle est parvenue assez rapidement à associer inspiration avec contraction et expiration avec décontraction.

Ressentis personnels :

Avec Sophie il y a une très bonne accroche dès le premier rendez-vous où elle échangeait des regards complices avec moi. Je pense que le fait d'être une fille a pu la soutenir dans le sens où dans sa famille c'est le père qui régie le fonctionnement et nous sommes toutes les deux du même sexe. De ce fait les contacts ou la proximité physique peuvent être autrement acceptables qu'avec un homme (qui pourrait lui rappeler son père). De plus Sophie est une jeune adolescente très sympathique avec qui j'ai eu un bon contre-transfert. J'ai essayé au maximum de l'étayer mais sans vouloir être trop insistante, en lui laissant toujours le choix de ne pas dire ou de ne pas faire. Sophie a également bien investi la relation dans le sens où elle a accepté de reculer l'heure de notre rendez-vous pour que je puisse continuer à y assister.

Lors de la séance difficile j'ai été très touchée par la réaction de Sophie que j'ai ressentie comme de la détresse. J'avais l'impression d'être un peu démunie face à ce qu'elle pouvait vivre, ressentir. De plus en voyant ses larmes au coin des yeux j'ai trouvé cela émouvant car c'était la première fois que Sophie laissait transparaître une émotion. Et en même temps j'avais l'impression qu'elle déployait une grande énergie pour que cela soit le moins visible possible ou pour retenir ses larmes : elles n'ont pas coulé le long de son visage ce qui restait donc un phénomène discret.

2.b.4 Synthèse de l'évolution globale.

Sophie est uniquement suivie en psychomotricité. Depuis sa première rencontre avec la pédopsychiatre, Sophie n'a pas eu de nouveaux rendez-vous avec elle. Il n'y a pas non plus eu d'autres rendez-vous avec le neurologue depuis l'arrêt du traitement. Je ne vous parlerai donc que de l'évolution de la prise en soin en psychomotricité.

2.b.5 Bilan de la prise en soin en psychomotricité.

Au fur et à mesure je sens un réel accrochage de Sophie avec la relaxation proposée et dans la relation thérapeutique. Nous retrouvons Sophie de plus en plus avec le sourire, et ce dès la salle d'attente. Elle s'est bien appropriée la relaxation dans le sens où non seulement elle semble y trouver un moment de détente mais elle devient de plus en plus active (capable de refuser certaines propositions…). Au fil du temps Sophie a vraiment pris son temps dans la relaxation et à différents moments :

- Au début de la relaxation : au moment de s'allonger et de trouver la position confortable on note des ajustements au niveau des parties du corps. Il n'y a plus de difficulté à fermer les yeux, comme cela a pu être le cas au début. En effet fermer les yeux peut être difficile car cela implique un certain lâcher prise, une réduction de la maîtrise.
- Entre les différentes séries de contraction/décontraction : elle ne se précipite pas dans une nouvelle contraction, elle prend le temps de se poser entre chaque, de retrouver une respiration calme, posée. Même lorsque j'essaye d'accélérer le rythme Sophie me fait ralentir dans le sens où elle ne réalise pas la contraction immédiatement après ma demande. De cette façon elle me signifie qu'elle a besoin de ce temps et que je dois m'adapter à son rythme.

- En fin de relaxation : elle prend le temps de ressentir la détente (lorsque j'arrête de parler et que les séries sont terminées), de bouger certaines parties du corps, de rouvrir les yeux et de revenir en position assise.

La prise en soin a également permis une amélioration **au niveau narcissique et de l'image de soi**. Mais je ne saurais dire si cela est dû à la méthode de relaxation, à la relation contenante que nous pouvons lui offrir ou un mélange des deux. Sophie s'apprête et fait de plus en plus attention à elle. Elle se féminise : elle varie ses coiffures et les coupes de cheveux, elle fait plus attention à son style vestimentaire et rajoute même des petits détails (barrettes et serre-tête dans les cheveux, tatouage de carambar sur les mains …).

Au niveau de **la communication** on observe peu d'évolution. On ne remarque plus de tremblements au niveau du menton lorsqu'elle s'adresse à nous, elle nous regarde davantage dans les yeux et arrive à nous parler de ses problèmes rencontrés à l'école (disputes avec les camarades, ses réactions…) et de certaines émotions (colère…). Là où la communication est réduite c'est lorsque nous abordons les ressentis, les sensations qu'elle aurait pu avoir pendant la relaxation. Lorsqu'à la fin de séance je lui demande un retour sur ce qu'elle vient de vivre, ses réponses sont toujours les mêmes : « c'était bien », « qu'as-tu ressentis ? « rien » ». Je ne pense pas qu'elle ne ressente rien car ne serait-ce qu'au niveau du visage on observe une détente, parfois un léger sourire se dessine sur son visage … De plus lorsque l'on compare les dessins avant/après la séance on remarque que le ressenti tonique est différent : le tonus est abaissé.

Il est possible que Sophie ne soit pas encore en mesure de pouvoir mettre des mots sur ses sensations, ses ressentis. Néanmoins elle commence progressivement à admettre certains états internes, il y a moins de déni. Par exemple deux semaines après la fin de relaxation compliquée (où Sophie était restée immobile pendant vingt minutes allongée sur le tapis), elle dit s'en souvenir et dit qu'elle « a eu du mal à se relever ». Certes elle n'a pu expliquer la raison de cette réaction, mais elle l'accepte.

Pour ce qui est de **la motricité** on note quelques changements. Tout d'abord Sophie a une meilleure régulation tonique dans le sens où elle arrive maintenant à isoler les contractions d'un groupe musculaire demandé. Par exemple lorsqu'elle contracte le bras gauche, ce n'est plus tout le corps qui se rigidifie. De plus elle parvient beaucoup mieux à « doser » l'intensité de ses contractions : faible, moyenne, forte. Cette observation a été d'autant plus facilitée à partir du moment où j'ai introduit l'utilisation des balles en mousse. La régulation tonique a des répercussions dans sa démarche : celle-ci est moins raide, même si l'hypertonie n'a pas disparue. La relaxation a également eu des effets étonnants à des endroits que je n'aurai pas imaginés. Ainsi cette méthode a une forte incidence au niveau de son visage et de sa détente. Les sourcils ne sont plus froncés, les mâchoires sont détendues (même en arrivant en séance) et les traits sont lissés.

Tout cela confère une impression de douceur et comme le rapporte le psychomotricien cela la rend « jolie ». Enfin cela a eu un impact sur ses muscles respiratoires permettant une respiration plus posée, régulière. Cela peut traduire un état interne un peu plus apaisé avec des tensions moins présentes et se répercutant moins dans son tonus.

2.b.6 Réflexions et perspectives.

Dans ma prise en soin avec cette adolescente j'ai beaucoup adapté mes propositions en fonction de sa problématique et de sa symptomatologie. Par exemple je n'ai pas appliqué de manière stricte la méthode Jacobson. Ainsi j'ai utilisé des balles en mousse afin de mieux observer la régulation quantitative du tonus : en fonction du degré d'écrasement de la balle je pouvais percevoir la force mise en œuvre. J'ai également privilégié certaines parties du corps notamment les membres supérieurs. En effet, Sophie présente une dysgraphie et a besoin d'un ordinateur à l'école pour écrire. Il m'a donc semblé important d'insister sur ces parties du corps, sachant que leur tonus est plus élevé que dans les membres inférieurs (donc engendre plus de difficultés).

De plus, nous avons beaucoup travaillé sur sa respiration. En effet, tout le corps participe au mouvement respiratoire : de haut en bas (thoracique, abdominal), d'avant en arrière... La respiration sert de support, dans la phonation, au langage. Elle est une interface entre le dedans et le dehors et entre la tonicité et la détente musculaire. Touchée dans l'inhibition psychomotrice cela m'a parue important de l'aider à obtenir une respiration plus posée, régulière.

Contrairement au protocole de Jacobson j'ai fait le choix de ne pas faire d'induction verbale. Je disais simplement à Sophie d'attirer son attention sur son tonus, sur la différence entre le bras gauche et le bras droit pour constater s'il y a avait des différences ou non … Autrement dit je souhaitais simplement lui signaler qu'il y avait des choses à ressentir mais sans lui dire quoi précisément. De cette façon je voulais éviter un collage à mon discours.

Au vu des résultats obtenus je pense qu'il serait judicieux de continuer le suivi car Sophie semble s'être bien appropriée la proposition ; elle paraît intéressante et adaptée pour ses troubles. En effet la jeune fille a demandé à ses parents de lui offrir pour noël les « gros ballons » que l'on retrouve dans les salles de psychomotricité. Ces moments où elle vient en séance lui permettent d'avoir un instant que pour elle, où les adultes sont disponibles et lui laissent une position active sans lui dire ce qu'il y a à penser. Cependant il risque d'y avoir encore beaucoup de travail car Sophie ne semble pas encore tout à fait prête à délivrer les contenus psychiques trop empreints d'affectivité. Je pense qu'il pourrait être intéressant, dans le futur, d'aborder progressivement un massage et des mobilisations passives afin de compléter le relâchement musculaire et amener une part relationnelle plus importante.

Avec le psychomotricien nous avons toujours des questionnements sur le fait que Sophie arrive avec la braguette ouverte pratiquement à chaque séance. Certes sur un des pantalons la braguette est cassée mais par sur les autres. Est-ce que cela a une signification et si oui qu'est ce que Sophie cherche à nous dire en arrivant vêtue de la sorte ? Nous ne lui en avons rien dit, peut-être que si je devais le refaire je lui en parlerai. Mais je crains que cela ne la perturbe.

Conclusion :

Le mémoire est pour nous l'occasion d'approfondir des connaissances sur un thème choisi. Il retrace notre cheminement théorico-clinique pour répondre à des hypothèses et problématiques soulevées par le sujet.

Mes questionnements et hypothèses se sont posées d'elles-mêmes avec la clinique que j'observai en stage à partir de deux prises en soin d'adolescents présentant une inhibition psychomotrice massive. Ainsi en m'appuyant sur mes recherches, et notamment sur les deux typologies de Jean Bergès, j'ai souhaité orienter ces suivis selon deux axes différents :

- une prise en soin axée du côté de la motricité, du contrôle tonique pour une inhibition par hypercontrôle (Sophie),
- une prise en soin sur un versant plus émotionnel, sur l'expression des affects et l'aspect relationnel pour l'inhibition par suspension de l'initiative motrice (Antoine).

Comme je le disais précédemment il m'est difficile d'avoir suffisamment de recul par rapport à ce que j'ai pu proposer pour être totalement objective. En effet je pense ne pas avoir assez de distance du fait de la proximité temporelle entre la rédaction du mémoire et le stage.

Cependant j'ai tout à fait conscience que mon cheminement et mon raisonnement peuvent être contestés dans le sens où je me suis appuyée sur une théorie qui clive l'inhibition psychomotrice en deux versants. Or je sais que la sémiologie de ce trouble n'est pas toujours aussi figée. Néanmoins durant mon stage j'ai accompagné deux patients pour qui c'était le cas et j'ai voulu voir s'il était pertinent de proposer deux projets différents selon la typologie présentée.

Après environ sept mois de prise en soin j'ai pu constater des évolutions pour les deux patients (comme j'ai pu les évoquer précédemment). Ces suivis ont donc eu un effet bénéfique sur ces enfants en permettant quelques progrès et une légère l'ouverture vers leur environnement extérieur. Cependant ces progrès ne sont pas majeurs et il faudrait pouvoir continuer une telle prise en soin sur une période plus longue pour voir l'évolution de l'inhibition.

A partir de mes hypothèses de départ je conclus maintenant sur le fait qu'une prise en soin axée d'une manière différente pour ces deux enfants me paraît toujours intéressante. Certes je ne suis pas parvenue à une levée de l'inhibition psychomotrice, mais étant donné l'ampleur de cette dernière chez ces enfants cela me semble compliqué d'y parvenir en si peu de temps. Le suivi axé sur un versant affectif et émotionnel pour une inhibition par suspension de l'initiative motrice a permis en partie une levée de l'inhibition émotionnelle : Antoine accepte davantage ses affects, il peut les verbaliser. A défaut d'avoir eu un réel impact sur la motricité pour l'instant ; cette avancé lui a permis d'être mieux en relation avec autrui et il paraît accepter de plus en plus mes propositions. Antoine est plus ouvert à la nouveauté ; la crainte du jugement d'autrui et son autodépréciation sont moins présentes. Ceci est peut-être la conséquence d'une relation thérapeutique sécure, Antoine semble plus en confiance dans la salle de psychomotricité ce qui lui permet d'essayer de nouvelles activités.

En ce qui concerne le suivi axé sur la motricité et le contrôle tonique pour une inhibition par hypercontrôle les résultats commencent à se faire sentir (même s'ils restent lents et minimes) tant dans la sphère motrice que dans la sphère relationnelle et émotionnelle. Ainsi au niveau moteur nous avons quelques progrès du côté du contrôle de la régulation tonique (*comme évoqué dans la partie études de cas).* Cette prise en soin a également eu un impact sur la sphère émotionnelle puisque nous avons dorénavant à faire avec une jeune adolescente qui s'apprête de plus en plus et qui prend soin d'elle.

Néanmoins j'ignore si un autre type de suivi pour ces deux enfants aurait pu permettre une même avancée.

De plus l'affectivité est en constante interaction avec la motricité du sujet. Cette influence n'est pas unilatérale mais réciproque. La réponse à la question « qui influence qui ? » m'est incertaine et elle l'est également pour certains auteurs : on peut prendre exemple des théories des émotions de Cannon-Bard et James qui sont à l'opposé l'une de l'autre. C'est en tout cas le tonus qui est leur voie finale commune.

Arrivée en fin de stage je me demande si proposer un suivi groupal pour ces enfants aurait pu être intéressant. Il pourrait être axé autour d'une médiation ludique afin d'apprendre à être ensemble et de multiplier les interactions entre eux. Dans mon idée, ce suivi en groupe serait proposé en complémentarité d'une prise en soin individuelle afin de permettre à ses enfants de continuer à trouver un appui dans une relation duelle. Récemment lors d'une séance Antoine dit qu'il ne pourrait pas faire certaines activités (en l'occurrence peindre) devant les autres. Peut-être n'est ce pas encore possible de livrer certaines choses devant autrui. La prise en soin en individuel pourrait lui permettre de continuer à s'exprimer sachant que ses productions (du fait du secret médical) ne sont connues que de lui-même et du psychomotricien.

La question qui peut également se poser est lorsque nous sommes en présence d'un patient qui ne présente pas une typologie bien marquée (comme ont pu l'être celles d'Antoine et de Sophie). Quel type de suivi proposer ? Quelle est l'orientation du projet de soin : allons-nous là aussi favoriser un versant (moteur, affectif…) ?

Bibliographie

- AUCOUTURIER B., La méthode Aucouturier, Fantasmes d'action et pratique psychomotrice, 1ère éd., De Boeck, 2005. Chapitres 1 à 4.

- AJURIAGUERRA J., BONVALOT-SOUBIRAN G., Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile (1959), *in* Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité, volume 1 : corps, tonus et psychomotricité, JOLY F. et LABES G., Noisiel, éd. Papyrus, 2009.

- BALLOUARD C., L'aide-mémoire en psychomotricité, 1ère éd., Dunod, 2008.

- BERGER M., L'enfant instable, Approche clinique et thérapeutique, Dunod, 1999, pages 1 à 24.

- CARTON S., La répression émotionnelle et son rôle en psychopathologie, Psychologie française 51, pages 123-139, 2006.

- CONTANT M. et CALZA A., L'unité psychosomatique en psychomotricité, Paris, Masson, 1989. Pages 1 à 22, *L'esquisse d'une théorie*.

- FREUD S., Inhibition, symptôme et angoisse, 7ème éd., Paris, Puf, 2011. Chapitres 1, 6 et 9.

- HAAG G., Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psycho-motrices dans la première année de la vie. Communication au troisième congrès mondial de psychiatrie du nourrisson des disciplines alliées, Storholm, 3-7 août 1986. Article paru dans Neuropsychiatrie de l'enfance, 1988. Pages 1 à 8.

- HARLOW H., The nature of love, American Psychologist, 13, pages 673 à 685, 1958.

- KLEIN M., La psychanalyse des enfants, 3ème éd., Paris, Puf, 2009. Chapitre 6, *La névrose chez l'enfant.*

- LAZARATOU H., GOLSE B., Collectif. De l'inhibition à l'hyperactivité, France, PUF, 2012. Chapitre « *De l'angoisse de séparation à l'inhibition* ».

- LEVERT I., Le complexe de la mère morte ou l'appel du vide. Article sur internet.

- MARCHAND G., L'inhibition (re)découverte, Les savoirs invisibles, de l'ethnoscience aux savoirs, n°137, avril 2003.

- PEMBREY M.S. et NICOL B.A, Observations sur les températures profonde et superficielle du corps humain *in* LARQUIER DES BANCELS J., L'année psychologique, 1899, Volume 6, numéro 6. Pages 509-511.

- PHILLOPOT P., Emotion et psychothérapie, livre numérique, pages 167-169.

- POTEL C., Etre psychomotricien, Un métier du présent, un métier d'avenir. Toulouse, Erès, 2010.

- Dr VALAT Jean, Le comportement émotionnel, la peur. Licence de psychologie, Université Montpellier II. Article internet.

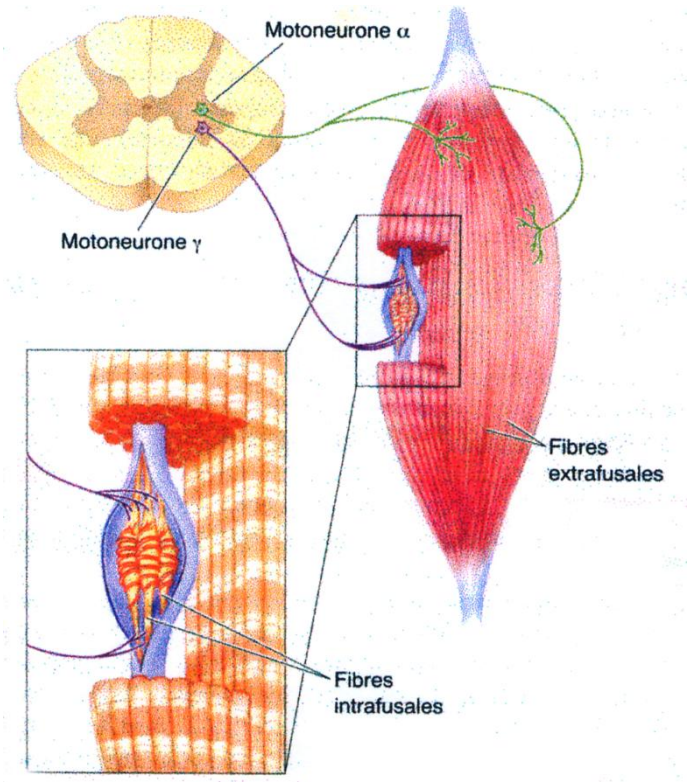
- WALLON H., Les origines du caractère chez l'enfant, 6ème éd., Paris, Puf, 2009. Chapitre 4 : *Les émotions dans le comportement humain.*

- WINNICOTT D.W., Jeu et réalité, Paris, Gallimard, 1975.

Annexes

A/ Partie théorique.

- **Annexe 1 : La défaillance des réflexes myotatique et myotatique inverse.**



Sur ce schéma nous pouvons observer les connexions mises en jeu dans le réflexe myotatique. Le motoneurone α situé dans la corne postérieure est relié aux fibres extrafusales du muscle. Le motoneurone γ est quant à lui connecté avec les fibres intrafusales du muscle.

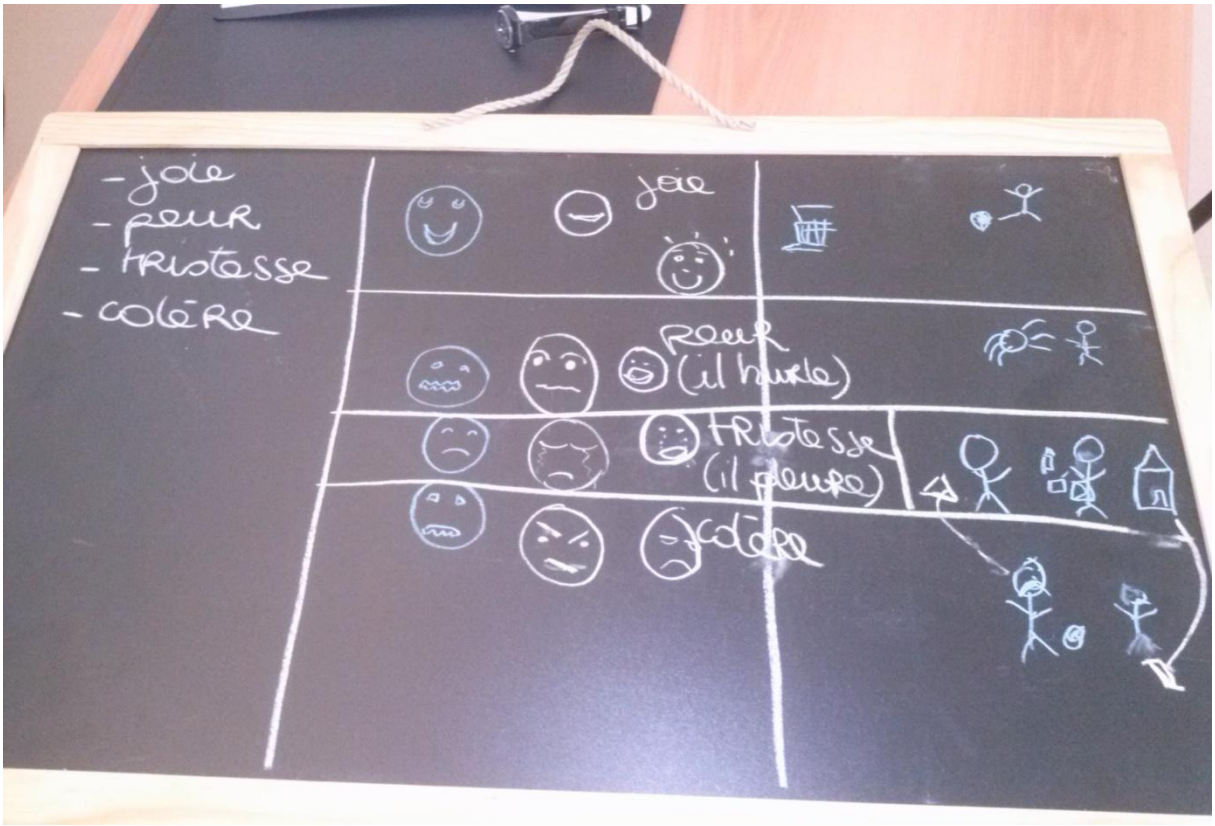
B/ Partie clinique.

1. Etude de cas : Antoine.

- **Annexe 2 : L'expression et la reconnaissance des affects.**

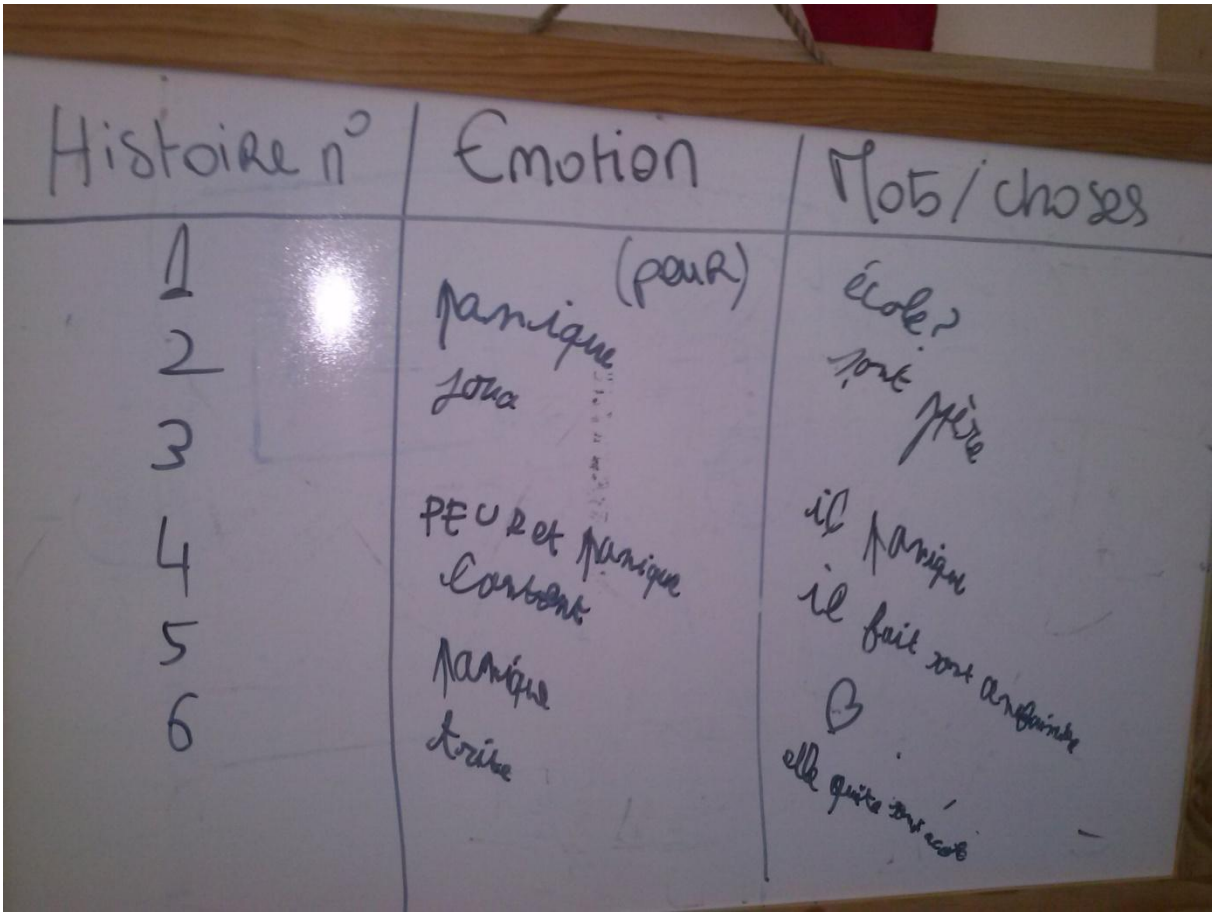
Sur la photographie page suivante nous pouvons observer la première activité mise en place autour des émotions. Dans la première colonne sont énumérées les émotions énoncées par Antoine. Dans la seconde nous retrouvons les expressions faciales associées à chaque émotion. On y voit 3 visages pour chaque thème. En effet, j'ai souhaité que le psychomotricien et moi-même participions avec Antoine afin de créer une certaine dynamique (tour de rôle) et pour tenter d'amener un climat plutôt ludique.

De cette façon je voulais éviter un cadre qui pourrait ressembler à celui de l'école (tableau noir…) et que cela devienne interactif pour qu'Antoine se sente en confiance. On peut également apercevoir des commentaires (« il hurle », « il pleure ») que j'ai rajouté suite aux descriptions orales faites par Antoine. Enfin dans la troisième colonne j'ai souhaité qu'Antoine continue seul puisqu'il semblait suffisamment à l'aise pour ne pas avoir besoin de notre participation. On y voit des flèches qui illustrent les changements opérés, après réflexion, par Antoine (et sans influence de notre part).



- **Annexe 3 : Associer des événements à des émotions.**

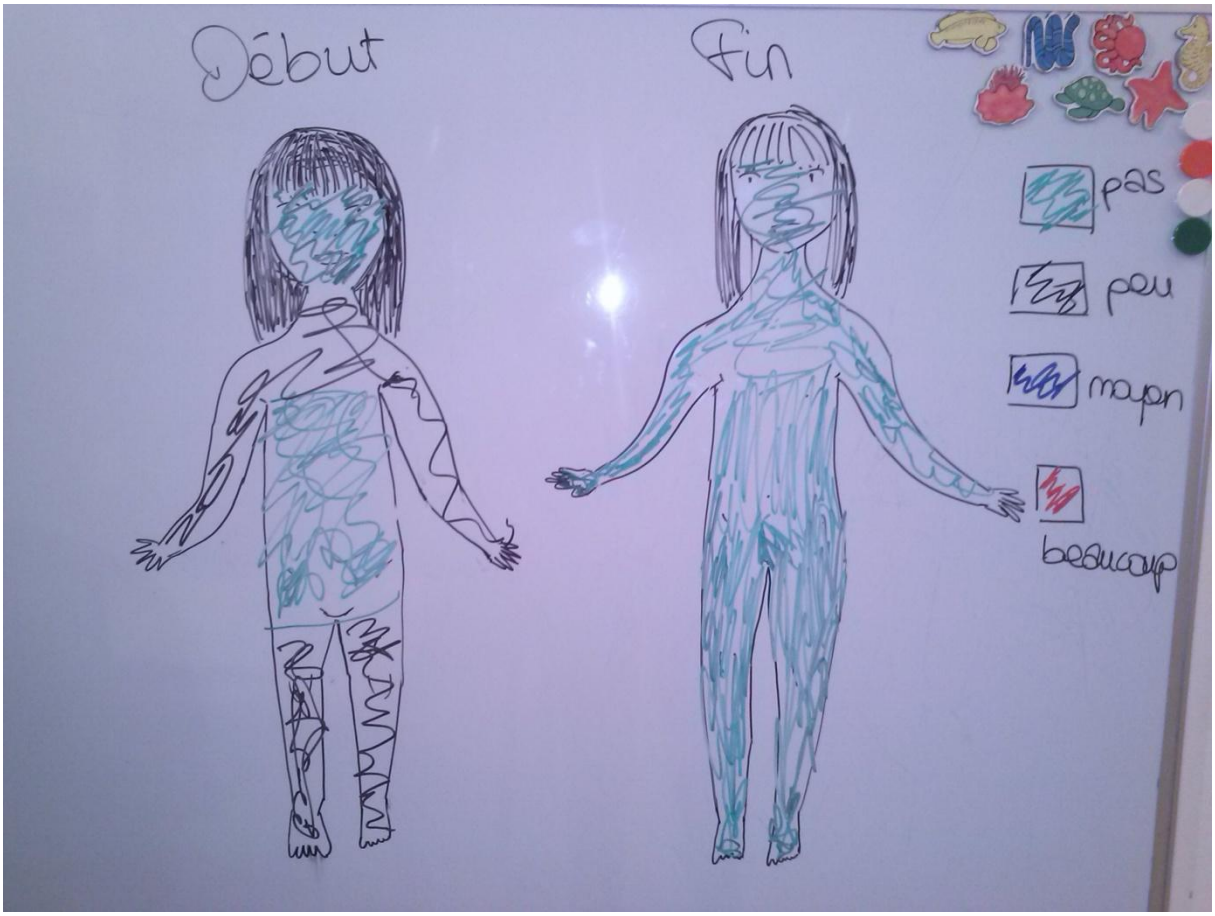
Dans ces annexes je ne fais figurer qu'une partie de notre travail afin d'illustrer l'activité. Dans la première colonne nous trouvons le numéro de l'histoire qu'il devait lire. Dans la seconde correspond l'émotion qui ressort de l'histoire selon Antoine. Dans la suite des activités précédentes nous avions repris les émotions qu'il avait énoncé (joie, peur, tristesse, colère). On constate ici que très souvent la peur est remplacée par la panique, émotion bien plus intense. Enfin, dans la dernière colonne Antoine devait notifier les indices qu'il avait pu trouver dans le texte et qui lui avaient permis d'associer l'émotion correspondante.



2. Etude de cas : Sophie.

- **Annexe 4 : Vers la reconnaissance de ses états toniques.**

Je n'ai pas pris ici la photographie avec les dessins du bonhomme dont je parlai dans la partie clinique (ceux utilisés en pédiatrie). C'est sur cette image que l'on peut voir que Sophie a pris le soin de colorier jusqu'aux bouts des doigts dans le retour après la relaxation (partie droite du tableau). La légende sur le côté indique l'intensité de la contraction musculaire.



Glossaire :

- ***(Le) Ca*** : terme définit par Freud. Il correspond à tout ce qui est inconscient donc méconnu du sujet. Il agit sur ce dernier comme une poussée de désir (pulsion) qui exige une satisfaction. Il est le siège des pulsions libidinales et agressives qui exigent du Moi qu'elles soient satisfaites.

- ***Débilité motrice*** : concept définit par Dupré en 1911. « Dans une série de travaux j'ai décrit sous le nom de débilité motrice un état pathologique congénital de la motilité. Souvent héréditaire et familiale, caractérisée par l'exagération des réflexes tendineux, une perturbation des réflexes plantaires, des syncinésies, une maladresse des mouvements volontaires intentionnels aboutissant à l'impossibilité de réaliser volontairement la résolution musculaire (détente). J'ai proposé pour désigner ces derniers troubles le terme de paratonie ».

- ***Dystonie*** : elle se traduit par des contractions musculaires soutenues et involontaires entraînant des mouvements répétitifs et de torsion ainsi que des postures anormales.

- ***Eléments paroxystiques bilatéraux*** : visibles à l'électroencéphalogramme (EEG). Les anomalies paroxystiques sont des évènements de survenue brutale apparaissant sous forme d'éléments caractéristiques soit isolés, soit groupés en séquence. Le fait que ces éléments soient bilatéraux signifie qu'ils sont présents dans les deux hémisphères cérébraux.

- ***Etats de mal épileptique*** : crises épileptiques multiples se répétant à des intervalles brefs.

- ***Flexibilité mentale*** : capacité à inhiber ses choix et à en activer d'autres. Les persévérations peuvent être dues à un défaut de flexibilité mentale.

- ***Gnoso-praxique*** : association des termes gnosie et praxie. La gnosie est la reconnaissance de ce qui est perçu par les sens. La praxie est l'ensemble des fonctions de coordinations et d'adaptation des mouvements volontaires de base dans le but d'accomplir une tâche.

- ***Handling*** : manière dont l'enfant est soigné, manipulé.

- ***Holding*** : façon dont l'enfant est porté (par la voix, le regard…).

- ***(Le) Moi*** : concept freudien. Terme recouvrant ce que l'individu conçoit comme ce qui constitue le « je » en lui. Il est soumis aux exigences du Ca et du Surmoi : il doit tenter de satisfaire les désirs du Ca tout en tenant compte des interdits du Surmoi.

- ***Myoclonie*** : contraction anormale des muscles. Ce sont des secousses musculaires brèves, soudaines, irrégulières ou rythmiques pouvant affecter les membres, la face ou le tronc.

- ***Pointes d'Ondes Continues du Sommeil (syndrome de POCS):*** forme rare d'épilepsie liée à l'âge (début entre trois et sept ans). Les crises épileptiques surviennent pendant le sommeil. Ce syndrome entraîne une détérioration des fonctions cognitives associée parfois à des troubles du comportement. Les anomalies de l'EEG sont alors abondantes.

Pendant la veille il s'agit de décharges paroxystiques de pointes ondes localisées. Pendant le sommeil lent les pointes ondes se généralisent et deviennent continues.

- ***Réactions de catastrophe*** : face à une situation ou un stimulus perçu comme angoissant la personne peut avoir une réaction de catastrophe. Celle-ci se caractérise par une inhibition de l'action.

- ***Réactions de prestance*** : elles désignent l'inadéquation de l'adaptation relationnelle dans ses éléments tonico-moteur, postural, gestuel ou mimique. Elles expriment à la fois la crainte d'être mal jugé et concrétisent la faille narcissique. La gestualité est « guindée », maladroite. Ce sont aussi tous les gestes de réassurance et les habitudes motrices de certains patients : rictus au visage, sourire figé, attitude rigide du corps…

- ***(Le) Surmoi*** : concept freudien. Instance psychique apparaissant comme un ensemble de valeurs ou de règles de vie qui guident le comportement de la personne. Autrement dit ce sont tous les impératifs et les idéaux qui façonnent la personnalité d'un individu. Il renvoie à l'influence des parents et de la société sur les représentations internes du sujet.

- ***TIC (trouble involontaire convulsif)*** : mouvement répétitif incontrôlable.

Table des matières

Remerciements
Introduction..... 4

I/ Partie théorique 11

A. Inhibitions 12
1-Généralités 12
a) Qu'est ce que l'inhibition : définitions et étymologie..... 12
b) Limite entre le normal et le pathologique 12

2- Les inhibitions : sémiologie 13
a) L'inhibition intellectuelle 13
b) L'inhibition sociale, émotionnelle 14
c) L'inhibition motrice 15

B. L'inhibition psychomotrice 16
1- Faire connaissance avec l'inhibition psychomotrice 16
a) Qu'est ce que l'inhibition psychomotrice ? 16
b) Rappel du lien indissociable avec les « autres » inhibitions 20
c) Quand corps et psyché s'emmêlent /s'en mêlent 21
d) Présentation des deux typologies 23
e) Points communs avec « l'autre versant » : l'instabilité psychomotrice 24
f) Inhibition et agressivité 25

2- Etiologies de l'inhibition psychomotrice 27
a) Concepts organiques 27
a.1 Défaillance des réflexes myotatique et myotatique inverse 27
a.2 Déficit en dopamine 28
a.3 Théorie noradrénergique 28
a.4 Connexions entre les aires motrices et le système limbique 29
a.5 Défaillance somesthésique 29
a.6 L'inhibition psychomotrice comme symptôme d'un syndrome 29

b) Concepts psychanalytiques 30
b.1 Résultante d'une carence affective 30
b.2 Implication d'un milieu surprotecteur 32
b.3 Théorie Freudienne 33

3. Prises en soin de l'inhibition psychomotrice : 35
a) Médicamenteuse 35
b) Psychothérapie..... 35
c) Ergothérapie 35
d) Orthophonie 36

C. Inhibition psychomotrice et prise en soin en psychomotricité 36
1- Vous avez dit …. psychomotricité ? 36
a) Définition 36
b) Décret de compétence et champ d'action 37

2- intérêt d'un suivi en psychomotricité 38
a) Inhibition psychomotrice : un trouble psychomoteur à part entière 38
b) Spécificité de la psychomotricité, du psychomotricien et de ses champs théorico-cliniques 38

3- Evaluation et prise en soin 39
a) Le bilan psychomoteur 39
a.1 Spécificité du bilan 39
a.2 Les inhibés = intestables ? 42
a.3 Observation de l'inhibition à travers le bilan 43

b) La prise en soin 45
b.1 Quelle prise en soin possible ? Quels axes de travail ? 45
b.2 Importance de la relation thérapeutique 47
b.3 En groupe/en individuel : quand et pourquoi ? 47
b.4 Précautions et accompagnement avec les inhibés 48

II/ Partie clinique 50

1- Familiarisation avec les différents lieux de stage 50
a) Présentation des établissements, population et troubles rencontrés 51
b) Projet d'établissement et fonctionnement 51

2- Etudes de cas 52
a) Antoine 52
a.1 Anamnèse 52
a.2 Bilans effectués et prises en soin passées 53
a.3 Ma rencontre avec Antoine et prise en soin en psychomotricité 58
a.4 Synthèse de l'évolution 69
a.5 Bilan de la prise en soin en psychomotricité 69
a.6 Réflexions et perspectives 71

b) Sophie 72
b.1 Anamnèse et dossiers 72
b.2 Parcours de soins : bilans effectués et prises en soin passées 73
b.3 Suivi actuel en psychomotricité : projet de soin et déroulement de l'année 76
b.4 Synthèse de l'évolution globale 84
b.5 Bilan de la prise en soin en psychomotricité 86
b.6 Réflexions et perspectives 86

III/ Conclusion **87**

Bibliographie 89
Annexes 91
Glossaire 95