



HAL
open science

**Entre enfance et adolescence mon corps balance :
Apport de la prise de conscience corporelle auprès d'un
adolescent autiste et déficient intellectuel**

Noémie Torres

► **To cite this version:**

Noémie Torres. Entre enfance et adolescence mon corps balance : Apport de la prise de conscience corporelle auprès d'un adolescent autiste et déficient intellectuel. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01068874

HAL Id: dumas-01068874

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01068874>

Submitted on 26 Sep 2014

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.

ENTRE ENFANCE ET ADOLESCENCE MON CORPS BALANCE

APPORT DE LA PRISE DE CONSCIENCE CORPORELLE AUPRES D'UN
ADOLESCENT AUTISTE ET DEFICIENT INTELLECTUEL

Mémoire présenté par
Noémie TORRES
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Maître de mémoire:
Caroline SABBATINI

Session:
JUN 2014

Remerciements

Je remercie Caroline, pour le renouvellement de son soutien après avoir été ma maître de stage l'an passé. Je la remercie pour sa confiance en s'engageant à mes côtés dans l'aventure du mémoire, pour la richesse de ses conseils, et pour sa disponibilité jusqu'aux derniers instants de la rédaction.

Je remercie Marine, ma maître de stage, pour sa confiance, pour son écoute et pour m'avoir accompagnée dans mes projets, ainsi que toute l'équipe de l'IME, pour leur disponibilité et le partage de leurs expériences.

Je remercie, les documentalistes du Centre de Ressources Autisme d'Ile-de-France, pour leur disponibilité et leur aide dans mes recherches.

Et je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue dans la rédaction de ce mémoire.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	6
Présentation de l'institution	8
L'Institut Médico-Educatif (IME)	8
Le programme TEACCH.....	8
La place de la psychomotricité au sein de l'IME	10
Présentation du patient	11
Anamnèse.....	11
Grossesse et premiers mois de vie	11
Développement et diagnostic	12
Parcours	13
Prises en charge actuelles	13
Eclairage théorique sur le diagnostic de Pierre	15
L'autisme	15
Historique.....	15
Classifications et définitions	16
Sémiologie psychomotrice et comorbidités	17
Le retard mental	18
Historique.....	18
Classifications et définitions	19
Sémiologie psychomotrice	21
L'adolescence	22
L'adolescence: un terme en perpétuelle évolution ?	22
Généralités.....	23
Transformations physiques	23
Transformations psychologiques.....	24
L'adolescence de la personne autiste et déficiente intellectuelle	25
Les composantes de l'image du corps	27
Historique de l'image du corps	27
Paul Schilder: schéma corporel et image du corps, deux notions intriquées	27
Françoise Dolto: l'image inconsciente du corps.....	28
Le Moi-peau de Didier Anzieu	29
L'image composite du corps d'Eric Pireyre	31
Le sentiment de continuité d'existence.....	32
L'identité	33
L'identité sexuée.....	33
La peau.....	33

L'intérieur du corps.....	34
Le tonus.....	35
La sensibilité somato-viscérale	36
Les compétences communicationnelles du corps	36
Les angoisses corporelles archaïques	37
Prise en charge de Pierre en psychomotricité	38
Evaluation psychomotrice de début de prise en charge	38
Observation psychomotrice du mois de septembre.....	38
Observations extérieures à la prise en charge	41
Objectifs de la prise en charge en psychomotricité.....	42
Suivi et évolution de Pierre	43
1 ^{ère} séance: la rencontre	43
2 ^{ème} séance: du rejet à l'alliance thérapeutique	45
3 ^{ème} séance: communication par le rythme et les vibrations	46
Octobre: le grand trampoline, un espace contenant.....	47
Novembre: le grand trampoline, un espace contenant différents temps.....	49
Décembre: le réveil de l'axe	51
Janvier: la verticalité, le temps des initiatives	52
Février: le sentiment d'unité corporelle	54
Mars: étayage de la verticalité et ouverture aux autres.....	56
Bilan psychomoteur de mi-parcours	58
Perspectives.....	61
Projet individualisé	61
Perspectives de la prise en charge en psychomotricité.....	62
Discussion théorico-clinique.....	64
L'adolescence de Pierre: lorsque maturation et grande immaturité se côtoient. ..	64
Éléments marquants son adolescence	64
Éléments évoquant l'enfance	64
Accompagnement de son adolescence au sein de l'institution	66
L'image composite du corps appliquée au cas de Pierre	66
Le sentiment de continuité d'existence.....	67
L'identité	68
L'identité sexuée.....	68
La peau.....	69
L'intérieur du corps.....	69
Le tonus.....	70
La sensibilité somato-viscérale	71
Les compétences communicationnelles du corps	71

Les angoisses corporelles archaïques	72
La prise de conscience corporelle: un moyen d'étayage de l'image composite du corps	73
Questionnement autour des particularités de Pierre	75
Le langage non verbal	75
L'agrippement	76
La masturbation	77
Prise en compte de la globalité de Pierre en psychomotricité	78
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE	81

INTRODUCTION

La variété et l'importance de notre champ d'action en psychomotricité auprès des personnes autistes m'ont conduite à m'intéresser très tôt dans mes études à cette pathologie. Les personnes atteintes de troubles envahissants du développement m'interpellent par leurs vécus si singuliers de leur corps.

Je me suis d'abord intéressée à l'expression de ces troubles durant l'enfance. En deuxième année d'études, j'ai pu rencontrer différents enfants âgés de 3 à 6 ans présentant des troubles envahissants du développement. Chaque enfant a ses particularités mais me donne une base clinique sur laquelle j'ai pu étayer ma vision des troubles. Arrivée en fin de deuxième année je me suis rendue compte que j'avais bien une certaine représentation de ces troubles durant l'enfance mais que se passe-t-il après ? L'adolescence ?...l'âge adulte ? De nombreuses publications sur l'autisme sont parues, mais les proportions selon les périodes de la vie sont loin d'être les mêmes. L'enfance occupe une grande partie des écrits pendant que l'adolescence et l'âge adulte restent au second plan. L'adolescence, je n'en avais aucune représentation, ça me semblait flou. Où vont les personnes autistes ? Leurs prises en charge continuent, évoluent ? Sont-ils considérés comme d'éternels enfants ?

L'enfance est la période essentielle du développement où beaucoup de choses se mettent en place et détermineront en partie l'avenir de la personne, ce qui justifie en partie cette disproportion dans les publications. Mais à l'adolescence nous le savons bien, de même à l'âge adulte, la personne n'est pas figé. Chacun se construit au fur et à mesure de ses expériences. Ainsi, j'en suis venue à m'intéresser à la suite. Rien n'est donc terminé à l'adolescence. Quant est-il pour le jeune autiste dont la construction et le rapport au monde semblent si particuliers ? J'ai donc décidé de m'intéresser à ce sujet, intégrant en tant que stagiaire un Institut Médico-Educatif accueillant essentiellement des adolescents présentant des troubles autistiques et/ou une déficience intellectuelle.

Au sein de cet établissement, j'ai rencontré Pierre, une personne autiste et déficiente intellectuelle traversant les remous de l'adolescence. Dans son corps, Pierre vit de nombreux bouleversements qui semblent le dépasser. Cette période de changement vient ébranler son image du corps aux bases fragiles. Comment soutenir Pierre dans cette étape charnière ? Comment un travail de prise de conscience corporelle en psychomotricité va permettre de l'accompagner dans son adolescence ?

Afin de répondre à ce questionnement, je commencerai par exposer le contexte de la prise en charge en vous présentant l'institution et le patient: Pierre. Ensuite, pour comprendre son développement j'approfondirai son diagnostic de références théoriques. Je poursuivrai sur l'abord des notions d'adolescence et d'image du corps. Ceci dans l'objectif de venir éclairer la prise en charge de Pierre en psychomotricité que je détaillerai par la suite. Enfin, j'aborderai les particularités de l'adolescence de Pierre. Je m'appuierai sur le concept d'image composite du corps afin d'apprécier son évolution chez ce dernier. Et j'exposerai la prise de conscience corporelle comme un moyen d'étayage de l'image composite du corps. Je finirai par exposer mon questionnement autour des particularités rencontrées durant la prise en charge.

PRESENTATION DE L'INSTITUTION

L'INSTITUT MEDICO-EDUCATIF (IME)

L'IME a une capacité d'accueil de 30 enfants et adolescents âgés de 7 à 20 ans. Ils présentent des troubles envahissants du développement et/ou une déficience intellectuelle. L'établissement fonctionne sous le régime de l'externat, du lundi au vendredi. Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire qui comprend le personnel éducatif (éducateurs spécialisés, éducatrice sportive, institutrice et moniteurs éducateurs), le personnel médico-social (assistante sociale, pédopsychiatre, psychologues et psychomotriciennes), le personnel administratif (directeur, comptable et secrétaire) et le personnel technique (agents de la restauration et d'entretien). La structure s'inspire de l'approche cognitive du programme TEACCH.

LE PROGRAMME TEACCH

L'acronyme TEACCH correspond aux termes anglais: Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren. Il se traduit en français par: traitement et éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication associés.

Le programme TEACCH est un programme d'accompagnement des personnes autistes développé aux Etats-Unis par le professeur et psychologue Eric Schopler. Partant sur l'hypothèse d'une étiologie organique de l'autisme, Eric Shopler en collaboration avec le docteur Robert Reichler, conduit un projet de recherche en 1966 qui l'amena à élaborer les fondements du programme TEACCH. En 1972, ce programme devient un programme d'Etat en Caroline du Nord, il est « spécialisé dans le diagnostic, le traitement, la formation, la recherche et l'éducation des personnes autistes. » (ROGE B., 2003, p.149). Des structures de services adaptées sont créées afin de répondre aux besoins des personnes autistes et de leur famille. Ce programme se base sur l'élaboration d'un projet individualisé à chaque personne qui est

régulièrement réactualisé. Il donne une place importante à la collaboration entre les professionnels et les parents. Il vise l'amélioration de la qualité de vie à tout âge des personnes autistes.

Au sein de l'IME, nous pouvons retrouver l'apport de ce programme dans la structuration de l'espace et du temps, l'évaluation psychologique, le projet individualisé ou encore dans l'utilisation des outils d'aides à la communication. Les enfants et adolescents sont répartis par groupe de cinq personnes de la même tranche d'âge environ. Chaque groupe a sa propre salle dans laquelle se trouve un espace libre de jeu, un espace pour les activités individuelles ou de groupe autour de la table (jeux, goûter) et un espace de travail séparé du reste de la salle par un drap ou des meubles hauts afin d'optimiser l'attention en limitant les éléments de distractibilité. Des plannings individuels sont mis en place selon les capacités de l'enfant. Ainsi un planning peut être composé de photographies, de pictogrammes ou de mots sous forme de vignettes à scratch. Ils se lisent verticalement de haut en bas, l'enfant ou l'adolescent étant invité à suivre son planning en retirant au fur et à mesure de la journée les vignettes et pouvant les scratcher au lieu correspondant (exemple: la porte de la salle de psychomotricité). L'aide à la communication se base sur l'utilisation du Makaton et du PECS. « Le Makaton est un programme d'aide à la communication et au langage constitué d'un vocabulaire fonctionnel utilisé avec la parole, les signes et/ou les pictogrammes. »¹ Et le « PECS (Système de Communication par Échange d'Images) est une méthode permettant de mettre en place une communication fonctionnelle auprès de personnes avec autisme ou ayant une incapacité de communication orale. »²

Au sein des séances de psychomotricité, nous pouvons nous servir de certains de ces outils pour la structuration de l'espace et du temps, ou l'aide à la communication en fonction du patient et du projet envisagé pour lui. Pour certains patients, il peut être pertinent de reprendre certains outils pour structurer la séance en délimitant les espaces et en mettant en place un planning. Tandis que pour d'autres, il semble pertinent de laisser davantage

¹ Site de l'Association Avenir Dysphasie - Makaton: <http://www.makaton.fr/>

² Site de l'entreprise PECS-France: <http://www.pecs-france.fr/WhatsPECS.php>

de place aux prises d'initiatives et à la spontanéité. Les psychomotriciennes adaptent leur approche en fonction du projet thérapeutique de chaque enfant et adolescent.

LA PLACE DE LA PSYCHOMOTRICITE AU SEIN DE L'IME

Trois psychomotriciennes sont présentes à temps partiels sur l'établissement. Chaque enfant et adolescent de l'IME bénéficie d'un suivi en psychomotricité en prise en charge individuelle et/ou en groupe.

Au sein de l'IME, la psychomotricité est au carrefour entre la sphère thérapeutique, éducative et préventive. Les psychomotriciennes ont pour interlocuteurs les différents acteurs participants au développement et au bien-être des enfants et des adolescents de l'établissement, dans un but de mutualisation des informations mais aussi de prévention et de conseil en apportant un regard psychomoteur. Les interlocuteurs sont composés aussi bien de l'équipe éducative, des soignants que des parents.

PRESENTATION DU PATIENT

J'ai choisi de présenter dans ce mémoire un adolescent que je nommerais Pierre, il m'a particulièrement touchée par ses particularités, son ambivalence. Cet adolescent m'apparaît de premier abord très craintif, repoussant l'altérité de différentes manières, mais très vite je le découvre aussi très attachant, en recherche de présence et de communication.

ANAMNESE

Lorsque je le rencontre en septembre, Pierre est alors âgé de 17 ans et 6 mois. Il vit dans une maison avec ses parents et sa sœur aînée âgée de 20 ans. Ses parents travaillent tous les deux, son père est agriculteur et sa mère est chargée de communication. Aucun antécédent familial du registre autistique ou d'affection neuropsychiatrique n'est repéré.

GROSSESSE ET PREMIERS MOIS DE VIE

Ses parents se sont souciés, dès son plus jeune âge, de sa santé et de son développement. A l'échographie du 5^{ème} mois de grossesse, des inquiétudes se portent sur l'index de résistance placentaire de Pourcelot³. Aucune conclusion alarmante n'est évoquée mais cette information est source d'anxiété chez les parents. Pierre est né à terme. A la naissance, il présente une hernie inguinale⁴ dont il est ensuite opéré à l'âge de 3 mois. A 4 mois, une gastro-entérite entraîne son hospitalisation durant une semaine pour cause de déshydratation.

³ L'index de résistance placentaire de Pourcelot permet d'étudier « la vélocimétrie sanguine fœtale et maternelle » (GILLET J.-Y., LEONARD J., UZAN M. et S., in GILLET J.-Y., dir. 1993, p.117), et donc d'estimer la qualité des échanges materno-fœtaux.

⁴ Une hernie inguinale se repère par la présence d'une masse dans la région inguinale ou scrotale, « la plupart des hernies inguinales sont congénitales et généralement causées par un défaut de fermeture du processus vaginal. » (BERNARD-BONNIN A.-C., GAUTHIER M., GERVAIS P., OVETCHKINE P. et TURGEON J., dir. 2008, p.616).

Les parents décèlent des troubles du regard et du comportement lorsque Pierre est bébé. A l'âge de 9 mois, le pédiatre remarque une rupture dans la courbe de poids, un périmètre crânien inférieur à celui escompté et un aspect dysmorphique du visage. De nombreux examens sont effectués (caryotype, IRM, scanners, biopsie, examens auditifs et visuels). Les traits dysmorphiques évoquent une cause probablement génétique, pourtant rien n'est détecté lors des examens. Lors de l'entretien, il est noté une absence de réaction de l'enfant à l'arrivée de ses parents mais à cette époque le pédiatre ne parle pas d'autisme.

Pierre présente un retard des acquisitions. La position assise est acquise à l'âge de 9 mois et la marche à 24 mois. Il est noté une absence de langage puis une rare prononciation des mots « maman », « papa » et « non », il émet surtout des sons au stade de babillage et de répétition de syllabes. Des stéréotypies et des troubles attentionnels sont remarqués, ainsi que des troubles alimentaires. Il mange peu et présente une sélectivité alimentaire qui s'estompe peu à peu avec le temps. Pierre présente des nuits agitées jusqu'à l'âge de 8 mois puis son sommeil semble se réguler. Il présente un important retard de croissance staturo-pondéral avec une quasi absence de masse adipeuse entre les muscles. Au niveau de la propreté, actuellement, Pierre contrôle ses sphincters, il urine aux toilettes accompagné, il ne souhaite pas s'y rendre seul, cependant il attend toujours d'avoir une couche la nuit pour faire ses selles et ne se lave pas seul.

Suite aux divers éléments recueillis, un diagnostic de troubles autistiques avec retard mental (supérieur ou égal à) grave est posé par un pédopsychiatre, Pierre est alors âgé de 6 ans.

PARCOURS

Ses parents sont très impliqués, ils se renseignent sur les nouvelles formes de prises en charge afin de lui donner les meilleures chances de se développer. Pierre a ainsi pu bénéficier de nombreuses approches.

A ses 3 ans, Pierre suit une scolarité en maternelle à temps partiel, et consulte parallèlement dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) et un Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD). A 7 ans, il est accueilli en Classe pour L'Inclusion Scolaire (CLIS) et bénéficie progressivement de différents accueils et prises en charges: structure de loisirs adaptée aux enfants autistes, équithérapie, orthophonie où il est initié à la communication par le PECS et le Makaton, méthode Padovan⁵, art-thérapie et psychomotricité.

A l'âge de 9 ans, il intègre l'IME. Il y est accueilli sous le régime de l'externat du lundi au vendredi depuis maintenant 9 ans.

PRISES EN CHARGE ACTUELLES

A la rentrée de septembre, Pierre a changé de groupe sur l'IME pour passer sur un groupe d'adolescents âgés de 17 à 20 ans. Au sein de l'établissement, il est suivi en grande partie par des éducateurs (spécialisés et moniteurs-éducateurs). Ils participent au développement de ses apprentissages, son autonomie et son bien-être. Ainsi, ils lui proposent la baignoire balnéo dans l'objectif de développer son autonomie au niveau de l'habillement, de l'hygiène et lui fournir un moment de détente. Ils lui proposent des temps d'apprentissage, de participation aux tâches quotidiennes et des loisirs. Il bénéficie de façon hebdomadaire d'une séance

⁵ « La Réorganisation Neuro-Fonctionnelle [ou méthode Padovan] travaille sur les pré-requis de l'évolution de l'individu (ontogénèse). Elle donne une base corporelle juste et une structure aux étapes du développement, facilitant ainsi un meilleur ancrage pour toutes les acquisitions, les apprentissages et les activités quotidiennes de la vie. Elle Favorise: une amélioration de la maturation du système nerveux (...) une stimulation de nouvelles voies neuronales et des aires associatives dans les cas de lésions accidentelles du système nerveux central » source: site de Synchronicité (association des praticiens de la Réorganisation Neuro-Fonctionnelle en France)
<http://www.padovan-synchronicite.fr/la-methode-padovan/>

de musicothérapie et d'une séance de psychomotricité auxquelles il semble porter un grand intérêt. Il se rend également au groupe d'expressivité corporelle depuis le mois de novembre où il aime regarder les autres mais ne souhaite pas participer au groupe pour le moment.

En dehors de l'IME, il consulte toujours en orthophonie où il suit la méthode Padovan, et se rend également en art-thérapie à fréquence hebdomadaire. Il poursuit une deuxième année de consultation en psychomotricité libérale une fois par semaine. Cette année, une ergothérapeute libérale est venue proposer un aménagement du domicile pour s'adapter au besoin d'espace de Pierre, suite à l'émergence de ses masturbations. Depuis le mois de mars, Pierre apprécie de se rendre une fois par semaine à la piscine accompagné de l'un de ses parents et d'un maître-nageur.

ECLAIRAGE THEORIQUE SUR LE DIAGNOSTIC DE PIERRE

L'AUTISME

HISTORIQUE

En 1911, Eugen Bleuler, psychiatre suisse, est le premier à parler de retrait autistique comme symptôme dans la schizophrénie (MAFFRE T. in MAFFRE T. et PERRIN J., dir. 2013, p.1). Cependant, la première description du syndrome de l'autisme infantile est formulée en 1943 par Léo Kanner, un psychiatre américain. Dès cette époque, il émet l'hypothèse d'un déficit inné qui regroupe certains critères dont le retrait autistique, le besoin d'immuabilité et les troubles du langage entravant les relations sociales et l'adaptation de l'individu à son environnement (BOUTINAUD J., 2010, p.40). Aujourd'hui, le terme international retenu est celui de Troubles Envahissants du Développement (TED) qui comporte différentes sous-catégories de l'autisme.

Actuellement une prise en charge précoce et pluridisciplinaire est recommandée. « L'hétérogénéité des profils cliniques et de l'évolution des enfants/adolescents avec TED au cours de leur développement nécessite que les réponses éducatives, pédagogiques et thérapeutiques soient diversifiées, qu'elles soient proposées en milieu ordinaire ou en établissement, et que les interventions pluridisciplinaires mises en œuvre soient complémentaires, coordonnées et adaptées aux besoins singuliers de chaque enfant/adolescent. »⁶ Il n'existe pas de traitement curatif de l'autisme à l'heure actuel, cependant les interventions thérapeutiques et éducatives peuvent apporter une amélioration des compétences et une diminution des troubles.

⁶ Site de la Haute Autorité de Santé: Recommandation de bonne pratique - Autisme et autres troubles envahissants du développement: interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (HAS et ANESM, Mars 2012).

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf

L'autisme a été et continue d'être l'objet de nombreuses études. Les avancées de la recherche permettent d'affiner le diagnostic, les soins et les aides spécifiques.

CLASSIFICATIONS ET DEFINITIONS

Actuellement au niveau international, nous pouvons nous référer à la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) datant de 1992. Elle s'accorde avec le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) de l'American Psychiatric Association (APA) datant de 1994, pour décrire l'autisme dans le groupe des Troubles Envahissants du Développement ou TED (MATTLINGER M.-J. in GAYDA M. et LÉBOVICI S., dir. 2000, p.203). « Les experts qui ont préparé la CIM-10 et le DSM-IV ont travaillé en collaboration étroite pour coordonner leurs efforts, aboutissant ainsi à une grande influence mutuelle. » (APA, 2003, p.XXXIII). Le diagnostic de TED repose sur le regroupement d'un ensemble de symptômes pour ces deux classifications. Il existe aussi la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent révisée (CFTMEA-R) datant de 2010 qui contrairement aux deux autres classifications dont la démarche diagnostic se base sur des critères essentiellement comportementaux, elle « affirme l'importance d'une démarche clinique et psychopathologique s'appuyant sur les approches psychodynamiques. » (BURSZTEJN C., 2011, p.366).

Le groupe des TED comprend différentes catégories, pour le cas de Pierre nous nous intéressons à celle de l'autisme infantile de la CIM-10 aussi appelé le trouble autistique dans le DSM-IV.

La CIM-10 retient, dans sa description clinique de l'autisme infantile, une triade symptomatique caractérisée par des « altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. » (OMS, 1994b, p.224). Les premiers signes doivent apparaître

précocement, avant l'âge de 3 ans et entraver le fonctionnement quotidien de la personne.

Aux Etats-Unis, l'APA sort le DSM-V en 2013. Dans cette nouvelle classification, le terme de TED est remplacé par celui de Troubles du Spectre Autistique (TSA), non sans susciter de nombreuses controverses. Quel en sera l'impact sur le diagnostic ? C'est une des nombreuses questions qui en découlent. Affinement, sur ou sous-diagnostic, les réponses ne sont pas unanimes dans la communauté médicale. Les TSA se démarquent désormais en trois catégories définies par l'intensité des symptômes. La triade symptomatique devient une dyade. Les troubles des interactions sociales et les troubles de la communication sont regroupés au sein d'une même partie: les troubles de la communication sociale. La catégorie des intérêts restreints et stéréotypés demeure (MAFFRE T. in MAFFRE T. et PERRIN J., dir. 2013, p.13).

La CIM-11 est annoncée, une révision de la CIM-10 est actuellement en cours. « La révision de la CIM-10 (...) a démarré en mars 2007 pour une conclusion des travaux prévue en 2014. » (GARCIN V., 2011, p.355). Il est possible qu'elle s'appuie sur le dernier DSM paru et qu'elle reprenne en partie la catégorie des TSA pour remplacer celle des TED.

SEMILOGIE PSYCHOMOTRICE ET COMORBIDITES

Pour retracer la sémiologie psychomotrice de l'autisme je m'appuie sur le livre *Autisme et psychomotricité* (MAFFRE T. et PERRIN J., dir. 2013) et sur le texte *Recommandation de bonne pratique* précédemment cité (HAS et ANESM, Mars 2012, cf. supra p. 15).

A la triade autistique, s'ajoute fréquemment d'autres troubles variables d'un individu à l'autre portant sur les différents domaines suivants: la sensorialité, le tonus, les acquisitions motrices de base, la motricité globale (troubles des coordinations, et de l'équilibre sont fréquemment rencontrés), le schéma corporel et l'image du corps, la motricité fine, la

latéralisation (tardive et dominance manuelle peu prononcée), les praxies, l'organisation spatio-temporelle ou encore la régulation émotionnelle.

L'autisme a une forte comorbidité avec le retard mental (50 à 70%), la phobie sociale (29%), les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (28%) ou encore l'épilepsie (25%). (MAFFRE T. in MAFFRE T. et PERRIN J., dir. 2013, p.15).

LE RETARD MENTAL

HISTORIQUE

Bernard Gibello, dans son livre consacré aux troubles de l'intelligence (GIBELLO B., 1984, p.1-2), nous rappelle combien cette pathologie (contrairement à l'autisme) est restée longtemps peu investie en psychopathologie, et semble même susciter des réactions défensives « de clivage et de projection sur l'autre du mal » de la part des soignants. Il en déduit deux raisons de ce désintérêt médical au début du siècle dernier: « La première est que les sujets les plus atteints étaient pris en charge dans des établissements à caractère plutôt éducatif que médical (...) La seconde raison est vraisemblablement d'ordre transférentiel: les désordres thymiques ou l'expansion incontrôlée des fantasmes d'autrui constituent pour le clinicien une souffrance narcissique moins vive que les troubles de l'intelligence. » (GIBELLO B., 1984, p.1-2).

Le retard mental, semble être connu depuis toujours, mais sa conception et son appellation ont beaucoup évolué. Dans les croyances populaires, les déficients mentaux ont pu, et continuent dans certaines sociétés, d'être perçus comme des démons, ou comme des anges, des cadeaux divins. La déficience mentale était considérée au début de la psychiatrie comme une affection à l'étiologie toujours organique et incurable. « Cependant l'observation d'Itard sur le sauvage de l'Aveyron permettait dès 1801 de soupçonner l'importance des relations familiales dans le développement. » (EY H., dir. 1960, p.577). « Classiquement, on distinguait

dans un ordre de gravité croissante et selon des critères diagnostiques cliniques: la débilité mentale, l'imbécillité et l'idiotie. » (GUELFY J.D., dir. 1987, p.651). En 1905, *l'échelle métrique d'intelligence* de Binet et Simon apparait. Elle permet de calculer un « âge mental », « qui était comparé à l'âge chronologique. » (GIBELLO B., 1984, p.33). En 1912, Daniel Stern propose la notion de Quotient Intellectuel qui est le rapport entre l'âge mental et l'âge réel (x100). Ces échelles fondent les bases des mesures psychométriques qui se sont développées par la suite. Actuellement, est retenu au niveau international quatre catégories de retard mental: léger, moyen, grave et profond. Le diagnostic se base sur les tests psychométriques et le regroupement d'un ensemble de critères cliniques.

Le retard mental est un trouble inné, de facteurs organiques, génétiques, mais pouvant dans certains cas relever du domaine de l'acquis avec des facteurs psychologiques et environnementaux. Selon leurs causes étiologiques et les prises en charge apportées « les arriérations mentales ne sont pas obligatoirement irréversibles » (GIBELLO B., 1984, p.81). Cependant, dans bien des cas elles ne sont pas guérissables mais leur « état peut être grandement amélioré par des mesures médico-psycho-éducatives, des chimiothérapies et des régimes spécifiques. » (GIBELLO B., 1984, p.82).

CLASSIFICATIONS ET DEFINITIONS

Pour définir le retard mental, j'ai choisi de m'appuyer sur la CIM-10, étant la référence internationale. Le retard mental est repris en tant que tel dans le DSM-IV-R et fait aussi partie de la CFTMEA-R sous l'appellation des déficiences mentales. Ces deux classifications s'harmonisent pour reprendre des catégories équivalentes à la CIM-10 avec notamment la notion de Quotient Intellectuel (QI).

« Le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global de l'intelligence, c'est-à-dire les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les

performances sociales. » (OMS, 1994b, p.202). Le retard mental peut être isolé ou associé à un autre trouble mental ou physique. Il entraîne une diminution des capacités d'adaptation et peut conduire à l'émergence de troubles du comportement.

« Le diagnostic repose sur la présence d'une réduction du fonctionnement intellectuel, à l'origine d'une diminution des capacités d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social. (...) Le choix de la catégorie appropriée de retard mental repose sur une évaluation globale des aptitudes, et non pas sur celle d'une déficience ou d'une faculté spécifique. Plusieurs niveaux de quotient intellectuel sont proposés pour guider le diagnostic » (OMS, 1994b, p.203).

Les tests d'intelligence et autres échelles d'évaluation sont à considérer en fonction des normes et des exigences culturelles propre à la société d'appartenance du patient. Pour établir le diagnostic de retard mental il faut tenir compte du « niveau des capacités cognitives » calculé sous la forme d'un QI ou d'un âge mental, du « niveau de compétence sociale » évalué grâce à des échelles spécifiques, et peut s'ajouter le niveau de « la gravité des troubles du comportement » (OMS, 1994a, p.129).

Nous pouvons distinguer quatre principales catégories du retard mental:

- le retard mental léger dont le QI est habituellement compris entre 50 et 69 et l'âge mental est situé entre 9 et inférieur à 12 ans.
- le retard mental moyen dont le QI est habituellement compris entre 35 et 49 et l'âge mental est situé entre 6 et moins de 9 ans.
- le retard mental grave dont le QI est habituellement compris entre 20 et 34 et l'âge mental est situé entre 3 et moins de 6 ans.
- le retard mental profond correspond à un QI habituellement inférieur à 20 et un âge mental inférieur à 3 ans.

Pierre présente un retard mental grave (connu également sous le nom de déficience intellectuelle sévère dans la classification française). Le retard mental grave est décrit comme semblable au retard mental moyen avec des symptômes de plus grandes intensités (OMS, 1994b, p.199). Le retard mental

grave est donc caractérisé par d'importantes difficultés de compréhension et d'utilisation du langage qui reste rudimentaire. Les personnes présentant ce retard ont besoin d'assistance pour les soins et activités de la vie quotidienne. Ils présentent des difficultés motrices. Ils ne peuvent suivre une scolarité en milieu ordinaire, ils peuvent bénéficier d'apprentissages spécifiques en milieu spécialisé.

SEMILOGIE PSYCHOMOTRICE

Pour retracer la sémiologie psychomotrice du retard mental je m'appuie sur le livre *Corps et psychiatrie* (ANDRE P., BENAVIDES T. et GIROMINI F., 2004).

Aux troubles précédemment cités, se retrouvent fréquemment des troubles variables d'un individu à l'autre dans les différents domaines suivants: le développement psychomoteur (retard global, hétérochronie des acquisitions), la motricité globale (troubles des coordinations et de l'équilibre), la motricité fine, le tonus, le schéma corporel et l'image du corps, les praxies, la latéralisation, le comportement, l'affectivité, l'imaginaire (difficulté d'accès à l'imaginaire et aux représentations), ou encore la sensorialité (les troubles sensoriels sont fréquemment retrouvés dans les déficiences les plus importantes).

Au regard de la sémiologie de l'autisme et de celle du retard mental, nous pouvons constater qu'elles ont en commun de toucher la plupart des items psychomoteurs. Une des raisons semble être que la majorité des personnes autistes présente un retard mental, nous pouvons alors nous demander si certains troubles découlent plutôt du retard mental que de l'autisme. Une autre raison semble être que les TED et le retard mental affectent tous les deux le développement précoce de l'individu.

L'ADOLESCENCE

L'ADOLESCENCE: UN TERME EN PERPETUELLE EVOLUTION ?

Pourquoi l'adolescence est sujette à autant de variabilité de conception au sein des publications ?

La notion d'adolescence évolue selon la société. Elle dépend étroitement de la culture d'appartenance comme le souligne Catherine Potel:

« Dans certaines civilisations dites primitives, ce passage [l'adolescence] se concrétisait par des rituels initiatiques (souvent des épreuves corporelles) qui marquaient fortement et rapidement le changement de statut et l'inscription dans le groupe social des adultes. Dans nos sociétés modernes, les rites ont pratiquement disparu ou prennent une forme plus diffuse, moins repérable, et le temps de passage est plus long. » (POTEL C., 2006, p.57).

Dans la société occidentale actuelle, l'adolescence débute plus précocement que jamais, aux alentours de 12-13 ans, et tend à durer plus longtemps.

La notion d'adolescence est variable d'un individu à l'autre. Son commencement se définit par l'apparition des signes de puberté. Son achèvement, lui, semble davantage sujet à controverses et approximations. En regroupant les estimations des publications qui se risquent à le chiffrer, nous pouvons en déduire une fourchette estimative qui s'étendrait de 18 à 25 ans. Autrefois, l'entrée dans l'âge adulte était marquée par l'entrée dans la vie active et l'autonomisation économique de la personne. Aujourd'hui, ces repères semblent devenus obsolètes. La société actuelle tend à prolonger la durée des études et la dépendance financière aux parents ou aux aides extérieures ce qui ne signifie pas pour autant que l'adolescence se poursuit pour chacun durant ce temps. Xavier Pommerau estime l'entrée dans l'âge adulte ainsi: « Devenir adulte, c'est pouvoir mettre en phase maturation [entendue comme le processus de murissement] et maturité [entendue comme l'état d'acquisition de certaines aptitudes] pour retrouver l'unité de soi-même. Tant que persiste un décalage entre ces deux principes évolutifs, le sujet reste en devenir. » (POMMERAU X., in MARZANO M., dir. 2007, p.22).

GENERALITES

Selon Pierre G. Coslin, le terme adolescence est apparu dans la langue française aux alentours des XIII^e et XIV^e siècles et provient du verbe latin « *adolescere* » qui signifie « grandir » (COSLIN P.G., 2013, p.23). En latin, « *adolescens* » correspond au participe présent « grandissant ». Il marque le processus de grandir en opposition au participe passé « *adultus* », ce dernier marquant la fin de ce processus (POMMEREAU X. in MARZANO M., dir. 2007, p.22).

Nous sommes tous, par définition en tant qu'être vivant, en continuel changement, de notre état le plus primaire jusqu'à notre disparition. Ces changements sont plus ou moins importants, progressifs ou rapides, selon les périodes de la vie. Actuellement dans la société occidentale, l'adolescence constitue une étape de la vie entre l'enfance et l'âge adulte marquée par l'importance de ses transformations physiques et psychiques.

TRANSFORMATIONS PHYSIQUES

L'adolescence est initiée par la puberté définie comme un « processus qui démultiplie la croissance du corps et le rend apte à procréer. » (POMMEREAU X. in MARZANO M., dir. 2007, p.22). La puberté se déclenche aux alentours de 10 et 13 ans chez les filles et de 11 et 14 ans chez les garçons (POMMEREAU X. in MARZANO M., dir. 2007, p.23) avec un bouleversement hormonal. L'entrée dans l'adolescence correspond à la reprise de la maturation sexuelle et donc la fin de la période de latence qui caractérise l'enfance. L'appareil reproducteur devient progressivement mature se manifestant par l'apparition des premières règles chez la fille et des premières éjaculations chez le garçon. Les caractères sexuels secondaires se développent (organes génitaux externes, pilosité, seins chez la fille). La croissance en taille et en poids est particulièrement importante durant cette période avec un développement qui se distingue entre fille et garçon (développement de la masse musculaire chez le garçon, développement de la

masse adipeuse chez la fille au niveau des fesses, des hanches et des seins, mue plus importante de la voix chez le garçon...).

TRANSFORMATIONS PSYCHOLOGIQUES

L'adolescent doit s'adapter à de nouveaux repères, son image du corps est en remaniement. Son corps se transforme, est soumis à un bouleversement hormonal et à une résurgence des pulsions. Sigmund Freud définit la pulsion comme une excitation interne qui agit comme une force constante. Le but en est la satisfaction, « l'objet de la pulsion est ce en quoi ou par quoi la pulsion peut atteindre son but » et la source est « le processus somatique qui est localisé dans un organe ou une partie du corps et dont l'excitation est représentée dans la vie psychique par la pulsion. » (FREUD S., 1968, p.18-19). « La pulsion sexuelle était jusqu'ici [durant l'enfance] principalement auto-érotique, elle trouve maintenant [à la puberté] l'objet sexuel. » (FREUD S., 2010, p.87). L'adolescent perd la maîtrise de ce corps qu'il pensait acquise durant l'enfance. Auparavant attaché au noyau familial, il essaye de se distancer des parents, tout en gardant un retour possible et sécuritaire. « En pleine quête identitaire, l'autre devient un miroir. » (POTEL C., 2006, p.61). Le groupe très prisé pendant l'adolescence, fait figure d'attache extérieure au noyau familial, il peut permettre d'assouvir cette quête identitaire exprimée par l'apparence (tenue vestimentaire, coiffure, piercing...) ou encore le partage d'intérêts. L'éveil de la sexualité entraîne un remaniement des relations entre filles et garçons. « La maturité du corps est en dissonance avec l'immaturation psychique » (POTEL C., 2006, p.62), ce qui entraîne un certain malaise, l'adolescent doit se réapproprier son corps. La fatigue, l'anxiété, l'entrée en conflit, l'opposition notamment aux images parentales en réponse à la réactivation du complexe d'Œdipe, une certaine agressivité, l'humeur labile et extrême, la confrontation au danger mais aussi la créativité, le questionnement de l'existence ou encore l'envie de refaire le monde et de se sentir utile, font partie intégrante du bouleversement de l'adolescent.

L'ADOLESCENCE DE LA PERSONNE AUTISTE ET DEFICIENTE INTELLECTUELLE

Lorsque les bases narcissiques de l'enfance sont fragiles, comment aborder les remaniements caractéristiques de l'adolescence ?

L'adolescent autiste impuissant face à son corps qui se transforme peut être sujet à un ébranlement de son sentiment de contenance et à une résurgence des angoisses archaïques. Geneviève Haag en parle ainsi: « Comme chez tous les jeunes de cet âge, il se produit l'explosion biologique concernant la pulsion sexuelle, et la flambée d'excitation qui l'accompagne ébranle à nouveau les contenances si difficilement acquises chez ces sujets ; de plus, le vécu de transformation corporelle lui-même ravive les difficultés primitives de constitution du moi corporel. » (HAAG G. in DELION P., dir. 2000, p.32). Une problématique fréquente dans l'autisme est la recherche d'immuabilité et la difficulté à appréhender les changements. L'adolescence est une période caractérisée par ses nombreux changements corporels, psychiques et sociaux. Ces changements associés à un défaut de représentations psychiques d'une individualité bien distincte de l'autre et une absence d'intégration de la génitalité peuvent entraîner de l'anxiété à l'adolescence et l'apparition de troubles tels que l'agressivité, l'impulsivité ou les conduites masturbatoires compulsives. Des troubles du comportement peuvent émerger également suite à l'apparition de douleurs. Je pense ici par exemple aux règles douloureuses chez les adolescentes. L'incompréhension, l'incapacité à s'exprimer peuvent conduire à de l'auto et de l'hétéroagressivité. L'adolescent voit ses relations aux autres se modifier sans pouvoir forcément en percevoir le sens. « Des actes jusque-là anodins revêtent des significations plus complexes, en particulier sexuelles, que l'adolescent autiste n'est que rarement en mesure de percevoir. » (CLET-BIETH E. et PERISSE D. in OUSS-RYNGAERT L., dir. 2008, p.271). Dans cet extrait, il est entendu les rapprochés corporels qui peuvent prendre la forme par exemple de sentir une personne en collant son nez dessus ou de lui toucher les cheveux. « La notion de pudeur est aussi souvent absente. » (CLET-BIETH E. et PERISSE D. in OUSS-RYNGAERT L., dir. 2008, p.273). Les règles sociales qui d'usage s'apprennent intuitivement avec la socialisation,

peuvent avoir besoin d'être expliquées de façon plus approfondie aux personnes autistes déficitaires pour qui elles ne sont pas instinctivement comprises.

« Les personnes autistes ou psychotiques déficitaires graves adultes sont en manque de représentations psychiques individuées et différenciées de celles de la famille ou de leur groupe d'appartenance. Ainsi, les changements corporels propres à la fin de l'enfance, de même que le détachement des parents qui s'annonce, n'arrivent souvent pas à se représenter dans l'appareil psychique familial, *a fortiori* chez le sujet lui-même. Dès lors ces changements ne constituent qu'une rupture du continuum infantile entraînant un état de crise pour le patient et (ou) pour la famille. » (BORGY J. in DELION P., dir. 2000, p.190).

Cet extrait de Jacques Borgy nous montre la difficulté pour la personne autiste déficitaire et sa famille d'intégrer les changements que comporte l'adolescence, pouvant conduire à un certain déni. L'entourage familial comme les professionnels se trouve face à une situation qui peut être quelque peu déconcertante. Comment tenir compte à la fois de l'adolescence, et de l'immaturation psychique qui évoque l'enfance ? Là où un adolescent trouve ses propres repères en s'appuyant notamment sur le groupe, en effet « Le groupe est une enveloppe qui contient. » (POTEL C., 2006, p.61), l'adolescent autiste déficitaire lui a pour problématique la relation à l'autre. Ce dernier peut rester très attaché aux figures parentales. Il est donc important que la famille et les professionnels qui l'entourent, l'accompagnent davantage pour l'aider à se représenter son adolescence. Cet accompagnement peut se faire par le changement de groupe sur l'institution, pour marquer le développement comme la montée en classes dans une scolarité habituelle. La verbalisation me semble très importante pour mettre des mots, donner du sens aux éprouvés de la personne durant son adolescence. L'accompagnement peut se faire aussi par un aménagement de l'espace, pour donner la possibilité à l'adolescent de se distancer des adultes tout en restant dans un cadre sécurisant.

LES COMPOSANTES DE L'IMAGE DU CORPS

Nous venons de voir que l'adolescence est une période de changement qui bouleverse l'image du corps. Nous avons également constaté que la pathologie autistique et la déficience intellectuelle touchaient le développement et la construction de l'image du corps. Qu'en est-il de ce concept ? Le concept d'image du corps semble étroitement lié à différentes notions telles que le schéma corporel, les fonctions du Moi-peau, les angoisses archaïques et tant d'autres. Pourquoi ces notions lui sont étroitement liées ? Ne seraient-elles pas des composantes de l'image du corps ?

HISTORIQUE DE L'IMAGE DU CORPS

PAUL SCHILDER: SCHEMA CORPOREL ET IMAGE DU CORPS, DEUX NOTIONS INTRIQUEES

Paul Schilder (1886-1940), est un homme aux multiples ressources, neurologue et philosophe viennois, il s'est longuement penché sur la recherche en psychiatrie et la psychanalyse.

Paul Schilder est le premier à poser les jalons du concept d'image du corps qu'il définit ainsi: « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-même. » (SCHILDER P., 1968, p.35). L'image du corps est donc définie comme une notion subjective, propre à chacun. Paul Schilder mêle le concept de schéma corporel et d'image du corps pour souligner qu'il contient à la fois une part physiologique et une part représentative. Il en parle ainsi:

« Le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Nous pouvons aussi l'appeler « image du corps », terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que sensation pure et simple et autre chose qu'imagination (...) bien que passant par les sens, ce n'est pas là pure perception ; et, bien que contenant des images mentales et des représentations, ce n'est pas là pure représentation. » (SCHILDER P., 1968, p.35).

Christian Chaput décrit Paul Schilder comme « le premier à présenter l'image du corps sous un triple aspect: physiologique, libidinale et sociologique. » (CHAPUT C. in MARZANO M., dir. 2007, p.485).

FRANÇOISE DOLTO: L'IMAGE INCONSCIENTE DU CORPS

Françoise Dolto (1908-1988), pédiatre et psychanalyste française, fait la distinction entre schéma corporel et image du corps. Elle définit le schéma corporel comme « une réalité de fait » (DOLTO F., 1984, p.18), « Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, quels que soit le lieu, l'époque ou les conditions dans lequel il vit. » (DOLTO F., 1984, p.22). Il serait le même pour toutes les personnes d'âge et de climat similaire, en partie inconscient, préconscient et conscient. Tandis que l'image du corps serait propre à chacun, liée aux expériences du sujet, et inconsciente mais pouvant dans certains cas devenir préconsciente.

Françoise Dolto approfondit le concept d'image du corps. « L'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions. » (DOLTO F., 1984, p.24).

« L'image de base est ce qui permet à l'enfant de se ressentir dans une « mêmeté d'être », c'est-à-dire dans une continuité narcissique ou dans une continuité spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis la naissance (...) » (DOLTO F., 1984, p.50). Le sentiment d'exister provient de cette conviction de continuité. En d'autres termes expliquer par Eric Pireyre: « L'image de base, pour Dolto, contient en elle la conviction plus ou moins forte, de la continuité d'existence (...) et la notion d'identité qui lui est liée ou qui en découle. » (PIREYRE E. W., 2011, p.39). L'image de base est constitutive du narcissisme primordial au sens « (...) du narcissisme du sujet en tant que sujet du désir de vivre, préexistant à sa conception. » (DOLTO F., 1984, p.50).

Françoise Dolto décrit l'image fonctionnelle comme une « image sténique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir. » (DOLTO F.,

1984, p.55). Contrairement à l'image de base statique, l'image fonctionnelle est donc une image dynamique qui évolue. Elle doit permettre « une utilisation adaptée du schéma corporel » (DOLTO F., 1984, p.57). Eric Pireyre associe l'image fonctionnelle à la notion d'identité (PIREYRE E. W., 2011, p.40).

L'image érogène est rapidement présentée par Françoise Dolto comme « associée à telle image fonctionnelle du corps, le lieu où se focalise plaisir ou déplaisir érotique dans la relation à l'autre. » Elle ouvre au plaisir partagé. Eric Pireyre la nomme l'identité sexuée (PIREYRE E. W., 2011, p.41).

Ces trois composantes de l'image du corps sont actualisées dans ce que Françoise Dolto nomme « l'image dynamique ».

LE MOI-PEAU DE DIDIER ANZIEU

Didier Anzieu s'appuie sur des travaux psychanalytiques notamment de Sigmund Freud, ainsi que d'une série de constatations « éthologiques, groupales, projectives et dermatologiques » (ANZIEU D., 1985, p.57) pour définir le concept du Moi-peau. « Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais il est lui-même la projection d'une surface. » (FREUD S., 1981, p.264), cette phrase de Sigmund Freud semble former la base du Moi-peau. Didier Anzieu définit ainsi ce qu'il nomme le Moi-peau: « Par Moi-peau, je désigne une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. » (ANZIEU D., 1985, p.61). Autrement dit: « Tout ce qui est psychique se développe en constante référence à l'expérience corporelle, ainsi le Moi se constituerait d'abord à partir de l'expérience tactile. » (LABALETTE D., 1989, p.17).

Le concept de Moi-peau retrace la constitution du Moi, il semble retranscrire certaines étapes précoces de la constitution de l'image du corps comme le souligne Eric Pireyre dans son concept d'image composite du corps.

En effet, Didier Anzieu fait part d'une liste (non exhaustive) des fonctions du Moi-peau qui énonce les fonctions psychiques de la peau s'étayant sur ses fonctions physiologiques.

Les fonctions du Moi-peau mettent donc en correspondance les fonctions de la peau et les fonctions du Moi, au nombre de huit, elles sont les suivantes:

1- La fonction de maintenance.

Elle permet au psychisme du bébé de fonctionner par le soutien de son état d'unité. Cette fonction s'étaye sur l'intériorisation du *holding* maternel au sens de Winnicott. Le *holding* correspond à la manière dont la mère porte et soutient le corps de son bébé. Cet appui externe permet au bébé de développer son appui interne, son axe et par la suite sa verticalité.

2- La fonction de contenance.

Elle contient le psychisme comme une enveloppe: la peau. Cette fonction s'étaye sur le *handling* maternel au sens de Winnicott. Le *handling* correspond aux soins que la mère apporte à son bébé qui lui fait ressentir sa contenance.

3- La fonction de pare-excitation.

A l'image de l'épiderme qui protège le corps des agressions extérieures, la fonction de pare-excitation protège le psychisme des agressions extérieures. Au départ, cette fonction est assumée par la mère jusqu'à ce que l'enfant intègre cette fonction.

4- La fonction d'individuation.

De même que la peau présente ses caractéristiques individuelles, la fonction d'individuation de Soi du Moi-peau permet à la personne de se sentir comme un être unique, différencié des autres.

5- La fonction d'intersensorialité.

La peau est le support d'organes des sens, de même le Moi-peau « est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures et qui les fait ressortir comme figures sur ce fond originaire qu'est

l'enveloppe tactile » (ANZIEU D., 1985, p.127). Cette fonction prépare à la symbolisation.

6- La fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle.

La peau du bébé est investie libidinalement par la mère, les soins qu'elle lui apporte préparent à l'auto-érotisme. La fonction de surface de soutien de l'excitation sexuelle permet de façonner sur cette base les zones érogènes et le développement de la sexualité.

7- La fonction de recharge libidinale.

La peau est une « surface de stimulation permanente du tonus sensori-moteur par les excitations externes ». Le Moi-peau a une fonction de recharge libidinale du psychisme, il maintient une certaine tension énergétique interne et la répartit inégalement entre les sous-systèmes psychiques (ANZIEU D., 1985, p.128).

8- La fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles.

La peau reçoit des informations sensorielles tactiles qui sont croisées avec des informations provenant d'autres sens pour analyser l'environnement. Le Moi-peau a une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles à deux niveaux: biologique et social.

L'IMAGE COMPOSITE DU CORPS D'ERIC PIREYRE

Cette partie sur l'image composite du corps se base sur l'apport du livre *Clinique de l'image du corps - Du vécu au concept* d'Eric Pireyre (PIREYRE E. W., 2011).

Eric Pireyre, psychomotricien, émet cette constatation:

« l'image du corps se développe par étapes chronologiques, elle se bâtit et s'étaye en lien avec des fonctionnements physiologiques variés (systèmes somesthésique et viscéral), elle concerne des fonctions ou des zones corporelles diverses, elle est investie par la libido qui laisse des traces, éventuellement des symptômes, partout où elle est passée et où elle peut se trouver encore. » (PIREYRE E. W., 2011, p.47).

Ainsi le concept d'image du corps fait référence à une notion qui se développe dès l'archaïque de l'individu et évolue tout au long de sa vie. L'image du corps renvoie à des fonctions physiologiques, libidinales et sociologiques comme nous l'avons vu précédemment. Elle ne peut donc être « monolithique » étant composée de plusieurs éléments différents. Eric Pireyre propose donc le concept de « l'image composite du corps » pour englober l'ensemble de ces éléments.

L'image composite du corps comprend neuf composantes qui sont:

- Le sentiment de continuité d'existence, l'identité et l'identité sexuée qui font respectivement référence aux concepts d'image de base, d'image fonctionnelle et d'image érogène de Françoise Dolto.
- La peau physique et psychique qui évoque notamment le Moi-Peau de Didier Anzieu.
- La représentation de l'intérieur du corps.
- Le tonus.
- La sensibilité somato-viscéral qui pourrait remplacer le concept de schéma corporel.
- Les compétences communicationnelles du corps.
- Les angoisses archaïques.

LE SENTIMENT DE CONTINUITÉ D'EXISTENCE

Le sentiment de continuité d'existence est une des premières étapes du développement que doit acquérir le bébé. Il représente un sentiment suffisant de sécurité interne pour se sentir vivant et poser les bases de la structuration du Moi.

Dans la pathologie, lorsque ce sentiment fait défaut, la personne peut se mettre à rechercher une sécurité interne par un accrochage à l'immuabilité et aux sensations. Dans l'autisme, la recherche de stimulation par les comportements stéréotypés notamment pourrait évoquer ce défaut de sentiment de continuité d'exister.

L'IDENTITE

« L'identité s'acquiert au cours du développement psychoaffectif. », elle se base sur celle qui nous est donnée administrativement à la naissance, « Elle trouve ses racines dans notre corps et dans la relation à nos parents (...) alors le processus de subjectivation peut se développer en s'appuyant sur certains aspects de la sensorialité et du dialogue tonique. » (PIREYRE E. W., 2011, p.62). Ainsi se développe la notion de limite, de dedans et de dehors, une limite entre soi et l'autre représentée par la peau. Puis le développement de la préhension, des déplacements mais aussi du regard, permettent l'émergence de l'individualité.

Dans le domaine pathologique, un défaut de construction de l'identité peut amener la personne à calquer celle de quelqu'un d'autre en imitant par exemple sa gestualité ou son langage.

L'IDENTITE SEXUEE

L'identité sexuée correspond au sentiment d'appartenance au genre masculin ou féminin. Elle se construit sur une base physiologique mais est également étroitement liée à l'influence sociale qui la soutient.

Dans la pathologie psychiatrique nous pouvons retrouver des troubles de l'identité sexuée.

LA PEAU

« La peau psychique va se construire sur les particularités de la peau physique. » (PIREYRE E. W., 2011, p.76). Au départ immature, les fonctions de la peau et la construction du Moi se développent au fur et à mesure de sa construction physique.

« Lorsque le bébé construit sa peau physique et psychique dans ses premières années, il surmonte le plus souvent, les vécus et les angoisses afférentes au stades de développement dans lequel il se trouve. Mais on en

trouvera des « résidus » refoulés dans l'inconscient et susceptibles, dans certaines circonstances particulières, de revenir à la conscience. » (PIREYRE E. W., 2011, p.82).

Un défaut de construction de la peau physique et psychique, a des conséquences sur la construction du Moi et peut entraîner une persistance des vécus et des angoisses originels.

Les orifices: bouche, organes génitaux et sphincter anal, ont pour particularité d'être « riches en innervation sensorielle et d'être revêtus d'une muqueuse très fine. » (PIREYRE E. W., 2011, p.83) et donc d'être particulièrement réceptifs aux sensations. La bouche fait partie prenante de la vie relationnelle, au départ lieu de fusion avec la mère lors de l'allaitement, il devient lieu d'émission du langage verbal par la suite. Les organes génitaux se développent par étape pour devenir mature à l'adolescence. Les orifices sont des lieux « fortement chargés en fantasmes, peurs et évènements subjectifs qui modèlent en profondeur la structure psychique » (PIREYRE E. W., 2011, p.83). Selon Eric Pireyre, leur nature physiologique, leur importante réceptivité sensorielle, leur fort investissement libidinal, et leur fonction d'échange entre intérieur et extérieur expliquent leur place dans l'image du corps.

En pathologie, les orifices font l'objet de nombreuses angoisses (dévoration, liquéfaction, morcellement).

L'INTERIEUR DU CORPS

L'intérieur du corps se développe progressivement chez un individu, de même que sa représentation psychique: « la maturation physiologique mais aussi les représentations des os, des articulations ainsi que des viscères sont cruciales dans de nombreux domaines du développement psychoaffectif de l'enfant. » (PIREYRE E. W., 2011, p.95).

Un défaut d'intégration de l'intérieur du corps notamment de l'axe, peut entretenir diverses peurs: se vider, se crever, ou encore manifester un défaut de vécu de solidité et de sécurité de l'arrière-fond.

LE TONUS

« Le tonus est l'état de légère tension des muscles au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique (la tension augmente mais pas la longueur) est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient ainsi les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales. » (JOVER M., in RIVIERE J., dir. 2000, pp.17-18).

Le tonus est donc un mécanisme corporel, il participe au maintien des postures et au mouvement, mais aussi un mécanisme psychoaffectif, il est étroitement lié aux émotions. Il est le support de la communication au travers du dialogue tonique. Le dialogue tonique a été énoncé par Julian de Ajuriaguerra pour définir la communication entre l'enfant et sa mère à l'aide des changements toniques durant les premiers liens: « La préoccupation constante de Wallon a été de bien montrer l'importance de la fusion affective primitive dans tous les développements ultérieurs du sujet, fusion qui s'exprime au travers de phénomènes moteurs dans un dialogue qui est le prélude au dialogue verbal ultérieur et que nous avons appelé le « dialogue tonique ». » (DE AJURIAGUERRA J., in JOLY F. et LABES G., 2009, p.171). Julian de Ajuriaguerra précise par la suite le terme sous la nomination de dialogue tonico-émotionnel qui fait part du lien étroit qui existe entre le tonus et les émotions. Le dialogue tonico-émotionnel est un outil privilégié du psychomotricien. C'est un terme que nous pouvons étendre à tout un chacun. Nous communiquons constamment au travers du tonus, il peut être perçu par un contact direct entre deux personnes mais aussi à distance en ressentant la variation tonique dans notre propre corps. Nous communiquons donc par nos variations toniques, dans nos postures, nos attitudes, et par toutes nos réactions tonico-émotionnelles.

En pathologie, en dehors des origines somatiques établies, les troubles toniques et tonico-émotionnels sont la manifestation de « traces, inscrites dans le corps, des premières expériences relationnelles » (PIREYRE E. W., 2011, p.110). Le tonus est donc étroitement lié à l'image du corps.

LA SENSIBILITE SOMATO-VISCERALE

La sensibilité somato-viscérale correspond à « l'organisation physiologique de la sensorialité humaine. Elle se compose de récepteurs, de voies de transmission et de centre de traitement de l'information sensorielle » (PIREYRE E. W., 2011, p.112). Ce terme pourrait se substituer à celui de schéma corporel en retenant sa part physiologique. Cependant, sa représentation reste subjective: « il nous est impossible (...) de percevoir non seulement le monde mais aussi notre propre corps tels qu'ils sont réellement. » (PIREYRE E. W., 2011, p.120). Ainsi, la sensibilité somato-viscérale appartient à l'image du corps.

En pathologie, nous pouvons trouver le phénomène de démantèlement, terme de Meltzer que cite Eric Pireyre, qui consiste « à laisser les sens les plus variés, spéciaux et généraux, internes et externes, s'attacher à l'objet le plus stimulant de l'instant. » (MELTZER in PIREYRE E. W., 2011, p.120).

LES COMPETENCES COMMUNICATIONNELLES DU CORPS

Le corps est le support primaire de la communication, et il continue de l'être malgré l'arrivée du langage. Les communications corporelles se manifestent comme nous l'avons vu au travers du tonus, des émotions, des attitudes mais aussi de la gestualité, des mimiques et du regard. La préférence d'un individu pour certains canaux communicationnels s'inscrit dans les premiers liens de l'enfant.

Dans la pathologie, nous pouvons trouver des difficultés à prendre conscience de ses communications corporelles. Une analyse et un travail sur

ces communications peuvent aider le patient à éveiller une prise de conscience corporelle et des émotions.

LES ANGOISSES CORPORELLES ARCHAÏQUES

Chez le bébé nous retrouvons des angoisses, propres à son immaturité neurologique et physiologique, telles que l'angoisse de chute, de morcellement, de dévoration, de liquéfaction et tant d'autres. Elles sont surmontées au fur et à mesure du développement mais gardent leurs inscriptions dans notre corps. Ces angoisses peuvent réapparaître brièvement dans certaines circonstances à différentes périodes de la vie et plus intensément lors de certaines pathologies. L'autisme ou les phases avancées de démences chez les personnes âgées en sont des exemples. « Telles une toile de fond, elles sont très présentes dès que l'on cherche à comprendre les rapports de l'être humain à son corps. » (PIREYRE E. W., 2011, p.135).

En pathologie, certaines personnes peuvent vivre ces mêmes angoisses qui perdurent dans le temps. Elles peuvent nous apparaître étranges, déconcertantes, compte tenu de l'âge du sujet et de l'intensité qu'elles renvoient, pourtant elles semblent réveiller une part familière, laissée à l'inconscient.

Au regard de l'ensemble de ces théories, sur l'image du corps ainsi que sur l'adolescence, nous allons pouvoir éclairer la clinique de Pierre que je vous présente ci-dessous.

PRISE EN CHARGE DE PIERRE EN PSYCHOMOTRICITE

Le patient que j'ai choisi d'étudier plus particulièrement dans ce mémoire est un patient pour lequel les outils éducatifs se font discrets au sein des séances de psychomotricité. Elles sont pour lui un lieu d'interaction où ses initiatives sont les bienvenues. Il n'y a pas de planning fixé à l'avance, même si au fur et à mesure de sa progression se développe différents temps qui deviennent récurrents. Nous reprenons avec la psychomotricienne quelques signes Makaton très utiles pour communiquer et nous lui demandons de scratcher la photographie de la salle de psychomotricité sur la porte pour marquer le commencement de la séance.

EVALUATION PSYCHOMOTRICE DE DEBUT DE PRISE EN CHARGE

A la rentrée de septembre, Pierre change de groupe sur l'IME, mais aussi de psychomotricienne référente et me voit arriver en tant que stagiaire. Sa grande méfiance face à tous ces changements ne nous permet pas d'évaluer l'ensemble de ses capacités dès la rentrée mais me permet de faire une observation psychomotrice de son fonctionnement dans ce contexte. Pour nous éclairer sur ses différentes capacités nous pouvons également nous appuyer sur les observations des différents acteurs de soins et éducatifs de Pierre.

OBSERVATION PSYCHOMOTRICE DU MOIS DE SEPTEMBRE

Pierre est un adolescent de 17 ans et demi, très mince, mesurant 1m60. Son visage en forme de V, ses expressions de méfiance, et son attitude craintive à notre égard m'évoque l'image d'un loup. Il met en place différents mécanismes de défenses au niveau du tonus, de ses déplacements, de ses mimiques et d'autres réponses singulières face à l'angoisse pour se tenir à distance.

Tonus:

Le tonus de fond de Pierre est globalement très élevé. Il semble mettre en place une carapace tonique comme moyen de défense. Sa démarche saccadée et ses postures laissent apparaître une hypertonicité au niveau des membres. Sa voûte plantaire est très creusée et ses orteils sont en flexion quasiment permanente. Ses postures d'enroulement fréquentes laissent déduire qu'il privilégie les postures recrutant peu la tonicité de l'axe mais il est capable dans l'action d'adapter son tonus axial pour évoluer dans l'espace.

Postures:

Pierre opte principalement pour des postures de regroupement, bras et jambes en flexion ramenés près du tronc, allongé sur le côté, accroupi ou assis. Ces postures rappellent la position d'enroulement fœtale, protectrice et autocentrée. Elles n'ouvrent pas à la relation, ni à son environnement.

Motricité globale:

Pierre limite au maximum ses déplacements en position debout, position où il semble vulnérable, peu à l'aise. Il se lève seulement pour aller d'un point à un autre éloigné. Ainsi, pour aller de son groupe à la salle de psychomotricité ou inversement, il marche très vite mettant une distance de plusieurs mètres entre nous et s'asseyant dès son arrivée. Lorsque nous allons le chercher sur son groupe nous le retrouvons systématiquement allongé sur un gros coussin dans le coin formé par le mur et un matelas. En salle de psychomotricité, il s'installe principalement dans le coin formé par le mur et la porte. Pierre se déplace lorsqu'il nous sent trop proche de lui et évite particulièrement de nous tourner le dos.

Expressions/moyens de communication:

Pierre est non-verbal. Il communique par le regard, quelques signes du Makaton qu'il s'approprie à sa façon, des sons au stade de babillage et répétition de syllabes (« me-me-me », de rares « maman » peu articulés) et des pointages. Le pointage est davantage exprimé par la direction de la main que par l'index. Celui-ci se délie des autres doigts mais reste légèrement fléchi.

Pierre manifeste parfois des crispations du visage, des mimiques paraissant agressives (froncement de nez, retroussement de bouche) pour nous tenir éloignées et manifester son mécontentement. Son regard laisse transparaître de la méfiance (tête légèrement baissée, les yeux relevés vers le regard de l'autre). Il peut aussi provoquer un certain malaise, quand, fixé sur nous, nous pouvons sentir la tension monter, comme si Pierre était prêt à bondir. Pierre semble apprécier les rythmes de percussions des mains sur la toile du trampoline, il esquisse quelques sourires lorsqu'un jeu s'instaure, un moyen d'entrer en relation semble se dessiner.

Représentation du temps et de l'espace:

Pierre a des difficultés pour se repérer dans le temps, il a besoin d'être fréquemment rassuré par un rappel de son planning. Nous répondons à ses inquiétudes sur le repas du midi, et le fait qu'il retrouvera bien sa maman après la journée sur l'IME.

Pierre n'investit pas l'ensemble de la salle, il retourne souvent vers les mêmes repères: la porte, le trampoline.

Stéréotypies:

Pierre se coupe de la relation, par des stimulations visuelles et tactiles. Il peut agiter un fil en pâte gluante devant les yeux mais surtout il tapote son index (droit) sur le sol en le regardant. Ces autostimulations semblent répondre aux situations anxiogènes pour lui.

Masturbation:

Fréquemment, face à l'angoisse de devoir entrer en relation ou au contraire lorsqu'il semble ailleurs, Pierre se masturbe dans un mouvement pulsionnel. Au niveau anal, il semble se mettre l'index dans les fesses, qu'il tient à regarder lorsqu'il sort sa main de son pantalon. Outre l'autostimulation, il semble il y avoir un questionnement autour des orifices. Au niveau du sexe, il se touche, voire s'agrippe.

Distance relationnelle:

La distance relationnelle adéquate entre Pierre et nous pour lui permettre de baisser son anxiété est de l'ordre de deux ou trois mètres.

Lorsqu'il y a un médiateur entre nous comme le trampoline, cette distance peut diminuer pour un court temps, mais Pierre a besoin de s'éloigner pour se récupérer. Notre trop grande proximité peut faire émerger de l'angoisse. Pierre y répond soit par la fuite (il s'éloigne et se masturbe pour abaisser cette angoisse), soit en s'agrippant à l'autre. Cet agrippement se manifeste comme un réflexe, il semble instantané, instinctif et tenace. Il faut l'accompagner fortement pour qu'il lâche sa prise, ses poings sont très serrés. Cet agrippement m'évoque le réflexe du grasping du tout petit qui correspond à un fort agrippement involontaire de ce qui est présenté dans la paume du bébé, ce réflexe doit disparaître avec la maturation du système nerveux vers l'âge de 3 ou 4 mois. L'agrippement se fait sur les cheveux (principalement ceux de la psychomotricienne qui sont détachés) ou sur le devant de nos hauts de vêtement.

OBSERVATIONS EXTERIEURES A LA PRISE EN CHARGE

Relationnel:

Pierre est décrit comme très dépendant de la relation à l'adulte dont il sollicite beaucoup l'attention et l'exclusivité. Il ne cherche pas à jouer avec les autres jeunes de l'IME, à l'exception d'un autre adolescent de son groupe qui présente une déficience intellectuelle sans troubles autistiques.

Intérêts:

Pierre aime regarder les images des livres et magazines, ramasser les bouts de bois dehors, faire des échanges de ballon, jouer avec les cerceaux (échanges et stimulation visuelle), se masser la tête avec un objet masseur et regarder des acteurs expressifs dans les séries télévisées humoristiques.

Pierre n'apprécie pas de sortir lorsqu'il fait froid il se montre très réticent. Il n'apprécie pas non plus faire du dessin. Il évite au maximum les situations qui pourraient le confronter à l'échec. Il peut se bloquer, ne pas essayer de peur d'être en difficulté.

Propreté:

Pierre demande à se rendre aux toilettes, mais n'urine pas forcément. Il ne s'y rend jamais seul, il demande à être accompagné. Il ne fait pas ses selles aux toilettes, il les fait dans une couche qu'il porte seulement la nuit. L'enjeu de laisser se détacher une partie de soi dans les toilettes semble angoissant pour Pierre.

Pierre ne se lave pas seul, il peut se savonner légèrement sur demande mais il n'a pas le sens de la globalité du corps à laver.

Ces informations renforcent l'idée d'une problématique de conscience corporelle.

Alimentation:

Pierre mange des aliments mixés ou coupés en très petits morceaux, avec beaucoup de ketchup. Nous pouvons en déduire une certaine sensibilité tactile et gustative au niveau de la zone orale. Pierre mange dans une assiette adaptée (avec rebord), il tient sa cuillère de la main gauche en préhension palmaire.

Habillage:

Au niveau de l'habillage, Pierre peut mettre seul son slip, son haut et son pantalon mais il nécessite de l'aide pour les autres vêtements. Il a acquis la pince supérieure (pouce-index) qu'il peut utiliser pour retirer ses scratchs.

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHOMOTRICITE

Au regard de ces observations, les objectifs prioritaires à court-terme sont de trouver un mode de communication commun et d'instaurer une alliance thérapeutique avec le patient afin de permettre l'entrée en relation dans un climat de confiance. A moyen terme, les objectifs sont d'harmoniser son tonus et de travailler la conscience corporelle afin de l'accompagner vers une meilleure appropriation de son corps adolescent. Ces objectifs visent à long terme à apporter une aisance corporelle et des bases solides qui favorisent le développement de son autonomie.

J'ai choisi de détailler les premières séances qui me paraissent importantes de connaître pour comprendre la prise en charge avec Pierre. Ensuite, je décrirai l'évolution de Pierre et de sa prise en charge mois par mois de manière plus globale, en détaillant les points clés.

1^{ERE} SEANCE: LA RENCONTRE

Le groupe de Pierre est situé au premier étage et la salle de psychomotricité est au rez-de-chaussée au niveau de l'entrée de l'établissement. Je rencontre Pierre en septembre. A 10h, l'heure de sa séance de psychomotricité, la psychomotricienne et moi-même allons le chercher sur son groupe, mais nous ne l'y trouvons pas. Son éducatrice nous informe qu'il est allé dans la salle de détente situé au même étage. Pierre apprécie beaucoup cette pièce où il est seul, au calme. Cette pièce est relativement petite, il y a des coussins au sol où il peut s'allonger. L'éducatrice le prévient de notre venue, je l'aperçois alors allongé sur un coussin. Il marque un moment de pause avant de se lever après plusieurs sollicitations de l'éducatrice et de la psychomotricienne.

Pierre m'apparaît comme un adolescent de petite corpulence, très fin. Sa démarche saccadée, raide, martelant le sol avec ses talons et sa maigreur m'évoquent l'image du squelette M. Jack extrait du film d'animation *The Nightmare Before Christmas*⁷. Je le salue, il me regarde brièvement avant de descendre rapidement les escaliers pour se diriger vers la salle de psychomotricité. Pierre n'a pas accès au langage verbal mais communique par quelques signes (Makaton), par l'émission de sons et de ses propres gestes. Il a une certaine hypertonicité apparente au niveau des membres, il marche les jambes très tendues et les bras souvent fléchis. Une fois dans la salle, il se met rarement debout sauf pour se déplacer. Il adopte principalement une position assise bras et jambes fléchies près du tronc, position qui rappelle la position fœtale du tout petit et semble être une posture rassurante.

⁷ SELICK H. réalisateur (1993), *The Nightmare Before Christmas*, Walt Disney Pictures.

En séance, Pierre semble très méfiant. Quelque chose d'agressif émane de lui (expressions du visage). Je ressens une tension constante comme si Pierre hésitait entre nous accorder sa confiance ou bondir sur nous. Au départ très éloigné (plusieurs mètres), il tripote un élastique gluant qu'il associe peut-être aux sécrétions nasales, et se met ensuite le doigt dans une narine puis recommence à plusieurs reprises. Il se rapproche progressivement de nous, alternant avec des moments où il s'éloigne, il cherche une distance de sécurité. Pierre parvient à interagir avec nous à l'aide du petit trampoline en médiateur. Une certaine communication s'établit sur le mode d'un rythme vibratoire, le petit trampoline est utilisé comme instrument pour faire des percussions. Il semble apprécier frapper fort sur le trampoline, poings fermés esquissant quelques sourires. Il nous lance comme un appel attendant notre réponse sur le même mode de communication, pour ensuite recommencer les percussions. Il attend une seule réponse celle de la psychomotricienne ou la mienne. Après plusieurs tentatives de notre part, il acceptera la proposition d'ouvrir les mains pour frapper la toile du trampoline. Ces rares moments d'interaction sont entrecoupés par des moments où Pierre s'agrippe aux cheveux de la psychomotricienne ou à nos vêtements, ainsi que le signalaient l'équipe éducative et le compte-rendu en psychomotricité de l'an passé. C'est comme si soudainement, il nous situait dans un espace trop proche du sien, se sentait menacé ou ressentait le besoin de s'agripper à l'autre pour ne pas s'effondrer. Par moment, il semble vouloir nous communiquer par signes en se frottant le ventre et en bredouillant « me-me » ou « maman ». A cette époque, je ne connaissais pas ce moyen de communication, la langue de Pierre m'était étrangère. Difficile de le comprendre mais il semble préoccupé, il nous répète plusieurs fois ce mouvement, nous regardant, espérant que nous le comprenions. La psychomotricienne verbalise « tu as faim ? », « tu penses à maman ? » et tente de le rassurer en confirmant qu'il va manger à l'IME et retrouver sa mère après. Etant visiblement préoccupé par les nouveautés de la rentrée, Pierre demande une confirmation de ses repères temporels.

Ce jour, Pierre m'apparaît très méfiant, angoissé, envahit par ces conduites masturbatoires et ses stéréotypies. En fin de séance, nous le

raccompagnons sur son groupe où il s'agrippe de nouveau aux vêtements et aux cheveux de l'équipe éducative.

2^{EME} SEANCE: DU REJET A L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

A l'heure de commencer la deuxième séance, je ne ressens pas l'envie d'aller le chercher, bien au contraire. Je suis surprise, cela ne m'était jamais arrivée pour un autre patient. Est-ce de la résignation précoce ? Je n'ai pas envie de me batailler pour aider ce patient qui ne montre pas l'envie de venir. Je me remémore mes notes et mon vécu de la première séance: « Pierre me semble nous repousser par son odeur particulière après s'être touché l'anus, par ses expressions d'agressivité au niveau du visage et ses manifestations d'agrippement plutôt violentes. Son rejet semble m'atteindre mais je m'accroche à l'envie de communiquer avec lui par le rythme. »

La deuxième séance commence difficilement. L'éducatrice nous informe de l'état de contrariété de Pierre. Le chauffeur de taxi se serait disputé avec lui ce matin. Pierre ne semble pas vouloir venir en séance. Une fois dans la salle, il s'agrippe énormément aux cheveux et aux vêtements de la psychomotricienne. Je garde davantage mes distances prenant mes repères. Par moment, je nous trouve bien démunies face à ces agrippements à répétition. Nous ne voyons pas d'autre solution que de lui tenir les avant-bras en attendant que son angoisse et son agressivité s'abaissent pour pouvoir ensuite se détacher. Il manifeste son mécontentement face aux propositions, s'allonge vers la porte, ronchonne et se touche les fesses.

Il ne souhaite pas monter sur le grand trampoline qui mesure plusieurs mètres, mais il accepte de venir autour du petit trampoline. Il échange quelques percussions de la toile avec nous, avant de s'agripper de nouveau sur la psychomotricienne. A ce moment, il s'agrippe fortement mais il me donne l'impression de vouloir se regrouper comme un tout petit contre l'adulte, en enroulement, accroupi. Je commence alors à donner sens à cet agrippement, qui perd alors de son image agressive et m'évoque un besoin de prendre l'adulte comme support. Serait-il lié à un sentiment de fusion à

l'adulte qu'il aurait ressenti au moment du partage d'un médiateur commun ?
Ou, tel un tout petit, aurait-il eu peur de se décrocher ou de chuter ?

Nous finissons la séance plus tôt que prévu. Pris d'angoisse, Pierre ne semble pas du tout disponible pour continuer la séance. Il se touche l'anus, le sexe ou se réfugie dans les stéréotypies (il regarde son index tapoter le sol). Il continue à se masturber une fois raccompagné sur son groupe. L'éducatrice lui propose d'aller dans la salle de détente s'il en a besoin, elle lui rappelle que ça ne se fait pas en public mais il reste imperméable à ses propos. Ce comportement vient répondre à son état d'angoisse.

Dès cette deuxième séance, ma vision de Pierre change radicalement. Je découvre un grand intérêt pour ce patient. Il se révèle être un adolescent attachant (dans tous les sens du terme !). Il est sensible au rythme et semble chercher à interpeller notre attention sous sa carapace défensive. Une fenêtre s'ouvre lorsque j'aperçois furtivement ses traits du visage se relâcher, sa bulle est perméable aux sons et aux vibrations.

3^{EME} SEANCE: COMMUNICATION PAR LE RYTHME ET LES VIBRATIONS

L'alliance thérapeutique se met en place, Pierre semble content de venir en séance, il est souriant. Avec le souvenir de la semaine précédente, je constate ce jour qu'il tire une seule fois les cheveux de la psychomotricienne parce qu'il ne voulait pas retirer ses chaussures. La psychomotricienne et moi-même, allons sur le grand trampoline en utilisant le rythme de percussion de la toile et le chant. Pierre nous rejoint sur le bord, toujours un peu méfiant, il oscille entre rapprochement et éloignement. Il semble communiquer et s'amuser avec nous en imitant nos tempos ou en initiant comme un appel avec son rythme. Il rit et nous regarde beaucoup pendant les percussions du trampoline. Il nous fait comprendre ensuite qu'il veut reprendre le petit trampoline comme aux séances précédentes, il semble apprécier de sentir les vibrations au travers de ses mains posées sur la toile lorsque nous frappons le trampoline.

En fin de séance, il ne semble plus vouloir partir, il s'allonge devant la porte sans pouvoir remettre ses chaussures. Finalement, il accepte de sortir lorsque la porte est ouverte. Raccouronné sur son groupe, il se rallonge sur le gros coussin et répond à notre aurevoir par lui aussi un aurevoir de la main. A l'image de ce retour apaisé dans son groupe, le travail du rythme et des vibrations semblent avoir eu un effet apaisant sur Pierre.

OCTOBRE: LE GRAND TRAMPOLINE, UN ESPACE CONTENANT

Durant le mois d'octobre, nous proposons à Pierre différentes expériences de rythme sur le grand trampoline, assis ou allongé, avec les mains ou les pieds. Pierre doit être accompagné pour faire des percussions des pieds, il ne le fait pas seul. Nous l'invitons à expérimenter les vibrations, corporelles et vocales. Nous prenons contact avec ses mains et ses pieds par des pressions profondes en nous servant du rythme des comptines.

Après un mois de prise en charge, Pierre manifeste tous les mercredi matin (jour où il vient en psychomotricité), son envie de venir en séance avant l'heure. Dans un premier temps, il montre son envie en sélectionnant la photographie de la salle de psychomotricité sur son planning, puis il se rend devant la porte ou sur les canapés près de la salle.

Au moment où il s'aperçoit que nous venons le chercher pour la séance, il manifeste son excitation, sa joie de venir, en riant, en tournant sur lui-même, voire en agitant ses mains. Lorsque nous nous déplaçons d'une salle à l'autre (salle du groupe et salle de psychomotricité), Pierre part rapidement quelques mètres devant nous pour descendre ou monter les escaliers.

En séance, il s'éloigne peu. Lorsqu'il s'éloigne, il revient rapidement nous solliciter. Il monte spontanément sur le grand trampoline et s'aventure désormais à s'asseoir sur la toile, auparavant il restait sur le bord dur.

Il apprécie nous regarder faire des percussions du trampoline associées à des chants dynamiques: les comptines. Il nous demande de recommencer en signant « encore ». Il semble apprécier les vibrations et les chants. Il se place

souvent en spectateur, rit beaucoup et parfois se lance à participer à quelques frappes du trampoline avec nous. Il apprécie également accélérer le rythme des percussions du trampoline, ensemble, sur une montée de voix (« holé ! »). Il fait preuve d'imitation différée en reprenant aux séances suivantes le « holé » à sa façon par la répétition de voyelles « o-o-o-é-é-é » pour nous inciter à le reprendre.

Lorsque Pierre est confronté à une proposition qui ne lui plait pas, il s'allonge et met la main dans le pantalon, plus fréquemment au niveau des fesses que du sexe. Pierre n'apprécie pas que nous sautions debout sur le trampoline. Peu assuré, il ne se met pas debout mais part du trampoline à ce moment-là. Se mettre debout sur une matière molle semble difficile pour lui. Par contre, il accepte de sauter sur les fesses. Au départ hésitant, il se laisse porter par la toile que nous faisons onduler, puis il participe, voire initie le saut sur les fesses tout en riant. Pierre investit alors pleinement les propositions faites par les adultes lorsqu'elles sont contenant et rassurantes pour lui.

Il reste encore méfiant lorsque nous le contactons directement. Nous échangeons des frappes de mains. Lorsque je propose mes mains à Pierre, il est hésitant, je sens son regard perçant, très accroché au mien, en alerte, prêt à réagir. Il frappe progressivement plus fort dans mes mains. Il accepte l'inversion des rôles mais je sens que je n'ai pas encore pleinement sa confiance. Je continue de lui proposer mes mains aux séances suivantes mais je ne retenterais pas l'inverse avant plusieurs mois, attendant qu'il soit prêt.

Pierre garde ses distances en changeant de place, prenant soin de nous avoir toujours dans son champ de vision, de face ou en diagonale. Son dos reste inaccessible pour le moment. Ses déplacements se font essentiellement sur le grand trampoline qui semble faire office de cadre contenant.

A travers le trampoline, cet espace sécurisant et contenant, Pierre alterne entre la passivité du spectateur et l'activité d'un acteur. Il conserve toujours une certaine méfiance dans cette nouvelle relation. La médiation du

rythme, des chants et des vibrations semblent lui permettre de jouer avec la distance relationnelle et l'investissement.

NOVEMBRE: LE GRAND TRAMPOLINE, UN ESPACE CONTENANT DIFFERENTS TEMPS.

En novembre, Pierre est suffisamment rassuré par le cadre du grand trampoline pour accepter l'élaboration de différents temps. Le projet thérapeutique peut alors se déployer davantage. Le premier temps est celui autour du rythme des percussions, ensuite s'ajoute le temps de prise de conscience corporelle par le contact des pressions profondes et enfin se joue le temps des échanges.

Une nouvelle manière de communiquer émerge, plus appréciable que les agrippements à répétition. Il me prend la main pour la première fois en novembre, de façon frêle et brève, pour me signaler de venir lorsque la psychomotricienne parle de lui avec l'éducatrice avant la séance.

Pierre semble de plus en plus confiant, il a les traits détendus en séance, son regard est très expressif, il rit beaucoup. Son état d'excitation peut le submerger en arrivant dans la salle, ses gestes deviennent peu précis pour retirer ses chaussures, il s'énerve alors rapidement (souffle, gesticule, bredouille). Je dois initier, voire accompagner son retrait des chaussures en début de séance. Son excitation montre son plaisir de venir en séance et traduit sa difficulté à réguler ses émotions.

Pierre monte frapper sur le grand trampoline en arrivant. Je lui réponds sur le même mode, son regard s'illumine en se voyant imité, ça le fait rire. Ainsi, un rituel pour se dire bonjour et appeler à être ensemble s'instaure. Lorsque nous chantons une comptine qui reprend les différentes parties du corps, il reprend uniquement le premier geste de mettre les mains sur la tête. Cela pourrait refléter un trouble de la conscience corporelle, comme le fait tout simplement, qu'il préfère rester spectateur dans ces moments. Pierre s'agrippe à l'adulte ou met la main dans le pantalon lorsqu'il

n'a pas ce qu'il souhaite ou lors d'un moment de transition entre les propositions dans un instant de flottement. Il peut s'agripper pour demander quelque chose dans les moments où il ne semble pas savoir comment faire autrement. L'agrippement manifeste souvent son angoisse mais peut désormais parfois avoir valeur de communication.

Un jour je propose de prendre un tissu pour faire office de contenant et d'intermédiaire entre Pierre et notre contact. J'espère ainsi le mettre en confiance, lui fournir un ressenti de l'enveloppe corporelle par la contenance du tissu et faciliter notre approche pour la prise de conscience corporelle. Nous l'invitons à s'allonger entièrement sur le tissu étalé sur la toile du trampoline. Pierre met seulement la moitié inférieure de son corps, la partie qu'il me paraît le moins investir. Je me sens bien embêtée, comment ne pas réveiller des angoisses de morcellement ou de chute en s'occupant de la partie qu'il veut bien nous laisser approcher ? Comment faire ressentir le corps dans sa globalité, y arriverons-nous un jour ? Finalement nous optons pour lui recouvrir les jambes en rabattant le tissu sur lui, nous pratiquons des pressions profondes des jambes puis des balancements dans le tissu très soutenus. La possibilité d'accéder à son dos émerge. Pendant que je fournis à Pierre un appui plantaire par des pressions de mes mains, la psychomotricienne parvient un court instant à accéder à son dos. Je me demande alors si l'appui plantaire participe à son ressenti de l'axe, lui apporte une sécurité qui lui permet d'investir le haut du corps et son arrière-fond ?

Nos premiers échanges d'objets en novembre sont des échanges de ballon assis sur le trampoline. Le regard de Pierre est bien dirigé vers son partenaire d'échange, il a de bonnes capacités d'ajustement de son lancer mais il a parfois des difficultés pour rattraper le ballon. Pierre intègre bien le temps de la séance. Il peut nous devancer parfois à l'heure de la fin de séance en nous montrant le sol pour nous indiquer de redescendre du trampoline.

Désormais, nous installons le grand trampoline une semaine sur deux pour des raisons d'organisation avec la séance précédente celle de Pierre.

Au début de la séance, Pierre s'assoit toujours par terre avec un arrière fond (mur ou porte) pour retirer ses chaussures. Deux temps se distinguent, le temps autour du rythme avec le petit ou le grand trampoline se poursuit et un temps amenant à la détente et à la prise de conscience corporelle sur un tapis se développe.

Je vais détailler maintenant le déroulement de ce deuxième temps. Sur un fond de musique douce, nous invitons Pierre à s'allonger sur le tapis recouvert du tissu précédemment utilisé. Il s'allonge sur le dos, se place sur un bord, l'axe tordu, les pieds et la tête penchant vers le centre du tapis. Il place ses mains sous la tête et croise ses jambes. Nous l'aidons à se centrer sur le tapis et à se repositionner en alignant son axe. Une fois installé, nous rabattons le tissu sur lui. Le tissu l'entoure de sa présence, il est simplement déposé autour de lui, Pierre reste libre de tout mouvement. La psychomotricienne et moi-même sommes placées chacune d'un côté de Pierre pour exercer des pressions profondes en symétrie. La symétrie soutient le sentiment de contenance et de globalité du corps. Chaque partie du corps que nous sollicitons est nommée par l'une de nous deux (la psychomotricienne ou moi-même). Nous commençons par prendre contact avec les mains que nous mobilisons puis nous effectuons des pressions profondes des mains aux épaules, puis des épaules jusqu'aux pieds. Nous tentons de lier le tout par un lissage continu des membres. Pierre ferme de plus en plus les yeux, ses traits se relâchent. Il se tourne une fois sur le ventre, je me demande si c'est un appel à faire des pressions au niveau de son dos, ce dos qui me paraît si peu accessible. Nous tentons une approche du dos mais il se rassoit rapidement après quelques pressions. La psychomotricienne lui masse alors la tête pendant que je lui fournis un appui des pieds par des pressions. Il semble se passer quelque chose au niveau de son axe, à ce moment-là il accepte de se mettre en appui dos sur la psychomotricienne. L'axe semble relié des pieds à la tête. Ensuite, Pierre se rallonge, semblant détendu, ses bras se mettent

spontanément le long du corps relâchés. Le travail de l'axe et lui fournir un appui, apportent à Pierre une sécurité interne qui lui permet de s'apaiser. Cet apaisement peut se lire dans l'abaissement de son tonus. Cela renvoie à un étayage de la fonction de maintenance du Moi-peau (cf. supra p. 30).

JANVIER: LA VERTICALITE, LE TEMPS DES INITIATIVES

Pierre répond parfois à notre bonjour de la main par le même mouvement. Désormais, il me saisit franchement la main lorsqu'il veut m'inciter à venir en séance. Il est plus confiant, son pas semble moins lourd, je ne l'entends plus marteler le sol comme auparavant. Un jour, il marche à mes côtés pour descendre l'escalier, les fois suivantes, il attend que nous passions devant lui pour descendre l'escalier. Regarde-t-il notre dos, cette partie qui semble tant l'interroger ? Souhaite-t-il être attendu comme il attend lui aussi l'heure de sa séance ? Ou a-t-il peur de ce vide annoncé par la hauteur de l'escalier et préfère-t-il nous avoir devant pour se rassurer avec une limite visuelle ?

A son arrivée dans la salle, Pierre s'assoit spontanément sur le banc ou la chaise où nous l'invitions auparavant sans succès à y retirer ses chaussures. Il s'y assoit brièvement, mais retire toujours ses chaussures par terre au niveau du coin habituel entre la porte et le mur. Le langage que nous avons élaboré ensemble avec Pierre ne fait pas appel au langage verbal et pourtant il me paraît maintenant familier, je le comprends. Ce langage est corporel, il fait appel au rythme et au dialogue tonico-émotionnel. Le rituel du bonjour constitué par des frappes du sol ou du trampoline, devient aussi pour Pierre une manière de nous appeler à venir à lui. Il prend davantage d'initiatives en demandant de reprendre le temps du trampoline, le temps sur le tissu ou un troisième temps où il choisit souvent de faire des échanges de cerceaux mais peut aussi demander de faire des jeux à table à mon plus grand étonnement.

Jusqu'au mois de décembre je ménageais beaucoup Pierre. Je lui laissais du temps pour m'accorder sa confiance et pour passer du statut de spectateur à acteur. Au mois de janvier, je sens notre confiance mutuelle

bien installée, je ne crains plus sa fuite. Je vais vous raconter un évènement qui peut paraître anodin mais dans ce contexte a été très important pour m'en donner la confirmation. Je continue à lui proposer mes mains pour qu'il frappe dedans, à la rentrée de janvier, je décide de retourner mes mains pour inverser les rôles. Il se rend compte que quelque chose à changer. Je lui dis: « A mon tour ! », après un bref instant de flottement il accepte d'inverser les rôles, nous alternons les frappes et avec soulagement j'ai obtenu ma confirmation.

Ce même jour, prises par le temps, nous avons oublié de ranger quelques objets sur le bureau (encastresments, jeu de construction). Pierre s'assoit sur la chaise au bureau ce qui m'étonne énormément ne l'ayant jamais fait auparavant. Je m'approche de lui, il me prend la main. Je lui demande alors ce qu'il veut, je ne comprends pas, c'est tellement inhabituel. Penser qu'il soit attiré par les jeux de table ne me traverse pas l'esprit jusqu'à l'instant où il m'attrape par l'encolure et me tire vers le bas. Là seulement, je comprends qu'il souhaite que je m'asseye à ses côtés pour faire les jeux de table. Je me suis rendue compte qu'avec notre mode de communication corporel j'en suis venue à énormément anticiper ses envies, un peu à l'image d'une mère qui anticipe les besoins de son nourrisson. Mais Pierre est un adolescent, je ne connais pas tout de lui, et dois accepter de me laisser surprendre.

Assis tous les trois au bureau, il nous est arrivé de faire un jeu d'encastrement sous forme de pêche à la ligne, les pièces sont aimantées. Pierre retire une à une les pièces de l'encastrement avec la canne à pêche qu'il dépose dans un panier. A chaque fois que la pièce se décroche il s'agrippe d'une manière réflexe aux cheveux de la psychomotricienne, cela me fait penser après coup à une angoisse de chute ou de morcellement.

Pour le temps de prise de conscience corporelle sur le tapis nous pratiquons des pressions profondes et des percussions osseuses. Pierre apprécie particulièrement les percussions osseuses au niveau de la cage thoracique et au niveau du dos maintenant qu'il accepte la proximité. Il reprend volontiers le son vibratoire que je lui propose bouche fermée.

Pendant le temps de percussions osseuses, les vibrations des percussions associées à celles du son, font ressentir l'intérieur du corps, le volume de la cage thoracique, les os et les organes. Pierre décroise spontanément ses jambes et ses bras pendant ce temps ce qui montre sa détente et son ouverture à l'autre. Il s'assoit fréquemment lorsque nous avons fait la moitié du corps (haut ou bas), avant de se rallonger pour poursuivre. Cela semble traduire un défaut du sentiment d'unité corporelle.

Pierre s'amuse à tendre des objets et les retirer avant que quelqu'un l'attrape. Un jeu s'instaure entre lui et la psychomotricienne, il tend son doigt vers sa bouche et le retire lorsqu'elle fait semblant de venir le croquer, il recommence ainsi à plusieurs reprises. Lors d'échanges de cerceaux il lui arrive de faire semblant de me l'envoyer, de rigoler puis de me l'envoyer réellement. Sur son groupe, il s'amuse notamment avec un autre adolescent à ce même type de jeu, il fait semblant de donner quelque chose et se ravise.

Pierre s'agrippe de moins en moins, lorsqu'il s'agrippe dans un moment de flottement, de transition, nous le rassurons en lui disant que nous ne partons pas, nous sommes là ensemble. Ça semble faire écho chez lui, depuis mi-janvier il ne s'agrippe plus comme un réflexe, il peut lui arriver de saisir parfois les cheveux mais sa prise est brève, il ne sert pas et peut relâcher de lui-même. Il met rarement la main dans le pantalon et l'enlève immédiatement lorsque nous lui en parlons.

Pierre semble s'interroger sur sa respiration, les orifices bouche et narines. Il arrive parfois qu'il mette la main sur sa bouche et son nez en même temps comme pour boucher ou sentir le souffle. Il peut avoir des moments d'hyperventilation lorsqu'il est très excité en arrivant dans la salle ou lorsqu'il s'allonge sur le tissu. Je lui verbalise, et l'accompagne avec ma respiration pour l'aider à retrouver une respiration plus calme.

FEVRIER: LE SENTIMENT D'UNITE CORPORELLE

Nous poursuivons les séances autour de trois temps principaux: le temps autour du rythme, le temps de prise de conscience corporelle sur le

tissu et le temps des échanges. A ces temps récurrents viennent s'ajouter d'autres expériences ponctuelles.

Pierre s'assoit sur le banc et accepte ma présence sur ce même banc, il retire toujours ses chaussures assis par terre dans son repère habituel: le coin près de la porte.

Au niveau du rythme, Pierre nous imite pour frapper une fois, deux fois ou trois fois, ou faire une accélération de rythme. Ses frappes sont toujours fortes. Plus elles sont rapides, plus il semble apprécier. Il peut suivre avec nous un rythme régulier de percussions sur une comptine. Il peut également imiter un jeu d'échange de répétition de « o » lorsque la psychomotricienne lui propose un micro. Pierre se met brièvement debout sur le grand trampoline mais reste peu assuré, il se rassoit rapidement.

Au niveau du temps consacré à la prise de conscience corporelle, Pierre s'installe désormais spontanément au centre du tapis, son axe est droit. Il décroise de plus en plus fréquemment ses jambes et ses bras. L'IME reçoit des couvertures lestées. Un jour en février, je lui propose de le recouvrir avec. L'objectif est d'accentuer le sentiment de contenance et d'unité corporelle pendant les pressions profondes avec le poids uniformément réparti sur son corps. La couverture semble faire son effet, Pierre se retourne du dos au ventre seulement lorsque nous avons fini les pressions des mains jusqu'aux pieds et non plus à mi-chemin. Pierre fait parfois lui-même des percussions du thorax reprenant le son vibratoire pour nous inciter à faire des percussions osseuses du thorax, il peut également se mettre sur le ventre en reprenant ce même son pour que nous fassions des percussions du dos.

Pierre me demande souvent en fin de séance de prendre un cerceau en me regardant et en pointant les cerceaux difficiles d'accès suspendus au mur. Le temps d'échange avec le cerceau se déroule plus ou moins de la même manière. Je lui donne un cerceau, il commence par le regarder osciller au sol en le lâchant. Une fois arrêté, je le fais moi-même tourner comme une toupie ce qui l'amuse beaucoup, puis nous entrons dans les échanges de cerceau, roulé ou lancé, assis par terre, sur un bloc ou debout. Il m'étonne par son

habileté à rattraper un cerceau en vol, sachant que rattraper un ballon est moins aisé pour lui. Le ballon est mou, le cerceau dur, la prise du ballon est bimanuelle, celle du cerceau se fait à une main. Pierre se met davantage debout, il évolue dans l'espace à différents niveaux.

Courant février, un patient étant absent je me trouve à discuter avec les éducateurs sur le groupe de Pierre. Un adolescent regarde un dessin animé où danse une princesse. Je vois Pierre venir s'installer sur un fauteuil près de l'ordinateur qui diffuse ce dessin animé. Il tient à la main un poupon. L'éducatrice me signale que c'est la première fois qu'elle le voit avec. Je remarque qu'il le tient certes par le cou mais à l'endroit. Cette expérience semble refléter l'intégration de quelque chose, je me demande quoi: sa conscience corporelle, la sexualité ? Il se met à approcher ses yeux très près de ceux du poupon comme pour regarder s'il y avait un être pensant à l'intérieur. Il lui fait alors un bisou sur la bouche. Le prenant par le cou de la main droite, il se met à lui masser une main de la main gauche (ce qui m'évoque nos séances où nous commençons par une mobilisation ou des pressions de la main lors du temps de prise de conscience corporelle). Après chacune de ces expérimentations, Pierre rigole en regardant le dessin animé.

MARS: ETAYAGE DE LA VERTICALITE ET OUVERTURE AUX AUTRES

Pierre nous attend désormais pour remonter à nos côtés dans l'escalier et aller sur son groupe. Je vois ici une évolution de son rapport à lui-même et aux autres. Il est confiant et inscrit dans la relation, une volonté d'être ensemble du début de la séance jusqu'à la fin.

Pierre expérimente de nouveau la bouche. Un jour, je lui propose de dessiner sur une feuille (ce qu'il n'apprécie pas), il se met quelques traits de feutres sur les lèvres. Parfois, il se tente à approcher sa main de mon visage et à toucher furtivement ma bouche du bout des doigts, comme quelque chose d'étrange, de nouveau qu'il découvre. Je lui décris ce qu'il fait. Son questionnement autour des orifices était auparavant essentiellement anal et nasal. Il se dirige désormais vers les orifices bouche et oreille, et il prend une

autre dimension pour les narines. Le questionnement autour de la fonction excrétoire des orifices se tourne vers leur fonction de perméabilité dans les deux sens: incorporation et excrétion (de l'air, des aliments, du son).

Il lui arrive de toucher mes cheveux mais ne s'y accroche plus, il utilise davantage la prise de la main pour avoir l'attention de l'autre. Sa communication est plus adaptée. Il module son dialogue tonique dans la relation.

Ses angoisses ayant nettement diminuées, Pierre ne met plus la main dans son pantalon en séance.

Pour le temps sur le tapis, je propose d'ajouter un moment pour faire rouler un ballon sur le corps après des pressions ou percussions osseuses. Je lui propose que nous prenions chacun un ballon, il accepte d'essayer de nous imiter à le faire rouler sur les jambes jusqu'aux pieds. Il me faudra l'accompagner dans son mouvement pour qu'il parvienne jusqu'aux pieds. Pour le reste du corps il ne participe pas. L'introduction du ballon amène un toucher plus superficiel, il permet aussi une distanciation par le médiateur et une certaine participation de sa part.

Le temps de rythme avec les percussions et les comptines devient plus bref nous faisons entre une à trois comptines. Lors d'une comptine avec les parties du corps, il arrive qu'il fasse lui aussi le geste de se toucher la tête et le nez. Pour le rythme des percussions, il arrive désormais à taper tout doucement. La recherche de sensations dures était prégnante avant, il introduit désormais le mou. Il passe d'une recherche de sensations profondes de l'intérieur du corps à des sensations de la surface. L'intérieur semble mieux intériorisé. Il a toujours des difficultés pour ralentir un rythme qui correspond à une étape plus complexe dans le développement.

J'introduis un nouveau temps avec un parcours de dalles sensorielles. Pour ce temps nous travaillons les appuis, la stimulation tactile de la voute plantaire et l'équilibre. Je lui demande de m'aider à construire le parcours en lui donnant des dalles à poser au sol, il apprécie participer c'est valorisant

pour lui. Il a besoin que je lui indique où poser les dalles. Il commence toujours par toucher les dalles avec ses pieds assis au sol. Puis il se lance sur le parcours seulement s'il tient la main de quelqu'un. Les dalles molles semblent plus particulièrement le gêner pour s'équilibrer. Il appréhende de perdre l'équilibre, la main de l'adulte le rassure.

BILAN PSYCHOMOTEUR DE MI-PARCOURS

Contrairement aux enfants avec lesquels nous pouvons parfois jouer sur la découverte de nouveaux objets pour susciter l'intérêt, l'adolescent anticipe davantage sur le fait que ça puisse lui plaire ou non, qu'il puisse réussir ou être en échec. Pierre comme tout adolescent a ses propres envies, il a une capacité d'attention et de persévérance qui fluctue grandement selon son intérêt. Une fois l'alliance thérapeutique bien instaurée, son évaluation plus approfondie a pu se faire de manière progressive en proposant des propositions très courtes d'évaluation au sein d'une séance ou en faisant évoluer les propres propositions du patient de manière à l'évaluer tout en gardant son intérêt. L'évaluation approfondie s'est donc déroulée sur février et début mars. Ce bilan de mi-parcours a pour objectif de réactualiser le projet individualisé. Dans les paragraphes suivants, je vous résume mes conclusions afin d'éclairer l'évolution de Pierre dans le rapport qu'il a avec lui-même et envers les autres.

Tonus, postures et motricité générale:

Pierre favorise toujours les postures au sol. Mais il opte davantage pour des postures assises jambes et bras non fléchis. Ses jambes sont souvent croisées mais se décroisent lors du temps de conscience corporelle qui amène à la détente ou lors d'échange de cerceaux. Pierre qui avait un tonus très élevé en septembre, semble plus détendu. Ce qui se remarque dans ses postures plus ouvertes vers l'extérieur et ses déplacements plus légers. Il se met également plus fréquemment debout et pendant des temps plus long. Il prend le temps de nous attendre pour se déplacer du groupe à la salle de psychomotricité. Sa démarche est plus souple, les talons ne martèlent plus les marches de l'escalier, il semble plus confiant et mieux s'approprier son corps.

Expressions/moyen de communication:

Pierre a les traits du visage plus détendus. En séance, il rit beaucoup, il manifeste sa joie en frappant des mains, en tournant sur lui-même et par un regard lumineux, expressif. Il sait aussi montrer, par ses expressions du visage et du regard, sa désapprobation et une certaine jalousie lorsqu'il n'a pas l'attention exclusive d'un adulte. Il a un bon équilibre, sur la poutre il alterne les pieds mais nécessite l'aide d'un adulte pour se rassurer. Il n'est pas assez confiant pour sauter.

Représentation du temps et de l'espace:

Pierre semble mieux s'approprier le temps, il n'a quasiment plus besoin d'être rassuré lors de la séance sur la suite de son planning. Pierre évolue davantage dans l'espace. Il aime retrouver ses repères: porte, trampoline, tapis, bureau. Ces derniers, très restreints en début de prise en charge, se sont diversifiés.

Stéréotypies:

Pierre manifeste peu de stéréotypies du doigt qu'il présentait auparavant face à l'angoisse.

Masturbation:

Pierre étant plus serein, est moins envahi par ses conduites masturbatoires qui ont pratiquement disparu pendant le temps des séances. Il peut lui arriver de mettre brièvement la main dans le pantalon dans un mouvement pulsionnel qui ne semble plus répondre à de l'angoisse désormais. Il s'arrête rapidement entendant que ce n'est pas le moment en séance.

Distance relationnelle:

Pierre est désormais confiant, il accepte facilement la proximité permettant un travail de conscience corporelle par des percussions osseuses et des pressions. Il ne manifeste presque plus d'agrippement. Lorsqu'il y a un agrippement, la prise est moins ferme et il peut lâcher de lui-même, je sens beaucoup moins d'angoisse dans cette manifestation. Il se sert de l'agrippement pour susciter l'attention de l'adulte, ne sachant pas toujours

faire autrement. Cependant, il manifeste de plus en plus une manière plus adaptée de susciter l'attention en prenant la main de l'adulte.

Dextérité manuelle/latéralité:

Pierre a une bonne capacité de préhension, il a acquis la pince pouce-index. La coordination bimanuelle peut être utilisée mais est rarement instinctive.

Pour le dessin, il n'est pas dans la représentation graphique. Dans la recherche de la sensation, laisser une trace semble être désagréable et ne peut être spontané. Il sait se servir d'un feutre qu'il tient en prise pouce-index. Il sait copier un trait, cette activité semblant lui demander de prendre beaucoup sur lui, je n'insisterai pas pour poursuivre.

Pierre peut souvent alterner l'utilisation de ses mains, mais il présente une dominance manuelle plus marquée à gauche.

Sensoriel:

Pierre semble en recherche de stimulation tactile (pressions profondes), il ne présente pas de manifestation de sensibilité particulière face au contact superficiel d'un objet mais il appréhende de toucher un ensemble de flocons de polystyrène avec ses pieds. Avoir un support mou sous les pieds semble le gêner. La sensibilité tactile superficielle des pieds semble donc difficilement supportée par Pierre.

Pierre tourne parfois sur lui-même ce qui entretient une autostimulation vestibulaire au niveau du tournoiement. A l'inverse, il reste beaucoup au sol, ne semble pas rassuré par les activités qui demandent une verticalisation donc un appui plantaire et une tenue de l'axe.

Imitation:

Il imite de plus en plus de sons. Il imite une répétition de « o » et de « é ». Il place sa bouche pour le son « a » mais aucun son ne sort. Il est capable d'imitation immédiate mais aussi différée. Au niveau du rythme, il imite une, deux ou trois frappes, une accélération de frappes, les percussions fortes et les douces.

Conscience corporelle:

Le temps de prise de conscience corporelle semble avoir consolidé un sentiment de globalité qui se manifeste par une meilleure anticipation du déroulement de ce temps et une meilleure aisance corporelle. Il manifeste de plus en plus d'initiatives lors de ce temps, affirmant son individualité.

PERSPECTIVES

PROJET INDIVIDUALISE

Le projet individualisé de chaque enfant ou adolescent de l'IME est actualisé deux fois par an. Au mois de mars, une réunion entre les parents et les professionnels a lieu afin d'actualiser le projet individualisé de Pierre. L'équipe éducative, la psychomotricienne et la psychologue font un bilan de l'évolution de Pierre. En réunion, les parents font part de leurs observations et de leurs propositions pour le développement de Pierre.

Le bilan psychologique a une place qui me paraît particulièrement importante dans l'établissement du projet individualisé, il propose des axes de travail en fonction des informations recueillies. En mars, il a été réalisé à l'aide de l'E.F.I. c'est-à-dire l'Evaluation des compétences Fonctionnelles pour l'Intervention auprès d'adolescents et d'adultes ayant de l'autisme et/ou un handicap mental sévère.

Cinq principaux axes de travail sont:

- La poursuite du travail autour des habiletés de communication (signes Makaton, photographies, pictogrammes).
- Le développement des relations sociales. Actuellement, Pierre privilégie les relations duelles avec l'adulte, le projet est de l'encourager à participer à la collectivité, aux relations de groupe.
- Favoriser l'autonomie en participant à la vie en collectivité.
- Développer sa motricité, notamment fine et de coordination pour favoriser l'utilisation des signes Makaton.
- Encourager un comportement socialement approprié.

La prise en charge de Pierre en psychomotricité était axée cette année autour de la prise de conscience corporelle.

Au regard de son évolution, il me semble intéressant de poursuivre une prise en charge individuelle pour soutenir le développement de sa conscience corporelle et de sa verticalité en proposant des situations diverses mettant en jeu cette verticalité, les processus d'équilibration mais aussi la stimulation plantaire. Il me semble important qu'il conserve ce temps pour lui permettre de faire preuve d'individualité par l'expression de ses envies. La relation triangulaire, de deux adultes auprès de lui semble le permettre, mais son individualité n'est pas assez inscrite en lui pour pouvoir être encore transposé dans un groupe avec d'autres adolescents. Nous pourrions aussi soutenir le développement de sa motricité fine et de ses coordinations à l'aide du rythme ou de ses demandes de jeux à table afin de soutenir le développement de ses capacités de communication par signes. Laisser une trace est difficile à l'heure actuelle pour Pierre, tout comme il est angoissant pour lui de laisser se détacher quelque chose de lui (selles...). Une fois son image du corps suffisamment étayée je pense qu'il serait pertinent d'envisager un travail autour de la trace qui lui pose tant question.

Maintenant que Pierre est de plus en plus à l'aise avec la verticalité, il présente une meilleure ouverture aux autres. Une prise en charge en groupe me semble intéressante pour lui permettre de se socialiser au sein d'un groupe d'adolescents et d'étayer son sentiment d'identité. Pierre se rend au groupe d'expressivité corporelle depuis novembre. Il a lieu un jour où je ne suis pas sur le lieu de stage. Ce groupe est encadré par deux psychomotriciennes et est composé de trois adolescents dont Pierre. Il permet principalement de travailler l'inscription dans un groupe et l'expressivité corporelle au travers de la médiation danse. Pierre vient comme spectateur, ne souhaitant pas participer malgré les propositions des psychomotriciennes. Il alterne entre des moments où il se réfugie dans la cabane et d'autres où il observe le groupe, à l'écart. Récemment, il s'est mêlé furtivement pour la première fois au groupe en participant au temps final de retour au calme qui

dure quelques minutes. Le passage du statut de spectateur à acteur me semble important à soutenir. Ce groupe me paraît être une perspective de prise en charge adéquate au cas de Pierre, dont le processus est déjà entamé. Il présente d'importantes difficultés à s'inscrire dans un groupe de son âge, mais il semble désormais avoir suffisamment consolidé ses prérequis pour le faire progressivement.

DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE

L'ADOLESCENCE DE PIERRE: LORSQUE MATURATION ET GRANDE IMMATURITE SE COTOIENT.

Je rencontre Pierre, à un moment avancé de son adolescence. Grâce aux différents points de vue de l'équipe de l'IME je vais tenter de vous retracer ici son parcours d'adolescent.

ELEMENTS MARQUANTS SON ADOLESCENCE

La puberté de Pierre semble tardive, les premiers signes apparaissant aux alentours de 15 ans. Sa pilosité masculine se développe exceptée au niveau du visage où il n'a pas de barbe, il présente depuis peu un léger duvet au niveau de la moustache. Il a une poussée de croissance faible mais distincte de l'enfance, avec un élargissement des épaules.

Au niveau psychologique, au début de son adolescence Pierre pouvait être violent et s'agrippait constamment aux adultes. Vers l'âge de 17 ans, Pierre manifeste des conduites masturbatoires (anales et sexuelles) très fréquentes. Il devient plus émotif, il se met de plus en plus à pleurer notamment lorsque l'adulte lui montre sa désapprobation. Il marque son opposition, sa colère, en claquant les portes ou en jetant des objets. Pierre semble conscient de grandir, il a besoin par moment de s'isoler du groupe, d'avoir un repère qui lui est propre. Aujourd'hui, il manifeste de moins en moins d'agrippement et de masturbations compulsives.

ELEMENTS EVOQUANTS L'ENFANCE

Pierre vient d'avoir 18 ans au mois de mars. Malgré son avancée en âge, il garde une certaine immaturité développementale qui m'évoque l'enfance.

D'un point de vue physique, Pierre a une physionomie très enfantine, marquée par la finesse de son visage et son absence de poils de barbe ou de

moustache. Il est très maigre, laissant apparaître ses os. Ses masses musculaires et adipeuses sont très peu développées. Ses postures de repli sur soi en enroulement, les membres hypertoniques et l'axe davantage hypotonique, rappellent la position fœtale et le jeune nourrisson. Il privilégie les postures au sol et semble avoir des difficultés avec la verticalisation. Debout, son polygone de sustentation n'est pas large mais lorsque je rencontre Pierre en septembre, il reste peu stable en position debout bougeant constamment un pied puis l'autre comme un enfant qui apprend la marche. Aujourd'hui, il peut rester davantage statique en position debout, mais il présente toujours une certaine instabilité, caractéristique des jeunes enfants pendant les moments d'attentes. Pierre utilise peu la coordination bimanuelle, son espace droit et gauche semblent scindés soutenant l'hypothèse d'un défaut d'intégration de l'axe.

D'un point de vue psychologique, Pierre présente un retard mental grave. Son langage verbal est peu développé, il correspond aux stades d'un enfant situé entre 6 et 10 mois, il utilise principalement des répétitions de syllabes (« me-me-me »), quelques sons (voyelles: o et é) et quelques mots (« maman », « papa »). Il utilise davantage un langage non verbal: le dialogue tonico-émotionnel et les gestes. Pierre présente une image du corps très primaire, évoquant le nourrisson, que je détaillerai dans une partie qui lui est consacrée. Il a un intérêt marqué pour les livres imagiers et les comptines qui sont principalement destinés à des enfants scolarisés en maternelle. Pierre réclame une attention constante et exclusive de l'adulte, il privilégie la relation duelle, il montre une certaine appréhension de la séparation et de la jalousie lorsqu'il doit partager l'attention de l'adulte avec d'autres enfants ou adolescents. Ces éléments m'évoquent l'enfance avant l'accès à la verticalisation par la marche qui se fait aux alentours d'un an, un an et demi. L'accès à la marche conduit l'enfant à se détacher progressivement de l'adulte pour jouer seul puis aller vers les autres. Pierre lui semble encore très attaché au sol et à la relation exclusive à l'adulte. Il semble inscrit dans la toute-puissance infantile, voulant décider de tout. Il a des difficultés à accepter la frustration mais il progresse et arrive davantage à accepter de différer les choses. Ses agrippements semblent être parfois des réactions face

à l'anxiété de séparation de l'adulte, une réponse à l'angoisse de chute ou encore une façon de marquer sa désapprobation. Ses agrippements au départ ne pouvaient être relâchés d'eux-mêmes. Ils m'évoquaient le réflexe du grasping présent chez le bébé. Pour le repas, Pierre mange des aliments mixés ou coupés en très petits morceaux, ce qui rappelle l'alimentation du bébé et du très jeune enfant.

ACCOMPAGNEMENT DE SON ADOLESCENCE AU SEIN DE L'INSTITUTION

Les professionnels verbalisent les changements et les manifestations de l'adolescence. Ils aménagent le cadre en fonction des nouveaux besoins.

Pierre change de groupe suivant son développement, précédemment dans un groupe de jeunes adolescents, à la rentrée de septembre il passe sur un groupe d'adolescents âgés de 17 à 20 ans. Un travail d'équipe a également été pensé autour des conduites masturbatoires de Pierre. En difficulté pour se représenter les codes sociaux, l'équipe a verbalisé les nouvelles manifestations et pulsions chez Pierre, tout en mettant à disposition une pièce où il peut se retrouver seul et se masturber. Cet accompagnement a contribué à la diminution de ses masturbations en réponse à une angoisse. Désormais, elles semblent davantage répondre à une recherche de stimulations, de découverte de son corps d'adolescent.

L'IMAGE COMPOSITE DU CORPS APPLIQUEE AU CAS DE PIERRE

Les troubles du développement de Pierre, caractérisés par des troubles autistiques et une déficience intellectuelle sévère, entravent le développement de son image du corps. A cela, s'ajoute les perturbations de l'adolescence, qui entraînent à leur tour un bouleversement de son image du corps aux bases fragiles. Dans cette partie, je vais essayer d'éclairer le suivi de Pierre au regard du concept de l'image composite du corps. Eric Pireyre en propose un bilan qualitatif. Ainsi, il émet une liste non exhaustive d'éléments qui peuvent être observés dans chaque sous-composante de l'image composite

du corps. Elle nous aiguille afin d'apprécier l'image du corps chez le patient. « La solidité des conclusions est conditionnée à la multiplication des indices observables dans une même sous-composante. » (PIREYRE E. W., 2011, p.170).

LE SENTIMENT DE CONTINUITÉ D'EXISTENCE

Cette année, au début de sa prise en charge en psychomotricité, Pierre présente de nombreux éléments qui manifestent un trouble de son sentiment de continuité d'existence. Cependant, comme nous allons le voir, il semble y avoir une amélioration observable au fur et à mesure de sa prise en charge.

Sur le plan moteur, Pierre présentait des stéréotypies essentiellement visuelles et kinesthésiques (oscillement de l'index sur le sol qu'il fixe intensément ou agitation d'une ficelle devant les yeux). Actuellement, Pierre ne manifeste quasiment plus de stéréotypies en séance.

Sur le plan sensoriel, Pierre recherchait des sensations notamment au travers des vibrations, de la rencontre avec des objets durs (martèlement de l'escalier avec ses talons, frappes fortes des mains...). Et il manifestait des conduites masturbatoires compulsives. La recherche de sensations de Pierre semble avoir évolué. Il apprécie toujours grandement les sensations vibratoires et dures des percussions osseuses mais il en recherche moins. Son pas s'allège, et ses rythmes de percussions pendant la séance sont moins forts. Il introduit désormais davantage de mou, de légèreté, ne se focalisant plus sur les sensations dures.

Sur le plan spatio-temporel, Pierre a une conception circulaire du temps, il avait fréquemment besoin que nous lui rappelions le repas du midi suivi du retour auprès de sa mère. Actuellement, Pierre demande très rarement une confirmation de son planning, il le fait lorsqu'il souhaite que nous n'insistions pas dans une proposition ou lorsqu'il patiente un moment. Il a un certain besoin d'immuabilité flagrant sur son groupe. Lorsqu'il y a des changements de la constitution de l'équipe ou des adolescents de son groupe, il montre un malaise manifeste par des troubles du comportement, une

recrudescence des stéréotypes, des masturbations compulsives et un isolement marqué. Il ritualise également beaucoup son quotidien. Le matin, il passe constamment s'allonger dans le hall d'entrée avant de monter sur son groupe. Au sein de la séance, il avait constamment besoin d'enlever ses chaussures exactement dans le même coin, désormais il peut le faire à différents endroits (coins ou autres). Le fait d'avoir instauré comme un rituel pour se dire bonjour, et de reprendre des éléments connus semble le rassurer et lui permettre d'instaurer une relation de confiance. Ceci me permet à mon tour d'ajouter progressivement de nouveaux éléments.

Pierre semble donc avoir maintenant un sentiment de continuité d'exister suffisamment solide pour ne plus avoir besoin de garder son environnement immuable et pouvoir se sentir assez confiant pour y évoluer.

L'IDENTITE

Au niveau de l'identité, je me demande si les agrippements compulsifs très présents au mois de septembre ne manifestaient pas en partie un trouble identitaire. Pierre avait besoin de s'agripper, donc de ne pas se séparer de l'adulte. Progressivement, ses agrippements se sont faits moindre pour disparaître à l'heure actuelle, pendant ce temps son individualité est devenue de plus en plus marquée par des initiatives et l'affirmation de sa volonté.

L'IDENTITE SEXUEE

Afin d'évaluer cette notion, Eric Pireyre propose des éléments d'observations qui demandent l'accès au langage ou au choix de sa tenue vestimentaire, ce qui n'est pas applicable au cas de Pierre. Je ne connais pas sa capacité de représentation d'appartenance à un genre. Il semble ne pas avoir intégré la génitalité qui vient habituellement à l'adolescence comme le montre ses masturbations autocentrées, aux caractéristiques infantiles.

LA PEAU

Chez Pierre nous pouvons constater un défaut de construction de la peau physique et psychique, qui a des conséquences sur la construction du Moi et se manifeste notamment par la persistance d'angoisses archaïques.

Lorsque je rencontre Pierre, il n'accepte pas le toucher particulièrement celui du dos. Il semble ne pas avoir intégré sa solidité, son axe, son arrière-fond. Pierre a cependant intégré la notion de dedans/dehors, une certaine contenance de son corps, mais il présente des angoisses face à la perte de ce qui lui appartient comme le montre sa peur des toilettes. Il ne s'y rend jamais seul, et fait ses selles dans une couche. Au départ, il présente un questionnement face à l'expulsion des matières hors de lui qu'il manifeste par une exploration des différents orifices (anal et nasal). Désormais, il manifeste moins de comportements de ce type, son questionnement semble se tourner vers l'incorporation d'éléments qui se manifeste par une exploration de la bouche (lieu d'alimentation et de la respiration), du nez (lieu de la respiration) et des conduits auditifs (lieu de perception des sons). Ces orifices sensoriels sont étroitement liés à la relation et à l'ouverture au monde. Les orifices semblent poser question chez Pierre et être le siège d'angoisses autour de ce qui pourrait rentrer ou sortir de son corps. Auparavant, ses explorations étaient dirigées vers son corps, désormais elles se dirigent aussi vers l'autre en approchant puis en touchant la bouche de l'autre.

L'INTERIEUR DU CORPS

Durant les premiers mois suivant notre rencontre, Pierre était constamment au sol, en recherche de support (murs, mais surtout les coins). Peu à l'aise avec la verticalité, il utilisait la position debout seulement lorsqu'il semblait obligé de se déplacer. Sa recherche d'appui dans les coins marque un défaut d'intégration de l'axe. Nous avons travaillé sur son axe au sein de la prise en charge en psychomotricité en proposant des appuis et des sensations de l'arrière-fond. Actuellement, Pierre privilégie toujours le sol, mais semble avoir suffisamment consolidé sa fonction de maintenance

psychique et intégré son axe pour ne plus systématiquement rechercher un arrière-fond matériel et investir davantage la verticalité.

Comme évoqué précédemment, Pierre recherchait les vibrations dès le début de la prise en charge. Ces vibrations permettent de faire ressentir le système osseux, aujourd'hui il semble mieux l'avoir intégré, permettant de travailler le système musculaire et l'abaissement des tensions.

Pierre continue à se questionner sur l'intérieur de son corps, désormais au niveau des organes. En effet, il manifeste de plus en plus d'explorations de sa respiration et d'hyperventilation. Ce domaine de l'image du corps me paraît donc à approfondir.

LE TONUS

Le tonus de Pierre a beaucoup évolué au sein des séances de psychomotricité. Au départ, Pierre présentait essentiellement des postures d'enroulement, les membres hypertoniques, le tronc hypotonique, le dos en cyphose, tête baissée. Lors de ses rares déplacements debout, il présentait une hypertonie généralisée dans le corps qui lui donnait une démarche raide, avec une absence de ballant des bras ou un mouvement symétrique très saccadé. Pierre semblait mettre en place une carapace tonique comme moyen de défense qui m'évoque le concept de *seconde peau* proposé par Esther Bick. Didier Houzel reprend ainsi ce concept: « une *seconde peau* de type « carapace musculaire », dans laquelle la musculature sert de contenant substitutif en lieu et place « d'un contenant-peau approprié. » (HOUZEL D., 2005, p.114). Progressivement, Pierre s'est ouvert à la relation en déroulant sa posture par l'accès à la modulation de son tonus. Ses bras et ses jambes se sont étirées, son dos et sa tête se sont redressés. Il se met plus souvent debout et marche avec plus d'aisance, son pas est moins lourd et ses bras plus relâchés. Son tonus rappelait en début de prise en charge celui d'un nourrisson, désormais son tonus de fond s'est abaissé, il marque une plus grande prestance et ouverture vers l'extérieur.

Nous pouvons remarquer ici comment les composantes de l'image du corps sont étroitement liées. Chez Pierre un étayage des fonctions de la peau a permis de diminuer ses angoisses et d'abaisser son tonus.

LA SENSIBILITE SOMATO-VISCERALE

Pierre présente des particularités manifestes au niveau sensoriel que ce soit au niveau tactile, visuel, gustatif ou vestibulaire, dont j'ai précédemment cité les caractéristiques. De plus, il présente des troubles au niveau de la représentation corporelle. Ils se manifestent notamment lors de la douche où il participe très peu. Cependant, nous pouvons constater des progrès visibles lors du temps de conscience corporelle où l'unité corporelle semble se développer. Pierre s'asseyait fréquemment après que nous ayons sollicité la moitié de son corps (haut ou bas), avant de se rallonger pour poursuivre. Ceci m'évoque le clivage horizontal du corps dont parle Geneviève HAAG, elle rappelle que l'incorporation des membres inférieurs est un processus développemental qui se met en place chez le bébé sans affection à partir des expérimentations du 5^{ème} mois environ. « Chez les enfants autistes, on peut ainsi mieux comprendre l'arrivée, relativement tardive dans leur évolution, du besoin de se plier en deux (...) comme à la recherche d'une charnière « bien à eux ». » (HAAG G., 1997, p.119). Pierre me semblait en effet comme scindé en deux. Désormais, il ne s'assoit plus à mi-chemin et anticipe le temps de conscience corporelle, ce qui, je pense, montre le développement de son sentiment d'unité corporelle. Il montre également qu'il fait bien la distinction entre différentes zones dont il apprécie plus particulièrement les percussions osseuses (dos et thorax). Et, lors des comptines il participe de plus en plus aux gestes de montrer une partie du corps.

LES COMPETENCES COMMUNICATIONNELLES DU CORPS

Pierre communique essentiellement par son regard, des sons et des gestes. Le dialogue tonico-émotionnelle a une place prépondérante en début

de prise en charge, il reste un acteur principal de la communication aujourd'hui mais d'autres moyens sont venus s'y greffer. Aujourd'hui, nous utilisons plus souvent le langage verbal et le Makaton pour communiquer avec lui. Pierre, quant à lui, limité au niveau verbal, s'appuie sur ses mimiques, son regard et ses gestes. Très sévère ou méfiant, son regard s'est adouci, en se chargeant de nouvelles nuances. Son visage est expressif, et ses gestes de communications sont plus adaptés et diversifiés.

Pierre est encore débordé par ses émotions souvent extrêmes, notamment dans les moments clés (retrouvailles, début séance avec état d'excitation). Ses émotions s'expriment alors corporellement et l'entravent dans ses capacités.

Pierre est donc très expressif par son langage non verbal. Au niveau des émotions, il semble intéressant de poursuivre un accompagnement de leur compréhension et de leur régulation.

LES ANGOISSES CORPORELLES ARCHAÏQUES

« Ces angoisses se travaillent dans divers lieux et à diverses étapes de l'évolution. » (HAAG G. in DELION P., dir. 2000, p.27). Pierre manifeste principalement trois types d'angoisses dont l'expression a évolué durant l'année.

L'angoisse de chute

Pierre privilégiait les postures allongées au sol, il recherchait constamment un appui dos, il manifestait des agrippements réflexes comme s'il se rattrapait d'une chute. Il peut également lancer des objets en l'air sans les adresser à quelqu'un pour les regarder retomber, il regarde également la chute interminable du cerceau qui tournoie sur lui-même ce qui l'excite beaucoup. Et pour finir, il évite les conduites qui demandent de prendre de la hauteur (poutre, trampoline) qui peuvent évoquer le vide et la possibilité d'une « chute ». Le regroupement de tous ces éléments montre la prégnance de l'angoisse de chute chez Pierre. Cette angoisse semble avoir évoluée en

cours d'année, au sein d'un cadre contenant, de par son plus grand investissement de la verticalité ainsi que la disparition des réflexes d'agrippement au sein des séances.

L'angoisse de morcellement

Au mois de septembre, Pierre semblait fréquemment comme s'agripper à son sexe, puis cette conduite a disparu et est apparu une exploration de la bouche par la suite. Durant le temps de prise de conscience corporelle, Pierre se rasseyait avant la fin, après que nous ayons fait des pressions sur une partie du corps et non la globalité. Tous ces éléments m'ont donné l'impression que Pierre vivait son corps comme morcelé et en exprimait son angoisse. Actuellement, cette angoisse semble moins resurgir. En effet Pierre, attend que nous ayons fini les pressions ou percussions corporelles pour se rassoier, il semble avoir intégré un sentiment de globalité.

L'angoisse de dévoration

Pierre manifeste un questionnement autour de ce sujet en jouant le thème de la dévoration avec la psychomotricienne. Il lui tend son doigt vers sa bouche et le retire avant qu'elle puisse le croquer.

Ici, le concept d'image composite du corps m'a donc permis d'évaluer l'évolution de l'image du corps de Pierre dans ses différentes composantes et me permet ainsi d'affiner le projet de prise de conscience corporelle en fonction de l'état où il en est.

LA PRISE DE CONSCIENCE CORPORELLE: UN MOYEN D'ETAYAGE DE L'IMAGE COMPOSITE DU CORPS

« La prise de conscience corporelle est un outil thérapeutique » (PIREYRE E. W., 2011, p.180). En psychomotricité, elle consiste à attirer l'attention du patient sur son propre corps, pour le rendre présent à lui-même et dans la relation aux autres. Différentes modalités permettent d'y parvenir: la communication dans toutes ses composantes (verbales et non verbales), la

stimulation sensorielle, la mise en mouvement ou encore l'apport d'un cadre propice à l'écoute et à l'attention corporelle. Le travail de prise de conscience corporelle comporte différents niveaux. Il comporte, du phénomène le plus archaïque au plus élaboré: une perception sensorielle du corps, une « montée de l'affect » et « l'irruption de représentations » (PIREYRE E. W., 2011, p.181).

Dans l'objectif de rendre Pierre plus présent à lui-même et envers autrui, nous avons donc opté en psychomotricité pour la prise de conscience corporelle. Je l'entends pour ce patient comme un étayage de sa globalité du corps et une prise de conscience corporelle partant du système le plus profond vers le plus superficiel.

Ainsi, les vibrations et les percussions osseuses suscitent le ressenti du système osseux. Le squelette: « C'est la structure porteuse qui définit l'espace du corps et permet d'assumer des directions à l'extérieur, et qui confère une solidité. » (LESAGE B., 2012, p.130). Un travail sur le système osseux a conduit Pierre à mieux percevoir sa solidité, son axe et sa densité.

Le système musculaire est sollicité, en séance avec Pierre, à l'aide des pressions profondes et du mouvement. Ce système « s'est spécialisé dans la gestion et la modulation de la tension » (LESAGE B., 2012, p.83). J'ai pu constater chez Pierre un abaissement de son tonus progressif au cours des séances. Il se manifeste par la détente de ses membres qui se décroissent et s'allongent le long du corps, au toucher lors des pressions ses muscles se détendent, il lui arrive de fermer les yeux, son visage est lui aussi détendu. Mais le plus marquant de mon point de vue est de constater le relâchement de ses orteils qui au début me paraissaient physiologiquement fixés en position de flexion.

Et enfin, j'en arrive au système de la peau. Il est sollicité, au sein de la prise en charge de Pierre, par le contact superficiel du tissu ou encore du ballon. Mais pas seulement, comme nous allons le voir, le travail sur les notions de dedans/dehors participe aussi à son étayage. « Marquer les limites perceptives de soi permettrait (...) de relativiser les sensations. » (LESAGE B.,

2011, p.106-107). La peau est la limite entre l'intérieur et l'extérieur du corps. « Trois axes de travail s'organisent à partir de la problématique dedans/dehors (...): la reconnaissance et l'appropriation des contours couplés à l'éprouvé et la modulation d'une densité interne, l'instauration de schèmes posturo et loco-moteurs, les jeux d'interaction et de relation. » (LESAGE B., 2011, p.111). Un travail autour de la peau et des limites dedans/dehors ne se manifeste pas seulement par un contact direct sur la peau physique de Pierre. Nous pouvons le retrouver également dans le travail du cadre d'un espace comme le grand trampoline. Sur ce dernier se joue également des notions de dedans, sur la toile du trampoline, être ensemble et dehors, en dehors de la toile du trampoline, être séparé et ne pas partager le même cadre. J'ai pu constater suite au travail autour de ce système, une amélioration du sentiment d'unité de Pierre qui se manifeste par la conscience d'une globalité, l'affirmation de son individualité, le développement de sa verticalité et l'importance croissante que prennent les jeux d'échanges au sein des séances.

Actuellement et en perspective à poursuivre, je pense accorder une attention particulière au système des organes qui semble poser question chez Pierre au travers de la respiration.

QUESTIONNEMENT AUTOUR DES PARTICULARITES DE PIERRE

Maintenant que nous avons pu voir comment le travail de prise de conscience corporelle a permis d'accompagner Pierre dans son adolescence, j'aimerais revenir sur certaines particularités chez Pierre qui m'ont questionnée dans le déroulement de ce travail.

LE LANGAGE NON VERBAL

Comment communiquer avec Pierre ? Faut-il utiliser la parole même s'il ne l'utilise pas ? Est-ce qu'il comprend le langage verbal ? Quel est son

degré de compréhension ? Toutes ces questions me sont venues lors de ma rencontre avec Pierre. Elles ont trouvé leurs réponses au cours des séances.

Au début de la prise en charge, je me suis rappelée ce que j'ai ressenti lors d'une extinction de voix. Etre confronté à la parole des gens qui attendent des réponses dans cette situation engendre énormément de frustration. Je me suis demandée si être confrontée à la parole chez une personne qui n'a pas acquise le langage verbal entraîne des sentiments similaires à celle qui l'a perdu. Partant de l'hypothèse que ce sont deux situations bien différentes mais qui ont certainement en commun une part désagréable, j'ai donc pensé que pour pouvoir nouer l'alliance thérapeutique il fallait commencer par faire preuve de compréhension et trouver un langage commun. Je me suis donc attelée à soutenir une communication avec Pierre sous la forme du rythme et du dialogue tonico-émotionnel avant d'utiliser davantage la parole. J'ai découvert par la suite qu'il possédait de bonnes capacités de compréhension du langage verbal.

Partant d'une profonde incompréhension, avec Pierre nous avons progressivement réussi à nous comprendre et à communiquer au fur et à mesure que nous avons appris à nous connaître.

L'AGRIPPEMENT

Les agrippements de Pierre entravaient grandement notre relation au début de la prise en charge. Ils étaient brusques et tenaces, risquant de nous blesser ou d'abimer nos vêtements. Toujours en alerte, je ne parvenais pas à lui faire confiance. Pierre ne nous faisait pas confiance non plus, ces angoisses culminaient et le conduisaient à s'agripper de plus bel. Que viennent exprimer ces agrippements ? Ont-ils une signification différente selon le contexte dans lequel Pierre se trouve ? J'ai trouvé des réponses à ces questions tout le long de la prise en charge. Les agrippements de Pierre ont évolué et prennent différentes significations selon le contexte. A son âge, ce n'est pas commun de manifester des réflexes d'agrippements. Le professeur Delion en parle ainsi dans l'autisme: « l'agrippement pathologique est un des

principaux moyens de défense contre l'angoisse archaïque de tomber dans un puits sans fond (...) sa bouche et ses mains-bouches agrippent la falaise des objets qui passent par là, prolongeant d'une façon pathologique les graspings normaux du bébé au-delà de l'âge habituel » (DELION P. in BULLINGER A., 2004, p.13). Au départ les agrippements de Pierre étaient en effet des réflexes répondant à une angoisse, l'angoisse de chute ou de séparation de l'adulte. Puis le réflexe a disparu des séances et s'est transformé en mouvement d'agrippement volontaire pour communiquer (demande d'attention de l'adulte ou marque de sa désapprobation). Et enfin ce comportement semble être remplacé par un comportement plus adapté qui consiste à prendre la main de l'adulte pour communiquer.

LA MASTURBATION

Que traduit la masturbation chez Pierre ? Il n'a pas intégré la génitalité, ses masturbations sont autocentrées. Elles viennent abaisser les tensions et traduisent une exploration de son corps. La masturbation chez l'autiste déficitaire traduit une recherche de sensations de plaisir, comme pour la masturbation infantile, elle commence par une exploration anatomique. Mais elle diffère par leur manifestation en public, la pudeur ne s'étant pas encore mise en place. La passivité est propice aux pulsions de masturbation: « une activité mobilisatrice, pour un jeune capable de se concentrer sur une tâche, ne s'accompagne qu'exceptionnellement de masturbation. Alors que l'inaction, les activités « passives » (...) ou celles qui en appellent à la pensée (écrire, lire...) la favorise. » (VAGINAY Denis, 2006, p.102-103).

En tant que thérapeute, quelles positions adopter face à ces conduites masturbatoires ? Faut-il empêcher la masturbation en séance, rester passif, mettre des mots, verbaliser ? Chez Pierre, les conduites masturbatoires compulsives répondent à des angoisses au début de la prise en charge. Elles abaissent la tension, mais empêchent aussi d'être en relation et ne sont pas adaptées en public. A nous, thérapeutes, de conduire à la diminution de ses angoisses pour permettre la diminution des masturbations qui viennent en

réponse. A nous aussi de mettre des mots sur les manifestations de l'adolescence, et d'expliquer les codes sociaux qui ne sont pas implicites.

Les masturbations de Pierre ont évolué. Il lui arrive d'esquisser le geste de mettre la main dans son pantalon mais il comprend très bien lorsque nous lui signalons que ce n'est ni le lieu, ni le moment en séance. Dans la journée, il a la possibilité de se masturber dans la salle de détente où il se retrouve seul. Ainsi, il est passé des masturbations en réponse à l'angoisse à des masturbations dans une recherche d'exploration corporelle et de stimulation qui surviennent notamment lors des moments où il est inoccupé.

PRISE EN COMPTE DE LA GLOBALITE DE PIERRE EN PSYCHOMOTRICITE

Un des principes de la psychomotricité est de prendre en compte le patient dans sa globalité. Ici, est entendu le lien entre corps et psychisme comme le souligne Catherine Potel: « Les deux termes conjoints de psycho et motricité, (...) impliquent une articulation, impossible à ignorer, entre corps et psychisme. » (POTEL C., 2010, p.61). La globalité sous-tend ce lien mais aussi de tenir compte du développement de la personne, bien souvent hétérogène, pour l'accompagner là où elle en est vers son épanouissement. Pour Pierre il me semble donc important de travailler sur son développement en deux temps, c'est-à-dire à la fois sur sa part d'enfant et sa part d'adolescent, toutes deux restent très présentes. En théorie, cela semble être une évidence et pourtant avec Pierre, je me suis souvent posée la question de savoir si dans mes projets je ne risquais pas d'oublier une part pour l'autre. Ce qui reviendrait à oublier de prendre le patient là où il en est dans l'hétérochronie de son développement. Dans les paragraphes suivants je vais approfondir les principaux éléments qui m'ont posée question à ce sujet.

Proposer ou accepter de tenir la main d'un adolescent pourrait paraître infantilisant pour certains ou suscitant de l'excitation pour d'autres mais pour Pierre cela s'avère contenant et adapté. Cela peut s'avérer nécessaire pour le rassurer afin qu'il puisse marcher sur des surfaces inhabituelles ou encore pour pouvoir communiquer autrement que par l'agrippement.

Nous pouvons aussi nous demander pourquoi proposer des comptines en séance à un adolescent, ce qui peut paraître infantilisant. Pourtant cette question m'est venue seulement après quelques mois de prises en charge, ce qui révèle selon moi la pertinence du choix des comptines, elles me paraissent être une évidence dès le début de la prise en charge. Peu importe l'âge, certainement chacun d'entre nous avons des choses enfantines que nous apprécions même une fois devenu adulte. Pierre lui porte un grand intérêt pour les comptines. Sa déficience intellectuelle est probablement la cause de cette attirance. Au-delà de leur caractère enfantin, elles auront permis d'offrir une enveloppe sonore et dynamisante, d'être un support, une médiation pour aborder la relation, la communication, l'imitation, le temps, l'intensité ou encore la représentation corporelle.

Nous pouvons nous demander également pourquoi tant de proximité pour le temps de conscience corporelle, est-ce que ça ne risquerait pas de l'infantiliser ou de susciter l'excitation chez cet adolescent ? La juste distance est une adaptation de chaque instant. Pour le temps de conscience corporelle, nous pratiquons des percussions corporelles, des pressions, des lissages ou encore le passage d'un ballon sur le corps. Ce temps fait appel certes au maternage et à une certaine régression dans le sens où il demande à Pierre d'accepter que nous prenions soins de lui pour l'amener à la détente et à une prise de conscience corporelle. Mais nous sommes restées vigilantes à ce que notre toucher et notre proximité corporelle pouvaient provoquer chez cet adolescent. La proposition d'une couverture sert de contenant mais matérialise aussi un intermédiaire. Et ce temps de prise de conscience corporelle laisse la place à une part d'individualité par la possibilité pour Pierre de faire des demandes et d'effectuer lui-même certains mouvements.

Ainsi, chaque rencontre étant unique avec nos patients, nous fait nous poser des questions en tant que thérapeute du début jusqu'à la fin de la prise en charge, et continue encore au travers de nos souvenirs et le recouplement avec de nouvelles situations.

CONCLUSION

L'autisme et la déficience intellectuelle ont entravé le développement de Pierre et de son image du corps. L'adolescence est venue bouleverser de nouveau les fondations de cette dernière. Comment l'aider à mieux s'approprier son corps ? Nous avons pu voir qu'un travail autour de la prise de conscience corporelle a permis d'accompagner Pierre dans son adolescence et ses bouleversements. Pour ce faire, en psychomotricité, nous sommes partis de la sollicitation du système le plus profond: les os, vers le plus superficiel: la peau de Pierre. Différents médiateurs peuvent être utilisés, mais le corps du thérapeute reste un moyen privilégié du psychomotricien pour refléter au patient son propre corps. Imitation, mise en mouvement, percussions osseuses, pressions profondes et tant d'autres choses ont ainsi pu étayer la conscience corporelle de Pierre et continue encore de le faire aujourd'hui.

Actuellement, Pierre se déploie, passant de la recherche de l'enroulement à l'investissement de la verticalité. Ce travail en psychomotricité est propice au développement de son individualité et de son ouverture au monde. Mais il n'est pas le seul. Dans ce mémoire, j'ai approfondi une facette de la prise en charge de Pierre, celle des séances de psychomotricité au sein de l'IME. Son évolution résulte cependant d'un travail d'ensemble dont les différents acteurs dans la vie de Pierre se complètent. Je parle ici des soignants, de l'équipe éducative et bien entendu des parents qui font partis de son quotidien.

Juridiquement, Pierre est devenu récemment majeur. Ses angoisses semblent s'apaiser, de même, il semble mieux gérer ses pulsions. Ainsi, Pierre se dirige vers une nouvelle période de sa vie: l'âge adulte. Il est temps de commencer à envisager son projet d'avenir, afin de le préparer à son départ de l'IME aux alentours de 20 ans, pour le diriger vers une autre structure spécialisée dans l'accueil des adultes.

A l'image de Pierre qui tend vers l'âge adulte, sur ces derniers mots je tends moi-même vers le statut de jeune professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRE P., BENAVIDES T. et GIROMINI F. (2004), *Corps et psychiatrie*, Paris, Heures de France.
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2003), *DSM-IV-TR - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.
- BERNARD-BONNIN A.-C., GAUTHIER M., GERVAIS P., OVETCHKINE P. et TURGEON J., dir. (2008), *Dictionnaire de thérapie pédiatrique Weber*, Bruxelles, De Boeck.
- BOUTINAUD J. (2010), *Psychomotricité, psychoses et autisme infantiles*, Paris, In press.
- BULLINGER A. (2004), *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars - Un parcours de recherche*, Toulouse, Erès, 2011.
- BURSZTEJN C. (2011), Les classifications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: questions épistémologiques, in *L'information psychiatrique*, vol. 87, n° 5, Montrouge, John Libbey Eurotext, pp.363-367.
- COSLIN P. G. (2013), *Psychologie de l'adolescent*, Paris, Armand Colin.
- DELION P., dir. (2000), *L'autisme et la psychose à travers les âges de la vie - L'enfant, l'adolescent, l'adulte*, Ramonville-Saint-Agne, Erès.
- DOLTO F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.
- EY H., dir. (1960), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson, 1989.
- FREUD S. (1968), *Métapsychologie*, La Flèche, Brodard et Taupin, 1997.
- FREUD S. (1981), *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot & Rivages, 2001.
- FREUD S. (2010), *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Presses Universitaires de France.

- GARCIN V.** (2011), Introduction de cadrage sur le processus de révision de la CIM-10 en pédopsychiatrie, in *L'information psychiatrique*, vol. 87, n°5, Montrouge, John Libbey Eurotext, pp.355-357.
- GAYDAY M. et LEOVICI S., dir.** (2000), *Les causes de l'autisme et leurs traitements - Groupe de Recherche sur l'Autisme et le Polyhandicap*, Paris, L'Harmattan.
- GIBELLO B.** (1984), *L'enfant à l'intelligence troublée*, Paris, Dunod, 2009.
- GILLET J.-Y., dir.** (1993), *Echographie des malformations fœtales*, Paris, Vigot.
- GUELFY J.D., dir.** (1987), *Psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002.
- HAAG G.** (1997), Contribution à la compréhension des identifications en jeu dans le moi corporel, in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n° 20, Paris, Bayard, pp.104-125.
- HOUZEL D.** (2005), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In Press.
- JOLY F., LABES G.** (2010), *Julian de AJURIAGUERRA et la naissance de la psychomotricité*, vol. 1, Paris, Papyrus.
- LABALETTE D.** (1989), Enveloppe corporelle et thérapie psychomotrice, in *Thérapie Psychomotrice*, n° 83, Ivry-Sur-Seine, Syndicat National d'Union des Psychomotriciens, pp.17-28.
- LESAGE B.** (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle - Structures, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Erès.
- MARZANO M., dir.** (2007), *Dictionnaire du corps*, Paris, Presses Universitaires de France.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE** (1994a), *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement - Critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Masson.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE** (1994b), *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement - Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Paris, Masson, 2000.
- OUSS-RYNGAERT L., dir.** (2008), *L'enfant autiste*, Paris, John Libbey Eurotext.
- PERRIN J. et MAFFRE T., dir.** (2013), *Autisme et psychomotricité*, Paris, Solal.
- PIREYRE E.W.** (2011), *Clinique de l'image du corps - Du vécu au concept*, Paris, Dunod.
- POTEL C.** (2006), *Corps brûlant, corps adolescent - Des thérapies à médiations corporelles pour les adolescents ?*, Ramonville Saint-Agne, Erès.
- POTEL C.** (2010), *Etre psychomotricien - Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse, Erès.
- RIVIERE J., dir.** (2000), *Le développement psychomoteur du jeune enfant - Idées neuves et approches actuelles*, Marseille, Solal.
- ROGE B.** (2003), *Autisme, comprendre et agir*, Paris, Dunod.
- SHILDER P.** (1968), *L'image du corps*, Mesnil-Sur-l'Estrée, Gallimard, 2004.
- VAGINAY D.** (2006), *Comprendre la sexualité de la personne handicapée mentale*, Lyon, Chronique Sociale.

RESUME

L'adolescence est une période de la vie caractérisée par de nombreux changements physiques et psychiques. Pierre, un adolescent autiste et déficient intellectuel, vit de nombreux bouleversements qui semblent le dépasser. L'adolescence vient ébranler son image du corps aux bases fragiles. Cette dernière comprend bien des facettes. Un travail de prise de conscience corporelle va permettre de l'étayer dans ses différentes composantes afin que Pierre s'épanouisse et s'ouvre au monde.

Mots-clés: adolescence - autisme infantile - déficience intellectuelle - conscience corporelle - image du corps

SUMMARY

Adolescence is a period of life which is characterized by many physical and mental changes. Pierre, an autistic teenager with a mental deficiency, is experiencing many changes he has some difficulties to overcome. His body image, which was already fragile, is being disturbed by adolescence. Body image is composed of several components. Working on body awareness will enable him to improve his body image so that he can blossom and open himself up to the world.

Keywords: adolescence - infantile autism - mental disability - body awareness - body image