



HAL
open science

**“ Tu peux grandir, je te tiens! ” Réflexion sur
l’accompagnement thérapeutique en psychomotricité
d’adolescents présentant des troubles des interactions
sociales**

Laurine Eclimont

► **To cite this version:**

Laurine Eclimont. “ Tu peux grandir, je te tiens! ” Réflexion sur l’accompagnement thérapeutique en psychomotricité d’adolescents présentant des troubles des interactions sociales. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01615500

HAL Id: dumas-01615500

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615500>

Submitted on 12 Oct 2017

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.

« Tu peux grandir, je te tiens ! »

Réflexion sur l'accompagnement thérapeutique en
psychomotricité d'adolescents présentant des troubles des
interactions sociales



Mémoire présenté par **Laurine ECLIMONT**

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien

Session juin 2017

Référent de mémoire : Cloé BULOT

Remerciements

Parce que ce mémoire n'aurait pas vu le jour si je n'avais pas été si bien entourée, je tiens à adresser mes remerciements sincères à toutes les personnes qui m'ont soutenue tout au long de ces trois ans d'études et qui ont ainsi participé, de près de ou de loin, à l'élaboration de ce travail.

A ma maîtresse de mémoire Cloé BULOT, merci pour ton accompagnement sans faille tout au long de cette troisième année décisive, ta grande disponibilité et tes conseils avisés. Merci d'avoir toujours su trouver les mots pour étayer ma réflexion de future professionnelle.

A tous les psychomotriciens et psychomotriciennes qui m'ont accompagné tout au long de mes études, maîtres de stage et professeurs, merci d'avoir partagé votre expérience et de m'avoir transmis les outils précieux qui me serviront dans ma future pratique. J'adresse une pensée toute particulière à Mr Olivier R. GRIM, merci pour votre enseignement si riche tout au long de ces trois ans.

A ma cousine Fanny ECLIMONT, merci de m'avoir transmis la passion de ce merveilleux métier et de m'avoir épaulé au cours de mon cursus universitaire.

A mes copines de promotion, merci pour votre présence dans les bons comme les mauvais moments, ces trois ans à vos côtés resteront gravés dans ma mémoire. A Audrey tout particulièrement, merci pour tous ces instants d'amitié si riches.

A la famille que je me suis choisie à l'adolescence et qui est restée soudée depuis, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'apporter tant de joie au quotidien.

A mes parents, mon frère et mon conjoint, merci pour votre soutien à toute épreuve et votre amour inconditionnel. Merci d'avoir fait de moi la femme épanouie que je suis aujourd'hui.

Enfin, à tous les patients que j'ai rencontrés, enfants, adolescents, adultes et personnes âgées, merci pour votre confiance et pour m'avoir tant appris.

TABLE DES ABREVIATIONS

ACT : Appartement Coordination Thérapeutique

CAMSP: Centre d'Accueil Médico-Social Précoce

CIF: Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CMP : Centre Médico-Psychologique

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

IME: Institut Médico-Educatif

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

SEES : Section d'Education et d'Enseignement Spécialisée

SESA : Service d'Education et de Soins Adaptés

SIPFP : Section d'Initiation et de Préparation à la Formation Professionnelle

TDAH: Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

AVANT-PROPOS

A la fin de ma deuxième année d'études en psychomotricité, j'ai effectué un stage d'une semaine dans un Institut Médico-Educatif (IME) accueillant des enfants et des adolescents porteurs de handicaps divers. Durant toute la semaine, j'ai pu assister à des séances de psychomotricité diverses, individuelles ou groupales.

Au début, j'avais peur de ne pas réussir à m'adapter assez rapidement pour pouvoir profiter pleinement de cette expérience courte mais intensive. Le premier jour, une seconde stagiaire de deuxième année était également présente. Elle effectuait pour sa part un stage long (un jour par semaine toute l'année), et avait donc eu le temps d'établir une relation privilégiée avec les jeunes tout en conservant sa place de stagiaire. Cela m'a permis « d'entrer dans le bain » progressivement. En effet, observer son comportement avec les enfants m'a donné une idée de l'attitude que je pouvais adopter avec eux sans être ni dans l'excès ni dans la retenue. Il fallait que je reste à ma place de nouvelle arrivante tout en m'impliquant suffisamment pour tirer tous les bénéfices possibles de la semaine. Dès le début du stage, je me suis donc confrontée à la question épineuse mais non moins essentielle de la « juste place » auprès des patients.

La semaine s'est déroulée sans accros. Très contente de toutes les rencontres enrichissantes que j'ai pu faire, tant au niveau des professionnels que des patients, je suis arrivée sereine au dernier groupe du vendredi qui marquait la fin de mon stage. Le groupe « Wii », proposé à trois adolescents de 15 à 16 ans, avait pour but de développer les capacités motrices, la réactivité et la régulation tonico-émotionnelle à travers le médiateur attractif que constitue le jeu vidéo.

Curieuse d'observer le déroulement d'une telle séance et d'assister à la prise en soin d'adolescents (jusque là tous les patients que j'avais vus au cours de mes stages étaient soit des enfants, soit des adultes, soit des personnes âgées), je me suis interrogée sur la place que pouvait avoir la psychomotricienne auprès de ces jeunes manifestant une quête de lien social et un besoin de reconnaissance de leur statut spécifique d'adolescents. Si ma maîtresse de stage était relativement jeune (moins d'une trentaine d'années), j'ai réalisé en accueillant les jeunes qu'à 21 ans, je n'étais leur aînée que de quelques années seulement... Soudain, le seul fait d'être en leur présence m'a fait perdre toute l'assurance que je pouvais avoir. Quel étrange sentiment que de plus savoir comment être avec ces patients, comment me comporter, comment leur parler... Somme toute, je ne savais soudain plus comment être à

ma juste place de stagiaire en psychomotricité malgré une semaine passée à exercer ma capacité d'adaptation aux patients.

Ce malaise, loin de s'estomper au fil de l'heure, a peu à peu grandi et s'est vu alimenté par les patients eux-mêmes. Ont-ils senti dès le début mes doutes et mes appréhensions, ou était-ce simplement le fait de se retrouver avec une jeune femme inconnue qui les a eux aussi perturbé ? Dans tous les cas, notre rencontre s'est résumée à une succession d'attitudes toutes plus évocatrices les unes que les autres à mon égard. Comme l'a souligné ma maître de stage par la suite : « Handicapés ou non, à cet âge ils ont les hormones en ébullition et tout est prétexte à des débordements émotionnels en tout genre ! ». En effet, les trois adolescents m'ont adressé toutes sortes de remarques et comportements séducteurs, manifestant à grand bruit verbal et corporel leur intérêt de jeunes hommes envers la jeune femme que j'étais. Je me suis sentie très mal à l'aise car atteinte au plus profond de moi, directement à ce statut de jeune femme sans le recul habituel lié au statut de stagiaire « préprofessionnelle ». Gênée de cette identification, de cette marque manifeste d'inclusion dans leur groupe social d'adolescents, je n'ai pas su réagir d'une façon qui me paraissait adaptée et pertinente.

Plus que la penser sur les bancs de l'Institut de Formation en Psychomotricité, j'ai ainsi expérimenté à mes dépens cette fameuse question de la distance thérapeutique à trouver, en tant que jeune (pré)professionnelle, auprès de ces patients pris à la fois dans leur problématique psychopathologique et dans ce grand bouleversement qu'est l'Adolescence.

Loin de me décourager, cette expérience a fait émerger de nombreux questionnements relatifs à cette période si particulière, véritable charnière d'une vie, et pas si lointaine pour moi... C'est ce qui a finalement motivé le choix du sujet de ce mémoire et m'a donné l'envie de postuler pour un stage long dans le même établissement l'année suivante.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	10
ENJEUX DE LA POPULATION ADOLESCENTE PRESENTANT DES TROUBLES DES INTERACTIONS SOCIALES	12
Entre l'enfant et l'adulte, quelques points théoriques du développement psychomoteur et psychoaffectif de l'adolescent	12
<i>La puberté : quand le corps fait sa révolution</i>	<i>13</i>
<i>Se séparer physiquement : la mise à distance symbolique.....</i>	<i>17</i>
<i>Se séparer psychiquement : une base affective sécurisante nécessaire pour pouvoir s'envoler ou la métamorphose du papillon.....</i>	<i>21</i>
<i>Une identité en construction : « quelle place pour moi dans la société ? ».....</i>	<i>24</i>
Les troubles des interactions sociales chez l'adolescent : quand la communication sème le trouble.....	27
<i>Communication, interactions sociales, relation : qui de l'œuf ou de la poule ?</i>	<i>27</i>
<i>« Quelqu'un pense que je pense, donc je suis » : concept de mentalisation et genèse des troubles des interactions sociales</i>	<i>29</i>
<i>Adolescence et handicap : quelle autonomie possible ?.....</i>	<i>30</i>
L'IME	34
Présentation du lieu de stage.....	34
Place spécifique de la psychomotricité.....	36
<i>L'indication.....</i>	<i>36</i>
<i>Les évaluations psychomotrices.....</i>	<i>36</i>
<i>Le projet thérapeutique</i>	<i>36</i>
<i>Le déroulement des prises en soin</i>	<i>37</i>
Corentin.....	38
<i>Présentation de Corentin : histoire de vie et anamnèse</i>	<i>38</i>
<i>Contexte de prescription en psychomotricité</i>	<i>39</i>
<i>Bilan, projet thérapeutique mis en place et évolution.....</i>	<i>39</i>
<i>Rencontre avec Corentin.....</i>	<i>41</i>
<i>Trouver un appui en l'autre.....</i>	<i>43</i>
<i>...pour se sentir contenu et être rassuré : les enveloppes.....</i>	<i>43</i>

...pour se tenir soi-même : le portage.....	45
...pour grandir : la distance relationnelle.....	46
Conclusion.....	47
Yan	49
Présentation de Yan : histoire de vie et anamnèse.....	49
Contexte de prescription en psychomotricité	50
Bilan, projet thérapeutique mis en place et évolution.....	50
Rencontre avec Yan	51
Exister.....	53
... en s'opposant : le « Non » organisateur du Moi psychique	53
...en s'appuyant sur l'autre : un axe interne à construire	55
...en revendiquant une place singulière : l'individuation	57
Conclusion.....	58
Intérêt de la thérapie psychomotrice pour les adolescents en IME.....	59
LE CABINET LIBERAL.....	60
Présentation du lieu de stage.....	60
Place spécifique de la psychomotricité.....	61
Indication et bilan	61
Un espace-temps singulier.....	61
La place des parents	62
Théo	63
Présentation de Théo : histoire de vie et anamnèse.....	63
Contexte de prescription en psychomotricité	64
Bilan, projet thérapeutique mis en place et évolution.....	64
Septembre : la rencontre avec Théo	65
Octobre : l'attachement mis à mal	67
Décembre : « Si tu me lâche, je m'effondre ! ».....	69
L'absence	71
Le retour.....	72
Février : naissance du trio.....	72
Conclusion.....	73
Intérêts de la psychomotricité en cabinet libéral pour les adolescents.....	75

REFLEXION SUR LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRES DES ADOLESCENTS EN THERAPIE	76
Thérapie psychomotrice et troubles des interactions: la relation comme médiation	76
<i>Se rencontrer pour s'attacher</i>	76
<i>Se tenir pour grandir</i>	77
<i>Se détacher pour s'épanouir</i>	78
L'adolescent en thérapie psychomotrice	79
<i>Rôle du bilan psychomoteur</i>	79
<i>Un corps à reconquérir : du manque de repères à la créativité</i>	80
A L'AUBE DE MA VIE DE PSYCHOMOTRICIENNE : CONCLUSION GENERALE ET PERSPECTIVES.....	82
BIBLIOGRAPHIE	84
ANNEXE 1	85
ANNEXE 2	87
ANNEXE 3	89
ANNEXE 4.....	91

« Après tout, nous étions jeunes. (...) C'était cela que nous voulions. Brûler, nous consumer, dévorer nos jours comme le feu dévore les forêts. »

Irène NEMIROVSKI, *Chaleur du sang*

INTRODUCTION

L'adolescence est une période charnière de la vie, lieu de grands bouleversements tant physiques que psychiques, et où se jouent des enjeux existentiels. Une myriade de changements et questionnements fondamentaux remanient profondément la vision et la façon d'être au monde de ces jeunes, plus tout à fait enfants mais pas encore réellement adultes. Ils constituent d'ailleurs ce que l'on appelle couramment la « crise d'adolescence ». Mais que dire de ces adolescents qui, en plus de devoir composer avec toutes ces incertitudes et ces bouleversements, sont porteurs d'un handicap qui modifie leur relation aux autres ?

Lors de ma dernière année d'études en psychomotricité, j'ai effectué mes stages annuels dans deux lieux très différents mais accueillant tous deux des adolescents : un Institut Médico-Educatif (IME) spécialisé en déficience mentale et un cabinet libéral. Cela m'a permis d'aller à la rencontre de trois adolescents : Corentin, Yan et Théo. Tous trois présentaient des troubles dans leur façon d'être en relation avec les autres (pairs ou professionnels) dans des contextes très différents. Tout au long de l'année, j'ai suivi l'évolution de Corentin et Yan au sein d'un groupe thérapeutique proposé à l'IME par une psychomotricienne et une éducatrice spécialisée, ainsi que celle de Théo lors de ses séances individuelles de psychomotricité en cabinet libéral.

A leur contact, ma réflexion m'a amené à me poser cette question globale : comment s'adapter, en tant que jeune psychomotricienne, à une population adolescente manifestant des troubles des interactions sociales ? Et plus précisément, comment aborder, dans notre approche et notre dispositif thérapeutique, les enjeux de l'adolescence (corporels, relationnels et psychologiques) lorsque nos patients se trouvent perturbés dans leur relation à eux-mêmes et aux autres ?

Il me semble que pour soutenir ces patients dans leur traversée de l'adolescence et établir une relation thérapeutique stable, saine et confiante, il me faudra être attentive à plusieurs choses.

Tout d'abord, l'identification possible du fait de la différence d'âge peu marquée entre moi et ces patients (quatre ans seulement pour ceux tout juste majeurs) nécessite de définir en premier lieu un cadre thérapeutique clair afin de signifier la place de chacun au sein de la relation thérapeutique.

De plus, il me semble que le contenu du dispositif thérapeutique mis en place au sein de ce cadre devra permettre aux patients de mettre au travail les manifestations des troubles des interactions sociales, à la fois symptôme de leur pathologie et expression singulière de leur vécu de l'adolescence. Cependant, si notre rôle de thérapeute nous amène à proposer des solutions à nos patients là où ils sont en difficulté, notre travail consiste également à leur donner les clefs pour qu'ils puissent se détacher de ces propositions. Tout en investissant l'espace que nous leur offrons, il leur faut donc trouver une certaine indépendance, se sentir libre d'exprimer leurs propres envies, faire des choix, afin d'être acteurs de leur propre évolution, et ce notamment à l'adolescence. Nous sommes un support, de la même manière que leurs parents représentent un point d'ancrage rassurant par sa solidité et sa constance, et à partir duquel ils peuvent s'individuer et devenir adultes.

Je mènerai donc ma réflexion concernant l'accompagnement thérapeutique d'adolescents présentant des troubles des interactions sociales selon une approche clinico-théorique, en tentant de tisser un lien constant entre ma clinique, les réflexions qui en ont émergé et des apports théoriques pertinents.

J'exposerai mon propos de la manière suivante : je tenterai, dans un premier temps, de donner un aperçu de ce que représente l'adolescence avec un éclairage théorique approprié. J'apporterai également une définition des troubles des interactions sociales, ainsi qu'un aperçu de l'influence de ces troubles sur le vécu de l'adolescence. Je m'appuierai ensuite sur la pratique clinique de mes deux terrains de stage pour discuter de la thérapie psychomotrice auprès des adolescents, à la fois précisément dans le cadre des patients rencontrés, et plus globalement dans une dernière partie quant à notre place spécifique de psychomotriciens auprès de cette population.

ENJEUX DE LA POPULATION ADOLESCENTE PRESENTANT DES TROUBLES DES INTERACTIONS SOCIALES

Entre l'enfant et l'adulte, quelques points théoriques du développement psychomoteur et psychoaffectif de l'adolescent

« On dit souvent que l'adolescent est à la fois un enfant et un adulte ;
en réalité il n'est plus un enfant, et n'est pas encore un adulte. »

E. KESTEMBERG

Du latin *adolescere* qui signifie « grandir », l'adolescence est « l'âge qui succède à l'enfance et précède l'âge adulte (environ de 12 à 18 ans chez les filles, 14 à 20 ans chez les garçons), immédiatement après la puberté »¹. C'est une période à part entière de la vie, transitoire, où nombre de changements, tant physiques que psychiques, perturbent fondamentalement le rapport au monde du jeune qui la traverse. En effet, grandir (sous-entendu devenir adulte) n'est pas chose facile, et la maturité s'atteint avec plus ou moins de heurts au bout d'un processus propre à chacun.

Dans toutes les cultures, cette transition entre enfance et âge adulte revêt une valeur symbolique forte et peut être marquée ou non de rites de passage. Catherine POTEL, psychomotricienne qui a longtemps travaillé avec des adolescents, compare ce passage de l'adolescence dans notre société occidentale à celui d'autres cultures dites plus « primitives » : « 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. Mais cela n'enlève rien à la nécessité du caractère quasi initiatique de ce temps de l'adolescence qui est une étape préparatoire essentielle pour prendre en main sa vie d'adulte. »²

L'étendue de la littérature à ce sujet témoigne de sa richesse et de sa complexité. Dans ce mémoire, je n'ai pas la volonté d'exposer en détails les différents mécanismes de transformation engagés dans l'adolescence, mais quelques rappels me semblent néanmoins

¹Définition du dictionnaire *Le Petit Robert*, 2011, p36

² POTEL C., 2006, p73

nécessaires afin de comprendre dans quelle situation se trouvaient les patients à l'origine de ma réflexion.

La puberté : quand le corps fait sa révolution

« L'adolescence ne laisse un bon souvenir qu'aux adultes ayant mauvaise mémoire. » F. TRUFFAUT

Si l'âge d'entrée dans l'adolescence peut varier d'un individu à l'autre (généralement entre 11 et 13 ans), le premier « symptôme » reste invariablement l'apparition des premiers signes de puberté. Cet ensemble de modifications physiologiques, préprogrammées et inévitables, plonge sans sommation l'enfant dans un tourbillon de changements corporels. Et cela ne se fait pas à bas bruit, bien au contraire ! POTEL parle de cette impuissance de l'enfant qui « est pris dans un mouvement qu'il ne contrôle pas, celui d'une transformation de son corps qui, quoi qu'il fasse, se fera. Le corps a gain de cause et, bon gré mal gré, l'enfant devient cet être « intermédiaire », ni enfant, ni adulte. Il devient alors adolescent. »³

Le corps change, se déforme, se mue aux yeux de tous, clamant ainsi la fin de l'enfance et l'acquisition progressive du statut d'adulte. Les caractères sexuels secondaires se développent, témoignant de la maturation des organes génitaux, et l'enfant passe ainsi du statut de progéniture à celui de potentiel géniteur puisqu'il acquiert la possibilité de transmettre ses gènes par la reproduction sexuée.

A l'intérieur du corps, la glande hypophyse située dans le cerveau stimule la sécrétion d'hormones sexuelles (testostérone chez les garçons, œstrogènes et progestérone chez les filles) qui impliquent des modifications physiologiques importantes et un bouleversement émotionnel inhérent. Les cycles de création des gamètes⁴ respectives mâles (les spermatozoïdes) et femelles (les ovules) s'enclenchent alors, présage des cycles menstruels chez les filles et des premières éjaculations chez les garçons. Le timbre de la voix est également modifié par la croissance des cordes vocales et, à l'image du reste du corps, oscille entre enfance et âge adulte pendant un temps, particulièrement chez les garçons.

L'enveloppe corporelle se transforme elle aussi : la pilosité se développe, l'augmentation de sécrétion de sébum provoque souvent peau grasse et acné, les hanches et la poitrine se dessinent chez les unes tandis que la masse musculaire augmentent chez les autres. Chez les deux, la taille et le poids évoluent parfois de façon spectaculaire. Les silhouettes qui pouvait

³ *Ibid.*, p125

⁴ Cellules reproductrices à un seul brin d'ADN permettant par leur rencontre la création d'une cellule œuf avec un patrimoine génétique unique.

jusqu'alors être ambiguës se précisent, et inscrivent ainsi les adolescents à la place de futures femmes et hommes qu'ils ne sont pas forcément prêts à assumer.

Initialement, le développement psychomoteur évolue à partir des expériences sensorielles et motrices. L'enfant appréhende son environnement en même temps qu'il apprend à maîtriser son corps au niveau tonique, postural, spatial, etc. Ainsi, dès son plus jeune âge, l'enfant est acteur de son développement. Or à la puberté, son corps, socle sur lequel se sont construites ses expériences, se trouve modifié de l'intérieur et ce indépendamment de sa volonté. Il s'opère donc à l'adolescence un bouleversement de taille dans les repères corporels qui étaient jusque-là considérés comme fiables. Cette transformation corporelle, initiée comme dit précédemment par les hormones sexuelles, est d'autant plus perturbante qu'elle se fait par à-coups, de façon irrégulière. L'augmentation de la sécrétion de somatotrophine (hormone de croissance), permet aux os et aux muscles de se développer de façon considérable et rapide mais non homogène. Ce phénomène entraîne une modification du schéma corporel⁵ et conséquemment de l'image du corps⁶ avec laquelle l'adolescent doit s'accommoder tant bien que mal. Il doit apprendre à se mouvoir, à communiquer et à interagir avec ce nouveau corps changeant. Ces nouveaux repères en termes de spatialité et de capacités motrices impactent fortement le comportement de l'adolescent qui se lance alors « à corps perdu » dans une reconquête de lui-même. Sigmund FREUD, célèbre « père de la psychanalyse », parle « d'inquiétante étrangeté », « cette sorte de l'effrayant qui se rattache aux choses connues depuis longtemps, et de tout temps familières »⁷. Il illustre bien par ce terme le possible ressenti de ces jeunes ne se reconnaissant plus dans leur propre corps « en chantier ».

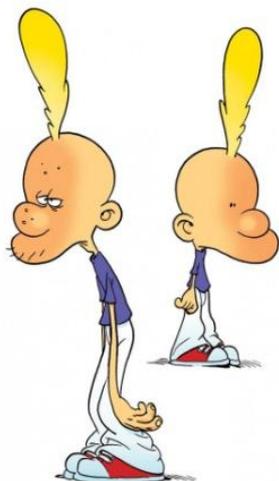
Il me semble que dans la pensée collective, l'adolescent reste majoritairement représenté comme un être plutôt renfermé sur lui-même, adoptant souvent une posture enroulée, sans tonicité ... souvent interprétée comme un manque de motivation, un désintérêt général et/ou un repli sur lui-même.

Or les postures ne sont pas anodines. Elles véhiculent une certaine image et peuvent dans ce sens dire quelque chose de la dynamique d'une personne dans sa façon d'être au monde. Les dessinateurs de bandes dessinées ont très bien saisi cet aspect visuel de la personnalité, faisant de l'attitude posturale la signature de traits de caractères distinctifs.

⁵ « Représentation de notre corps et de la place qu'il occupe dans l'espace édifée sur des données tactiles, visuelles, kinesthésiques et labyrinthiques », CARRIC J-C., SOUFIR B., 2014, p226

⁶ « Naît d'une activité significative, de l'expérience émotionnelle et à travers nos relations avec autrui », *Ibid.*, p116

⁷ Edition électronique de l'article de FREUD S. (1919) *L'inquiétante étrangeté*, http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/essais_psychanalyse_appliquee/10_inquietante_etrangete/inquietante_etrangete.pdf, visité le 06/04/2017, dernière mise à jour le 10/03/2014



Cette illustration du héros de la bande dessinée « Titeuf » par Zep, son auteur, montre bien la différence de posture, et donc de statut, entre le Titeuf enfant, qui se tient plutôt droit et le regard au loin, et le Titeuf adolescent plus avachi, les paupières tombantes et l'air endormi. L'illustrateur semble donc avoir voulu signifier symboliquement l'évolution du personnage par un changement visible de posture et d'attitude. Ce dessin est d'ailleurs en première de couverture du tome nommé « Bienvenue en adolescence ! »⁸, avant-goût explicite de ce que va vivre Titeuf lors de sa puberté, « débarqué » dans ce pays inconnu et incongru...

Godelieve DENYS STRUYF, une peintre spécialisée dans l'art du portrait qui s'est intéressée à l'équilibre et la biomécanique du corps, a conceptualisé ce rapport entre la posture et la « structuration psychocorporelle ». Suite à une formation de kinésithérapeute, elle a mené une étude approfondie de ce qu'elle a appelé les « chaînes de solidarité musculaire », naissant selon ses dires de l'équilibre spécifique de chacun. Elle a réalisé qu'« un lien existe entre le vécu et ce que le corps exprime par sa posture, ses gestes, ses raideurs et ses blocages. »⁹. Sa réflexion a abouti sur la « communication non-verbale du corps », faisant un rapprochement entre « le corps et son attitude, le ressenti corporel, le vécu émotionnel et le comportement qui en résulte. »¹⁰

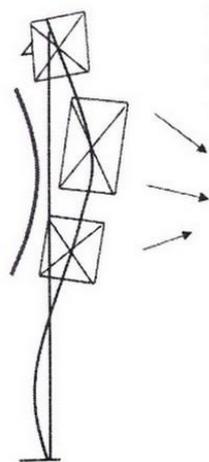
STRUYF a défini, entre autres, la chaîne musculaire Antéro-Médiane (AM) comme un modèle postural caractérisé par un enroulement antérieur et une affinité d'appui postérieur. Benoît LESAGE, docteur en sciences humaines, médecin, formateur en danse-thérapie et structuration psychocorporelle, s'est appuyé sur ses travaux pour proposer une lecture psychomotrice de ce modèle postural. Il confirme que la prédominance des tensions musculaires dans la partie antérieure du corps tend à l'enrouler et « médiatise une attitude plus sensorielle et réceptive »¹¹. Or n'est-ce pas l'adage des adolescents de remettre leur corps au cœur de leurs préoccupations, d'être « à fleur de peau » car, comme nous l'avons vu précédemment, leurs repères se trouvent fondamentalement modifiés ?

⁸ ZEP, *Titeuf- Tome 14 : Bienvenue en adolescence !*, Glénat, 2015

⁹ Article numérique sur l'émergence de la structuration psychocorporelle chez l'enfant, vue dans l'optique de la méthode G.D.S, <http://ceramontreal.ca/wp-content/uploads/2014/05/Structuration-corporelle-de-lenfant-.pdf>, p3, visité le 06/04/2017

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ LESAGE B., 2012, p95



Affinité postérieure :
Lorsque prédominent des tensions
antérieures, le sujet s'enroule
et semble s'appuyer sur l'espace
postérieur. Le corps est
dans une forme globale
d'antenne parabolique.

Nomenclature chaînes musculaires :

Antéro-Médiane (AM)



Chaîne Antéro-Médiane

Sur les deux illustrations de la chaîne Antéro-Médiane ci-dessus, réalisées par STRUYF et tirées du livre de LESAGE¹², nous pouvons clairement observer cette posture légèrement enroulée par rapport à un axe vertical, en appui postérieur, tout comme la représentation du Titeuf adolescent.

Celle-ci semble exprimer un besoin de soutien, de contenance, et renvoie aux sensations très archaïques du fœtus in utéro, puis après la naissance du nourrisson bercé dans les bras. STRUYF, dont un autre dessin illustre ci-contre cette contenance des bras maternels, inscrit d'ailleurs ce modèle postural en première place de ce qu'elle appelle la « vague de croissance », décrite comme le « plan universel précis, commun à tous les êtres humains »¹³ selon lequel les différentes chaînes de solidarité musculaire s'activent successivement au cours de la structuration psychocorporelle. Grâce à ce recentrage corporel dans les bras de ses parents, l'enfant ressent alors le sentiment continu d'exister, d'être unique et différencié de sa mère.



Cette idée de portage structurant le développement de l'enfant fait référence aux concepts de *holding* et de *handling* de Donald WOODS WINNICOTT. Pédiatre, pédopsychiatre et psychanalyste britannique, il a révolutionné la compréhension du développement psychique de l'enfant en s'intéressant à l'importance du rôle de la mère. Selon lui, le *holding* (de l'anglais *to hold* : porter) et le *handling* (« manipulation » en anglais)

¹² *Ibid.*, p101-102

¹³ <http://ceramontreal.ca/wp-content/uploads/2014/05/Structuration-corporelle-de-lenfant-.pdf>, *op.cit.*, p5

représentent le maintien global de l'enfant, la façon dont il est porté physiquement et psychiquement à travers les soins maternels.¹⁴ Si la mère est « suffisamment bonne », c'est-à-dire qu'elle répond de façon satisfaisante aux besoins de son enfant, le *holding* constitue une sécurité affective qui soutient le psychisme de l'enfant en construction. Autrement dit, l'enfant existe aux yeux de ses parents avant de prendre lui-même conscience de son existence, et c'est à travers le regard et les soins de ceux-ci qu'il peut se construire en tant qu'individu. Le *handling*, quant à lui, correspond à la manière de manipuler physiquement l'enfant, de le soigner, de le tenir dans les bras, de le bercer... Il conditionne le développement du psychisme en faisant le lien avec les sensations corporelles ressenties. En effet, un portage hésitant va être insécurisant pour l'enfant, tandis qu'un portage sûr et englobant va lui permettre de se sentir soutenu et contenu.

Si nous rapportons ces concepts aux adolescents, nous pouvons donc voir apparaître dans la posture avachie qu'ils adoptent parfois, repliée vers un centre et à la recherche de supports postérieurs, un possible retour aux besoins archaïques d'être à la fois portés et soutenus par leur entourage tout en restant différenciés, notamment de leurs parents.

Se séparer physiquement : la mise à distance symbolique

Jusqu'ici nous avons aperçu globalement les transformations physiques que subissent les adolescents. Mais au niveau psychique, un remaniement important s'opère également. L'adolescent, au-delà de la (re)découverte et de l'appropriation de son nouveau corps, doit parallèlement s'adapter à son nouveau statut d'adulte en devenir. Grandir, c'est aussi dans la tête ! Le corps, exhibant ses nouveaux attributs, devient alors l'étendard d'un cheminement vers la maturité psychique. Comme le dit POTEL : « Le corps devient l'instrument de la différenciation et de la lutte pour l'identité. »¹⁵ Les adolescents passent donc par le corps pour revendiquer leur statut d'adulte en devenir, et le plus gros travail pour arriver jusque-là reste l'émancipation parentale. Ce processus psychique, loin d'être évident, constitue ce que l'on appelle communément « la crise d'adolescence » car il implique de passer par des phases nécessaires de revendication et d'opposition afin de se séparer du cercle familial et acquérir une relative autonomie.

Il n'est pas rare que, pour marquer son désir d'autonomie vis-à-vis de ses parents, l'adolescent ne leur laisse plus le libre accès à ce qui lui appartient. Il leur signifie par cette démarche symbolique qu'il ne souhaite plus être confondu avec le reste de sa famille, mais

¹⁴ WINNICOTT D.W., 1969

¹⁵ POTEL C. *op.cit.*, p75

bien en être un membre à part entière. Ce qui est à lui l'est désormais exclusivement. Ainsi, les parents se voient souvent tout d'un coup refuser l'accès à la chambre et aux affaires personnelles (portable, ordinateur...) de leur adolescent. Le fait de préserver ce qui appartient à l'intime signe le besoin de l'adolescent de se retrouver seul, de faire le point sur ce qui change pour lui et de ne plus tout partager avec ses parents. Cela peut également être une manière de conférer à des lieux et des objets personnels le rôle d'une « seconde peau », comme une enveloppe supplémentaire contenant l'intime lorsque le corps, transfiguré, fait défaut.

La référence en matière d'enveloppe reste le psychanalyste français Didier ANZIEU et son concept de « Moi peau ». En effet, il a repris les travaux de FREUD et s'est intéressé plus particulièrement aux limites du Moi¹⁶ et aux « barrières de contact » (à la fois lieu de séparation et de rencontre), notions brièvement ébauchées puis abandonnées par leur auteur. ANZIEU aborde ainsi la question totalement inédite des différentes fonctions de l'enveloppe de la peau dans l'élaboration du psychisme de l'enfant. Selon lui, le corps reste le premier support d'élaboration mentale car « toute fonction psychique se développe en appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental. »¹⁷ La peau constitue donc à la fois le récipient des sensations corporelles, le « sac qui contient et retient à l'intérieur le bon »¹⁸, une barrière entre le Soi et le non Soi « marquant la limite avec le dehors et maintenant celui-ci à l'extérieur »¹⁹, et enfin une interface, un « lieu et un moyen de communication avec autrui »²⁰. Il élabore ainsi le concept de « Moi-peau », qu'il définit comme « 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. »²¹

ANZIEU dénombre huit fonctions du Moi peau, dont la première est la fonction de maintenance du psychisme. Elle fait référence au *holding* winnicottien abordé plus haut²² et se fonde à partir de « l'appui externe sur le corps maternel [qui] conditionne le bébé à acquérir l'appui interne sur sa colonne vertébrale, comme arête solide lui permettant de se

¹⁶ Concept psychanalytique défini par Sigmund FREUD dans sa deuxième topique sur l'organisation de l'appareil psychique humain ; le Moi est l'instance psychique la plus consciente, celle qui régule les pulsions internes en fonction des exigences de la réalité extérieure. Elle est « l'entité qui a son point de départ dans le système P (perception) ; représente ce que l'on appelle la raison et la sagesse, (...) le monde extérieur et la réalité; avant tout corporelle (...) et contrôle la motilité». FREUD S. (1923), *Le Moi et le ça* in *Essais de psychanalyse* n°44, Payot, Paris, 1968, pp 177-234

¹⁷ ANZIEU D., 1985, p119

¹⁸ *Ibid.*, p61

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*, p62

²¹ *Ibid.*, p61

²² Cf. *supra*, p16

redresser »²³. La fonction de maintenance équivaut donc à la création d'un premier axe psychique interne élaboré à partir de sensations corporelles sécurisantes. Or à l'adolescence, nous avons vu que les profondes modifications corporelles mettent à mal ce sentiment de pouvoir s'appuyer intérieurement sur soi.

Si nous revenons à notre propos de départ, à savoir l'élargissement symbolique des limites de l'intime à des lieux et objets spécifiques, nous pouvons faire un lien entre le trouble semé par la modification de l'enveloppe corporelle à la puberté, le désir d'émancipation de l'enveloppe familiale et la délimitation farouche de nouvelles enveloppes physiques. Nous pouvons donc considérer que l'adolescent s'aménage un nouveau lieu d'ancrage face à une situation vécue comme perturbante psychologiquement.

La question de la pudeur, prépondérante à l'adolescence, intéresse également notre propos. En effet, ce qui est changé par la puberté est gardé pour soi. Si pendant l'enfance, la proximité physique avec les parents est de mise au travers des câlins, des jeux et des soins corporels, à l'adolescence il est difficile d'exposer ainsi son nouveau corps car un temps d'adaptation reste nécessaire pour se l'approprier soi-même. La sexualisation du corps implique également une réactivation du complexe d'Œdipe, ce qui ne donne plus du tout la même connotation au « corps à corps » entre l'adolescent et ses parents, notamment celui du sexe opposé. Nous reviendrons plus précisément sur ce phénomène plus tard²⁴.

Le processus de séparation d'avec les parents commence donc par une séparation physique. L'adolescent s'enferme de plus en plus longtemps dans la salle de bain ou dans sa chambre, s'affirme de plus en plus dans ses choix, et s'isole des activités familiales pour tester ses propres expériences.

WINNICOTT, que nous avons déjà cité, est également à l'origine des concepts d'objet et phénomènes transitionnels. Il précise que l'espace transitionnel rend possible la cohabitation sereine des réalités subjective et objective. C'est un lieu de projection psychique qu'il décrit comme « une zone qui n'est pas disputée, car on n'exige rien ; il suffit qu'elle existe comme lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine incessante qui consiste à maintenir la réalité intérieure et la réalité extérieure distinctes, et néanmoins étroitement en relation. »²⁵ Lorsque plusieurs individus communiquent, l'espace entre eux représente à la fois la distance physique et cet espace psychique transitionnel. Il

²³ ANZIEU D., *op.cit.*, p122

²⁴ Cf. *infra*, p23

²⁵ WINNICOTT D.W., *op.cit.*, pp.111-372

contient donc les affects, émotions et représentations car il dépend des rapports que le sujet entretient avec ses interlocuteurs. Si l'espace physique entre plusieurs individus est adapté à leur relation, à leur culture et au contexte de l'échange, ils seront dans un état de bien être ou de détente : tonus régulé, regard dirigé, voix posée, postures adaptées, etc. En revanche si cette distance est inconfortable pour l'un ou l'autre, des réactions et attitudes défensives involontaires apparaîtront : fort recrutement tonique (crispations), conduite d'évitement, réactions de prestance, nervosité, agressivité, etc.

Edward TWITCHELL HALL, un anthropologue américain ayant basé nombre de ses réflexions sur l'observation des espèces animales, a nommé cet espace relationnel « proxémie »²⁶. A partir de l'étude de la communication non verbale, il a élaboré une théorie originale de la culture et a ainsi catégorisé plusieurs distances relationnelles, de la moins intime à la plus intime :

- la distance publique : c'est la distance maximale entre deux personnes qui interagissent. La vision de l'autre est peu précise ; le corps et la voix deviennent difficiles à percevoir et cela donne lieu à une exagération gestuelle et une élévation de la voix pour communiquer.

- la distance sociale : elle caractérise les relations interpersonnelles directes, sans être intimes, ni amicales. Elle renvoie aux codes sociaux et culturels et permet le contact visuel avec autrui.

- la distance personnelle : il s'agit de la zone qui marque l'affectivité et la proximité dans la vie publique. C'est la distance des conversations personnelles, des relations amicales et donc de la proximité affective.

- la distance intime : elle reste réservée aux relations intimes avec le partenaire amoureux et les enfants (relations familiales). C'est un véritable corps à corps par le biais duquel peuvent être véhiculés nombre de sensations, notamment tactiles.

Dans le cas de la relation entre l'adolescent et ses parents, nous pouvons voir une évolution de la zone de confort proxémique, qui passe de la distance intime à la distance personnelle, voire sociale dans certains cas extrêmes. Les mécanismes psychiques engagés sont de telle ampleur que la perception et l'investissement de l'espace transitionnel s'en trouvent directement impactés. L'adolescent procède donc à une prise de recul relationnelle dans tous les sens du terme pour pouvoir accueillir, penser et digérer les transformations psychiques qui s'amorcent tout en se préservant.

²⁶ HALL E., 1971

Se séparer psychiquement : une base affective sécurisante nécessaire pour pouvoir s'envoler ou la métamorphose du papillon

« La maladie de l'adolescence est de ne pas savoir ce que l'on veut et de le vouloir cependant à tout prix. » P. SOLLERS

Pour WINNICOTT, l'un des atouts de l'adolescence reste l'immatunité qui la caractérise. En effet, même si le jeune aspire à une autonomie totale, il reste encore dépendant de ses parents et a besoin de leur soutien. Selon la psychologue et psychanalyste Anne LEFEVRE, l'adolescent « s'avance vers l'extérieur avec des forces en pleine expansion et il a besoin de sauvegarder une voie d'accès à la dépendance afin de pouvoir se replier en cas de difficulté, vivre des moments de désintégration partielle, se ressourcer, retrouver son unité et repartir à nouveau. »²⁷

Pour se détacher, il faut donc d'abord être attaché. C'est pourquoi je rapproche le processus d'indépendance à l'adolescence de l'image de la chenille qui, poussée par des facteurs biologiques, a besoin de s'entourer d'un cocon (ou chrysalide) solide et protecteur pour pouvoir effectuer sa métamorphose en toute sécurité. A l'intérieur elle se mue en nymphe, puis une fois la métamorphose achevée en papillon, encombrée du cocon, elle s'en extirpe en déployant ses ailes. L'adolescent a lui aussi besoin d'un cocon pour vivre cette période de transformations psychocorporelles sans désintégration totale. Il lui faut donc conserver un accès à la base affective stable établie pendant l'enfance, base que lui ont offert ses parents et à laquelle il pourra se raccrocher dans les périodes de doutes, même si le but final reste de s'en détacher.

On peut citer à ce propos la théorie de l'attachement de John BOWLBY, psychiatre et psychanalyste britannique, qui stipule que l'être humain est fondamentalement social et nécessite un sentiment de sécurité de base suffisant pour pouvoir se détacher de l'objet maternel et amorcer son processus d'individuation. BOWLBY place ainsi le besoin d'attachement chez le nourrisson au même niveau que les besoins fondamentaux d'être nourri ou soigné. Il précise que c'est l'introjection de cette base affective sûre qui va permettre à l'enfant d'explorer son environnement en toute confiance, tout en ayant la possibilité de revenir à cette base si besoin.²⁸

²⁷ LEFEVRE A, 2012, p114

²⁸ BOWLBY J., 1978

De nombreuses années après leur petite enfance, les adolescents ne dérogent pas à la règle et plus encore, pris par leur désir féroce d'émancipation, l'introjection de ce sentiment de sécurité de base apparaît comme une nécessité préliminaire à l'acquisition d'une capacité à s'assumer seul. Cela s'exprime par une ambivalence comportementale caractéristique, signe de l'aller-retour entre le désir de maturité et des réactions parfois encore enfantines. L'adolescent exprime sa volonté de se différencier tout en ayant besoin de sentir que malgré tout sa famille le porte toujours. Mélanie KLEIN, pionnière austro-britannique de la psychanalyse des enfants, précise notamment que « La raison pour laquelle certaines personnes ont un besoin tellement grand d'être louées et approuvées réside en général dans leur besoin de la preuve qu'on peut les aimer, qu'elles sont dignes d'être aimées. »²⁹

René SPITZ, un psychiatre et psychanalyste américain également d'origine hongroise, a eu l'idée d'étendre la théorie freudienne à la petite enfance. Suite à l'observation des nourrissons, il conclut comme BOWLBY que le besoin d'affection est aussi important que les soins corporels, mais il va plus loin en amenant l'idée que le bébé naît dans un état d'impuissance originelle qu'il nomme « néotonie », et qu'il a en cela nécessairement besoin des réactions de son entourage pour se développer. SPITZ repère ainsi trois acquisitions fondamentales dans le développement de la relation entre le bébé et son entourage qui permettent sa maturation psychique : le sourire réponse, la première angoisse de séparation et l'acquisition de la capacité à dire « Non ».

Dès deux mois de vie, le bébé peut sourire en réponse à une sollicitation ou à un sourire qui lui est adressé. Il s'agit d'une première manifestation active, intentionnelle et dirigée vers un visage humain, même si celui-ci reste indifférencié (l'enfant ne distingue pas encore les personnes de son entourage).

Vers huit mois, l'enfant commence à manifester ce que SPITZ a nommé « la peur de l'étranger » lorsqu'il est laissé en présence d'autres personnes que sa mère. L'enfant identifie sa mère comme un repère affectif et les autres, qui lui sont étrangers, l'inquiètent. Il est ainsi soumis à une première angoisse lorsqu'elle part : en présence de quelqu'un qu'il ne reconnaît pas, il éprouve la perte de sa mère. Lorsqu'elle est absente, il commence donc à en avoir une représentation mentale. Et c'est par l'intériorisation de cette image rassurante et sécurisante que la séparation va peu à peu devenir supportable (« Maman n'est plus là physiquement, mais en y pensant je la fais revenir dans ma tête, donc elle reste quand même un peu avec moi »).

²⁹ KLEIN M., 1968, p92

Enfin, le troisième organisateur psychique selon SPITZ va être l'apparition du « Non » (geste et mot), qui affirme l'individualité de l'enfant. Par l'opposition, l'enfant revendique une première autonomie vis-à-vis de ses parents, nécessaire pour pouvoir se différencier et donc se détacher. Il comprend ainsi qu'il peut agir lui-même sur son environnement et en tirer une immense satisfaction.

L'adolescence fait particulièrement écho à cette troisième période organisatrice du psychisme selon SPITZ, clé de l'individuation et de l'indépendance. Comme l'enfant qui comprend qu'il peut agir seul sur son environnement, l'adolescent a besoin de repasser par cette phase d'opposition pour sentir qu'il peut se détacher psychiquement de ses parents et devenir de fait indépendant, autonome et responsable de lui-même. La provocation et les rapports de force parfois féroces dans lesquels s'engagent certains jeunes ne sont qu'une façon de résoudre les angoisses identitaires remises en jeu à l'adolescence, et ce dans le but de pouvoir s'affirmer en tant que sujet.

Un autre mécanisme psychique débuté dans l'enfance se réactive également dans ce même temps et achève le processus de séparation entre enfant et parent. Il s'agit du fameux complexe d'Œdipe que nous avons évoqué plus haut, initialement décrit par FREUD. Il s'agit d'une « une attirance pour le parent de sexe opposé et des sentiments de haine ou de rivalité pour le parent du même sexe. »³⁰ En psychanalyse, il est considéré que la mère est le premier objet d'amour du nourrisson (fille ou garçon) car c'est elle qui apporte bien être et satisfaction par son lait et ses caresses. Mais lors de la période œdipienne, un changement d'objet d'amour s'effectue du côté de la petite fille qui investit davantage son père. Il est communément dit qu'à cette période les petites filles sont « amoureuses » de leur père et les petits garçons sont « amoureux » de leur mère dans le sens qu'ils éprouvent à leur égard un investissement libidinal. Ce phénomène est indispensable au développement du psychisme car il permet d'une part une identification aux figures parentales organisatrice³¹, et d'autre part une introjection des interdits moraux³². « Il ne s'agit plus seulement d'avoir ou non le pénis mais d'être un homme ou une femme à l'instar des images parentales avec tout le jeu relationnel que cela implique. (...) L'acceptation de la différence des sexes confère également à l'enfant une aptitude au deuil et à l'activité symbolique de type adulte.»³³

³⁰ GOLSE B. (dir.), 1985, p24

³¹ Le petit garçon s'identifie à l'homme qu'est son père et veut prendre sa place auprès de sa mère pour s'affirmer en tant que tel, et la petite fille s'identifie à la femme que cette dernière représente et veut prendre sa place auprès de son père afin de pouvoir elle aussi avoir des bébés.

³² Ils sont représentés ici par la prohibition sociale de l'inceste.

³³ *Ibid.*, p25

La période œdipienne est approximativement située entre 4 et 7 ans, puis passé 7 ans elle entre dans une phase de latence jusqu'à l'adolescence où elle se réactive du fait des pulsions liées au développement de la sexualité adulte. Cela engendre un conflit interne important car l'accès à la génitalité pourrait permettre la réalisation du fantasme de l'inceste. Les interdits moraux sont alors convoqués à nouveau avec force, et l'adolescent préfère mettre de la distance avec ses parents. Il doit donc faire le deuil des images parentales idéalisées, tout en ressentant simultanément des élans d'amour, d'agressivité et de culpabilité à leur égard, difficiles à faire cohabiter. LEFEVRE nous dit à ce propos que « la maturité sexuelle inclut tous les fantasmes sexuels inconscients. (...) Elle suppose la capacité d'intégrer que la haine et la destruction vont de pair avec l'amour et que la pulsion comporte une dimension agressive fantasmagorique. (...) Il convient d'acquérir la capacité à supporter l'agressivité et le sentiment de culpabilité inhérents à la relation avec l'objet sexuel élu. »³⁴

Ainsi l'adolescent trouve d'autres sources d'investissement libidinal, et avec l'accès à la sexualité génitalisée, le « réservoir pulsionnel » se déverse au sein des rapports qu'il entretient avec le reste de son entourage (pairs ou substituts des figures parentales). On assiste alors à une érotisation de tous les contacts et des comportements de séduction, en lien avec toutes les problématiques narcissiques déjà évoquées.

Une identité en construction : « quelle place pour moi dans la société ? »

« C'est quand l'adolescence s'achève que l'on comprend ce qu'elle aurait pu être. En général, il n'y a pas de date précise, ça vient peu à peu, le sens du passé perdu et de tout ce qu'il reste à entreprendre. » F. MITTERRAND

Qui-suis-je ? Où vais-je ? Que vais-je accomplir dans la vie d'adulte qui s'offre à moi ? L'adolescence, nous l'avons compris, reste la période de tous les possibles et se voit en conséquence fondamentalement liée à des questionnements identitaires. Mais qu'est-ce que l'identité ? Dans le dictionnaire, elle est définie comme « le fait pour une personne d'être tel individu et de pouvoir être légalement reconnue pour tel sans nulle confusion grâce aux éléments qui l'individualisent. »³⁵ Nous avons vu jusqu'ici comment l'adolescent se saisit de cette individuation vis-à-vis de sa famille. Car si dès la naissance il bénéficie d'une identité familiale, la majorité lui confère une identité propre et, sorti de la tutelle familiale,

³⁴ LEFEVRE A., *op.cit.*, p120

³⁵ Définition du dictionnaire *Le Petit Robert*, 2011, p1272

le réinscrit au sein du groupe social. Les enjeux liés à l'âge pèsent d'autant plus dans la balance que l'adolescent bénéficie dès 16 ans d'un statut particulier aux yeux de la société³⁶ avec l'acte de recensement. Il accède ainsi avant même la majorité à un statut social propre et unique, bien qu'encore largement inscrit dans sa famille. Il devient un citoyen à part entière, avec des responsabilités civiles, des droits et des devoirs. A ce même âge, la fin de la période de scolarité obligatoire se termine également. L'adolescent doit alors choisir une orientation, soit vers des études postsecondaires (après le collège) déterminant son avenir professionnel (Baccalauréat général, technologique ou professionnel, Brevet d'Etudes Professionnelles, Certificat d'Aptitude Professionnelle³⁷), soit en entrant immédiatement dans la vie active (sous réserve de certaines conditions de rémunération et de temps de travail jusqu'à la majorité³⁸).

La majorité marque-t-elle donc la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte ? Théoriquement, oui. En effet, elle rend possible l'accès au permis de conduire, au droit de vote, à la consommation d'alcool et de cigarettes, etc., reconnaissant ainsi officiellement le statut d'adulte aux yeux de la société. Mais en pratique, la maturité s'acquiert au bout d'un long processus, dépendant de multiples facteurs, et que chacun vit singulièrement. POTEL avance que « le plaisir de vivre va se lier de façon irrémédiable à [la] capacité à lier sa vie aux autres, ses pairs, et à trouver ses attachements en dehors de la sphère familiale. »³⁹ En effet, si nous avons vu que l'attachement était un besoin primaire indispensable au nourrisson, il reste persistant tout au long de la vie. L'adolescent devient donc adulte le jour où il se détache du groupe familial pour s'inscrire dans le groupe social. Et la transition s'effectue en s'inscrivant dans le groupe de pairs. Celui-ci prend alors une place prépondérante et répond au paradoxe du besoin « d'indépendance contenue » abordé plus haut⁴⁰. S'attacher pour se détacher, c'est le lot d'une adolescence bien vécue. POTEL nous dit à ce propos qu'« appartenir à un groupe, c'est intégrer une nouvelle forme de socialisation. »⁴¹ Pour se détacher du groupe familial auquel il a d'office été attaché, l'adolescent cherche donc des moyens de s'identifier à d'autres groupes d'appartenance au travers de son attitude, de son langage, de son style vestimentaire, de ses « extravagances corporelles » nous dit-elle (coiffure, tatouages, pierçings...), ou d'une passion quelle qu'elle soit. Tout cela permet un

³⁶ Je situe mon propos par rapport à la France en tant qu'actuel pays et de fait société à part entière.

³⁷ Document numérique officiel des repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche du Ministère de l'Education Nationale, <http://media.education.gouv.fr/file/40/0/6400.pdf>, visité le 13/04/2017

³⁸ Article sur le temps de travail des jeunes de moins de 18 ans, site internet du Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, <http://travail-emploi.gouv.fr/droit-du-travail/temps-de-travail-et-conges/temps-de-travail/article/le-temps-de-travail-des-jeunes-de-moins-de-18-ans>, publié le 18/09/2015, visité le 13/04/2017, dernière mise à jour le 09/11/2015

³⁹ POTEL C., *op.cit.*, p126

⁴⁰ Cf. *supra*, p21

⁴¹ POTEL C., *op.cit.*, p77

ralliement autour d'un intérêt commun, souvent fièrement exposé. LEFEVRE précise en ce sens que « les comportements d'imitation ont une visée intégrative. »⁴² WINNICOTT classe d'ailleurs les amitiés adolescentes parmi les phénomènes transitionnels. Pour pouvoir s'inscrire dans la société en tant qu'adulte et membre à part entière, l'adolescent se constitue « une nouvelle famille qu'il s'est choisi : la bande, les copains. »⁴³ Et cela lui permet de se confronter progressivement et plus ou moins sereinement à la question des normes sociales.

LEFEVRE soutient également que « l'immaturation de l'adolescent joue encore autrement. Il a la représentation et le désir d'une société idéale »⁴⁴. Nous pouvons ajouter à cela que cette idéalisation peut être un déplacement de l'idéalisation parentale initiale vers le modèle social plus large dans lequel l'adolescent tente de s'inscrire. « Mes parents ont toujours raison » peut devenir « Mes parents ont toujours tort » pendant la phase d'opposition et entraîner un vide identificatoire comblé par « Les autres font ou pensent ainsi donc moi aussi je vais faire ou penser ainsi ». Mais cette hypothèse reste à nuancer car il me semble que l'adolescent peut également se montrer capable d'avoir un avis critique envers ces normes sociales auxquelles il se confronte petit à petit. A quel groupe adhérer ? Quels traits de personnalité mettre en avant ou pas ? Choisir une voie ou en créer de nouvelles ? Parce qu'il est pris dans son questionnement existentiel, je pense que l'adolescent vient également questionner la légitimité des différents groupes, institutions, courants de pensées, etc., auxquels il peut s'apparenter, dans la désacralisation des parents d'abord, puis plus largement à l'échelle sociétale. Le « malaise adolescent », ce n'est peut-être rien d'autre que la difficulté des jeunes à se reconnaître dans les normes de la société actuelle. Parce qu'ils demeurent dans cette phase de construction identitaire, ils ne sont pas encore formatés à un modèle. Ils peuvent « refaire le monde », le penser, en expérimenter certains aspects, en créer de nouveaux, pour finalement y trouver une place qui leur convienne.⁴⁵

⁴² LEFEVRE A., *op.cit.*, p119

⁴³ POTEL C., *op.cit.*, p79

⁴⁴ LEFEVRE A., *op.cit.*, p115

⁴⁵ Je vous renvoie à la lecture de l'ouvrage collectif *Le malaise adolescent dans la culture* qui, en référence à l'essai de FREUD *Malaise dans la culture* (1932), discute des points communs entre adolescence, art et culture. BALASC C. et al. (2005), *Le malaise adolescent dans la culture*, Campagne Première, Paris

Les troubles des interactions sociales chez l'adolescent : quand la communication sème le trouble

Jusqu'ici nous avons abordé le processus adolescent « non pathologique » et vu ses nombreuses complexités. Mais que dire de ces adolescents qui doivent intégrer à tout cela une quelconque pathologie ? Lorsque le développement psychomoteur et psychoaffectif ne se déroule pas comme prévu, dans quelle mesure les interactions avec autrui permettent-elles ou pas le bon déroulement des différents stades de vie (petite enfance, enfance, adolescence et vie adulte) ?

Dans le cadre de mes stages de troisième année, j'ai été à la rencontre de trois adolescents atteints de pathologies très diverses mais présentant néanmoins tous un trouble des interactions sociales. J'entends par là que ces adolescents avaient tous des particularités de communication inhérentes à leur pathologie qui influençaient leur relation aux autres. J'exposerai ces particularités plus en détails dans l'analyse clinico-théorique à suivre⁴⁶.

Le lien que je vais proposer ici a émergé de la réflexion clinique en rapport avec ces trois adolescents particuliers. Néanmoins, il me semble qu'il peut être étendu à tous les adolescents porteurs d'un handicap qui influence la sphère relationnelle.

Je précise que la communication dans le cadre de la pathologie étant un sujet très vaste, je ne vais le développer que partiellement pour servir mon propos.

Communication, interactions sociales, relation : qui de l'œuf ou de la poule ?

Du latin *communicare*, qui signifie « mettre en commun », la communication constitue l'action de communiquer, de transmettre un message par le biais d'un échange verbal ou non verbal. Elle permet aux êtres de se comprendre entre eux, de partager des informations et des connaissances. C'est donc en ce sens une aptitude innée car vitale, programmée génétiquement, et dont les modalités sont inhérentes à chaque espèce. En effet, nous pouvons communiquer « entre humains » par le moyen privilégié de la parole, mais aussi avec d'autres espèces animales par le biais de l'expression corporelle (caresser un chien ou un chat pour témoigner de notre affection par exemple).

⁴⁶ Cf. *infra*, p34

Chez l'enfant, la communication se met en place précocement. Dès la vie fœtale, l'enfant communique avec ses parents en échangeant des informations essentiellement sensorielles. Il peut ainsi percevoir le son des voix, sentir une main posée sur le ventre de sa mère, goûter le liquide amniotique... tout comme ses parents peuvent percevoir sa tonicité et son activité motrice à travers les mouvements parfois impressionnants auxquels il peut s'adonner. Et lorsque qu'il naît, le bébé n'ayant pas encore acquis le langage verbal « parle » à sa mère avec le seul moyen d'expression dont il dispose : son corps. Il lui communique sa détresse par des pleurs, son bien-être par la détente, regarde et est regardé, entend et vocalise. Au fur et à mesure de son développement neurologique, psychoaffectif et de ses expériences, l'enfant enrichit de plus en plus ses outils de communication, et notamment le langage verbal.

Les interactions sont définies comme des « actions réciproques »⁴⁷. L'adjectif « social », quant à lui, est « relatif à un groupe d'individus, d'hommes, conçu comme une réalité distincte »⁴⁸ ou encore « relatif aux rapports entre les personnes »⁴⁹. Les interactions sociales peuvent donc être comprises comme un échange entre deux ou plusieurs individus ayant chacun une subjectivité propre. Selon les définitions que nous venons d'évoquer, il semble donc qu'il ne peut y avoir d'interactions sociales sans communication. Quant à la relation, il s'agit du « lien de dépendance ou d'influence réciproque entre des personnes »⁵⁰. Il pourrait donc y avoir confusion sémantique entre les interactions sociales et la relation, cependant je suis convaincue que si la langue française est si riche, c'est bien que chaque mot a une signification particulière, même dans un rapport étroit de synonymie.

Dans la suite de mon propos, je définirai donc la communication comme l'outil de transmission d'un message, les interactions sociales comme la réaction d'inter-influence consécutive à l'utilisation de cet outil par au moins un sujet émetteur et un sujet récepteur, et enfin la relation comme l'ensemble global et contextuel des interactions sociales.

Plusieurs mécanismes interviennent dans le développement des facultés relationnelles. Nous avons précédemment défini la communication comme une capacité innée. Et il me semble en ce sens qu'avant d'être diversifiée et volontaire, comme à travers à la parole par exemple, elle demeure originellement involontaire et inconsciente. La communication non verbale, que nous avons abordé avec les modèles posturaux de STRUYF⁵¹, reste notamment la forme la moins conscientisée de communication. Mais dans

⁴⁷ Définition du dictionnaire *Le Petit Robert*, 2011, p1351

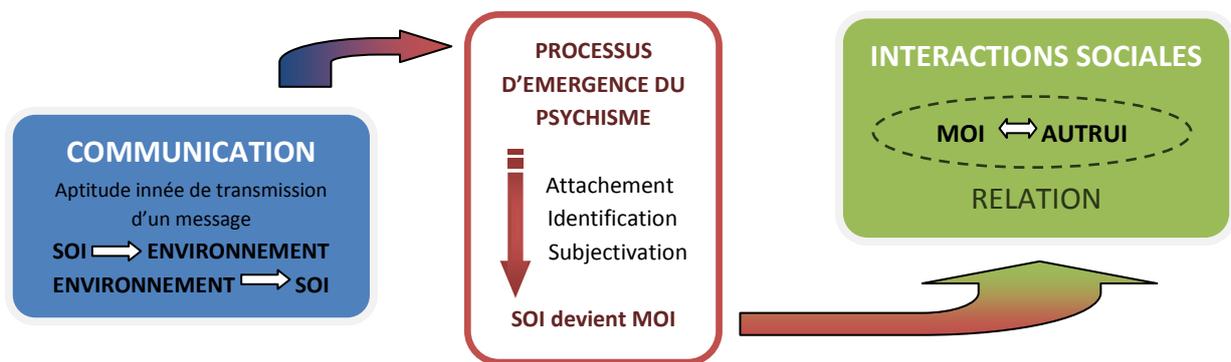
⁴⁸ *Ibid.*, p 2383

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ *Ibid.*, p 2175

⁵¹ Cf. *supra*, p15

ce cas, où situer le début des processus interactionnels ? Nous avons déjà vu que les mécanismes d'attachement décrits par BOWLBY et SPITZ⁵² permettent à l'enfant de se subjectiver. En effet, l'attachement primaire aux figures parentales permet d'identifier l'autre comme étant pareil à soi (humain) mais singulier. Il me semble que c'est à partir de ce moment que l'enfant, qui devient un sujet à part entière, passe de la communication comme unique vecteur aux interactions sociales. La qualité de l'attachement primaire apparaît donc comme l'une des bases fondamentales à l'établissement d'interactions sociales effectives. Ce rapport est illustré dans le schéma ci-dessous :



« Quelqu'un pense que je pense, donc je suis » : concept de mentalisation et genèse des troubles des interactions sociales

Le concept de mentalisation a été développé à Londres par l'équipe de recherche du Ana Freud Center qui cherchait à comprendre le développement des troubles de la personnalité *borderline*. Elle est définie comme « la capacité à comprendre l'expérience subjective de l'autre et celle de raisonner sur ses propres comportements et ceux des autres en termes d'états mentaux. Autrement dit, la mentalisation permet de lire l'esprit de l'autre grâce à son propre esprit ayant au départ été compris par un autre esprit. »⁵³ Elle s'assimile de fait au processus d'identification qui permet de se sentir pareil à l'autre tout en étant singulier. Il apparaît donc qu'un trouble dans le développement de cette aptitude de mentalisation peut être à l'origine d'un trouble des interactions sociales.

Ainsi, nous pouvons recenser plusieurs origines aux troubles des interactions sociales distinctes par leur période d'apparition.

⁵² Cf. *supra*, p21-22

⁵³ BARBE R. et COTTINGHAM E., 2016, p98

D'une part, des modalités de communication déficitaires ou inhabituelles engendreront nécessairement un abord relationnel particulier. En effet, nous avons démontré que les modalités de communication impactent directement le rapport d'un individu à son environnement et les interactions qui en résultent, et ce précocement. C'est par exemple le cas pour les personnes atteintes d'un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA) comme Théo, l'adolescent rencontré lors de mon stage en cabinet libéral, qui présente depuis la petite enfance des difficultés dans les domaines de la communication et des interactions sociales ainsi que des comportements stéréotypés et des intérêts restreints (mouvements répétitifs, rituels etc.).

D'autre part, un trouble dans le processus d'émergence du psychisme, survenu soit lors du mécanisme d'attachement, soit lors de l'acquisition de la capacité de mentalisation, entrainera probablement une dysharmonie relationnelle. C'est notamment le cas de Corentin et de Yan, les deux adolescents rencontrés à l'IME, dont les retards globaux de développement ont induit des troubles du comportement et un contact relationnel spécifique du fait de l'immaturité affective résultante. Or l'acquisition des facultés relationnelles telles que l'empathie (« faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent »⁵⁴), la compassion (« sentiment qui porte à plaindre et à partager les maux d'autrui »⁵⁵), etc. demeure indispensable au sentiment d'être inclus dans la société et reconnu en tant que tel.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que pour des adolescents, la présence de troubles des interactions sociales impacte doublement leur rapport au monde et leur sentiment d'appartenance sociale : d'une part dans le cadre de la pathologie même, et d'autre part lors de l'actualisation essentielle, à l'adolescence, des processus d'attachement et d'identification permettant l'acquisition d'une autonomie adulte.

Adolescence et handicap : quelle autonomie possible ?

Etre handicapé. Qu'est-ce que cela signifie ?

Dans notre société actuelle, le terme « porteur de handicap », semblant davantage bienveillant que celui d'« handicapé », désigne une personne présentant un handicap quel qu'il soit. A mon sens, cela sous-entend que le handicap est un attribut « à porter », inhérent à l'individu mais pourtant mis en relief. D'ailleurs, ne dit-on pas des patients qu'ils sont « pris en charge » par les professionnels de la santé ? A entendre « porteur de handicap », je

⁵⁴ Définition du dictionnaire *Le Petit Robert*, 2011, p 852

⁵⁵ *Ibid.*, p485

m' imagine des personnes portant partout où elles vont cette chose à l'air encombrant, tel Atlas portant le monde sur ses épaules ou l'escargot emportant sa coquille. Mais un handicap peut également ne pas se voir de prime abord (« handicap invisible »), comme dans le cas des troubles des interactions que nous venons de définir.

En réalité, le handicap désigne à la fois une cause (anomalie organique, pathologie, malformation etc.) et la conséquence d'anormalité (au sens de déviation par rapport à une norme) résultant de cette cause. Etymologiquement, le mot provient de l'anglais *hand in cap* (littéralement « main dans le chapeau »), qui fait référence à la pratique du maquignonnage⁵⁶ aux seizième et dix-septième siècles. Olivier R. GRIM, psychomotricien formé à la psychanalyse et doctorant en anthropologie sociale, a retracé l'histoire de ce terme venu de loin.

500 ans en arrière, au seizième siècle, les ventes de chevaux impliquaient toujours trois personnes pour palier toute fraude ou abus : le vendeur, l'acheteur, et une tierce personne. Chacun pouvait donc avoir son avis sur le prix à fixer, mais seul celui du tiers, estimé impartial, était pris en compte. La somme d'argent était mise dans un chapeau, et la transaction ne s'effectuait que si l'acheteur mettait la « main dans le chapeau ».

Au dix-huitième siècle, l'expression est restée dans le monde équestre, notamment dans le turf. Dans un souci d'égalité des chances au départ des courses hippiques, un commissaire impartial nommé « handicapé » assignait un désavantage aux meilleurs équidés sous forme « de poids plus importants, de distances plus longues à parcourir, de scores négatifs, de moyens moindres, etc. »⁵⁷ afin de laisser leur chance aux chevaux médiocres. Le terme « porteur de handicap » prenait alors tout son sens pour l'élite des champions équins qui, contraints de supporter « le désavantage, la charge, la tare »⁵⁸, voyaient leurs avantages innés s'amenuiser et leurs capacités réduites. Pourtant, le handicap renvoyait à la notion d'égalisation des chances.

Que de chemin parcouru jusqu'à nous ! GRIM, dont les travaux sont sous-tendus par ceux du philosophe, historien et anthropologue Henri-Jacques STIKER, nous rapporte que les premiers emplois du terme d'« handicap » au sens actuel remontent au début du dix-neuvième siècle aux Etats-Unis où, associé aux personnes infirmes, il fait le parallèle entre invalidité (incapacité de fonctionnement optimum) et désavantage social. Il n'arrive finalement en France qu'en 1980. « C'est donc par métaphores, métonymies successives et euphémismes répétés que la notion de handicap s'est progressivement construite à partir de

⁵⁶ Négociation, marchandage peu scrupuleux lors des ventes de bêtes, notamment de chevaux

⁵⁷ GRIM O.R., 2000, p33

⁵⁸ Ibid.

celle du jeu pour devenir ce que Henri-Jacques STIKER nomme une nouvelle figure historique de l'infirmité. »⁵⁹

Historiquement, être handicapé signifie donc avoir quelque chose de plus ou de moins que les autres. Malheureusement, la connotation la plus souvent associée reste la seconde car elle renvoie à la notion de déficience et d'incapacité à tenir une place sociale « normale ». La Classification Internationale des Handicaps (CIH), établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1980, définissait le handicap selon trois dimensions : la déficience (lésion restrictive), l'incapacité (atteinte fonctionnelle), et le désavantage social (impact sur la vie quotidienne et le rôle social attendu compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socioculturels)⁶⁰. Le handicap se rapportait donc directement à l'identité d'une personne, et celle-ci se voyait parfois réduite à cet unique aspect d'elle-même.

Actuellement, le handicap est davantage défini dans sa dimension situationnelle par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) établie en 2001 par l'OMS. Elle décrit les états de santé et ses composantes selon des facteurs environnementaux et personnels. Actuellement, le terme adapté pour parler d'une personne handicapée est « personne en situation de handicap ». Il appelle donc toujours un statut social à part entière, relatif à l'identité même si c'est à moindre mesure.

Or l'identité, nous l'avons vu, reste une source majeure de doutes, génératrice de questionnements existentiels souvent porteurs d'angoisse chez nos adolescents, d'autant plus si un trouble des interactions sociales vient perturber leur relation aux autres.

Nous pouvons donc nous interroger sur la corrélation entre vécu du handicap et vécu de l'adolescence. Et plus précisément, nous pouvons nous poser cette question : dans quelle mesure la conscience du handicap peut-elle modifier le vécu de l'adolescence pour les patients dans leurs processus identificatoires, leurs comportements et leur manière d'interagir avec leurs pairs et les professionnels qui les accompagnent ?

Nous pourrions supposer que suivant le degré de déficience intellectuelle, une conscience du handicap reste envisageable, même partielle. Dans le cas de Corentin et Yan, tous deux atteints de déficience mentale, il semblerait même qu'elle représente une fragilité narcissique supplémentaire, additionnée à la longue liste de celles induites par l'adolescence. Mais le sentiment d'être inclut dans la société et reconnu en tant que tel est également mis à mal dans le cadre des troubles des interactions sociales. Il nous est donc

⁵⁹ *Ibid.*, p38

⁶⁰ Site internet officiel de la diversité, du handicap, de l'autonomie en France, <https://informations.handicap.fr/art-definition-classification-handicap-cih-oms-874-6029.php>, visité le 17/04/2017, dernière mise à jour le 17/04/2017

difficile d'identifier ce qui impacte majoritairement le vécu subjectif de chacun. Un point essentiel m'apparaît néanmoins à souligner : avant d'être handicapés, avant d'être troublés dans leurs interactions sociales, avant d'être différents, ils sont avant tout humains, et adolescents. Il me semble donc important de reconnaître avant tout la difficulté de traverser cette phase bouleversante de leur vie, et, en tant que professionnels du soin, de les accompagner sur la même voie d'autonomie et d'épanouissement que tous les adolescents « lambda ». Oscar WILDE ne disait-il pas « Il faut toujours viser la lune, car même en cas d'échec, on atterrit dans les étoiles » ?

Certes, la question de l'autonomie reste au cœur du handicap. Mais est-ce un but en soi ? Il me semble que le plus important reste leur épanouissement en tant qu'individus. L'émancipation parentale s'avère donc nécessaire au même titre que tous les adolescents. Et la mise en place d'établissements adaptés tels que les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), les foyers de vie, les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT), etc. permet ce détachement parental et cette autonomisation. Il s'agit donc de les accompagner sur le chemin de leur vie adulte, tout en leur laissant la possibilité d'en être acteurs.

Après tous ces rappels théoriques relatifs à l'adolescence, aux troubles des interactions sociales et à la situation de handicap, nous allons maintenant observer comment tous ces différents processus se sont mis en jeu dans les cas de Corentin, Yan et Théo, ainsi que l'abord spécifique de la thérapie psychomotrice auprès de ces patients en IME et en cabinet libéral.

C'est pour les mêmes raisons éthiques qui valorisent la désignation des personnes handicapées par « personnes en situation de handicap », que je préférerai l'emploi du terme « prise en soin » à celui de « prise en charge » concernant notre action auprès des patients dans la suite de mon propos.

L'IME

Présentation du lieu de stage

Dans le cadre de ma troisième année d'études en psychomotricité, j'ai effectué un stage long dans un Institut Médico-Educatif (IME) accueillant des enfants et des adolescents de 3 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle légère, moyenne ou profonde avec ou sans troubles associés. Conventionné avec l'Education Nationale, il est ouvert 210 jours par an et fonctionne en semi-internat. Les jeunes y sont accueillis les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 8h45 à 16h15, et de 8h45 à 13h15 les mercredis. Pour ma part, je m'y rendais le jeudi de 9h à 16h. Un transport adapté est assuré par l'institution matin et soir pour effectuer le trajet jusqu'à l'IME.

L'établissement comprend trois sections : la Section d'Education et d'Enseignement Spécialisée (SEES) pour les enfants de 3 à 14 ans (44 places) répartie en deux niveaux d'âge, la Section d'Initiation et de Préparation à la Formation Professionnelle (SIPFP) et le groupe de vie pour les adolescents de 14 à 20 ans (47 places), et le Service d'Education et de Soins Adaptés (SESA) pour les jeunes polyhandicapés de 3 à 20 ans (12 places). Les deux adolescents dont je vais parler par la suite, Corentin et Yan, ont suivi le parcours « classique » au sein de l'établissement, c'est-à-dire la SEES niveaux 1 et 2, et étaient intégrés dans la SIPFP.

De nombreux professionnels paramédicaux travaillent au sein de l'IME du fait de sa taille importante (103 places au total). On recense ainsi une ergothérapeute, trois psychomotriciennes, deux orthophonistes, deux kinésithérapeutes, trois psychologues, deux aides médico-psychologique, une aide-soignante et deux infirmières qui interviennent auprès de tous les jeunes. L'emploi du temps des jeunes est réparti entre les temps de soin et les temps éducatifs avec les professeurs des écoles et les éducateurs spécialisés.

Au niveau topologique, l'IME est constitué de plusieurs bâtiments de plain-pied en enfilade répartis par secteur. Pour le parcourir, on traverse un dédale de couloirs spacieux donnant accès de chaque côté aux différentes salles de classe, aux pièces communes et aux bureaux des professionnels.

L'entrée donne directement sur l'accueil constitué des bureaux administratifs, de la direction, du bureau de l'assistante sociale et de salles de réunions avec au centre la salle d'attente. Les parents sont reçus dans ces différents espaces lors des entretiens.

Le premier couloir, sécurisé par une porte à code, mène à la SIPFP. On y trouve les salles de classes et la « salle de pause » des jeunes où un babyfoot leur est mis à disposition. Les adolescents peuvent également accéder à une partie de la cour extérieure qui leur est réservée. Le bout du couloir dessert la salle de balnéothérapie et les bureaux des infirmières, de l'ergothérapeute et des kinésithérapeutes.

En continuant, une seconde porte marque l'entrée du « couloir paramédical ». Il donne accès à la salle de motricité (appelée « salle polyvalente ») et regroupe les bureaux des orthophonistes, psychomotriciennes et psychologues. Le groupe « Les arts du cirque » auquel Corentin et Yan participaient s'est tenu chaque semaine dans la salle polyvalente lors de mon stage.

Lorsque les professionnels sont dans leurs bureaux, leur porte reste souvent ouverte en dehors des temps de séances. Cela permet des échanges ponctuels entre collègues qui favorisent la communication et la collaboration. Des temps de réunions formelles sont également pris chaque semaine pour discuter des projets institutionnels, des projets de vie des jeunes et réfléchir au fonctionnement de l'établissement. Elles peuvent être à petite échelle en regroupant les professionnels au contact d'un jeune ou d'un groupe en particulier, ou à plus grande échelle en réunissant l'intégralité des équipes médicales, paramédicales, éducatives et directoriales.

La SEES succède au couloir paramédical. Les salles de classes sont réparties par âge avec à l'entrée les « petits » (3 à 10 ans) du niveau 1, et au bout les « grands » (11 à 14 ans) du niveau 2. Deux accès à la cour centrale permettent aux enfants de sortir lors des temps de récréations. Celle-ci est équipée de modules de tous types (toboggan, toupies, tourniquets, balançoires à bascule...) et donne un accès au grand gymnase équipé et au bâtiment du réfectoire. Les temps de repas sont encadrés par les équipes éducatives et paramédicales.

Enfin, le dernier bâtiment abrite la partie réservée au SESA.

Place spécifique de la psychomotricité

Comme dit précédemment, trois psychomotriciennes exercent au sein de l'IME. Très intégrées dans l'équipe, elles suivent une grande partie des jeunes en prise en soin individuelle ou groupale. Elles encadrent également les repas des jeunes deux à trois fois par semaine, comme le reste de l'équipe du service.

L'indication

L'indication de prise en soin en psychomotricité est posée par le médecin dans le cadre de l'entretien médical systématique à l'entrée des jeunes à l'IME. Elle est précisée en fonction de la pathologie et sa pertinence est réévaluée au cours de réunions regroupant les services médical et paramédical.

Les évaluations psychomotrices

Un certain nombre de tests psychomoteurs sont utilisés dans la mesure du possible (Charlop-Atwell, M-ABC entre autres). Cependant aucun bilan complet à proprement parlé n'est effectué. En effet, les psychomotriciennes se basent sur les dossiers des patients et évaluent les capacités psychomotrices des jeunes en proposant des activités où chaque domaine de compétence pourra être exploré. L'observation de l'activité psychomotrice spontanée reste donc une grande partie de l'évaluation car certaines pathologies semblent incompatibles avec la passation de tests standardisés. Les psychomotriciennes adaptent donc leurs outils d'évaluation aux patients et accordent une grande importance à l'observation, non seulement en séance mais également dans le quotidien des jeunes au sein de leurs relations avec leurs pairs et les autres professionnels.

Le projet thérapeutique

Du fait des pathologies présentées par les jeunes de l'IME, tous bénéficient dès leur admission d'un projet thérapeutique personnalisé appelé « Projet Individuel d'Accompagnement » (PIA). Il regroupe les observations des équipes éducative et paramédicale. La durée de prise en soin en psychomotricité est établie suivant le ou les axe(s) thérapeutique(s) dégagé(s), mais elle reste bien souvent annuelle. Le projet thérapeutique est réorienté pendant les réunions annuelles au vu de l'évolution du jeune. Les objectifs de la prise en soin en psychomotricité sont clairement expliqués aux autres professionnels par soucis de transparence, d'efficacité et de cohérence interdisciplinaire. A

court terme, ils visent la bonne intégration du jeune et son épanouissement au sein de son groupe de pairs. A long terme, la psychomotricité doit étayer l'enfant dans ses apprentissages pour lui permettre d'accéder au niveau éducatif supérieur, tout en améliorant en parallèle les capacités psychomotrices globales.

Des rencontres avec les parents ou tuteurs ont lieu régulièrement afin de les associer au projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individuel. Elles permettent la mise en place d'espaces de parole individuels ou collectifs qui inscrivent parents et professionnels dans une dynamique collaborative indispensable pour l'épanouissement des jeunes.

Le déroulement des prises en soin

La répartition de l'emploi du temps des jeunes se fait entre les temps éducatifs et les temps de prises en soin auprès des professionnels paramédicaux. En moyenne, un jeune voit une des psychomotriciennes une fois par semaine en prise en soin individuelle et plusieurs fois par semaine à l'occasion de séances de groupales encadrées avec d'autres professionnels.

Le travail interdisciplinaire tient une place importante au sein de l'IME, et beaucoup d'activités et de médiateurs variés sont proposées sous forme de groupes encadrés par au moins deux professionnels. Un temps est systématiquement pris à la fin de chaque séance par les professionnels pour faire un point sur l'avancée du groupe (programmation des prochaines séances, pertinence du contenu, etc.) et l'évolution de chaque patient. Dans la mesure du possible, les psychomotriciennes prennent des notes lors de ces temps d'échanges et les conservent dans le dossier du patient concerné.

Les prises en soin individuelles suivent la même logique d'organisation, à ceci près qu'elles se déroulent plus souvent dans le bureau du professionnel, contrairement aux groupes qui se déroulent plus souvent dans les salles communes à disposition.

De nombreuses médiations sont utilisées en prise en soin psychomotrice. Au-delà du matériel et des installations importantes mises à disposition (notamment le gymnase et piscine), de nombreux partenariats avec l'établissement permettent aux jeunes de profiter d'un panel diversifié de supports thérapeutiques, notamment du côté de la médiation animale (lapins et cochons d'Inde, chien, cheval...).

Corentin

Présentation de Corentin : histoire de vie et anamnèse

Corentin a 16 ans lors de notre rencontre. C'est un adolescent présentant un retard psychomoteur global, un retard intellectuel modéré, une absence de langage et des troubles du comportement sous forme d'agitation. Il est enfant unique et vit au domicile familial avec ses parents.

Il existe une forte suspicion d'une affection génétique liée au chromosome X dans la famille de Corentin. En effet, un de ses oncles présente également un retard intellectuel, des troubles du comportement et une dysmorphie faciale proche de la sienne. Du côté maternel, deux de ses tantes ont eu des difficultés scolaires étant jeunes et l'une d'elle a un garçon présentant également le même tableau clinique.

Les parents de Corentin ont rompu les liens avec la famille maternelle depuis sa naissance et sa mère accepte difficilement son handicap. Elle exige de lui des aptitudes « normales » sans réellement prendre en compte ses difficultés, se montre peu impliquée dans son parcours de soin et fait preuve d'une certaine agressivité à l'égard des équipes de l'IME.

La grossesse s'est déroulée dans un contexte d'imprégnation alcoolique, et la mère de Corentin était également positive à la rubéole. Il est né par césarienne pour souffrance fœtale aigüe à trois jours de dépassement de terme. Pendant sa petite enfance, Corentin a très rapidement montré un retard dans les acquisitions psychomotrices : la station assise est apparue à un an et demi (normalement tenue vers six mois), la station debout à deux ans (normalement acquise autour d'un an), la marche à deux ans et demi (normalement acquise entre 10 et 18 mois). Le langage a très rapidement été déficitaire et Corentin a développé une scoliose à double courbure (dorsolombaire) en grandissant. Il est appareillé d'un corset rigide permanent pour la corriger.

Corentin n'est entré en maternelle qu'à quatre ans et demi car la propreté n'était pas acquise avant. Il y restait trois journées et demie par semaine et était suivi en parallèle dans un Centre d'Accueil Médico-Social Précoce (CAMSP) pour un retard de développement psychomoteur global et un retard important de langage. A 16 ans, il souffre encore d'énurésie nocturne, n'articule que quelques sons et communique en français signé.

Corentin a été orienté en IME à 6 ans, et a intégré la Section d'Initiation et de

Préparation à la Formation Professionnelle en 2012. Il est suivi en psychomotricité deux fois par semaine. Il bénéficie également d'une prise en soin en orthophonie une fois par semaine en individuel pour développer les capacités de communication, notamment le langage verbal et en kinésithérapie une fois par semaine en individuel pour rééduquer son dos et vérifier le placement de son corset (l'appareilleur le vérifie également tous les 15 jours). Le psychologue l'accueille ponctuellement à sa demande.

Contexte de prescription en psychomotricité

Corentin a été suivi dès son arrivée à l'IME par la psychomotricienne de l'époque, et ce pendant 3 ans (de 2006 à 2009). Les objectifs psychomoteurs initiaux étaient : une prise de conscience des limites corporelles, la canalisation des activités motrices et de l'attention et le développement des capacités relationnelles. En effet, Corentin était très agité et faisait preuve d'un mauvais contrôle moteur.

Ce suivi a été interrompu suite au départ de la psychomotricienne jusqu'en 2012, où les séances ont repris avec la nouvelle psychomotricienne. Il présentait encore des difficultés de régulation tonico-émotionnelle et refusait les activités cognitives en classe.

Bilan, projet thérapeutique mis en place et évolution

Le dernier bilan psychomoteur de Corentin date de septembre 2012. Il avait alors 12 ans et 7 mois.⁶¹

Corentin avait semblé apprécier la relation duelle, l'attention portée sur lui et s'était montré très agréable. Son désir d'échange et de jeu se traduisait par une excitation motrice. Le bilan avait révélé une hypertonie globale, des difficultés spatio-temporelles et des troubles de la régulation tonico-émotionnelle sous forme de raidissements, de crispations et de décharges motrices. Corentin présentait une hyperactivité, une impulsivité et des troubles de l'attention faisant tous trois références au Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH).

Une prise en soin individuelle en psychomotricité avait donc semblé nécessaire pour qu'il puisse apprendre à réguler ses émotions et son tonus pour devenir plus disponible et plus attentif. Il lui fallait également gagner en maturité et progresser dans l'organisation de

⁶¹ Le bilan détaillé est disponible en annexe (n°1), p85

ses gestes pour accroître ses capacités psychomotrices. Le groupe « Les arts du cirque », créé par une des psychomotriciennes et deux éducatrices spécialisées, avait semblé pertinent pour Corentin afin qu'il puisse transposer le travail fait en individuel à un contexte groupal et qu'il enrichisse ses interactions avec ses camarades. Cinq autres adolescents en faisaient partie.

Les objectifs de ce groupe sont :

- découvrir les arts du cirque (jonglerie, équilibre, acrobatie, expression clownesque) ;
- renforcer l'image de soi à travers ces techniques du cirque tout en renforçant le schéma corporel et le rapport à l'espace (repères spatiaux, perceptions des distances...) ;
- créer un lien entre ajustement tonique et contrôle du geste ;
- améliorer la motricité globale (coordinations, dissociations, équilibre) ;
- valoriser l'image de soi en permettant aux jeunes de se confronter à leurs limites, à celles des autres et accepter le regard d'autrui ;
- créer un lien entre émotions, mimiques, et gestuelles ;
- développer la sociabilisation et l'esprit d'équipe ;
- stimuler la créativité.

Depuis qu'il est entré dans la SIPFP, Corentin est donc pris en soin en psychomotricité deux fois par semaine : une fois en individuel et une fois en groupe. Les séances en individuel sont axées sur la régulation tonico-émotionnelle, l'accompagnement vers des activités plus matures, la favorisation du plaisir et du désir de faire dans les jeux, l'enrichissement du schéma corporel et la coordination oculo-manuelle. Dans ce but, un temps de travail sur table lui a été proposé pour développer ses capacités attentionnelles et consolider ses acquis cognitifs. Il est suivi d'un temps de relaxation qu'il affectionne particulièrement et qui a été bénéfique au niveau de la régulation tonico-émotionnelle.

Corentin a progressé sur les activités de motricité fine et investit particulièrement la prise en soin, appréciant le temps duel avec l'adulte. Il propose parfois lui-même des jeux.

Concernant la prise en soin groupale, Corentin participe au groupe « Les arts du cirque » depuis déjà 2 ans lorsque je le rencontre. Il est très actif au sein du groupe, toujours volontaire et enjoué. Les progrès observés en individuel sont effectifs également en groupe, Corentin arrive à mieux se contrôler sur le plan tonico-émotionnel, même si la situation groupale peut parfois générer certains débordements. Il montre généralement de bonnes capacités motrices dans les exercices proposés.

Rencontre avec Corentin

J'ai pu observer chez Corentin un certain nombre de capacités psychomotrices lors des premières séances du groupe « Les arts du cirque » auxquelles j'ai assisté, correspondant encore ou non aux observations faites lors de son dernier bilan.

Relationnel

Corentin semble investir facilement les nouvelles personnes. Il n'hésite pas à entrer en contact avec moi et à communiquer même si ses capacités de verbalisation limitent sa compréhension. Il s'exprime par des sons et des gestes (pointage, signes). Il peut regarder dans les yeux mais ne conserve pas le contact visuel longtemps, gardant le plus souvent les yeux baissés vers le sol. La tête tournée sur le côté et vers le bas semble être une posture habituelle. Il reste cependant très impliqué dans les propositions qui lui sont faites et semble avoir envie de bien faire. Il n'hésite pas à aider les autres, et est très sensible à la responsabilisation et aux encouragements.

Tonus

Corentin présente un fond hypertonique. Il ne semble pas pouvoir se relâcher à proprement parlé mais peut faire preuve d'une certaine régulation tonique en fonction de ses postures et des situations.

Schéma corporel et image du corps

Corentin semble avoir intégré un schéma corporel de base, cependant l'agitation motrice dont il fait preuve ne paraît pas propice à une attention et une discrimination plus fine des perceptions proprioceptives et kinesthésiques.

Sensorialité

Lorsqu'il est immobile, Corentin présente des stéréotypies gestuelles telles que le balancement du corps. Il se lance avec joie dans toutes les activités proposées et semble réellement apprécier les stimulations proprioceptives, notamment les vestibulaires (grands sauts sur le trampoline, balancement rapide sur le rouleau, glissé un peu brutal au sol etc.) Celles-ci donnent souvent lieu à une excitation génératrice d'un recrutement tonique global très important, ce qui semble bloquer l'afférence de nouvelles sensations. Il est également très tactile (touche beaucoup et se laisse toucher sans problème).

Motricité globale

Corentin montre de bonnes capacités de coordination globale et un équilibre satisfaisant lorsqu'il parvient à canaliser ses émotions et à contrôler son agitation motrice. Les coordinations oculo-manuelles semblent également de meilleure qualité quand il fait preuve de concentration.

Structuration perceptive

Du fait de son impulsivité, il ne semble pas prendre le temps d'analyser correctement son environnement même s'il montre des capacités visuo-constructives satisfaisantes. Il se précipite souvent et il lui arrive de se cogner ou d'être déséquilibré par inadvertance, parfois jusqu'à la chute. Sa tendance à l'hypertonie semble impacter également sa perception du sens tactile. En effet, il semble ne rechercher que des sensations « dures ».

Capacités cognitives

Corentin comprend les consignes simples. Son retard de développement global est associé à une déficience mentale modérée (âge mental de 6 – 7 ans, relative autonomie possible si l'environnement est stimulant, langage asyntaxique).

Conclusion

Corentin montre une évolution positive depuis le dernier bilan psychomoteur. Cependant, il présente encore une hypertonie globale et des difficultés de régulation tonico-émotionnelle persistantes dans la relation à l'autre, impactant directement sa motricité et sa perception de l'espace. Le contexte relationnel reste donc pour lui un facteur prépondérant dans la qualité de sa motricité. En effet, si les situations de groupe semblent lui demander beaucoup d'effort de contrôle face aux stimulations multiples, la relation duelle paraît plus sereine car Corentin montre de bonnes capacités d'adaptation (si nous sommes calmes nous-mêmes, il reste calme). Du fait de sa déficience mentale, il montre parfois une immaturité affective dans son rapport à l'autre mais a cependant très bien intégré les codes sociaux, ce qui lui permet de rester relativement adapté au niveau relationnel.

Avec Corentin, il semble important de continuer à développer ses capacités perceptivo-motrices et de contrôle tonique. Un travail sur la conscience du corps, sur l'inhibition motrice et sur la gestion de ses émotions paraît donc nécessaire.

De plus, il paraît important de le faire évoluer en le responsabilisant davantage dans un travail plus autonome, en lui demandant par exemple de participer à la création et à la

mise en place de certaines activités au sein du groupe (gestion du matériel, proposition de consignes, création d'un enchaînement de mouvements etc.).

Trouver un appui en l'autre...

...pour se sentir contenu et être rassuré : les enveloppes

Corentin s'est révélé rapidement être un élément très porteur de la dynamique du groupe. Toujours enjoué et très volontaire, il a très rapidement montré un intérêt pour le trampoline sur lequel il se propulsait très haut grâce à la seule mobilité de ses chevilles. Le rouleau en mousse et le gros ballon ont semblé également beaucoup lui plaire, Corentin en a été très demandeur toute l'année. Son affinité particulière pour les stimulations vestibulaires s'est donc confirmée.

Malgré cette autonomie apparente, Corentin a nécessité un étayage relationnel régulier car la situation de groupe donnait souvent lieu à des débordements émotionnels sous forme d'agitation motrice, allant parfois jusqu'au déséquilibre avec risque de chute.

La psychomotricienne avait l'habitude de proposer de faire chaque activité les uns après les autres, dans un ordre précis afin que tous les jeunes puissent être regardés et encouragés par les autres. Lorsque Corentin sautait sur le trampoline, son corps apparaissait rigide de la tête aux pieds sauf au niveau des chevilles. Il montrait également peu de dissociation des ceintures scapulaire et pelvienne lors du passage dans un module de mousse en forme d'anneau vertical. Porté par le regard et les applaudissements de ses camarades après chaque passage, Corentin sautait sur place avec les bras et les jambes extrêmement rigides et parfois même les yeux fermés, applaudissait compulsivement, et poussait parfois des cris. Lorsque les autres passaient, il manifestait ses encouragements à grand bruit, n'attendant pas toujours la fin de l'exercice pour se lever et applaudir. Il lui arrivait également souvent de se balancer sur place lorsqu'il était immobile. En revanche, lorsque nous lui demandions d'être plus calme et de se concentrer pour effectuer des sauts ou des lancés maîtrisés en force et en trajectoire, il pouvait inhiber son geste et faire preuve de contrôle tonico-émotionnel malgré son hypertonie et son impulsivité latente. Il montrait dans ces cas-là de bonnes capacités de coordinations globales.

Il me semble que Corentin s'est confronté régulièrement aux enveloppes, dont nous avons abordé l'importance en citant notamment ANZIEU⁶². En effet, le jeune homme paraît

⁶² Cf. *supra*, p18

s'être construit un véritable carcan hypertonique. L'importante tension musculaire, qui peut être considérée comme un moyen de « tenir son corps », traduit l'affinité de Corentin pour les sensations toujours « dans le dur ». Nous pouvons donc nous demander dans quelle mesure il perçoit le doux et le mou, et si ces sensations sont assez stimulantes sur le plan neurologique. Si celles-ci ne prennent pas sens pour lui, la sensation d'un tonus insuffisant pourrait le renvoyer à un sentiment d'effondrement corporel, comme un ballon de baudruche qui se dégonflerait sans air suffisant pour en tenir les parois. Dans ce cas, il semble logique que pour sentir et tenir son corps, Corentin se tourne spontanément vers des sources de stimulations importantes (agitation motrice, stimuli vestibulaires...) et montre des difficultés à rester immobile. Cela pourrait expliquer l'observation des symptômes cliniques d'un TDAH.

Lorsque son « enveloppe hypertonique » ne contenait plus ses émotions, Corentin semblait avoir particulièrement besoin de sentir la présence de l'enveloppe symbolique du groupe. Le cadre (horaire et lieu du groupe, règles à respecter, déroulement des séances etc.), dont la psychomotricienne, l'éducatrice et moi-même étions les représentantes et garantes, était très intégré par Corentin qui ne se privait pas de faire remarquer si quelqu'un l'outrepassait. Il tenait beaucoup à la ponctualité et aux différents rituels instaurés (enlever les chaussures avant d'entrer dans la salle et mettre le clown que nous avons colorié sur le tableau magnétique pour signifier notre présence au début de la séance).

En revanche, dès que notre attention se portait sur quelqu'un d'autre que lui lors des activités, son attention s'éparpillait et il s'effondrait au niveau postural (il se couchait sur le sol ou s'adossait aux murs de la salle qui constituaient l'enveloppe physique du groupe).

Lorsque la psychomotricienne m'a laissé guider le groupe pour la première fois, j'ai eu l'idée de proposer une autre forme groupale que celle dont nous avons l'habitude. Au lieu de passer chacun notre tour pour faire l'activité, j'ai demandé à tout le monde de s'installer en cercle afin que nous puissions nous lancer différents objets (foulards, anneaux, balles, ballon). J'ai verbalisé l'intérêt de cette forme groupale, à savoir qu'à nous tous, nous représentions un seul cercle mais que chacun y avait une place singulière. De plus, positionnés ainsi nous pouvions tous nous voir et faire une passe à n'importe qui.

La formation du cercle a été plus compliquée que prévu ! Corentin n'avait pas l'air de se représenter mentalement ce qu'était un cercle ou un rond, même lorsque j'ai utilisé le support visuel d'un cerceau. Il a eu besoin que je le place physiquement dans le cercle et n'a pas conservé cette place, se levant dès qu'il lançait un objet et ne sachant plus quelle place reprendre ensuite. Situé initialement vers le centre de la pièce, il s'est peu à peu rapproché des murs de la salle auxquels il a fini par s'adosser. En revanche, Corentin a pu échanger les

objets en étant initialement guidé physiquement pour ajuster la trajectoire vers un destinataire précis.

Il me semble que Corentin, par ces confrontations incessantes aux enveloppes corporelle, symbolique et spatiale, en testait la présence continue ou tout simplement la solidité, garantes toutes deux d'une sécurité psychoaffective qui semblait lui faire défaut. En effet, il se montrait très sensible aux encouragements et aux gratifications de notre part et se proposait toujours pour ranger le matériel en fin de séance. Peut-être est-ce à mettre en lien avec le rapport particulier qu'il semble entretenir avec sa mère, celle-ci ne paraissant pas l'avoir porté ni physiquement ni psychiquement depuis son enfance. Dans ce cas, nous pouvons supposer que la première enveloppe corporelle, permise par le *handling* et le *holding* maternels, s'est mal construite ou mal consolidée, provoquant l'hypertonie, le comportement agité et des troubles de l'attachement s'exprimant aujourd'hui sous forme de troubles des interactions sociales chez Corentin⁶³.

Suite aux contraintes institutionnelles qui ne nous ont pas permis d'être présents chaque semaine, je n'ai pas pu faire état d'une réelle évolution chez Corentin concernant ce rapport aux enveloppes. On note cependant que le travail engagé en séance individuelle reste en partie axé sur l'enrichissement de la conscience corporelle à travers la consolidation du schéma corporel et les temps de relaxation.

...pour se tenir soi-même : le portage

J'ai observé que Corentin bloquait souvent sa respiration au cours du mouvement. Cela me renvoie à la notion de tonus pneumatique⁶⁴ présent chez les nourrissons n'ayant pas encore acquis de tonus axial. Compte tenu du rapport aux enveloppes de Corentin, que nous venons d'aborder, nous pouvons supposer qu'il existe chez le jeune homme un besoin de contenance, d'être porté corporellement et psychiquement par les professionnels à défaut de l'avoir été par sa mère. Ceux-ci pourraient alors représenter un substitut maternel structurant.

Lorsqu'il me croisait dans les couloirs de l'IME le matin, Corentin se précipitait sur moi et me demandait invariablement « s'il y a bien le cirque », en associant le geste signé et le mot « cirque ». Il m'est arrivé plusieurs fois de lui répondre par la négative du fait des

⁶³ Cf. *supra* p29 le schéma du lien entre attachement et interactions sociales

⁶⁴ La notion de tonus pneumatique a été développée par le psychologue André BULLINGER. Elle véhicule l'idée que les premiers redressements du nourrisson sont soutenus par la respiration avant que celui-ci ait acquis un contrôle tonico-postural suffisant pour se redresser lui-même volontairement.

différentes contraintes institutionnelles. Dans ces cas-là, il semblait réellement déçu, réagissant parfois brutalement à cette annonce (détournements brusques, croisement des bras et immobilisation dans cette posture au milieu du couloir, retroussement de la lèvre inférieure comme pour exprimer sa peine avec la tête baissée). Supposant qu'il avait réellement investi ce temps de séance, lorsque j'affirmais que ce temps n'aurait pas lieu, il le vivait peut-être comme un abandon ou un rejet.

Lors d'une séance, j'ai proposé une expérience spécifique de portage au groupe qui a semblé faire énormément sens chez Corentin. Je leur ai proposé à tour de rôle de venir s'allonger sur le ventre sur un gros ballon appelé *physioball* et d'induire un mouvement de balancier, une main posée sur leur dos, afin qu'ils puissent se relâcher après un parcours psychomoteur particulièrement sollicitant. Corentin a été le premier à vouloir essayer. Sans surprise, il a eu du mal à se relâcher du fait de son hypertonie globale et de son corset inconfortable pour cet exercice. Malgré mes conseils verbaux, il restait très droit sur le ballon et a commencé à se pousser fortement avec ses pieds pour se balancer, ce qui a provoqué une glissade vers le sol plus ou moins contrôlée et un grand éclat de rire. La deuxième tentative s'est révélée plus fructueuse, mais amusé de sa chute, Corentin a recommencé à se balancer fortement avec ses pieds en me regardant. J'ai donc appuyé mon contact sur son dos, et lui ai proposé de relâcher la tête en posant l'autre main sur sa nuque. J'ai verbalisé ce contact en lui assurant « Je te tiens, tu peux te relâcher et c'est moi qui vais te balancer. » Je n'ai pas spécialement senti de détente tonique chez Corentin, mais il a fini par fermer les yeux de lui-même. Peut-être a-t-il associé le mot « relâcher » à son expérience de la relaxation en individuel.

La semaine suivante, Corentin m'a posé la même question matinale, mais cette fois-ci en montrant sa tête et son dos avec insistance, mimant cette « mise en corps » qui a eu l'air de faire malgré tout sens pour lui. Loin d'avoir conscience de l'importance de cet exercice pour Corentin, je n'ai pas tout de suite compris la portée significative de cette posture enroulée que je lui avais proposée (abordée avec les travaux de STRUYF⁶⁵) et qui offrait un portage physique par le ballon et une contenance par mes mains. Nous pouvons pourtant faire ici un lien flagrant entre le besoin de portage de Corentin et son investissement de cet exercice.

...pour grandir : la distance relationnelle

Malgré son retard de langage important, la première chose qui m'a frappé chez Corentin reste sa volonté de communication et son plaisir à être en relation. Cela représente

⁶⁵ Cf. *supra*, p15-16

à mon sens une richesse à exploiter pour continuer à l'étayer dans son développement psychomoteur et pouvoir lui permettre d'acquérir progressivement indépendance et maturité. Sa communication non verbale, soutenue par la pratique de la langue des signes, est très adaptée bien qu'il reste parfois difficile à comprendre si l'on ne signe pas nous même. Corentin emprunte donc souvent l'alternative du contact physique pour entrer en communication, et prend toujours beaucoup de précautions en tapotant le bras lorsqu'on ne le regarde pas. Il a donc intégré la notion de limites des autres dans le contexte social. Il différencie les professionnels et ses pairs dans sa façon de communiquer et d'être en relation. Nous pouvons donc supposer que malgré tout, il a su intégrer les codes sociaux nécessaires à l'établissement d'une proxémie adaptée.

Conclusion

Si dès notre première rencontre j'avais observé une amélioration des capacités de contrôle tonico-moteur, il me semble que la conscience corporelle reste à consolider chez Corentin, notamment au niveau perceptif, afin qu'il puisse avoir la sensation d'un corps unifié à travers des sensations identifiées. Avec la relaxation, il apprend peu à peu à écouter ses sensations et à atteindre une détente musculaire de plus en plus efficiente. Néanmoins, je décèle toujours chez lui un besoin de contenance et de support pouvant signifier une insécurité dans son rapport avec son corps et avec autrui.

La dernière séance du groupe, articulée autour d'un travail de jeu théâtral de différentes émotions, s'est révélée particulièrement difficile pour Corentin qui différenciait mal des émotions simples telles que la peur, la colère ou le dégoût. En revanche, il est parvenu à mimer la joie et la tristesse. A mon sens, cela a mis en lumière la nécessité de poursuivre un tel travail avec Corentin.

Dans la suite de son suivi en psychomotricité, il me semblerait intéressant de proposer à Corentin davantage d'activités lui permettant d'enrichir ses capacités perceptivo-motrices, tout d'abord dans un travail autour de la posture et de l'équilibre afin d'améliorer la prise d'appuis au sol et les coordinations motrices à partir d'un axe corporel solide. Pour cela, il me semble pertinent de travailler la conscience corporelle en faisant l'inventaire des différentes parties du corps (sous forme d'échauffement en début de séance par exemple). Le schéma corporel peut ainsi être renforcé et enrichi au travers de sensations proprioceptives conscientisées par une stimulation spécifique (percussions, pressions, tapotement etc.). Une verbalisation donnant sens à ces sensations apparaît également bienvenue afin de continuer à travailler la communication verbale.

Par la suite, je trouverai intéressant d'amener des exercices inspirés de la pratique de l'aïkido : jeux de repoussés, attaques et parades à main nues, chutes etc. Cela me semble être une médiation adaptée à la fois au besoin de Corentin d'être en relation duelle au sein d'un groupe, et à la fois à la nécessité de trouver des appuis sécurisants en soi-même à travers la relation à l'autre pour pouvoir devenir autonome. Cela rejoint également la problématique fondamentale de l'adolescence : être attaché pour pouvoir se détacher.

Yan

Présentation de Yan : histoire de vie et anamnèse

Yan est un jeune adulte de 18 ans lorsque nous nous rencontrons. Il présente un syndrome de Noonan Cardio-Facio-Cutané et un retard intellectuel modéré associé. Cette affection génétique se manifeste par des traits de visages particuliers (face allongée et aplatie, mauvaise implantation dentaire, hypertélorisme : malformation crânienne marquée par l'écartement excessif des orbites⁶⁶, ptosis : abaissement permanent de la paupière supérieure par paralysie du muscle élévateur de la paupière⁶⁷), une malformation cardiaque, un retard staturo-pondéral important ainsi qu'un retard global des acquisitions et du langage⁶⁸.

Il vit au domicile familial avec ses parents. Il a un grand frère de 24 ans qui a quitté la maison pour poursuivre ses études.

La mère de Yan était positive à la rubéole et la toxoplasmose pendant la grossesse. Il est né à terme par césarienne mais a été transféré en néonatalogie à un jour de vie pour détresse respiratoire et reflux gastro-œsophagien. Il y est resté trois jours. L'alimentation s'est faite par gavage pendant ses deux premières années de vie car il présentait des troubles de la motricité du larynx et de la mastication. Il a marché à 21 mois et a développé un retard de langage probablement majoré par sa dysoralité.

Yan a intégré la maternelle à quatre ans à raison d'une matinée par semaine et était suivi en parallèle dans un CAMSP dans le cadre de son retard de développement global. Il est arrivé à l'IME en septembre 2005 à l'âge de sept ans. Le diagnostic du syndrome de Noonan a été posé seulement cinq ans plus tard.

Les troubles alimentaires persistent encore, et à l'IME Yan a besoin d'une assistance pendant les repas car il entretient des rapports difficiles à la nourriture. L'équipe se pose la question d'une éventuelle anorexie. On note également une plicature gastrique⁶⁹ et une malrotation de l'intestin grêle⁷⁰ qui a été opérée en 1999. Il a aussi subi une opération des genoux dans

⁶⁶ Dictionnaire médical en ligne de l'Académie de Médecine, <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=hypert%C3%A9lorisme>, visité le 12/11/2016

⁶⁷ Définition du dictionnaire *Le Petit Robert*, 2011, p2065

⁶⁸ Document explicatif du syndrome de Noonan de l'Encyclopédie Orphanet grand public publié en juillet 2006, <https://www.orpha.net/data/patho/Pub/fr/Noonan-FRfrPub206.pdf>, visité le 25/11/2016

⁶⁹ Pli anormal de l'estomac qui en réduit le volume

⁷⁰ Malformation congénitale de l'intestin grêle pouvant provoquer de gros problèmes de transit, des vomissements et des douleurs abdominales importantes

le cadre de son syndrome polymalformatif qui s'est révélée non concluante. Il porte des semelles orthopédiques pour corriger ses pieds plats.

Actuellement Yan bénéficie de nombreuses prises en soin. Depuis 2012, il va en kinésithérapie une fois par semaine pour renforcer la musculature de ses membres et de son dos. Il bénéficie également d'un suivi à l'extérieur de l'établissement : en orthophonie pour développer le langage et ses capacités de communication par le français signé, en diététique pour suivre ses troubles alimentaires et sa courbe de croissance, et en orthoptie pour corriger sa myopie et son nystagmus modéré (il porte des lunettes au quotidien).

Contexte de prescription en psychomotricité

Dans le cadre de son retard global des acquisitions, Yan a été suivi dès son plus jeune âge en psychomotricité, au CAMSP d'abord puis à l'IME dès son arrivée. Les séances étaient individuelles jusqu'en 2009, puis la prise en soin s'est orientée vers une modalité groupale pour permettre à Yan d'être davantage stimulé et en relation avec ses pairs.

Bilan, projet thérapeutique mis en place et évolution

Le dernier bilan psychomoteur de Yan remonte à décembre 2011. Il avait alors à peine 13 ans.⁷¹ Le premier contact avec la psychomotricienne qui lui a fait passer le bilan a été compliqué car Yan ne voulait pas la suivre dans la salle. Les sollicitations de son institutrice ont néanmoins fini par le convaincre.

Le bilan a conclu que Yan présentait un retard de développement psychomoteur important et homogène avec des acquisitions équivalentes à celles d'un enfant de 2-3 ans. Toutes les fonctions psychomotrices étaient donc à stimuler, et dans ce sens une prise en soin en psychomotricité se révélait indispensable pour stimuler la motricité générale et soutenir la structuration du schéma corporel. La canalisation de son énergie semblait également être un axe thérapeutique à explorer par un travail de relaxation.

Au début, la prise en soin était individuelle afin de le soutenir dans son développement psychomoteur très retardé, mais rapidement Yan a montré des conduites d'opposition au sein des séances comme en classe, et s'isolait de plus en plus par rapport à ses pairs. Il a donc été décidé d'orienter sa prise en soin sur un groupe afin de le stimuler davantage au niveau relationnel.

⁷¹ Le bilan détaillé est disponible en annexe (n°2), p87

Depuis 2015, Yan a donc, comme Corentin, intégré le groupe « Les arts du cirque » pour développer ses capacités motrices et surtout ses interactions sociales.

Rencontre avec Yan

Malgré la difficulté d'aborder Yan lors des premières séances du groupe, ainsi que le peu de coopération dont il a fait preuve, j'ai néanmoins pu observer son fonctionnement psychomoteur global.

Tonus

Malgré une tendance générale à l'hypotonie, Yan semble adapter sa régulation tonique au niveau posturo-moteur. J'observe tout de même une polarité importante liée au contexte émotionnel et relationnel, avec des moments fréquents d'effondrement hypotonique et des moments d'excitation marqué d'une hypertonie globale.

Relationnel

Yan présente un retard de langage important et des difficultés articulatoires, ce qui limite fortement sa communication orale même s'il peut prononcer quelques mots et phrases courtes. On note la présence de bégaiements cloniques (répétition de syllabes qui viennent d'être prononcées). Cependant, il reste tout à fait capable de communiquer en infra-verbal et demeure très expressif au niveau du visage. Ses intentions sont donc facilement compréhensibles, mais son comportement régressif et opposant le rend souvent hermétique à tout échange. Il teste le cadre et sa solidité, brave les règles et les interdits et se dérobe lorsqu'on tente de lui imposer des limites en fuyant ou en s'effondrant au sol, souvent avec un air amusé. Il semble être dans une ambivalence relationnelle où il voudrait à la fois être indépendant et autonome dans ses actions, et à la fois être l'objet d'attention des personnes présentes (pairs et professionnels).

Pendant les séances, il se met systématiquement en retrait du groupe, gravitant autour sans jamais en faire réellement partie. Il se place soit en « encadrant », poussant ses pairs à faire les exercices sans s'engager lui-même corporellement, soit en élément perturbateur. Dans tous les cas, son positionnement n'est pas adapté. On note que cette attitude semble réservée à l'établissement, Yan étant plus conciliant et moins régressé dans son environnement familial aux dires de son père.

Motricité globale

Yan semble avoir acquis des capacités motrices effectives malgré ses malformations osseuses congénitales et les rétractions musculaires consécutives: il marche et peut courir. Néanmoins, les mouvements restent globalement peu harmonieux et peu fluides. Je note des capacités de coordinations globales pour les lancés de balle sur une cible malgré une hypotonie apparente, mais le peu de volonté apparente ne me permet pas d'en faire un compte rendu détaillé. La dissociation haut-bas du corps reste difficile et une angoisse manifeste apparaît lorsqu'il s'agit de monter et de sauter sur le trampoline ou sur le gros rouleau en mousse. Lorsqu'il consent à essayer, j'observe chez Yan d'importantes conduites d'agrippement et une posture anticipatoire excessive (flexion des genoux, enroulement de l'axe, bras en pare-chute) ce qui perturbe les sauts : amplitude peu élevée, décollement désynchronisé des pieds.

Cette réaction tonico-émotionnelle interroge du côté d'éventuels troubles de l'équilibre. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer spécialement les capacités d'équilibration de Yan, mais son polygone de sustentation apparaît plutôt large du fait de son syndrome polymalformatif (hanches en adduction, flexion des genoux, pieds en adduction).

Sensorialité

Yan réagit fortement au contact tactile : il touche beaucoup les autres, souvent de manière invasive mais refuse d'être touché. Nous pouvons donc nous questionner sur la sensibilité cutanée de Yan. Il vit peut-être le touché comme une contrainte ou comme une tentative de domination physique.

Structuration perceptive et organisation spatiale

Yan porte des lunettes pour corriger un nystagmus modéré et ne semble donc pas perturbé dans sa perception de l'espace de la salle. Il s'oriente bien dans l'IME et dans les différentes salles, et semble avoir acquis les repères spatiaux de base (dessus/dessous, devant/derrière, à côté, dans...).

Schéma corporel et image du corps

Yan semble avoir intégré un schéma corporel de base mais son rapport à son corps propre (ambivalence posturale) et au corps de l'autre (confrontation ou tentative d'invasion) laisse penser qu'il teste aussi les limites corporelles, peut-être dans une problématique d'enveloppe déficitaire ou figée.

Capacités cognitives

Yan semble comprendre les consignes mais ne les applique pas. A cause de son comportement constamment opposant, il est difficile d'évaluer ses réelles capacités cognitives. On note cependant qu'il a été diagnostiqué déficient mental modéré (âge mental de 6 – 7 ans, relative autonomie possible si l'environnement est stimulant, langage asyntaxique).

Comportement

Le suivi de Yan pose de nombreux problèmes. En effet, son attitude le rend très difficile d'accès, et toute tentative d'approche est souvent soldée d'une mise à distance de sa part. Il nous signifie clairement qu'il refuse le cadre et qu'il veut décider seul de ses agissements, ce qui ne peut être toléré au sein de l'IME. Il semble exprimer un farouche désir d'individuation mais sous une modalité particulière où l'opposition prend parfois une forme régressive.

Conclusion

Au vu de la quantité et de la qualité des capacités psychomotrices observées, Yan présente un retard de développement global. La situation de groupe ne m'ayant pas permis de développer davantage les différents items psychomoteurs, je ne peux situer précisément le niveau de développement actuel de Yan. Je note cependant une importante ambivalence comportementale et relationnelle allant de la régression et de l'hyperstimulation de l'autre (parfois dans un rapport intrusif sous forme de gestes déplacés, de pousses ou de tapes) au rejet du cadre et à l'expression d'un désir d'autonomie. Je note également la présence de troubles tonico-émotionnels lorsque Yan communique verbalement (bégaiements cloniques).

Exister...

... en s'opposant : le « Non » organisateur du Moi psychique

Dès mon arrivée, Yan m'a été présenté comme un jeune homme particulièrement difficile car son comportement, régressif pour son âge et semblant essentiellement destiné à tester les limites de chacun, épuisait les équipes. Se mettant souvent au sol, fuyant le contact visuel, s'opposant régulièrement aux professionnels en refusant de faire ce qu'ils lui demandaient, Yan apparaissait comme un adolescent isolé de ses pairs et constamment dans un rapport de force avec les professionnels. Il présentait un mode relationnel très

particulier où la recherche de contact avec autrui semblait uniquement avoir pour but de tester les limites (allait régulièrement déranger ses camarades lors des activités, intervenait lors de disputes ou de désaccord, etc.). En revanche lorsque les autres tentaient d'entrer en relation avec lui, il se détournait. Seul son éducateur référent semblait parvenir à lui formuler des demandes auxquelles il répondait rapidement. Au vu de son retard intellectuel, l'attitude opposante et provocatrice de Yan signe peut être une grande immaturité affective. Au même titre que les enfants testent les limites parentales en s'y opposant pour revendiquer leur individualité en construction, Yan s'assure peut-être, aux travers de ses provocations et oppositions répétées, de pouvoir trouver une place singulière au sein de l'établissement (chose visiblement faite). Nous avons abordé l'importance de cette phase d'opposition organisatrice du psychisme avec SPITZ⁷² ainsi que sa réactivation à l'adolescence nécessaire au processus d'autonomisation. L'importance de la cohérence des réponses des professionnels, ainsi que le non rejet symbolique face à de tels comportements apparaissent donc ici comme fondamentaux.

J'ai également émis l'hypothèse que Yan, au-delà de revendiquer son individualité au sein de l'IME, vérifiait peut-être la constance et la solidité du cadre dans lequel il évoluait. Nous avons vu l'importance que revêt le sentiment d'une base affective sécurisante pour les adolescents, d'où ils peuvent se détacher à la condition d'y avoir été solidement attaché auparavant. Le comportement de Yan pourrait donc traduire un besoin de se rassurer. En ce sens, j'ai supposé qu'un accompagnement particulièrement présent lors des activités pourrait le stimuler et le valoriser davantage, encourageant ainsi une participation plus active de sa part. Et même s'il refusait de prendre part à un certain nombre de choses, il me semblait primordial de continuer à lui proposer des occasions d'intégrer ces activités sans remettre en cause sa place au sein du groupe. En d'autres termes, même s'il s'excluait lui-même de l'activité groupale, j'ai pensé qu'il restait nécessaire de continuer à l'y inclure par des sollicitations répétées.

Cette attitude de repli sur soi m'a renvoyé au modèle postural Antéro-Latéral de STRUYF que nous n'avons pas encore abordé. Celui-ci est caractérisé par une prédominance des tensions dans les muscles rotateurs internes et adducteurs, ce qui provoque un repli des ceintures vers l'intérieur. Cela véhicule une image d'introversion et de préservation de soi. LESAGE nous dit de cette posture qu'elle rassemble le corps autour de son axe et semble ainsi le densifier⁷³.

⁷² Cf. *supra*, p22

⁷³ LESAGE.B, *op.cit*, p95

L'ambivalence comportementale de Yan peut donc être perçue à mon sens comme une recherche de supports à la fois internes et externes. En effet, par sa posture de repli et son besoin d'isolement, il nous signifie peut-être un besoin de centration sur lui-même. Ses conduites régressives, ses effondrements posturaux et le test régulier des limites des autres, constituent peut-être pour lui un moyen de trouver un support relationnel, aussi dur soit-il.

...en s'appuyant sur l'autre : un axe interne à construire

Dès les premières séances du groupe, je me suis donc préoccupée spécifiquement de Yan. Au début, il n'a manifesté aucun intérêt à mon égard, me signifiant par l'ignorance de mes interventions que je n'avais pas une place d'encadrante à ses yeux. Je notais qu'entrer et rester dans la salle semblait difficile pour lui. Il effectuait souvent des allers-retours entre l'intérieur et l'extérieur en attendant que tout le monde soit arrivé. Et même une fois ses camarades installés, il mettait longtemps à s'asseoir et jouait parfois avec la porte. Ce comportement, qui semblait être voué à mettre à mal le cadre de la séance, nécessitait donc dès le début de l'heure des remontrances de la part de la psychomotricienne et de l'éducatrice.

Au cours des différentes activités, j'ai noté qu'il présentait d'importantes manifestations d'angoisses lorsqu'il s'agissait d'évoluer sur des supports instables (monter et sauter sur le trampoline, se balancer d'un pied à l'autre à cheval sur le gros rouleau, etc.). Ayant toujours en tête la possibilité d'un trouble de l'équilibre, je lui ai donc proposé mon propre corps comme point d'appui supplémentaire. Yan s'est littéralement agrippé à mes mains et les serrait si fort que je ne pouvais m'en défaire. J'ai donc tenté de le rassurer par la parole tout en proposant davantage de support (mes bras et mon regard notamment). Mais je sentais qu'il continuait à me confier tout son poids, n'étant lui-même plus du tout équilibré car complètement penché vers moi dans une raideur extrême. Il m'est apparu que Yan n'avait pas l'air d'avoir d'axe corporel solide lui permettant de se redresser, ce qui allait dans le sens de l'hypothèse d'une recherche de supports.

J'ai remarqué que Yan a également manifesté des conduites d'agrippement à un support au cours d'une séance où nous avons échangé quelques passes en cercle. Yan lançait parfois le ballon sans l'adresser à quelqu'un en particulier, et lorsqu'il a fini par choisir un destinataire, il n'en a plus changé. Pour jouer, il s'est agrippé symboliquement à sa camarade comme il s'agrippait physiquement à moi pour s'équilibrer. Un autre fait intéressant est à noter à propos de cet échange de ballon : Yan n'a présenté aucune réaction

d'anticipation ou de protection lorsque quelqu'un lui envoyait le ballon. Il a été atteint plusieurs fois à la tête et au torse mais n'a manifesté aucune réaction. Il avait l'air d'être traversé par l'objet, comme s'il ne pouvait pas le renvoyer, comme s'il ne représentait pas lui-même un support à partir duquel le ballon, et donc le jeu, pouvait rebondir. Il a d'ailleurs eu besoin d'un étayage important car si personne ne le sollicitait continuellement, il se mettait invariablement à l'écart même s'il exprimait un réel plaisir à lancer le ballon.

Les séances suivantes, j'ai donc tenté de travailler ce redressement ainsi que le transfert de poids et de points d'ancrage lors des exercices d'équilibration. Pour commencer, je lui proposais l'appui ferme de mes deux mains, puis tentais de le convaincre d'en lâcher une. L'intervention de l'éducatrice, qui s'est placée en deuxième support de l'autre côté de Yan, lui a permis d'esquisser un redressement et de faire peu à peu évoluer ses conduites d'agrippement vers une prise d'appuis. Durant les semaines suivant ce travail postural, j'ai noté un changement de comportement infime : lorsque je le croisais dans les couloirs le matin et que je le saluais, Yan, qui ne me prêtait habituellement aucune attention, commença à détourner la tête à mon passage. Il ne s'agissait certes pas d'une franche réponse, mais il me semblait que par ce geste, il me signifiait qu'il m'avait vue et reconnue, ce qui était pour moi une victoire en soi. Il entraînait également plus facilement dans la salle polyvalente.

Nous avons poursuivi ce travail de recherche d'un axe corporel solide avec la *physioball* : l'exercice proposé consistait à essayer de faire varier l'équilibre en étant assis dessus (se pencher en avant ou sur les côtés, faire rouler un peu le support en bougeant le bassin, lever un pied puis l'autre, etc.). Sans surprise, la position initiale (s'asseoir sur le ballon) a nécessité un travail spécifique pour Yan. Nous avons dû séquencer les étapes pour qu'il puisse se redresser car il a spontanément adopté une posture totalement recroquevillée et relativement déséquilibrée (buste complètement couché sur ses cuisses, bras croisés, jambes et pieds serrés, regard vers le sol). Au bout de longues minutes en lui proposant toujours de prendre appuis sur nos propres corps, même s'il ne s'est pas redressé à proprement parlé Yan a fini par pouvoir décroiser ses bras et ancrer davantage ses pieds au sol. Nous lui avons laissé quelques instants pour apprécier ce nouvel équilibre, et il a même pu mobiliser son bassin. En revanche le décollement des pieds s'est révélé impossible. Lorsque nous lui avons proposé d'expérimenter le plat ventre sur le ballon, il y a simplement posé les mains, retrouvant spontanément sa posture recroquevillée à genoux.

Du fait des contraintes institutionnelles, le travail engagé auprès de Yan n'était pas assez régulier pour pouvoir engager de réels changements posturaux. Néanmoins, j'ai noté

au cours de l'année un changement comportemental qui s'est particulièrement illustré lors d'une séance. Il s'agissait de lancer une balle dans une cible cylindrique creuse placée à environ deux mètres. Yan se montrait peu impliqué, dans l'exercice comme dans la séance en général. En effet, particulièrement dissipé depuis le début de l'heure, il ne donnait aucune force à son lancer et ne regardait même pas la cible. Et lorsque la psychomotricienne et l'éducatrice faisaient preuve d'autorité, il s'effondrait au sol. Au fil de l'exercice, il a semblé être motivé par les encouragements de ses camarades. Portée également par le désir de voir quelqu'un réussir à viser juste, je l'ai chaudement félicité lorsque Yan a atteint sa première cible. Et quelle n'a pas été ma surprise de le voir s'approcher de moi pour tenter de m'entourer de ses bras ! Était-ce pour m'exprimer sa gratitude quant à mes encouragements, ou bien le partage de sa joie d'avoir réussi ? Dans tous les cas, cette démonstration d'affection (inhabituelle chez lui et un peu gênante je dois dire car inadaptée à son âge) m'a confirmé son besoin de sentir que malgré ses provocations, il pourrait toujours trouver un support prêt à l'accueillir.

...en revendiquant une place singulière : l'individuation

Il me semble que la façon dont Yan attire l'attention sur lui reste un moyen de manifester son besoin du regard de l'autre, et ce dans le but de donner du sens à ce qu'il fait. Ainsi, nous pourrions penser qu'il fait preuve d'un manque de confiance en lui ou qu'il est incertain quant à sa juste place dans la dynamique groupale, et plus généralement au sein de la société. En d'autres termes, Yan semble ne pouvoir exister qu'au travers du regard d'autrui tout en ayant le besoin d'y revendiquer une place singulière. Cela renvoie au besoin d'identification à l'adolescence comme support d'une identité en construction.

On ne sait pas dans quelle mesure Yan a conscience de son handicap, mais la question reste à se poser compte tenu de la différence d'attitude si marquée entre les sphères institutionnelle et familiale. Peut-être qu'en rejetant le cadre institutionnel, il rejette la position, consciente ou pas, qu'il y occupe, c'est-à-dire celle d'un jeune adulte porteur de handicap et reconnu comme tel car identifié à ce groupe de pairs.

Il apparaît donc nécessaire de continuer à signifier à Yan qu'il peut prendre une place singulière au sein de l'IME, même lorsqu'il manifeste des conduites d'opposition et d'isolement. De plus, l'importance de l'attachement symbolique au groupe de pairs à l'adolescence reste la condition ultime au processus d'individuation.

Conclusion

Un travail visant la consolidation de l'axe corporel me semble intéressant à poursuivre avec Yan, et notamment autour de la question des points d'appuis, de l'ancrage au sol et de l'équilibre. Pour cela, nous pourrions stimuler ses capacités perceptivo-motrices à travers l'expérimentation de percussions corporelles (notamment au niveau de la colonne vertébrale) ou de poids lestés (accrochés aux pieds ou à la taille lors d'un parcours psychomoteur par exemple) afin de favoriser le ressenti de la structure osseuse et des appuis plantaires. Nous pourrions par la suite proposer à Yan des coordinations bi manuelles (passer un foulard d'une main à l'autre, puis un cerceau, une balle, etc.) et des réajustements posturaux (lever un pied en étant assis sur le gros ballon, faire des passes en étant assis ou à genoux dressés, etc.) afin de renforcer la sensation d'un axe corporel construit et solide. Le croisement de cet axe favorisera également le développement du processus de latéralisation.

De plus, il me semble que l'accompagnement de Yan devrait avant tout viser à créer une alliance thérapeutique stable et solide. Pour cela, je pense qu'il serait pertinent de lui consacrer une attention particulière sans donner de place à ses comportements inadéquats. Il paraît évident de ne pas céder à ses tentatives de malmenager les autres comme il l'entend, mais il me semble également essentiel de lui proposer d'autres modes relationnels que ceux vers lesquels il tend spontanément. Je pense que nous pouvons être présents et disponibles sans accorder d'intérêt (et donc aucun sens) à ses comportements provocateurs. Cela permettrait de lui montrer qu'il peut prendre une autre place au sein de l'institution, et à terme, permettre de le responsabiliser, de le faire évoluer dans ses interactions sociales, et donc de le rendre accessible à une prise en soin plus spécifique.

Intérêt de la thérapie psychomotrice pour les adolescents en IME

L'IME n'est pas seulement un lieu de consultation des différents professionnels médicaux et paramédicaux. C'est aussi un lieu d'éducation, d'apprentissage et de vie en communauté faisant partie du quotidien des patients. L'établissement représente donc une enveloppe contenant et stable au sein de laquelle la prise en soin des jeunes est pluridisciplinaire. Ils évoluent au sein d'un espace immuable, grandissent, suivent le cours de leur développement psychomoteur et affectif et tendent à conserver le même groupe de pairs. Tous les professionnels sont susceptibles d'être une figure d'attachement, même si les référents restent principalement les éducateurs spécialisés et les instituteurs. La mise en place d'une collaboration multidisciplinaire efficiente apparaît donc primordiale pour pouvoir mettre en place un accompagnement serein de ces jeunes.

Le vécu de l'adolescence dans une telle institution m'apparaît à la fois comme un atout et un inconvénient. En effet, grandir dans un tel environnement permet aux jeunes d'avoir un parcours similaire à tous les adolescents tout en bénéficiant d'un accompagnement spécifique à leur pathologie. Eux aussi partagent un rythme commun avec leurs camarades, passant leur journée entre ateliers éducatifs et prises en soins adaptées, ce qui permet de développer leur socialisation. Mais si chaque jeune a un vécu singulier de son adolescence, nous avons vu que ceux présentant un trouble des interactions sociales peuvent nécessiter un accompagnement plus spécifique, notamment dans la résolution des enjeux identitaires. Or, s'identifier au groupe de pairs de l'IME, c'est s'identifier à des individus en situation de handicap. La construction d'une identité, dont le processus est de fait mis à mal par les troubles des interactions sociales, peut donc être d'autant plus difficile dans le milieu à la fois protecteur et réducteur de l'IME.

Il me semble que les professionnels, représentant les substituts parentaux au sein de l'institution, ont un rôle essentiel à jouer auprès de ces adolescents en mal d'attachement et de supports d'identification. Ainsi, si l'autonomisation reste un objectif à atteindre, la thérapie psychomotrice prend tout son sens dans l'accompagnement de ces jeunes à travers leur rapport à eux-mêmes et aux autres.

LE CABINET LIBERAL

Présentation du lieu de stage

Le cabinet de psychomotricité est situé dans une maison paramédicale où exercent également une ergothérapeute, un podologue-pédicure, un praticien en médecine chinoise, un ostéopathe, une psychopraticienne, une hypnothérapeute et une praticienne de Reïki. La salle d'attente est commune à tous ces professionnels. Le cabinet de psychomotricité se compose de deux pièces attenantes : la salle de pratique et le bureau. Ces deux espaces distincts permettent de séparer le lieu d'accueil, de restitution des bilans et de discussions privilégiées (le bureau), et le lieu spécifique des séances (la salle de psychomotricité avec tout le matériel).

La salle de « pratique » est organisée de façon à être fonctionnelle et contenant : face à l'entrée, un carré de tapis, pliables si nécessaire, marque au sol l'espace moteur. Le long du mur de gauche un placard intégré abrite tout le matériel. Enfin un petit bureau réglable délimite dans le coin gauche un espace « bureau » très contenant entre le mur et le placard.

Place spécifique de la psychomotricité

Indication et bilan

La prescription en psychomotricité est indiquée par le médecin généraliste ou le pédiatre. En cabinet libéral, les patients sont principalement des enfants et adolescents d'âge scolaire, même si la psychomotricité est indiquée à tout âge de la vie.

Le premier contact entre les parents et la psychomotricienne se fait par téléphone. Cela permet d'expliciter les modalités de prise en soin, à savoir la passation d'un bilan psychomoteur en quatre séances (entretien préliminaire avec présence de l'enfant et de ses parents, deux séances de bilan uniquement avec l'enfant et un temps de restitution oral du bilan) permettant de définir le type de troubles psychomoteurs et les éventuels axes thérapeutiques, puis si nécessaire le début de la prise en soin en elle-même. Celle-ci se constitue habituellement de séances hebdomadaires individuelles de 45 minutes.

L'exercice de la psychomotricité en cabinet libéral implique donc un isolement professionnel à la fois topologique et pratique. La restitution des conclusions du bilan au médecin prescripteur ainsi que la rédaction des comptes rendus de prise en soin apparaissent donc essentiels dans la cohérence du suivi des patients.

Un espace-temps singulier

Dans un cabinet libéral, la prise en soin en psychomotricité prend une place particulière dans la vie du patient. Il s'agit d'un rendez-vous ponctuel dans un lieu où l'institution est représentée par une seule salle de pratique qui lui est exclusivement réservée et un seul professionnel entièrement à sa disposition. La rencontre reste restreinte au temps de la séance, à la différence de l'IME où nous avons vu que la psychomotricienne fait partie du quotidien des patients (présente dans l'établissement du matin au soir et partageant d'autres moments que les seuls temps de prise en soin en psychomotricité). Dans le cabinet où j'ai effectué mon stage, la psychomotricienne accordait une grande importance aux rituels de début et fin de séance pour marquer ce temps de rencontre hebdomadaire. Ainsi, lorsque les enfants quittaient leurs parents pour entrer dans le bureau, ils étaient accueillis au bureau et la psychomotricienne les questionnait sur leur état du moment et sur d'éventuels changements depuis la dernière séance (événements marquants, nouvelles de l'école ou de la maison, etc.). Elle leur exposait ensuite en quelques mots les activités qu'elle avait prévues pour la séance qui allait suivre, puis tous deux enlevaient leurs chaussures

pour passer dans la salle de pratique. A la fin de la séance, ils remettaient leurs chaussures, ce qui marquait symboliquement la transition entre l'intérieur de la séance et le retour vers l'extérieur.

En tant que professionnels de santé, nous sommes tenus au secret médical. Le contenu détaillé des séances peut donc rester entre le patient et la psychomotricienne. Néanmoins, il appartient au patient de partager ce dont il a envie, comme il appartient au psychomotricien de communiquer aux autres professionnels les modalités de prise en soin ainsi que les progrès du patient. En effet, l'isolement qu'implique l'exercice en libéral nécessite d'autant plus d'inscrire la psychomotricité dans une approche globale dont les bénéfices doivent servir au patient dans son quotidien.

La place des parents

Amener son enfant en séances de psychomotricité au cabinet demande aux parents une toute autre implication que dans la prise en soin en institution. La dimension financière en reste la première illustration : en libéral, le bilan psychomoteur et les séances sont directement réglés à la psychomotricienne, après restitution pour le bilan puis de façon mensuelle pour les séances. De plus, si les parents se doivent d'amener leur enfant au cabinet libéral et de le récupérer en fin de séance, ils n'ont pourtant pas réellement leur place au sein même de la séance. En théorie, leur rôle consiste davantage à être présent lors des moments de transition en début et fin de séance. Leur lieu privilégié reste donc la salle d'attente, qui peut être en ce sens considéré comme un espace transitionnel. La façon dont les parents déposent et récupèrent leur enfant paraît donc primordial pour que leur enfant puisse investir pleinement la séance en elle-même. Cet espace transitionnel de la salle d'attente permet également une transmission de l'évolution globale du patient. Parents et psychomotricien peuvent échanger sur les difficultés ou les progrès de l'enfant vécus pendant la séance, ses éventuelles autres modalités de prise en soin ainsi que leurs répercussions concrètes dans le quotidien. Les parents restent donc, dans le cas d'une prise en soin en cabinet libéral de psychomotricité, des acteurs à part entière de l'investissement et de la coordination du suivi de leur enfant.

Théo

Présentation de Théo : histoire de vie et anamnèse

Théo est un jeune homme de 14 ans atteint d'autisme. Les symptômes diagnostiques⁷⁴ des TSA sont la présence, avant l'âge de trois ans, de difficultés persistantes sur le plan de la communication et des interactions sociales (traduites par des difficultés de réciprocité socio-émotionnelle, un déficit dans la communication non-verbale, et des difficultés à développer, maintenir et comprendre des relations sociales appropriées pour l'âge) et de comportements stéréotypés et des intérêts restreints (traduits par l'utilisation de mouvements répétitifs/stéréotypés, l'utilisation particulière du langage et des objets, l'insistance sur la similitude, les routines et rituels verbaux et non verbaux, des intérêts restreints, limités et atypiques quant à l'intensité et au type d'intérêt, une hyper ou hypo réactivité à des stimuli sensoriels ou un intérêt inhabituel envers des éléments sensoriels de l'environnement).

Cependant, Théo présente un autisme dit atypique car les premiers troubles du spectre de l'autisme ne sont apparus qu'après l'âge de trois ans. Du fait de la manifestation tardive de ces troubles, il a acquis des capacités notoires de communication non verbale et reste beaucoup dans l'échange. Il montre également d'excellentes capacités motrices, cognitives et kinesthésiques (sensibilité particulière des muscles permettant de sentir la position du corps dans l'espace au cours du mouvement⁷⁵). Ses stéréotypies se manifestent sous forme de conduites de réassurance particulières (Théo sent les personnes et les objets), de décharges motrices et de manipulations ayant pour but une stimulation tactile.

Théo vit au domicile familial avec ses parents et son grand frère, de 2 ans son aîné, avec qui il entretient des relations très fortes.

Suite à un diabète gestationnel, Théo est né par césarienne et a été allaité jusqu'à ses neuf mois. Le sevrage a été difficile et il a développé de nombreuses allergies alimentaires à cette période. Il a également souffert de troubles du sommeil qui se sont résolus depuis. Il a marché à un an et l'acquisition de la propreté n'a posé aucun problème. Il a acquis le langage verbal puis ses capacités ont involué. Il a été à la maternelle pendant deux trimestres mais rapidement les institutrices se sont inquiétées de ses nombreux refus.

⁷⁴ La liste exhaustive est disponible en annexe (n°3), p89

⁷⁵ CARRIC J-C., SOUFIR B., 2014, p125

Théo a donc été adressé en neuropédiatrie en 2005 (il avait alors quatre ans) et a été diagnostiqué « autiste atypique ». Il a été orienté en IME quelques temps mais la prise en soin ne convenant pas, ses parents ont choisi de mettre en place la méthode d'analyse comportementale appliquée (dite méthode ABA pour *Applied Behavior Analysis*) à domicile. A partir de l'étude des comportements spontanés, cette méthode vise à réduire les comportements inappropriés et à augmenter la communication, les apprentissages et les comportements sociaux adaptés.

Théo pratique également la natation et l'équitation depuis ses six ans.

Théo est suivi en psychomotricité en cabinet libéral depuis mars 2014 à raison d'une séance hebdomadaire de 45 minutes.

Il est également suivi en orthophonie selon la méthode PADOVAN depuis 2014 et a eu de l'ergothérapie pendant un an et demi (fin 2014/2015). Mais cette dernière prise en soin a été arrêtée suite à la mésentente avec la professionnelle.

Il a vu un ostéopathe pour un problème de pincement vertébral et d'oxygénation du cerveau, et il a présenté une crise épileptique en 2007 suite à laquelle il a été traité par Dépakine pendant deux ans. Il n'a plus de traitement à ce jour.

Actuellement il est clairement entré dans l'adolescence avec des conduites d'opposition et teste énormément les limites, tant en séances qu'à la maison.

Contexte de prescription en psychomotricité

Théo a été indiqué au cabinet libéral en mars 2014 pour un bilan psychomoteur⁷⁶ afin de faire état de ses progrès (dernier bilan psychomoteur très ancien) et d'identifier s'il était possible de commencer à aborder le graphisme. En effet, à 12 ans Théo portait un intérêt particulier à l'écriture et ses parents trouvaient qu'il s'intéressait davantage à son environnement. Un suivi en psychomotricité était donc l'opportunité de l'accompagner dans ses désirs, ses découvertes et ses évolutions.

Bilan, projet thérapeutique mis en place et évolution

Le bilan d'observation s'est déroulé sur une heure et la mère de Théo était présente.

⁷⁶ Le bilan détaillé est disponible en annexe (n°4), p91

Malgré son autisme, Théo s'est révélé être dans l'échange et la relation tout au long du bilan. Faisant preuve de dynamisme, d'attention et de réflexion, il a su mobiliser son corps avec aisance et plaisir et affirmer ses envies. Il pouvait néanmoins se montrer dispersé dans un espace de travail trop large et trop riche. Il a également semblé avoir besoin d'explorer les objets et les personnes sur le plan olfactif, ce qui peut représenter une problématique sociale.

Théo a montré un intérêt certain pour la manipulation fine et le graphisme. Il a alors fait preuve de patience et de précision lors de ces activités, même s'il a semblé qu'une aide dans le placement des doigts ainsi que dans le contrôle visuel de ses gestes serait appropriée.

Un suivi en psychomotricité a donc été prescrit pour permettre à Théo d'explorer davantage le graphisme en étant accompagné, et de poursuivre ses expériences motrices et sensorielles dans un espace-temps privilégié.

Certaines activités dans la découverte du graphisme ont été rapidement investies par Théo comme par exemple les lettres Montessori (plaquettes lisses sur lesquelles figurent une lettre en relief qui peut être suivie avec le doigt), les lettres magnétiques, ainsi que le dessin. Cependant, du fait de son autisme et de son caractère affirmé, Théo préférait réitérer invariablement ces activités plutôt que d'en découvrir de nouvelles. Cela ne lui permettait donc pas d'évoluer sur certains aspects (flexibilité mentale notamment) afin d'enrichir son expérience.

De plus, toutes les activités de motricité globale, bien que différentes d'une séance à l'autre, semblaient tellement faciles pour Théo qu'il s'ennuyait parfois.

Septembre : la rencontre avec Théo

L'évolution de la prise en soin de Théo a été pensée ici séance après séance, car le trouble des interactions sociales qu'il présentait a eu dès le début de grandes répercussions dans l'élaboration d'un travail à trois. Avant de pouvoir travailler les autres items psychomoteurs, je devais préalablement établir un lien de confiance stable avec Théo afin qu'il puisse pleinement s'épanouir dans la relation à trois que nous construisions. La suite de mon propos rendra donc compte de l'évolution de cette relation, de notre rencontre jusqu'aux prémices de l'alliance thérapeutique. Je décrirai son comportement au fil des semaines, ainsi que les axes de réflexion engagés après chaque séance.

Séance 1 : Théo est venu assez rapidement à mon contact. Il a été prévenu de ma présence et même s'il a semblé surpris de me voir au début, il a interagi avec moi sans problème, me regardait dans les yeux et venait me sentir au niveau des épaules. Le jeu à trois a été possible mais toute activité sortant de ses centres d'intérêt habituels (vissage/dévisage de bouchons, boutonnage, lettres Montessori) n'a cependant pas été investi. La psychomotricienne m'a confié que pour l'exploration du graphisme (lettres Montessori et tracé des lettres), Théo semblait avoir intégré le geste moteur mais ne peut cependant pas le réaliser seul. A chaque fois, il avait besoin qu'elle pose sa main sur la sienne pour initier le geste, même si le contact s'avérait très léger.

J'ai été agréablement surprise de cette première rencontre. Théo a montré des capacités d'interactions sociales évidentes et n'a pas semblé perturbé de ma présence inhabituelle. La psychomotricienne m'a confié que même si ses troubles tendent à le rendre intolérant au changement (d'activités, de lieu, de procédure, etc.), il acceptait néanmoins facilement le contact avec de nouvelles personnes. Sa mère avait d'ailleurs prédit que mon arrivée ne poserait de soucis puisqu'il avait « l'habitude de voir des nouvelles personnes ».

Séance 2 : Cette fois, aucun jeu n'a été possible. Théo n'a pu investir ni terminer aucune activité. La séance s'est révélée très compliquée : il fuyait le moindre contact, présentait une agitation motrice importante avec de nombreuses stéréotypies gestuelles et sensorielles (vocale, tactile, olfactive), ce qui le rendait inaccessible à la relation. Il restait très centré sur lui-même, allait se cogner contre les murs de la salle et toute tentative d'interactions de notre part était violemment rejetée. Ces réactions inhabituelles étonnaient beaucoup la psychomotricienne car depuis le début de son suivi, Théo s'était toujours montré coopératif et la semaine d'avant ma présence n'avait pas semblé le perturber.

Nous savons que chez les personnes atteintes de TSA ayant présenté des capacités d'identification suffisantes pour développer un Moi psychique efficient (comme c'est le cas de Théo puisque les troubles autistiques ne sont apparus qu'après trois ans), les particularités sensorielles occupent parfois tellement d'espace dans la perception du monde extérieur qu'il leur est impossible de s'investir dans des interactions sociales. En effet, lorsqu'ils se sentent envahis de stimuli (exogènes ou endogènes), la gestion de l'angoisse sous-jacente empêche l'utilisation de la communication à des fins relationnelles. Ils « communiquent » beaucoup plus avec eux-mêmes qu'avec les autres pour tenter de parer la source d'excitation désorganisatrice, ce qui explique leur difficulté à saisir le langage infra-verbal et à s'accorder aux personnes qui les entourent au même moment. Ces particularités

relationnelles sont notamment présentes chez les personnes atteintes du syndrome d'Asperger (dit autisme « de haut niveau »).

Pensant que Théo luttait peut-être avec une angoisse de ce type, nous avons tenté de lui proposer une enveloppe sonore régulière et vibratoire sous forme d'un rythme de percussion répétitif afin de l'aider à s'apaiser. Lorsque nous avons ralenti ce rythme, Théo a semblé se calmer. Il nous a même été possible de l'envelopper d'une couverture pendant un court instant. J'ai pensé que cette proposition d'enveloppes sonore et tactile avait peut-être été trop tardive et que nous aurions pu canaliser l'agitation de Théo plus tôt dans la séance en lui proposant ce type de contenance. En effet, Théo avait semblé se confronter aux limites spatiales et relationnelles toute la séance. Peut-être avait-il simplement besoin de sentir la solidité et la continuité d'une enveloppe sensorielle pour palier la menace d'une désorganisation interne.

Octobre : l'attachement mis à mal

Séance 3 : Le début de séance s'est bien passé, Théo a eu l'air content de me voir. Lors de la première activité proposée (puzzle de formes géométriques colorées), il n'a pas vraiment persévéré et semblait s'ennuyer. Nous avons néanmoins pu facilement le remobiliser et il a terminé 2 puzzles.

Nous lui avons ensuite proposé de dessiner. Il a semblé très intéressé au début, puis a fini par s'arrêter pour regarder ce que nous faisons. Nous avons tenté de le réintroduire dans l'activité en dessinant les contours de sa main, mais il a commencé à s'agiter et à tester les limites du cadre : il a renversé le pot à crayons, essayé de s'asseoir sur nous, sorti d'autres jeux qu'il a jeté par terre puis piétiné... Il détruisait tout et nous a même écrasés de tout son poids en nous poussant pour passer, comme si nous n'avions pas de corps dense et qu'il pouvait nous traverser. Par ce geste, il semblait vouloir nous faire « disparaître » lorsque nous nous opposions à ses transgressions. Nous avons donc tenté de revenir à des activités qu'il connaissait bien et appréciait (lettres Montessori et vissage/dévisage de bouchons) afin qu'il puisse se calmer. Je me suis faite également moins présente, n'intervenant plus lors de ses débordements puisque cela n'avait visiblement aucun effet. Le vissage/dévisage a semblé l'apaiser et Théo a enfin pu se concentrer sur une tâche précise. Malheureusement, cela n'a pas duré et nous n'avons pas pu poursuivre l'activité suivante (lettres Montessori). Théo s'est agité de nouveau, se manifestant à grand bruits verbal et corporel.

La psychomotricienne a mis fin à la séance en lui signifiant que rien de sensé ne pouvait être réalisé dans ces conditions. Il a alors paru réellement surpris et peiné, et a fait trainer la fin de séance en refusant de mettre ses chaussures, de se lever de sa chaise et de sortir de la pièce.

Théo avait eu l'air de m'avoir accepté facilement dès la première séance, pourtant son agitation motrice croissante et son impossibilité à s'engager dans la moindre activité exprimait bien une tension interne manifeste. Si nous avons initialement pensé qu'elle était due à des stimuli sensoriels difficiles à gérer pour lui, nous nous sommes questionnées sur son vécu de l'irruption d'un tiers dans la relation privilégiée qu'il entretenait jusque-là avec la psychomotricienne. Jacques LACAN, un psychiatre et psychanalyste français qui a éclairé les travaux de Sigmund FREUD au regard de nouvelles données anthropologiques et linguistiques, stipule que lors de la phase œdipienne, l'enfant qui fantasme d'une relation exclusive avec sa mère s'en voit symboliquement « castré » par la présence du père. En effet, l'introduction de ce tiers médiateur dans la relation mère-enfant empêche la fusion de ceux-ci, et c'est l'acceptation de cette castration symbolique qui permet à l'enfant de passer d'une relation duelle à une relation triangulaire.⁷⁷

L'agitation dont Théo avait fait preuve aux deux dernières séances s'expliquait peut-être par son refus de devoir trianguler sa relation avec sa figure d'attachement dans la séance, c'est-à-dire la psychomotricienne. Afin de lui permettre de s'accoutumer progressivement à cette nouvelle situation, nous avons donc décidé d'instaurer un rituel symbolisant cette relation à trois : désormais, à chaque début de séance nous accrocherions des photos de chacun de nous pour signifier notre présence ainsi que la météo du jour. Nous avons pensé que cela renforcerait le cadre, le rendant peut-être plus lisible aux yeux de Théo. Nous avons également pensé qu'un pictogramme « stop » pourrait lui permettre de nous signifier à n'importe quel moment de la séance s'il avait besoin d'une pause de cinq minutes où nous resterions chacun de notre côté afin de se recentrer quelques instants. Cette démarche avait pour but de lui proposer un médiateur pouvant mettre en image, donc en sens, le moment où son état interne ne lui permettait plus d'être présent avec nous. Cela représentait donc à la fois une liberté et une responsabilité.

Séance 4 : Nous avons débuté dans une ambiance relativement calme. Théo s'est rapidement saisi du nouveau rituel des photos ainsi que de la première activité (puzzle de formes géométriques colorées). Nous avons pu jouer à trois au sol, à tour de rôle. Théo reconnaissait les formes similaires sur nos puzzles respectifs, ce qui était encourageant au vu

⁷⁷ GOLSE B. (dir.), 1985, p231-232

de l'objectif que nous nous étions fixées (lui faire accepter la relation à trois). Lorsque nous lui avons proposé de recommencer, il nous a signifié qu'il n'en avait pas envie en rangeant la boîte. Puis il s'est levé et s'est dirigé vers le bureau en commençant à s'agiter alors qu'il était jusque-là très calme. Il a saisi le pictogramme « stop », nous avons donc commencé une activité chacun de notre côté. Théo s'est installé au bureau pour dessiner. Il ne dépassait pas, respectant précisément l'espace de la feuille. Il nous regardait de temps en temps, puis s'est déplacé une fois dans la pièce sans nous déranger. En revanche, il n'a pas accepté de revenir à une activité commune à la fin de la pause malgré une explication préalable et un repérage visuel du temps imparti. Dès que nous avons tenté de le solliciter pour le jeu de construction, il a réitéré le comportement provocateur de la dernière séance. Nous l'avons donc orienté vers une activité « canalisatrice » (vissage/dévisage) mais il nous a manifesté son désaccord en effectuant des gestes désinvoltes et brusques. Nous avons pris l'initiative de lui proposer à nouveau une pause en verbalisant que nous étions réceptives à ce qu'il exprimait, mais cette fois Théo ne s'en est pas saisi pour se recentrer, se relançant de plus belle dans une agitation motrice et vocale. Il a éparpillé la boîte de lettres magnétiques et refusé de la ranger par la suite, allant jusqu'à cacher des lettres sous lui en souriant pendant que nous rangions le reste. Il semblait s'amuser de notre mécontentement et a refusé toutes les autres activités suivantes, s'enfermant dans une dynamique destructrice. Nous nous sentions dépassées par son comportement qui semblait être voué à nous pousser dans nos retranchements et à tester la solidité du cadre.

Décembre : « Si tu me lâche, je m'effondre ! »

Séance 5 : Théo est arrivé en ayant l'air attristé. Il gémissait et se cachait régulièrement le visage dans le bras avec une moue peinée. Il s'est totalement désintéressé des photos et a spontanément été chercher des feutres pour dessiner. Nous l'avons suivi dans cette activité et, pour le réinscrire dans une activité à trois, nous avons dessiné des ronds à côté de ses tracés. Mais très rapidement, ma présence sur la feuille a semblé lui déplaire : Théo gribouillait tous les ronds que je dessinais. Puis l'agitation a repris le dessus. Je me suis alors mise à distance et a laissé ma maître de stage le contenir. Théo reproduisait à nouveau les mêmes comportements destructeurs et provocateurs. Cependant, lorsque la psychomotricienne s'est physiquement opposée à lui pour l'arrêter plus strictement que les fois précédentes, il a paru s'en étonner. Puis l'opposition s'est peu à peu transformée en jeu de poussées et repoussés. Théo se soumettait aux pressions, n'y répondait pas et attirait au contraire la psychomotricienne à lui. Il lui confiait tout son poids tout en ayant quelques conduites d'agrippement, comme s'il ne pouvait pas se tenir sans elle.

Comme Corentin et Yan, Théo semblait donc être en demande d'un portage physique. En effet, son effondrement postural lors des jeux de repoussés signifiait qu'à ce moment son axe interne n'était pas solide. De plus, il ne semblait pas pouvoir investir le graphisme sans le soutien physique de la main de la psychomotricienne. Nous avons donc pensé que si l'introduction d'un tiers dans la relation duelle était bien à l'origine de son agitation, elle semblait même aller jusqu'à remettre en question le lien de confiance qu'il avait établi avec la psychomotricienne. En effet, Théo paraissait avoir besoin d'éprouver la fiabilité et la solidité de son soutien avant de pouvoir accepter ma présence. Or, ma maître de stage s'est souvenue que s'il avait déjà eu l'occasion d'expérimenter des séances à trois, c'était lors des deux séances de « transition » avec sa remplaçante de quelques mois. Théo associait donc peut-être ma présence à son éventuel départ. Dans ce cas, le fait que je sois présente chaque semaine avait de quoi le plonger dans l'incompréhension ! Il apparaissait donc nécessaire de clarifier la place de chacun, notamment la mienne, afin de rassurer Théo quant à la solidité du cadre instauré et pouvoir recréer une alliance thérapeutique.

Séance 6 : Ce jour, j'ai donc choisi de réviser totalement mon positionnement au sein de la séance. Désormais, je me placerai en retrait physique (assise par terre dans un coin de la pièce), visuel (je resterai penchée sur mon cahier de notes) et oral (je ne prononcerai pas un mot mis à part le « Bonjour » lorsque nous accueillerons Théo) afin qu'il puisse comprendre que je n'avais pas pour but de remplacer la psychomotricienne. Il ne m'a pas accordé un regard à son arrivée et le début de séance s'est révélé encore une fois agité. Théo faisait régulièrement des allers retours entre la psychomotricienne et moi, s'approchant souvent très près. Lorsqu'il venait vers moi, comme il était debout et moi assise, il me dominait de toute sa hauteur, prenant ainsi un air menaçant. Cela me mettait mal à l'aise, je guettais toute réaction brusque. Il semblait contrarié que je sois encore là et a fini par me le signifier en initiant un coup de pied dans ma direction. En revanche, son comportement avec la psychomotricienne exprimait bel et bien un besoin d'être rassuré. Parfois, il avait même l'air de vouloir la séduire (il sentait sa main et ses épaules, se figeait pour la regarder intensément, lui prenait la main pour l'attirer à lui).

Puis son comportement a changé. Tout en paraissant toujours vouloir me faire sortir de la pièce, il s'est montré moins menaçant envers moi et a commencé à me tendre la main comme pour m'inviter à me lever (ce à quoi je répondais en le regardant et en lui verbalisant « Oui Théo je t'ai vu. »). La psychomotricienne a pu lui proposer des activités au bureau, mais lorsque qu'il s'apercevait que je regardais ce qu'il faisait, il se tournait de côté, vocalisait et recommençait ses conduites de réassurances vis-à-vis de ma maître de stage. Il a fini par essayer de se lever et passer par-dessus elle pour retourner dans l'espace de la salle, renversant la boîte de lettres magnétiques au passage. Puis il a shooté dedans, a refusé

de la ranger et s'est assis dessus. Il s'agitait devant moi et, voyant que je ne réagissais pas ni à ce qu'il faisait ni au désordre qu'il avait mis, il a donné un violent coup de pied dans le cahier que je tenais. Était-il intrigué ou fâché que je ne range pas ? Voulait-il que je réagisse davantage ? J'ai choisi de poser mon cahier sur le côté pour lui montrer que je n'étais pas inanimée ou indifférente à sa conduite. Théo semblait troublé par mon comportement et me regardait beaucoup.

La psychomotricienne, s'appuyant sur son engagement corporel, a relancé le jeu de poussées et repoussés pour canaliser son agressivité. Il prenait appui sur elle, l'attirait à lui, cédant aux pressions en souriant. Elle a donc tenté d'introduire la *physioball* pour l'inciter à ne plus s'effondrer sur elle, mais Théo semblait rechercher précisément ce corps à corps. La fin de séance a été compliquée, Théo a refusé de remettre ses chaussures et a vocalisé plus que jamais dans le bureau. La psychomotricienne avait pris quelques photos des activités faites pendant la séance afin de pouvoir en garder une trace, mais il n'y a pas accordé un regard et est sorti d'un coup.

L'absence

Suite à un problème de santé, je n'ai pas pu être présente la semaine suivante. Ma maître de stage a donc accueilli Théo seule sans avoir pu le prévenir de cette absence imprévue, et la séance s'est révélée très intéressante au vu des hypothèses que nous avons émis. En effet, elle m'a dit avoir « retrouvé le Théo d'avant », relativement calme et impliqué tout au long des 45 minutes. Il s'est d'abord dirigé vers les feutres et a pu expérimenter différents gestes graphiques dont les ronds par imitation. La psychomotricienne lui a également proposé une nouvelle activité de motricité fine (petites pièces représentant un décor de pirates à clouer sur un support en liège) et Théo a semblé y prendre plaisir. Il a également accepté un jeu moteur (lancé d'anneau sur une cible). Il posait les anneaux à défaut de pouvoir les lâcher.

Ce vécu serein d'une séance où j'étais absente nous a semblé confirmer les hypothèses quant au comportement de Théo depuis la deuxième séance à trois. Son agitation extrême semblait bien être due à ma présence et à son besoin d'éprouver le lien privilégié avec la psychomotricienne. Nous nous sommes donc convenues de conserver la ligne directrice que nous nous étions fixée, c'est-à-dire ma discrétion en séance le temps que Théo soit réassuré de la solidité du cadre, puis par la suite l'introduction progressive d'une relation à trois.

Le retour

A ma grande surprise, Théo a semblé ravi de me revoir. Il poussait de petits cris aigus et paraissait exprimer une grande joie à travers une excitation motrice et des sourires. J'ai néanmoins repris ma place « neutre », attendant de voir si ce comportement allait perdurer. Le travail sur table n'était pas possible, en revanche Théo a semblé enthousiaste lorsque la psychomotricienne a sorti un jeu de raquette à scratch avec l'espoir de pouvoir m'inclure un minimum. Théo, nous a surprises en prenant les devants : agitant sa raquette devant moi, il me fixait en silence au lieu de jouer avec la psychomotricienne. Si les fois précédentes, ma présence avait semblé le déranger, cette fois-ci il paraissait davantage ne pas comprendre pourquoi je restais en retrait. J'ai pris la raquette avec précautions tout en lui verbalisant mon plaisir de prendre à nouveau part activement à la séance. Théo, qui jusque-là ne se réassurait qu'auprès de ma maître de stage, s'est approché de moi pour me sentir, comme pour vérifier que j'étais bien là.

Le reste de la séance a été inespéré : Théo s'est montré calme et concentré durant toutes les activités proposées auxquelles j'ai pu participer sans problème, et lorsque qu'il ne voulait pas faire quelque chose, il nous le signifiait de façon très adaptée en rangeant tout simplement le jeu. La fin de séance s'est également révélée surprenante puisque c'est Théo qui l'a initié au bout de 40 minutes. Saisissant une main à chacune de nous, il nous a entraînées dans le bureau pour remettre les chaussures.

Suite à cette séance particulièrement marquante, il m'a semblé que le processus d'introduction du tiers auprès de Théo, amorcée trop rapidement, a finalement pu se réaliser par mon absence imprévue. Après plusieurs séances très agitées où Théo a semblé nous signifier clairement qu'il voulait que je disparaisse, la réalisation soudaine de ce fantasme a concrétisé la possibilité d'effacer ma présence par sa seule volonté, laissant une place vide dans le triangle que nous formions malgré tout depuis le début. Il m'a semblé que Théo a eu besoin de mon absence pour réaliser la place que j'occupais auparavant au sein de la relation thérapeutique.

Février : naissance du trio

Les séances suivantes, nous avons observé un changement de comportement progressif mais certain chez Théo, notamment vis-à-vis de moi. Nous avons repris le jeu des raquettes qui avait semblé lui plaire, et nous lui laissons le choix de sa partenaire. J'étais

souvent désignée, à mon plus grand plaisir de le voir réinvestir les séances. La relation à trois apparaissait à nouveau possible, et l'expérimentation de ce nouveau lien restait au premier plan. En effet, nous pouvions proposer de nouveaux jeux à Théo, mais dans tous les cas il semblait être davantage intéressé par nos interactions que par le jeu en lui-même. S'il restait globalement calme et concentré, l'agitation reprenait quelques fois le dessus lorsqu'il paraissait vouloir affirmer ses envies. Nous pouvions néanmoins plus facilement le canaliser car j'avais repris une place singulière dans le trio, et cela nous permettait de diversifier les propositions.

Conclusion

Avec Théo, la création d'un lien de confiance stable a pris plusieurs mois. Même si les ateliers proposés étaient adaptés à ses difficultés psychomotrices, il apparaît évident que rien ne pouvait être considéré comme « thérapeutique » si nous n'établissions pas au préalable cette relation fiable et sereine à trois, garante d'une sécurité psychoaffective et d'un investissement optimal du dispositif proposé.

Nous avons précédemment vu que les adolescents repassent symboliquement par l'éprouvé du *holding* parental avant de pouvoir sortir du cercle familial. Théo, lui, a eu également besoin de repasser par le *handling* physique pour sentir la sûreté du lien avec sa thérapeute référente. Or s'il n'a pas pu introjecter la base affective sécurisante de la psychomotricienne, nous pouvons supposer que ma présence a réveillé la peur archaïque de l'étranger décrit par SPITZ⁷⁸, ce qui expliquerait à la fois la grande agitation dont il a fait preuve et son besoin primordial d'éprouver son lien avec sa figure d'attachement avant de pouvoir accepter la présence d'un tiers. De plus, ses tentatives de nous traverser lorsque nous nous opposions à lui laissent penser que le mécanisme d'identification ne s'est peut-être pas totalement accompli chez lui.

Cela me permet de dégager plusieurs axes de travail qu'il me semblerait intéressant de poursuivre avec Théo : tout d'abord la réalisation d'activités impliquant le tour de rôle afin de lui permettre de renforcer son Moi psychique ainsi que le mécanisme d'identification. Un travail d'expressivité corporelle en imitation me semble également pouvoir soutenir ce processus. De plus, il me paraît important de continuer à prendre en compte les manifestations d'affirmation de Théo, toujours dans le but de lui permettre un détachement progressif et une évolution vers une maturité latente. L'ensemble des

⁷⁸ Cf. *supra*, p22

professionnels qui prennent Théo en soin se sont d'ailleurs accordés pour lui laisser davantage le choix dans les activités qui lui sont proposées.

Par la suite, il me semble intéressant d'exploiter l'espace dans la symbolisation de ce détachement progressif. En effet, nous avons vu que lorsque je me suis mise physiquement en retrait de la séance pour signifier que mon rôle dans la séance était moindre, Théo a réagi en faisant varier cet espace (il voulait au début m'éloigner encore plus, puis après mon absence il semblait m'inviter à me rapprocher). Si un travail en totale autonomie ne paraît pas pertinent avec un patient comme Théo au vu du trouble des interactions sociales qu'il présente, je pense que nous pouvons néanmoins le responsabiliser davantage en tendant vers une mise à distance symbolique lors de la réalisation de certaines activités comme le graphisme par exemple.

Intérêts de la psychomotricité en cabinet libéral pour les adolescents

Si les séances de psychomotricité en cabinet libéral restent ponctuelles dans le quotidien des patients, elles représentent néanmoins un point d’ancrage solide par l’immuabilité des repères spatio-temporels. Cela permet d’établir une relation de confiance préalable à tout travail thérapeutique. Il paraît également important de proposer, au sein de nos séances, des activités qui donnent envie de venir au patient. En effet, dans le cadre d’une prise en soin institutionnelle, les patients restent sur place et ne sont pas toujours consultés avant de mettre en place un suivi. La demande de soin provient donc pas toujours du patient lui-même. Même s’il paraît évident que nous devons éveiller l’intérêt du patient lors de nos séances quelle que soit la structure, cela me semble être d’autant plus capital au regard de l’instauration d’une relation thérapeutique fiable dans le cadre du suivi d’un patient adolescent en cabinet libéral.

Par l’organisation qu’elle engage, le suivi d’adolescents en psychomotricité en cabinet libéral me semble également être une occasion de les responsabiliser davantage. Si le déplacement jusqu’au cabinet n’est pas possible seul pour des raisons matérielles, il apparaît que l’espace transitionnel de la salle d’attente tel que nous l’avons décrit précédemment⁷⁹ peut néanmoins être investie comme telle et permettre, dès l’entrée dans le cabinet, d’amorcer la séparation symbolique d’avec les parents. Cela sera d’autant plus bénéfique pour l’adolescent si le psychomotricien a à cœur de l’autonomiser au sein des séances. Il pourra ainsi investir ce lieu comme un réel espace d’expérimentation d’une maturité en cours d’acquisition.

⁷⁹ Cf. *supra*, p61-62

REFLEXION SUR LA PLACE DU PSYCHOMOTRICIEN AUPRES DES ADOLESCENTS EN THERAPIE

Thérapie psychomotrice et troubles des interactions: la relation comme médiation

A l'adolescence, période où le développement psychoaffectif reste fondamentalement dépendant de l'efficacité des interactions sociales, comment acquérir maturité et autonomie lorsque ces interactions font défaut suite à l'incidence d'une pathologie ? Il me semble que nous posons ici une question à laquelle la thérapie psychomotrice peut apporter une réponse. En effet, la psychomotricité apparaît comme l'une des seules approches globales où sont mises en lien les dimensions anatomique, biomécanique et psychoaffective du corps dans la relation à soi-même et aux autres. Pour nos patients adolescents, la psychomotricité permet donc une prise en soin des difficultés liées à la fois aux transformations corporelles de la puberté et aux troubles des interactions sociales, en lien avec le questionnement identitaire caractéristique de cette période de la vie.

Dans notre pratique concrète auprès de cette population, une des questions prépondérantes reste donc : comment accompagner au mieux les patients dans leur vécu de l'adolescence ?

Se rencontrer pour s'attacher

La rencontre avec le patient lors du bilan psychomoteur initial reste un moment privilégié de la relation thérapeutique. Elle nous permet, en tant que thérapeutes, d'envisager les objectifs thérapeutiques à atteindre avec nos patients et, à terme, de définir clairement le cadre de la future prise en soin (lieu et horaire). Avec des adolescents, il paraît d'autant plus important de définir précisément le but d'un tel travail car leur investissement de la thérapie va fondamentalement dépendre de leur capacité à comprendre les raisons de notre rencontre. Lorsque nous nous rencontrons pour la première fois, nous définissons la place de chacun au sein de la relation : celle d'un patient en souffrance demandant de l'aide

consciemment ou pas, et celle d'un thérapeute mettant à sa disposition un cadre et un dispositif pour le guider sur le chemin de l'épanouissement.

Tout au long de ma troisième année, j'ai pu expérimenter différents contextes relationnels auprès d'adolescents présentant des troubles des interactions.

La première difficulté à laquelle je me suis confrontée reste la différence d'âge peu marquée entre nous, ce qui a m'a conduit à penser ma posture de façon à leur permettre de m'identifier clairement. En effet, je me suis présentée à eux comme « stagiaire en psychomotricité », apprenant mon futur métier auprès d'une maîtresse de stage plus âgée et plus expérimentée qui était quant à elle identifiée comme étant professionnelle. Ma place de stagiaire restait ambivalente, car eux aussi pouvait expérimenter cette place de stagiaire apprenti. Mon comportement devait donc leur permettre de comprendre le rôle que j'avais auprès d'eux pour éviter qu'ils ne m'intègrent à leur groupe de pair, me considérant comme leur égal au sein de l'établissement.

J'ai donc dû adapter la façon de m'adresser à eux en prenant en compte leur spécificité d'adolescents. Entre enfance et âge adulte, fallait-il les vouvoyer ou les tutoyer ? Les appeler par leur nom de famille ou leur prénom ? L'approche peut-être différente d'une structure à l'autre. En institution, le cadre reste bien souvent déjà établi alors qu'en libéral c'est à nous de le définir.

Si, en tant que stagiaire, j'ai adopté le même comportement que mes maîtres de stage, je trouve néanmoins intéressant de leur demander ce qu'ils préfèrent pour leur signifier qu'en tant que professionnels, nous accordons de l'importance à leur avis, et ce dans le but de les rendre acteurs jusque dans le choix de la forme des interactions tout en restant garant d'un respect mutuel indispensable.

Se tenir pour grandir

Lorsque nous nous engageons auprès de patients adolescents dans le cadre de notre profession de psychomotriciens, réussir à trouver la bonne distance auprès d'eux n'est pas une mince affaire, surtout en tant que jeunes professionnels. Il me semble que nous devons, tout en étant une personne à part entière avec notre identité, notre vécu personnel et nos limites, incarner un support thérapeutique stable et étayant afin de légitimer notre rôle de psychomotricien. Mais lorsque ces patients présentent des troubles des interactions sociales, je pense qu'il nous faut être d'autant plus attentifs à notre posture, notre attitude et notre cadre afin d'accueillir les manifestations corporelles de ces troubles qui impactent directement leur rapport à eux-mêmes et aux autres. Au fil des séances, il paraît donc

nécessaire de rester bienveillant, et de toujours considérer nos patients comme pris dans la tourmente de leur adolescence afin de pouvoir adapter au mieux nos propositions.

Dans mon propos, j'ai choisi d'employer le terme de thérapie psychomotrice. Par ce choix, je ne souhaite pas opposer cette approche à la rééducation psychomotrice, qui priorise la stimulation des fonctions considérées comme déficitaires ou inadaptées à l'environnement, mais bien mettre en relief sa pertinence dans la prise en soin de patients présentant des troubles des interactions sociales. J'entends par là qu'avec ces adolescents, il me semble que l'objectif principal reste de pouvoir leur proposer une alternative au fonctionnement source de souffrance en passant par la recherche d'un bien être psychocorporel. Pour cela, l'abord des différentes dimensions du corps engagé dans la relation permet de rejouer les mécanismes d'identification et d'attachement, réactivés à l'adolescence et fondamentalement perturbés dans le cadre de troubles des interactions. Je me rapproche ici de la définition de POTEL qui identifie poétiquement la psychomotricité à « un métier à tisser, à tisser de la relation, de l'histoire, du temps et du symbolique. »⁸⁰ Lorsque ces patients adolescents se sont emmêlés à certains endroits ou retrouvés en manque de fil à d'autres au cours de leur développement psychomoteur et psychoaffectif, notre intervention doit à mon sens leur permettre de démêler les nœuds qui les empêchent d'avancer, ou de pouvoir dérouler une nouvelle pelote à travers l'éprouvé d'expériences corporelles soutenues par la relation.

Se détacher pour s'épanouir

L'ancrage dans la relation thérapeutique se révèlera aussi important que celui de la relation parentale dans la résolution des enjeux identitaires et des angoisses conséquentes. Cependant, nous avons vu que si l'adolescent a besoin d'éprouver cet ancrage, il lui est également nécessaire d'éprouver sa liberté et de s'essayer à une nouvelle autonomie. Il me semble primordial de laisser une place à l'adolescent dans la direction de son projet thérapeutique. En effet, je pense que pour qu'ils investissent au mieux le dispositif que nous leur proposons, nous pouvons peut-être leur laisser le choix de la médiation (danse, art plastique, expression musicale, inspiration d'un sport particulier...). Il me semble donc que notre rôle de thérapeute, au-delà de l'analyse des dynamiques psychocorporelles engagées pour nos patients adolescents, doit être également de savoir « se mettre en retrait » des modalités du dispositif que nous proposons au fur et à mesure de leur évolution.

⁸⁰ POTEL C., 2010, p9

L'adolescent en thérapie psychomotrice

Rôle du bilan psychomoteur

En tant que psychomotriciens (donc travaillant spécifiquement avec le corps), il me semble que pour pouvoir mettre en place un dispositif thérapeutique (cadre et contenu) adapté, il nous est indispensable en premier lieu de repérer et d'accueillir les projections et les angoisses inhérentes aux modifications corporelles. En effet, nous avons vu que l'adolescence entraînait initialement, par les changements liés à la puberté, une modification du schéma corporel et de l'image du corps. Bien évidemment, notre rôle de psychomotricien nous engage à étayer le développement psychomoteur. Et dans le cas de patients adolescents présentant des troubles de l'image du corps (c'est-à-dire de la représentation qu'ont les patients de leur propre corps engagé dans le temps, l'espace et la relation), c'est bien toute la portée expressive et fantasmatique du corps qui sera à la base du travail thérapeutique.

Le rôle du bilan psychomoteur apparaît donc primordial dans le repérage et l'évaluation des troubles psychomoteurs à l'adolescence. Cependant, les outils actuels d'évaluation dont nous disposons en psychomotricité restent bien souvent ceux utilisés pour les enfants, avec comme seule spécificité à l'adolescence une tranche d'âge précise et le niveau d'exigence attendu en fonction de cette tranche d'âge. Nous pouvons par exemple citer le test du bonhomme de Florence GOODENOUGH évaluant la connaissance du schéma corporel, l'image du corps et le niveau graphique. Ce test sur feuille, coté de trois à treize ans, reste l'un des seuls outils dont nous disposons en psychomotricité afin d'évaluer la représentation qu'ont les patients de leur corps. Cependant, la modalité graphique de ce test ne permet pas, à mon sens, de faire une évaluation objective de cette représentation en rapport avec l'expérience affective pourtant prépondérante à l'adolescence. Le test des somatognosies de BERGES (connaissance de la situation topologique des différentes parties du corps), les tests de latéralité (par exemple le BERGES, le PIAGET-HEAD et le ZAZZO), d'évaluation de la motricité globale (notamment la Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant dit M-ABC), d'évaluation des praxies (l'Évaluation de la Motricité Gnosopraxique distale de VAIVRE-DOURET par exemple) ou de la structuration perceptive (la Figure de REY ou le test de STROOP entre autres) me semblent quant à eux évaluer davantage la structuration et la fonctionnalité du corps en mouvement que sa dimension symbolique lorsqu'il est engagé dans la relation. Autrement dit, lors du bilan psychomoteur, nous devons nous contenter de proposer des interprétations subjectives de la structuration

psychoaffective de l'adolescent en lien avec nos observations et les cotations objectives des tests, ces dernières étant bien souvent étalonnées jusqu'à seulement treize ou quatorze ans. L'évaluation des adolescents se fait donc uniquement par rapport à la norme de développement psychomoteur attendu à cet âge de la vie, ne nous permettant pas de rendre compte de la structuration psychoaffective de chaque patient. Ne faudrait-il pas créer de nouveaux tests spécifiques pour les adolescents, notamment pour permettre l'évaluation de leur rapport au corps si prégnant à cette période de la vie ? Cette piste de réflexion commence à être explorée, et nous pouvons notamment citer la revisite de la batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant qui a intégré la tranche d'âge « 11 ans à 16 ans et 11 mois ». Cependant, il apparaît que cette modification ne prend en compte que la spécificité de la motricité globale des adolescents, laissant ainsi le champ d'évaluation de l'image du corps et de la portée symbolique du mouvement à l'adolescence encore vierge.

Un corps à reconquérir : du manque de repères à la créativité

Pour nos patients adolescents, nous pouvons supposer que l'engagement corporel dans la relation pose problème lorsqu'il véhicule des affects qui ne font pas sens pour eux. Comme l'explique POTEL, « Bouger, jouer, courir, se tenir en équilibre, danser, se cacher, respirer, construire avec ses mains, rouler par terre, escalader, jeter, se jeter, lancer, être allongé, tous ces jeux et actions - qui utilisent l'espace et le temps, et qui font appel à un corps « en mouvement psychique » - sont le terreau des ressentis, des émotions, des conflits, pour peu que quelqu'un soit là pour en faire ou en tisser quelque chose de vivant et d'adressé, dans une mise en jeu et en lien partagée. »⁸¹ Il apparaît donc important de leur proposer des supports de symbolisation pour palier à cette désorganisation psychocorporelle. A ce propos, POTEL nous dit encore que « les médiations thérapeutiques sont des espaces d'expériences partagées. Leur intérêt thérapeutique va dépendre avant tout de la capacité des adultes, encadrant ces médiations, à entendre les mouvements psychiques liés à ce qui s'exprime au sein de cet espace d'expérience. »⁸² L'engagement personnel du psychomotricien dans la relation apparaît donc nécessaire pour pouvoir proposer au patient adolescent en mal de repères un support de symbolisation, c'est-à-dire une possibilité de mettre du sens sur ce qui n'en a pas et qui l'empêche d'être serein dans son rapport à lui-même et au autres. « C'est le corps même du thérapeute (et son investissement) qui va constituer l'axe de la thérapie. »⁸³

⁸¹ POTEL C., 2006, p55

⁸² POTEL C., 2006, p126

⁸³ *Ibid.*, p49

Ma courte expérience clinique éclairée de ces apports théoriques m'a permis de mettre en relief deux aspects qui m'apparaissent fondamentaux dans notre approche auprès des adolescents : d'une part l'utilisation de notre propre corps comme support effectif de symbolisation afin de soutenir les processus d'identification et d'attachement qui, comme nous l'avons constaté à plusieurs reprises, sont mis à mal à cette période de la vie.

D'autre part, il me semble primordial de laisser au patient adolescent la possibilité d'être fondamentalement actif dans l'orientation de sa prise en soin. Par ce choix, nous leur donnons la possibilité d'affirmer leur personnalité, de partager des centres d'intérêts et de développer des capacités d'autonomie, jouant ainsi les différents enjeux identitaires de l'adolescence au sein du cadre porteur de la relation thérapeutique. C'est en cela que nous pouvons adapter nos soins au plus près de leurs besoins du moment tout en nous assurant une adhésion thérapeutique vectrice de valorisation, de créativité et de plaisir à être en relation.

A L'AUBE DE MA VIE DE PSYCHOMOTRICIENNE : CONCLUSION GENERALE ET PERSPECTIVES

En tant que psychomotriciens cliniciens, il me semble que l'on attend de nous une démarche d'analyse des dynamiques psychocorporelles de nos patients afin d'en comprendre les tenants et aboutissants et pouvoir agir, au travers de médiations diverses, sur les dysfonctionnements source de souffrance. Nous avons vu que pour les adolescents présentant des troubles des interactions, la psychomotricité prend tout son sens car c'est à travers leurs corps, notre outil de travail privilégié, que peuvent s'exprimer les défaillances, agrippements ou déchirures des liens qu'ils établissent à eux-mêmes et aux autres.

« Connâit-toi toi-même » disait Socrate. Devenir psychomotricien n'est pas un cheminement facile, car il nous questionne en tant qu'individu avant de nous former à être professionnel. Tout au long des trois ans de formation, les expériences vécues en groupes de pratique spécifiques à nos études viennent nous confronter à nos propres fonctionnements psychocorporels dans le but de nous faire vivre ce qui ne peut être appris seulement en théorie, et qui pourtant reste l'essence même de notre profession. Dès ma première année d'études en psychomotricité, j'ai donc beaucoup réfléchi à ma propre dynamique psychomotrice et psychoaffective. Toutes les connaissances théoriques des différents domaines abordés (psychomotricité, psychologie, anatomie, anthropologie, santé publique...) ainsi que les différentes approches possibles du lien psychocorporel (moniste ou dualiste notamment⁸⁴) n'ont cessé de me faire évoluer dans ma vision du monde et de moi-même.

Mais à mon sens, être psychomotricien c'est aussi, au-delà du savoir-faire, savoir être un thérapeute conscient, dans la mesure du possible, de ce que le patient nous renvoie en séance. Autrement dit, avant de prétendre pouvoir rendre compte du fonctionnement d'une tierce personne, il me semble intéressant de pouvoir observer notre propre fonctionnement.

⁸⁴ Le dualisme est un courant de pensées qui présente le corps et l'esprit comme deux entités distinctes ; le monisme quant à lui les présente comme les deux facettes d'une seule et même réalité qu'est l'être humain.

Bien entendu, l'autoanalyse ne peut essentiellement pas reposer sur une démarche clinique pure au sens d'une observation objective à laquelle on ajouterait des interprétations subjectives (ce que l'on fait en pratique avec nos patients) puisque le clinicien se trouve être ici lui-même le sujet d'analyse. Les enjeux psychocorporels non conscientisés ne seront donc pas plus mis en lumière dans l'autoanalyse, aussi rigoureuse et sincère soit-elle, même s'il est possible que la démarche mette en relief quelques pistes. Et c'est justement l'absence d'interactions sociales qui me semble représenter une limite dans la perception et l'analyse des dynamiques psychomotrices.

Cependant, je pense que l'intention profonde de coller au plus près de cette démarche clinique, ainsi qu'une attention spécifique portée à nos propres mécanismes psychocorporels peut constituer un cheminement à la fois intéressant par l'originalité d'inversion des rôles et enrichissant sur le plan personnel et la connaissance de soi. Or se connaître soi-même jusque dans ses dynamiques psychocorporelles et conscientiser ses enjeux psychiques et ses limites, c'est être des psychomotriciens capables de savoir ce qui nous anime et ce qui nous appartient lorsque l'on est engagé dans une relation à l'autre. Cela me semble être toute la richesse de notre profession où chaque rencontre avec un patient nous ouvre, par sa singularité, de nouvelles perspectives.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D. (1985), *Le moi-peau*, Dunod, Paris, 1995
- BARBE R., COTTINGHAM E. (2016), La mentalisation à l'adolescence in *J'agis donc je suis, variations contemporaines dans les soins psychiques à l'adolescence*, pp 97 – 112, Médecine & Hygiène, Chêne-Bourg
- BOWLBY J. (1978), *Attachement et perte Tome 1.L'attachement*, Presses Universitaires de France, Paris, 2002
- BREUIL M. (1997), *Dictionnaire des sciences et vie de la terre*, Nathan, 2010
- CARRIC J-C., SOUFIR B. (2014), *Lexique pour le psychomotricien*, ERA, Paris
- GOLSE B. (dir.) (1985), *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Masson, Paris, 2007
- GRIM O.R. (2000), *Du monstre à l'enfant – Anthropologie et Psychanalyse de l'Infirmité*, CTNERHI/PUF, Paris
- HALL E.T. (1971), *La dimension cachée*, Editions du Seuil, Lonrai, 2014
- KLEIN M. (1968), L'amour, la culpabilité et le besoin de réparation in *L'amour et la haine*, pp 83-164, Payot, Paris, 2001
- LARMINAT B. (2013), *Psychomotricité et adolescence - inventaire des connaissances actuelles et exemples de prises en charge avec des adolescents*, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité, Toulouse
- LEFEVRE A. (2012), *100% Winnicott*, Eyrolles, Paris, 2017
- LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle – Structures, étayage, mouvement et relation*, Erès, Toulouse, 2015
- POTEL C. (2006), *Corps brûlant, corps adolescent – Des médiations corporelles pour les adolescents*, Erès, Toulouse, 2015
- POTEL C. (2010), *Être psychomotricien, un métier du présent, un métier d'avenir*, Erès, Toulouse
- REY-DEVOBE J., REY A. (2011), *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Dictionnaires Le Petit Robert, Paris
- WINNICOTT D.W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1989

ANNEXE 1

Bilan psychomoteur de Corentin, 12 ans et 7 mois, Septembre 2012

Tonus

Corentin présentait une hypertonie de fond et d'action associée à des paratonies (difficultés de relâchement musculaire volontaire). Il montrait également des troubles de la régulation tonico-émotionnelle, notamment lors d'émotions positives (forte crispation des membres supérieurs quand il était content).

Coordinations/dissociations

Les coordinations dynamiques générales telles que la marche, la course, le saut à pieds-joints et la quadrupédie s'étaient révélées possibles, mais l'hypertonie générale de Corentin entravait la précision, la fluidité, l'amplitude et la souplesse du mouvement.

Pour conserver un équilibre statique, Corentin avait augmenté son polygone de sustentation. Il avait du mal à rester immobile et son agitation se traduisait par des mouvements quantitativement et qualitativement anormaux.

Les coordinations oculo-manuelles étaient déficitaires. Corentin regardait peu ce qu'il faisait et se précipitait.

Schéma corporel et image du corps

Si le dessin du bonhomme n'était pas cotable (tracés circulaires), Corentin avait néanmoins pu réaliser un puzzle de bonhomme de trois pièces. Il semblait donc avoir une représentation cohérente du corps.

En revanche les somatognosies correspondaient à celles d'un enfant de trois ans et demi, il ne pouvait désigner que les parties simples.

Corentin montrait une faible sensibilité proprioceptive. En effet, il ne pouvait pas retrouver la localisation d'une stimulation tactile. L'imitation de geste révélait une difficulté d'orientation spatiale du corps.

Motricité fine/graphisme

Corentin pouvait ouvrir et fermer, visser et dévisser. En revanche le découpage était impossible car il ne parvenait pas à tenir correctement les ciseaux.

Il saisissait l'outil scripteur avec la main droite en pince tri-digitale. La pression sur l'outil et sur la feuille restait très faible. Corentin n'avait pas acquis les signes pré-scripturaux indispensables à l'écriture.

Globalement, la motricité fine restait de mauvaise qualité car Corentin présentait des difficultés dans le déliement digital et les coordinations oculo-manuelles.

Latéralité

Corentin présentait une latéralité homogène à droite pour l'œil, la main et le pied.

Espace

Corentin se repérait dans l'IME mais ne semblait pas avoir intégré de repères topologiques. En effet, il ne parvenait pas à placer des objets par rapport à lui ni à se placer lui-même à différents endroits sur consigne verbale.

De plus, il ne connaissait pas sa droite et sa gauche et n'avait pas acquis de représentation spatiale. Les rapports de voisinage, de séparation, d'ordre et de succession n'étaient pas maîtrisés.

Ses difficultés, à mettre en lien avec les troubles du schéma corporel et de proprioception, ne lui permettaient pas d'orienter correctement son corps propre et dans l'espace. Il en restait donc à un repérage égocentré (par rapport à son corps propre) et ne pouvait situer les objets entre eux.

Temps

Les notions temporelles telles que la durée, la vitesse et l'intervalle étaient inconnues. Corentin se situait dans un temps vécu au présent et lié à l'action. Le passage du temps subjectif au temps objectif et à sa représentation nécessite l'acquisition de repères codifiés fournis par le langage oral. Du fait de son retard important, Corentin n'y avait donc pas encore accès.

Il pouvait accélérer ou ralentir son rythme de marche par rapport à un rythme frappé dans les mains. En revanche, adapter ses frappes sur un rythme régulier lui était impossible (tendance à accélérer).

Corentin pouvait reproduire jusqu'à deux frappes mais au-delà il se montrait impulsif dans le geste de frappe et ne percevait pas les temps d'arrêt.

Il ne parvenait pas à remettre une séquence d'images dans l'ordre par précipitation. Même s'il semblait comprendre le sens des images et l'histoire qu'elles racontent, il n'exploitait pas toutes les données visuelles et faisait encore une fois preuve d'impulsivité dans ses réponses.

Attitude générale durant la passation

Corentin avait activement participé au bilan mais il s'était montré très agité, ne pouvant rester assis ou se concentré sur une activité trop longtemps. Il comprenait bien les consignes simples et répondait avec bonnes volontés aux demandes de la psychomotricienne.

Il s'était déplacé dans l'ensemble de la pièce et semblait à l'aise malgré son corset.

Corentin avait répété certains mots mais avait peu de vocabulaire. Même s'il n'était pas toujours compréhensible, il arrivait à communiquer en pointant du doigt.

ANNEXE 2

Bilan psychomoteur de Yan, 13 ans, Décembre 2011

Tonus

Yan avait un tonus de fond relativement bas par rapport à la moyenne. Il a montré un équilibre statique bipodal correct avec les yeux ouverts ou fermés, en revanche en unipodal il ne pouvait pas être stable plus d'une seconde même avec les yeux ouverts.

Coordinations dynamiques globales

Yan a présenté des coordinations dynamiques précaires : il a pu marcher mais la course était compliquée et les sauts quasi impossibles (pas de décollement synchrone des deux pieds).

Les coordinations haut/bas du corps ainsi que bimanuelles semblaient également troublées (réception de balle difficile).

Dans l'ensemble, Yan paraissait peu à l'aise dans son corps.

Motricité fine

Yan a montré des troubles de la motricité fine : il n'a pas pu utiliser des ciseaux et l'épreuve de pianotage restait difficile. En revanche, il est parvenu à visser, dévisser et enfiler avec sa main gauche.

Schéma corporel et image du corps

Yan n'a pas pu réaliser un dessin du bonhomme. Lorsqu'il tenait le feutre, il a réalisé un tracé très stéréotypé et non figuratif. Les somatognosies correspondaient quant à elles à celles d'un enfant de 2-3 ans.

Latéralité

Yan a autant utilisé sa main droite que sa main gauche pour les activités manuelles, et ce de façon aléatoire. Sa latéralité n'était donc pas stabilisée.

Espace

Les repères spatiaux de base de Yan correspondaient à ceux d'un enfant de 2-3 ans. Son organisation et sa structuration spatiale étaient difficiles à évaluer car Yan n'a pas reproduit de figure simple (un rond par exemple).

Temps

La reproduction d'un rythme s'est révélée impossible pour Yan. Comme l'espace, ses repères temporels étaient compliqués à évaluer, mais Yan ne semblait pas pouvoir s'orienter dans le temps.

Graphisme

Comme dit précédemment, Yan utilisait ses deux mains aléatoirement pour réaliser un tracé abstrait de type « gribouillage ».

Sensorialité

Yan prenait les objets avec les doigts mais ses manipulations ne semblaient pas toujours avoir un but (exploration sensorielle uniquement ?). Il présentait un trouble de la vision avec un champ visuel plutôt périphérique.

Attitude générale pendant la passation

Lorsqu'il est entré dans la salle de psychomotricité, Yan est allé directement au sol et a joué avec les instruments de musique. Il s'est montré opposant par la suite et a testé continuellement le cadre. Il semblait réservé et avait besoin de temps pour se sentir en confiance et pouvoir s'exprimer.

Sa communication verbale était très limitée, et il ne s'exprimait que par mot-phrase. En revanche, la communication non verbale était riche et présentait de nombreuses mimiques. Il fuyait globalement la relation.

ANNEXE 3

Critères diagnostiques du Trouble du Spectre de l'Autisme d'après la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10 / ICD-10) établie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) :

A. Présence, avant l'âge de 3 ans, d'anomalies ou d'altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :

- (1) Langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale
- (2) Développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques
- (3) *Jeu fonctionnel ou symbolique*

B. Présence d'au moins six des symptômes décrits en (1), (2), et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) :

(1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :

- (a) absence d'utilisation adéquate des interactions du contact oculaire, de l'expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales
- (b) incapacité à développer (de manière correspondante à l'âge mental et bien qu'il existe de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d'intérêts, d'activités et d'émotions
- (c) manque de réciprocité socio émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d'autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels, et communicatifs
- (d) ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts, ou ses succès avec d'autres personnes (par exemple ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l'intéressent)

(2) Altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :

- (a) retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique
- (b) incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d'autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint)
- (c) usage stéréotypé et répétitif du langage ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases

(d) absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d'imitation sociale.

(3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :

(a) préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints,

anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d'un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité, mais non par leur contenu ou leur focalisation

(b) adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels

(c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps

(d) préoccupation par certaines parties d'un objet ou par des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (par exemple leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent)

Source : Site internet du Centre de Ressources Autisme Ile-de-France (CRAIF), rubrique L'autisme – Diagnostic. Visité le 16/04/2017, dernière mise à jour le 17/03/2017

<http://www.craif.org/le-diagnostic-7-48-les-criteres-de-la-cim-10-pour-l-autisme-infantile.html>

ANNEXE 4

Bilan psychomoteur de Théo, 12 ans, mars 2014

Relationnel

Si Théo a fuit le regard au premier abord, il a néanmoins pu rapidement regarder la psychomotricienne dans les yeux lorsqu'elle lui parlait. Il a utilisé sa vision périphérique pour appréhender à distance ce qu'elle lui a proposé. Une fois la relation de confiance établie, il a été à l'origine d'interactions franches par des modalités visuelles, physiques ou vocales et a su se faire comprendre par des attitudes corporelles, des expressions faciales ou des tonalités vocales parfois très proches de certains mots connus.

Schéma corporel et image du corps

Théo a semblé avoir une bonne connaissance de son corps ainsi qu'une proprioception efficiente. Il a pu saisir aisément les objets posés sur différentes parties du corps, y compris celles qui n'étaient pas dans son champ de vision. En revanche il n'a pas imité de gestes simples mais la psychomotricienne y a vu davantage un manque d'intérêt pour cette demande qu'une incapacité à la réaliser. Il a perçu son reflet dans le miroir mais s'en est désintéressé également très vite.

Au niveau de la latéralité, Théo a utilisé distinctement sa main gauche pour les gestes larges (échange de ballon) et sa main droite pour les gestes fins (graphisme). Son axe corporel a semblé par ailleurs conscient et solide.

Tonus

Il a montré une capacité de régulation tonique certaine, s'adaptant aux différentes situations proposées. Il a pu également se détendre lors d'un temps calme au sol.

Motricité globale

Au sol, Théo a adopté spontanément une position en tailleur ou « plage » (allongé sur un côté avec un appui sur le coude). Son répertoire postural s'est montré riche et adapté aux projets moteurs ainsi qu'à son confort. Sa motricité s'est elle aussi révélée très développée et orientée vers un but. Quelques stéréotypies sont restées cependant présentes, notamment sous forme de tapotements, d'ouverture et fermeture rapide des feutres et de conduites de réassurances (il sentait les objets et les personnes).

Il a montré de bonnes coordinations dynamiques générales et un équilibre statique et dynamique très maîtrisé. En effet, Théo a investi tout l'espace de la salle et la marche, la course ainsi que les sauts étaient réalisés avec aisance et plaisir.

Espace/ Temps

Les repères spatio-temporels de Théo ont été difficiles à appréhender, mais la psychomotricienne a noté que Théo investissait et explorait l'espace sans problème apparent. Il a pu s'orienter sur une feuille en reproduisant par imitation des lignes horizontales et verticales.

Il a également pu écouter et reprendre à son compte un rythme frappé.

Sensorialité

Théo s'est intéressé aux objets proposés, tant au niveau visuel que sonore. Les stimulations tactiles étaient très bien acceptées et il semblait d'ailleurs privilégier ce canal sensoriel dans son approche de l'autre. Il a également semblé apprécier les stimulations vestibulaires.

La voûte plantaire s'est révélé être un endroit particulièrement sensible.

Motricité fine et praxies

Théo a manipulé des petits objets en pince supérieure (pouce/index). Il a pu construire une tour de petits cylindres avec précision et réajustait leur position pour palier un éventuel effondrement.

Théo a dessiné avec plaisir en investissant tout l'espace de la feuille tout en respectant ses limites. La prise de l'outil scripteur s'est fait avec la main droite en tri-digitale mais seulement avec la pulpe des doigts, ce qui l'empêchait le mouvement des doigts. Il traçait des courbes ou des spirales en mobilisant son poignet et son bras. La main gauche jouait un rôle de support, tenant la feuille sur laquelle il dessinait. Théo n'en était pas encore au stade d'écrire son prénom.

Les coordinations oculo-manuelles étaient déficitaires, mais même s'il ne regardait pas toujours ce qu'il faisait, cela n'empêchait pas les activités manipulatoires de Théo. Il s'est montré attentif, concentré et facilement mobilisable lorsqu'il était installé au bureau.

Capacités cognitives

L'attention de Théo était facile à capter mais difficile à maintenir sur une tâche donnée, notamment dans un espace large et contenant différents objets potentiellement distrayants. Le bureau restait l'endroit où Théo pouvait se concentrer le mieux.

Durant le bilan, Théo a semblé comprendre toutes les propositions. Cependant, il n'a pas répondu à toutes par un manque d'envie clairement exprimé.

Résumé

L'adolescence, même si elle demeure transitoire, reste une période éminemment organisatrice au cours de la vie. Lieu privilégié de bouleversements corporels et de remaniements psychiques, elle détermine les capacités d'autonomie et d'insertion sociale. Jeune adulte et psychomotricienne en devenir, j'ai été au contact de cette population dont j'ai pu constater les difficultés, notamment lorsque les mécanismes d'attachement et d'identification apparaissent troublés. La psychomotricité me semble, par son approche corporelle, psychique et émotionnelle, trouver tout son sens en tant que thérapie auprès de ces patients dont le rapport aux autres et à eux-mêmes est perturbé. J'ai choisi de partager dans ce mémoire ma réflexion sur cette place de thérapeute auprès d'adolescents présentant des troubles des interactions sociales afin de proposer des pistes concrètes d'accompagnement élaborées à partir de ma courte expérience clinique.

Mots clés : Psychomotricité, accompagnement thérapeutique, adolescence, troubles des interactions sociales, symbolisation, attachement, autonomie.

Summary

The adolescence, even if it remains passing, stays an eminently organizing period during life. Privileged place of physical upheavals and psychic reorganizations, she determines the capacities of autonomy and social integration. Young adult and psychomotor therapist to become there, I was in contact with this population and able to notice the difficulties, in particular when the mechanisms of attachment and identification seem disturbed. The psychomotricity seems to me, by its physical, psychic and emotional approach, to find all its sense as therapy with these patients whose report in the others and in themselves is disrupted. I chose to share in this report my reflection on this therapist's place with teenagers presenting disorders of the social interactions to propose concrete tracks of support developed from my short clinical experience.

Index terms: Psychomotricity, therapeutic assistance, adolescence, disorders of the social interactions, symbolization, attachment, autonomy.