



HAL
open science

Se relâcher ? C'est risqué ! L'accompagnement en psychomotricité d'un adolescent diagnostiqué " Trouble Envahissant du Développement " sur le chemin d'un relâchement tonique

Margaux Landais

► To cite this version:

Margaux Landais. Se relâcher ? C'est risqué ! L'accompagnement en psychomotricité d'un adolescent diagnostiqué " Trouble Envahissant du Développement " sur le chemin d'un relâchement tonique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02273924

HAL Id: dumas-02273924

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02273924>

Submitted on 29 Aug 2019

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.

Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris



Se relâcher ? C'est risqué !

L'accompagnement en psychomotricité d'un adolescent diagnostiqué « Trouble Envahissant du Développement » sur le chemin d'un relâchement tonique.

Mémoire présenté par Margaux Landais
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référents de mémoire :
Marie ROSSIGNOL
Marie COURBON

Session Juin 2019

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier de tout coeur mes deux maîtres de mémoire, Marie ROSSIGNOL et Marie COURBON, pour leur écoute, leur soutien et leurs apports théorico-cliniques, toujours pertinents et intéressants. Je me souviendrai de nos débats cliniques, faisant naître de nouvelles questions, en quête de réponses.

Je remercie l'ensemble des maîtres de stage rencontrés durant ces trois années de formation, auprès desquels j'ai beaucoup appris. Je suis également reconnaissante de la confiance qu'ils m'ont accordée, ce qui m'a permis de me dépasser, de croire en mes capacités et de confirmer cette envie de devenir psychomotricienne.

Merci à tous les patients que j'ai croisé durant ce cursus, qui ont marqué ce parcours de formation. Merci pour ces joies, ces peines, ces rires, ces difficultés, ces progrès et surtout pour tous ces questionnements et partages qui m'ont enrichi professionnellement et personnellement.

Pour terminer, je remercie ma famille pour leur soutien. Ma soeur Agathe pour ses réflexions cliniques et ses explications ludiques, mes parents pour leur encouragement et leur optimisme, Bilal pour sa présence, sa patience et son écoute.

« Comprendre et accepter "l'autre", c'est l'écouter sans a priori, c'est "entendre" sa différence et "rencontrer" son indicible richesse. »

Josef Schovanec

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE CLINIQUE	3
1. L'institution	3
A. Généralité	3
A.1 la structure	3
A.2 L'équipe et les soins proposées	3
B. La place de la psychomotricité	4
B.1 Le cadre de mon stage	4
B.2 La salle de psychomotricité	4
2. Le cas clinique de Jean Luc	5
A. L'anamnèse	5
A.1 La grossesse et l'accouchement	5
A.2 L'histoire du développement psychomoteur	5
A.3 L'histoire médicale	6
A.4 L' Histoire familiale	9
B. Les premiers temps de la rencontre	10
B.1 La première rencontre :	10
B.2 - Le bilan psychomoteur	12
B.3 Le projet thérapeutique	17
C. L'évolution des séances de psychomotricité	17
C.1 S'approprier : quand le toucher est perçu comme un danger	17
C.2 Les premières expériences de chute permettant un toucher médiatisé	21
C.3 Poursuite des expériences de chute et de l'accès au toucher thérapeutique	25
C.4 L'Emergence du jeu symbolique	26
C.5 Oser : quand de nouvelles expériences émergent	27
PARTIE THEORIQUE	31
1. L'adolescent ayant un trouble envahissant du développement :	31
A. Le Trouble Envahissant du Développement :	31
A.1 Généralités :	31
• <i>L'historique</i>	31
• <i>Définitions et classifications</i>	32
• <i>L'épidémiologie</i>	33
• <i>L'étiologie et les facteurs de risque</i>	33
A.2 La sémiologie psychomotrice des troubles du spectre autistique	35

• <i>La sphère de la vie quotidienne</i> :	35
• <i>En salle de psychomotricité</i> :	35
B. L'adolescence	38
B.1 Généralités sur l'adolescence	38
• <i>D'un point de vue neurophysiologique</i> :	38
• <i>Le développement psychomoteur</i> :	39
B.2 Sémiologie psychomotrice de l'adolescent ayant un TSA	40
• <i>Un corps qui change, un équilibre qui vacille</i>	40
• <i>Une sexualité qui s'éveille</i>	41
• <i>Des difficultés relationnelles exacerbées</i>	42
2. La place du corps	43
A. Le tonus	43
A.1 Définition	43
A.2 L'aspect neurophysiologique du tonus	43
A.3 L'évolution du tonus	44
A.4 La régulation tonique	45
A.5 Le dialogue tonique	46
• <i>Définition</i>	46
• <i>Les difficultés possibles dans cette communication non verbale</i>	47
A.5 L'hypertonie	47
A.6 quand l'hypertonie devient pathologique : la carapace tonique	48
B. Les représentations corporelles	49
B.1 Le schéma corporel	49
B.2 L'image du corps	50
C. Les angoisses corporelles	51
C.1 Hypothèses sur l'origine des angoisses	51
C.2 L'angoisse de chute	52
• <i>L'angoisse de chute au cours du développement</i>	52
• <i>L'angoisse de chute dans la pathologie</i>	53
C.3 L'angoisse de dévoration	54
• <i>L'angoisse de dévoration au cours du développement</i>	54
• <i>L'angoisse de dévoration dans la pathologie</i>	55
C.4 les angoisses corporelles dans les dessins animés : « Coyote et Bip-bip », « Tom et Jerry », « Titi et Grosminet »	55
PARTIE DISCUSSION	57
1. La carapace tonique de Jean Luc	57
A. Comment comprendre cette hypertonie ?	57
A.1 Une manière de se protéger	57

A.2 Une mise à distance relationnelle	58
A.3 Un moyen de ressentir son corps unifié	58
A.4 Une Réponse à l'angoisse de chute	59
• <i>Comment comprendre son expérience de chute ?</i>	59
• <i>Quels liens pouvons nous établir avec la période d'adolescence ?</i>	60
• <i>Quels liens s'élaborent entre l'angoisse de chute et l'hypertonie ?</i>	60
B. De quelle manière évolue cette hypertonicité ?	61
B.1 Les conséquences psychomotrices de la carapace tonique de Jean Luc	61
B.2 Vers davantage de modulations toniques	61
2. De quels outils dispose le psychomotricien pour amener son patient vers une meilleure régulation tonique ?	62
A. L'importance de la relation dans la thérapie psychomotrice	62
B. L'engagement corporel du psychomotricien	64
C. Le toucher thérapeutique	66
C.1 Le dialogue tonico émotionnel	67
C.2 Quels sont apports du toucher thérapeutique dans la thérapie psychomotrice ?	67
3. Quelles évolutions du patient découlent de cet accompagnement en thérapie psychomotrice ?	69
A. La régulation tonique	70
B. Le rapport au corps	70
C. Les capacités relationnelles	71
D. L'émergence du jeu symbolique	72
D.1 Aller plus loin dans la compréhension de cette angoisse de dévoration	73
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE :	76
ANNEXE 1	I
ANNEXE 2.....	II
ANNEXE 3	III
ANNEXE 4	IV
ANNEXE 5	V

INTRODUCTION

Au cours de l'année 2017, j'ai assisté à une conférence passionnante de Joseph Shovanec, un homme d'une quarantaine d'année ayant un syndrome asperger. Celui-ci nous expliquait, d'une prosodie très monocorde, les particularités vécues par les personnes ayant un TSA. Il nous exposait alors les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne, les spécificités sensorielles, la complexité de comprendre les codes sociaux et la difficulté de reconnaître les émotions. J'ai décidé de m'intéresser de plus près aux Troubles du Spectre Autistique (TSA). Je me suis alors interrogée : cet homme peut parler, il exprime clairement ses choix, ses goûts et nous expose sa spécificité. Certaines personnes autistes n'ont pas accès au langage. Quelle est donc leur modalité de communication ? S'il n'y pas de communication par le langage, le langage corporel prédomine ? Les psychomotriciens ont donc une place prépondérante auprès de ces patients. Nous avons en effet, amplement notre place auprès de ce public et j'ai eu envie de découvrir plus largement ces troubles. C'est dans ce sens que j'ai choisi d'effectuer mon stage de fin d'étude dans un Hôpital de Jour accueillant des enfants et adolescents ayant un Trouble Envahissant du Développement. J'ai pu faire la connaissance de plusieurs jeunes ayant des troubles d'expression bien différents et dont la sévérité était très hétérogène. Parmi les patients accueillis j'ai été amené à rencontrer Jean Luc, un adolescent, qui m'a particulièrement interpellé dès notre première rencontre...

Lorsque Jean Luc est arrivé en séance de psychomotricité, sa présence m'a tout de suite laissé un sentiment d'étrangeté. Grand et fin, sa capuche recouvrant une large partie de sa tête, ce corps si tendu, cette mâchoire crispée et ce regard ne pouvant s'accrocher au mien, comme si le simple contact oculaire pouvait déclencher un danger sans faille m'ont d'emblée questionné. Le son de sa voix, grave et presque inaudible, comme coincé dans sa gorge me déroutait aussi. Je me suis alors penchée sur son dossier médical, j'eus envie de comprendre qui il était : son histoire, son évolution au sein de l'Hôpital de Jour, pour mieux saisir ses souffrances. Son corps ne semblait n'être qu'un bloc de pierre, comme s'il représentait quinze années de vie sous haute tension.

Plusieurs questions ont émergé : Vais-je, au cours de mon stage, réussir à entrer en relation avec ce jeune adolescent ? Sera-t-il possible de l'amener à se relâcher, à libérer toutes ses tensions corporelles ? Parviendra-t-il à réussir à détendre cette zone orale et libérer alors les sons, sa voix ? Mais surtout, comment comprendre cette

hypertonie et comment l'amener vers une modulation tonique, un apaisement, un relâchement ? La question du tonus s'est rapidement retrouvée au coeur de la prise en charge. L'hypertonie de Jean Luc était telle qu'elle semblait le limiter dans ses amplitudes de mouvement et plus généralement le bloquer dans toutes ses expérimentations.

Une question centrale s'est alors imposée au cours des séances de psychomotricité et est même devenue l'axe thérapeutique principal du suivi de Jean Luc et le sujet de mon mémoire : la question du relâchement tonique. En d'autres termes, **Comment l'accompagnement en psychomotricité auprès de Jean Luc, un adolescent diagnostiqué « Trouble Envahissant du Développement » permet d'accéder à un relâchement tonique ?**

Le plan de mon mémoire suit le cheminement de ma pensée clinico-théorique. Après avoir exposé le suivi en psychomotricité de Jean Luc, je tâcherai dans un premier temps d'exposer les particularités des Troubles Envahissants du Développement, dans cette période d'adolescence du point de vu psychomoteur. Je parlerai ensuite de la place du corps dans le suivi de Jean Luc : sa tonicité, ses représentations et les angoisses associées. Enfin, j'exposerai les outils thérapeutiques ayant permis de travailler le relâchement tonique avec Jean Luc. Je présenterai, en dernier lieu, les pistes de réflexions ayant émergé durant cette prise en charge et qui continuent de me questionner et m'intéresser aujourd'hui encore.

1. L'institution

A. Généralité

A.1 LA STRUCTURE

L'Hôpital de jour dans lequel j'ai effectué mon stage accueille actuellement 23 enfants et adolescents âgés de 3 à 16 ans, souffrant de troubles envahissants du développement et apparentés, mais aussi de troubles réactionnels graves de l'attachement et de troubles émotionnels sévères. L'hôpital de jour offre à ces jeunes des soins intensifs pluridisciplinaires et personnalisés en ambulatoire, en partenariat avec leurs familles. L'accueil peut être à temps complet ou partiel selon le projet thérapeutique personnalisé.

A.2 L'ÉQUIPE ET LES SOINS PROPOSÉS

La pluridisciplinarité des membres de l'équipe, leurs spécificités, leur capacité d'écoute et leurs compétences permettent d'appréhender les difficultés psychiques, relationnelles, cognitives et somatiques des patients.

L'équipe se compose de : deux médecins psychiatres et un médecin interne en psychiatrie, un médecin généraliste, deux infirmières, une assistance sociale, dix éducateurs spécialisés, deux psychologues et deux psychomotriciens. Une professeure des écoles (dépendant de l'Education Nationale) exerce aussi à temps plein dans cette structure. L'équipe est complétée par la présence d'une secrétaire, d'une cadre administrative et de deux agents d'entretiens. Notons que la ville de Paris met à disposition trois professeurs de musique, d'art plastique et de sport, pour des interventions hebdomadaires au sein de l'hôpital de jour. Des stagiaires infirmiers, psychologues, psychomotriciens et éducateurs spécialisés viennent compléter l'équipe. Actuellement, je suis la seule stagiaire psychomotricienne accueillie cette année 2018/2019.

L'hôpital de jour est un établissement de soins spécialisés. Toutes les activités, qu'elles soient thérapeutiques, éducatives ou pédagogiques, s'intègrent dans un projet global : celui d'aider le patient à poursuivre harmonieusement le développement de sa personnalité, lui apporter les conditions d'apprentissages en rapport avec ses capacités, favoriser l'acquisition de son autonomie et la relation avec ses pairs. L'enfant est accueilli dans un « groupe de base », où il est plus particulièrement accompagné par un éducateur

réfèrent, les groupes se constituent suivant l'âge des enfants. Pour chaque patient, la journée est un maillage d'approches thérapeutiques individuelles, groupales et institutionnelles. L'indication des différentes prises en charge et leur articulation en un projet de soin individualisé relève de la responsabilité médicale, après concertation avec l'équipe et élaboration en partenariat avec la famille et les partenaires extérieurs impliqués. À sa sortie de l'Hôpital de Jour, le médecin responsable et l'équipe cherchent une nouvelle structure pour l'enfant pour permettre la continuité des soins. Généralement, l'orientation se fait vers des hôpitaux de jour pour adolescents, ou bien vers des structures médico-sociales : IME¹, IMPro², SESSAD³...

B. La place de la psychomotricité

Deux psychomotriciens sont engagés dans la structure, chacun y travaille à mi-temps. Ils proposent des prises en charges individuelles et d'autres groupales, dans ce cas, souvent en co-thérapie avec d'autres soignants.

B.1 LE CADRE DE MON STAGE

Mon stage a débuté mi-septembre 2018, à raison d'un jour par semaine, de 9h à 16h. Je participe à la réunion quotidienne le matin avant l'arrivée des patients. J'assiste à deux groupes thérapeutiques (l'atelier jeu spontané et l'atelier théâtre) ainsi qu'à deux prises en charges individuelles. Je contribue également au repas thérapeutique et je suis présente à la récréation après le déjeuner, lieu d'interactions et d'observations très précieux.

Le psychomotricien m'a rapidement fait confiance et laissé prendre une véritable place dans le travail avec lui auprès des patients.

B.2 LA SALLE DE PSYCHOMOTRICITÉ

Une photographie de la salle de psychomotricité est jointe dans la partie annexe du document⁴. Le matériel est varié, on y trouve : des modules de toutes tailles, des tonneaux, des draps, de nombreuses balles, des cubes, beaucoup d'instruments de musique, des blocs de feuilles et des crayons. En revanche, il y a très peu de jeux de société.

¹ IME : institut médico-éducatif

² IMPro : institut médico-professionnel

³ SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

⁴ Cf. Annexe n°1

2. Le cas clinique de Jean Luc

A. L'anamnèse

A.1 LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Jean Luc a 15 ans et 1 mois lors de notre rencontre. Aucune information particulière n'est reléguée sur la grossesse. Il est né à 39 semaines d'aménorrhée d'un accouchement eutocique⁵. Son score d'Apgar⁶ à une minute puis à cinq minutes est de 10. Jean Luc respire en autonomie immédiatement. Le compte rendu médical déclare un état oculaire normal, un tonus axial et périphérique normal, une motricité fonctionnelle et une vigilance adaptée.

Il a été nourri par allaitement maternel durant un temps non défini dans le carnet de santé.

A.2 L'HISTOIRE DU DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR

Jean Luc tient sa tête et gazouille à 2 mois. A 3 mois et demie l'examen médical relève qu'il joue avec ses mains, effectue le sourire réponse, tourne la tête pour suivre un objet. Il peut être maintenu assis. Sur le ventre, il soulève sa tête et ses épaules et s'appuie sur ses avant-bras. Il réagit aux stimuli sonores et sa vision ne présente pas de trouble particulier. A 6 mois, Jean Luc se tient assis seul lors de l'examen médical. La marche est acquise à 12 mois. À 2 ans 1 mois, Jean Luc peut répondre à un ordre simple et superposer des objets. Son développement semble jusqu'alors normal.

A 2 ans et 8 mois, le médecin de la Protection Maternelle et Infantile remarque que l'entretien clinique est « difficile ». À 3 ans et 4 mois ce même médecin exprime des difficultés de langage et prescrit un bilan Oto-Rhino-Laryngologique. À 4 ans Jean Luc répète certains mots et 6 mois plus tard le médecin relève un jargon. À 5 ans, il associe deux mots. L'examen auditif a été fait quand il avait 5 ans et 7 mois, au test de la voix chuchotée il fait une erreur sur 10 concernant l'oreille gauche, aucune erreur de l'oreille droite. L'examen somatique relève des courbures normales et aucune raideur segmentaire. À cet âge, Jean Luc peut exécuter une consigne, copier un rond, en revanche, il est mentionné qu'il ne répète pas une phrase de 12 syllabes, ne décrit pas une image, ne distingue pas le matin, le soir et l'après-midi, ne recopie ni carré ni losange et ne parvient pas à montrer le dessus et le dessous. Sa latéralité au niveau de son

⁵ Accouchement eutocique : un accouchement qui se déroule selon le processus physiologique, sans complication.

⁶ Le score d'Apgar : une évaluation de l'état de santé du nourrisson à la naissance, les médecins effectuent ce test, un résultat compris entre 7 et 10 est le signe d'une bonne santé, à l'inverse un résultat en deçà de 7 correspond à une détresse chez l'enfant

membre supérieur ne semble pas stabilisée cependant sa latéralité pédestre est située à gauche. Le médecin ne relève pas d'autonomie, caractérise la spontanéité et les capacités d'attention de « moyen ». À 6 ans et 7 mois l'examen oculaire relève une acuité visuelle parfaite (10/10 à droite et 8/10 à gauche). À cet âge, sa latéralité semble plus stabilisée avec une latéralité du membre supérieur à droite et une latéralité pédestre à gauche. Son indice de masse corporelle⁷ est de 15,5, ce qui le situe dans la norme pour son âge.

A.3 L'HISTOIRE MÉDICALE

En 2007, à 4 ans, Jean Luc a rendez-vous pour la première fois dans un Centre Médico-Psychologique. Le rapport rédigé par le médecin évoque un retrait autistique avec des stéréotypies, un défaut de symbolisation, des écholalies et une prosodie monocorde. En revanche, il est noté une bonne aisance motrice. Il est orienté vers un groupe de langage avec une orthophoniste.

Il est ensuite adressé à l'Hôpital de Jour par ce même médecin psychiatre et y entre le 3 novembre 2008, à 5 ans et 3 mois. Les écholalies ont disparu mais les jeux stéréotypés persistent. Il est obnubilé par les jeux de trains et de rails. Le diagnostic alors évoqué est un **Trouble Envahissant du Développement**.

En 2010, à la suite de l'arrêt du groupe de langage, Jean Luc bénéficie de séances d'orthophonie individuelles au centre médico-psychologique à raison d'une fois par semaine.

À l'hôpital de jour il fait rapidement de nombreux progrès et interagit davantage avec les adultes. Au niveau des apprentissages il s'investit beaucoup, il sait compter, lire certains mots et écrire en majuscule. En revanche, il parle très peu. Son seuil de fatigabilité est rapidement atteint. Concernant les relations avec ses pairs il joue particulièrement avec un autre jeune de son âge. Il peut se focaliser longtemps sur des objets tels que la lumière, les boutons de magnétophone etc. Les éducateurs observent aussi des comportements anxieux (il se ronge les ongles etc.). Il a beaucoup de mal à réguler ses émotions et s'exprime de manière excessive. Il peut faire des crises de pleurs importantes. Il investit beaucoup l'atelier piscine dans lequel il semble s'épanouir. Il s'invite à l'atelier d'art-thérapie qui lui sera proposé plus tard. Il semble important de relever que ses prises en charge ont souvent fait suite à l'intérêt qu'il y portait voire même à une demande de participation.

⁷ Indice de masse corporelle (IMC) : indice validé par l'Organisation Mondiale de la Santé permettant d'évaluer la corpulence d'un individu, calculé en divisant le poids d'une personne par le carré de sa taille.

En 2011, à 8 ans, il passe une partie de son été en Côte d'Ivoire, dans son pays d'origine, avec sa famille. Au retour à l'hôpital de jour, l'équipe n'observe pas de perte des acquisitions. Cependant, il semble plus souvent en colère, n'exprime pas ses émotions verbalement mais par des expressions du visage et du corps. En revanche, il va progressivement vers les autres et le contact oculaire est de meilleure qualité. Il peut parfois être jaloux des autres enfants.

A 10 ans et demie, Jean Luc s'adapte davantage aux changements et interagit avec des nouvelles personnes. Ses crises de pleurs ont beaucoup diminuées mais peuvent revenir lors de moments d'angoisses majeures.

À 14 ans et demie, en 2018, son langage oral et écrit a beaucoup progressé et ses centres d'intérêts se sont élargis. Il a cependant toujours fréquemment besoin d'isolement. Son vocabulaire est limité, il fait uniquement des phrases courtes avec une prosodie monocorde. L'équipe soignante observe toujours un retrait social et une anxiété liée aux situations nouvelles. Il a besoin de l'adulte pour ses déplacements extérieurs. Un travail autour de l'autonomie reste à faire mais on constate qu'il est capable de gérer les transports en commun, il fait très attention aux panneaux de circulation et à son environnement. Il peut faire preuve de souplesse mentale en adaptant son trajet lorsqu'il est confronté à des changements (par exemple, des travaux).

Concernant sa scolarité, il a suivi un cursus scolaire ordinaire en maternelle et en élémentaire, accompagné d'une AVS⁸. Puis, il a été scolarisé en ULIS⁹ collège à temps partiel jusqu'à sa troisième (classe dans laquelle il est actuellement lors de notre rencontre). Il va au collège le lundi, le mardi matin et le vendredi. Une perspective en ULIS Lycée est compromise de par son niveau cognitif. L'orientation envisagée est celle d'un IMpro¹⁰. Il sera amené à quitter prochainement l'hôpital de jour.

Il bénéficie d'une psychothérapie depuis 2011 au sein de l'hôpital de jour.

Son suivi en psychomotricité a débuté en septembre 2018.

Il participe aussi actuellement à différents groupes thérapeutiques :

⁸ Auxiliaire de vie scolaire : accompagne individuellement un ou des élèves ayant d'importantes difficultés, dans leurs activités scolaires et périscolaires.

⁹ Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire : dispositif pour la scolarisation des élèves en situation de handicap dans le premier et le second degrés.

¹⁰ Institut Médico Professionnel : centre qui accueille des adolescents atteints d'une déficience intellectuelle pouvant être associée à une déficience motrice. Il permet aux jeunes d'obtenir une formation professionnelle adaptée à leur situation de handicap.

L'atelier football : Jean Luc participe à toutes les étapes de l'atelier avec un grand plaisir. Il veut réussir et réalise l'échauffement et l'entraînement avec ténacité. Il sait mettre en pratique les savoirs techniques appris. Il respecte les règles de jeux de façon loyale. Cependant, il peut se moquer de ses coéquipiers et/ou de ses adversaires lorsqu'ils sont en situation d'échec. L'accent est donc mis sur l'intégration au groupe et sur le développement du sentiment d'appartenance à une équipe.

L'atelier journal : Jean Luc est très impliqué dans la création des dessins qui accompagnent les textes. Cependant il est très inhibé dans l'élaboration verbale des thèmes.

Le groupe « sorties culturelle » : Il s'implique volontiers, une fois la sortie prévue, dans la recherche des moyens de transports adaptés pour s'y rendre. Il reste compliqué pour lui de s'impliquer dans la planification des sorties.

Le groupe « Expression corporelle » : Le groupe s'articule autour du mouvement et de la danse, avec une sensibilisation à des rythmes différents, à travers des exercices dirigés et d'autres moments d'expressions plus libres. Six jeunes y participent et deux adultes professionnelles l'encadrent (une psychomotricienne et une psychologue). L'inscription dans ce groupe est coûteuse pour Jean Luc car il s'agit ici de se mouvoir et d'être regardé, deux facteurs particulièrement problématiques pour lui. Pourtant, il est arrivé dans ce groupe sur une demande spontanée de sa part, après validation du médecin et de l'équipe quant aux bienfaits thérapeutiques qu'il pourrait justement en tirer. Son évolution a montré à quel point il a besoin d'un étayage important, d'une attention soutenue, constante et bienveillante, d'encouragements et de valorisations narcissiques. Lorsqu'il se sent suffisamment en confiance et porté psychiquement par l'adulte, il peut se dégager un peu de l'angoisse, s'emparer davantage de l'espace et réaliser des séquences dansées constituées de mouvements lents, saccadés et avec une amplitude toutefois très limitée. L'hypertonie reste très prégnante. Au cours de certaines séances, lors de ces moments plus libres, il s'est mis dans des coins de la pièce se cachant totalement et donnant aux soignants l'impression de vouloir être transparent ou de vouloir disparaître. Il s'intéresse aux chansons dans lesquelles les chanteurs émettent des sons atypiques, comme s'il s'agissait de bruitages. Il peut facilement se laisser oublier du reste du groupe, il est nécessaire de lui accorder une attention constante, bienveillante lui permettant de se sentir suffisamment sécurisé et porté.

L'atelier cuisine : Il peut mener l'activité à bien du début à la fin, il fait preuve d'une bonne dextérité : casser les oeufs, découper, mixer... Il est rapide, efficace et minutieux. Les enfants du groupe prennent un temps pour déguster leur cuisine à la fin de l'atelier lorsque cela est possible. Jean Luc n'a aucune particularité alimentaire mais a des

préférences au niveau de ses goûts. Son éducatrice m'informe qu'il prend beaucoup de temps pour mastiquer et que cela peut interpeller son entourage.

Jean Luc a un emploi bien chargé, son temps partiel en ULIS collège vient compléter ces temps institutionnels.

Il semble intéressant de noter que récemment, l'équipe soignante a remarqué que l'entrée dans l'adolescence et la mue de sa voix majoraient les manifestations d'anxiété chez Jean Luc, qui a tendance à s'isoler davantage et de fait, être moins accessible. Lorsqu'il parle, c'est en chuchotant et nous avons du mal à le comprendre. Il lui est souvent demandé de répéter ce qu'il vient de dire. Il déambule beaucoup à pas feutrés, tel un petit personnage de bande dessinée, tout en soliloquant.

Néanmoins, Jean Luc évolue. Il s'adapte de mieux en mieux aux changements. Auparavant, un imprévu pouvait l'effondrer. Maintenant il est capable de découvrir de nouvelles personnes, de changer de lieu sans pour autant se désorganiser, être autonome dans les transports et s'adapter en cas de changements. Il respecte les règles de vie en collectivité. Il est sensible au cadre de travail qu'il lui est proposé, et a besoin de repères fiables. Malgré ses apparents évitements, il investit les autres et avec le temps se laisse apprivoiser. Il a besoin d'un étayage individuel et groupal. Il aime que l'on se « soucie de lui ».

Par ailleurs, il peut se montrer très actif et déterminé lorsqu'il désire quelque chose. Il est alors persévérant et progresse rapidement, que ce soit au niveau de l'apprentissage, de la socialisation et de l'autonomie personnelle. Il est important de noter qu'il est lui-même à l'origine de sa prise en charge en psychomotricité, il a en effet questionné le psychomotricien : « *Et moi, pourquoi je n'ai pas de psychomotricité?* ».

A.4 L' HISTOIRE FAMILIALE

Jean Luc vit avec sa mère (Madame O.), son beau père (Monsieur D.), ses deux petites demies-soeurs de 11 ans et 4 ans et sa grande demie-soeur de 18ans, arrivée de Côte d'Ivoire pour venir vivre au domicile familial il y a un an. Mr D. travaille pour un centre de danse africaine à Paris. Mme O. a repris une activité professionnelle à temps partiel, elle est auxiliaire de vie. Ils se sont rencontrés autour de la danse en Côte d'Ivoire.

Il y a deux ans, Mr D. a perdu un fils de 22 ans qui vivait dans leur pays d'origine, une mort subite.

Jean Luc voit régulièrement son père biologique (Monsieur G.), qui habite en région parisienne. Il est éducateur spécialisé et rend visite à son fils le weekend une à deux fois

par mois. Il est à noter que Jean Luc porte le nom de famille de son père biologique. Cependant, Mr D. est le responsable légal de Jean Luc, qui l'appelle d'ailleurs « papa ».

Le couple parental¹¹ se plaint régulièrement de leurs conditions de logement qu'ils trouvent précaires. Ils ont vécu pendant longtemps avec leurs deux enfants, Jean Luc et sa petite soeur, dans un appartement de 34m², très humide et infesté de nuisibles. Après une demande de logement social ils ont déménagé. Cependant, la question de l'hébergement est toujours centrale et problématique. Les fréquentations du quartier ne leur permettent pas de se sentir en sécurité et ils évoquent des faits étranges tels que des disparitions brutales d'objets. L'équipe est actuellement mobilisée autour des répercussions engendrées par ses fortes croyances, afin de limiter la souffrance dans cette famille.

Mr D. est très impliqué dans le suivi médical de Jean Luc, il vient fréquemment aux entretiens et semble attentif aux conseils des médecins. La maman de Jean Luc, quant à elle, vient très peu aux rendez-vous. Mr D. explique son comportement par le fait qu'il reste difficile pour sa femme d'évoquer les difficultés de son fils. Le couple parental voit les progrès de leur fils, notamment dans l'autonomisation, ils expliquent que celui-ci peut aller faire de petites courses seul comme aller acheter une baguette de pain.

B. Les premiers temps de la rencontre

B.1 LA PREMIÈRE RENCONTRE :

La première fois que je rencontre Jean Luc, un éducateur l'accompagne jusqu'à la salle de psychomotricité dans laquelle je me trouve avec mon maître de stage. Il vient à l'heure et frappe à la porte. Il entre dans la pièce, j'essaye de croiser son regard mais je constate qu'il fuit le mien, comme si celui-ci pouvait être dangereux, cela me laisse quelque peu démunie. Il ne semble pas vouloir entrer en contact avec moi. Je le salue, il ne me répond pas.

Le psychomotricien explique qu'il aimerait lui proposer deux exercices pour observer l'organisation psychomotrice de Jean Luc. Premièrement, il l'invite à reproduire des gestes avec les mains en miroir, les mouvements sont inspirés de l'EMG¹². Jean Luc est très volontaire et exécute immédiatement la consigne. Il observe les gestes et les reproduit parfaitement mais ne regarde pas le psychomotricien dans les yeux. Je constate que la réversibilité est intégrée. Puis, comme convenu en amont avec le psychomotricien, je lui propose de reproduire un rythme que j'induis en frappant des mains, il y parvient sans

¹¹ Mr D (le beau père de JM) et Mme O. (sa mère) seront appelé « le couple parental » pour plus de clarté.

¹² EMG : Evaluation de la Motricité Gnosopraxique distale créée par Vaivre-Douret, L.

difficulté. Cet exercice s'inspire du test sur le rythme de Mira Stamback¹³. Je cache mes mains en me retournant pour accentuer la difficulté et retirer le repère visuel, cela ne change aucunement son résultat : il réussit très bien. Par ailleurs, j'observe quelques balancements, il ne me paraît pas très à l'aise, il utilise sa vision périphérique. Le psychomotricien lui propose le test des somatognosies de Bergès¹⁴. Jean Luc montre sur son corps les parties proposées par le professionnel. Il réussit globalement bien, en revanche je repère des difficultés concernant les articulations, il a du mal situer son coude, ses genoux et ses hanches.

Le psychomotricien lui propose une dernière activité. Il invite Jean Luc à s'installer sur un tonneau en plastique et se place derrière lui. Le professionnel lui propose de se balancer et de déposer ses épaules dans les mains du psychomotricien, prêtes à le réceptionner. Jean Luc est très volontaire mais a beaucoup de difficultés à se laisser basculer, il a de nombreuses syncinésies bucco-faciales¹⁵. Je constate une grande crispation au niveau des membres inférieurs et particulièrement des pieds. C'est comme s'il cherchait par eux à s'accrocher au sol. J'observe que son corps est extrêmement raide et tendu. Chacun de ses muscles sont contractés, ses jambes paraissent très toniques, la flexion n'est pas fluide, ses poings sont serrés, sa mâchoire est crispée et laisse apercevoir ses dents serrées, offrant alors un sourire figé. Il semble très hypertonique. La prise en charge ne dure que 15 minutes mais cela semble suffisamment long pour Jean Luc qui va régulièrement se rapprocher de la porte en faisant des allers-retours sans pour autant la franchir, donnant l'impression de vouloir quitter la pièce à plusieurs reprises. Ce qui m'a le plus frappé lors de cette première rencontre, au delà de l'hypertonie prégnante, c'est le son de sa voix que je n'ai quasiment pas entendu. Cela donne l'impression que les mots sont présents (qu'il sait mentalement ce qu'il veut répondre) mais que l'acte de parler, de prononcer un son, est physiquement et émotionnellement trop complexe. Il répond parfois « oui » s'il ne peut se faire comprendre autrement. Il utilise beaucoup la communication non verbale, avec des gestes et des expressions faciales. Ce qui est dit sur Jean Luc depuis plusieurs années auprès de l'équipe soignante revient souvent à ce qu'il provoque chez les gens au premier abord. En effet, la fixité de son regard perçant, le besoin de se cacher le visage sous une capuche permanente, le froncement de ses sourcils peut provoquer un certain malaise.

¹³ Epreuve de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques créée par Stamback, M.

¹⁴ Les somatognosies de Bergès : test dans lequel il est demandé au patient de montrer sur lui certaines parties du corps.

¹⁵ Syncinésies: ce sont les contractions coordonnées et involontaires qui apparaissent dans un groupe de muscles à l'occasion de mouvements volontaires d'un autre groupe musculaire. Pour Jean Luc ces mouvements ont lieu dans la sphère orale.

B.2 - LE BILAN PSYCHOMOTEUR

BILAN PSYCHOMOTEUR

Jean Luc, né en 2003

Réalisé le : 08/11/18, le 15/11/18, le 22/11/18
(15 ans, 3 mois)

Le bilan psychomoteur a été réalisé dans le cadre d'un début de suivi en psychomotricité à l'Hôpital de Jour sur indication de son médecin référent.

Le bilan psychomoteur a été réalisé à partir des tests suivants :

- L'épreuve de motricité faciale de Kwint
- Le test des somatognosies de Bergès
- L'épreuve du dessin du bonhomme de Goodenough
- L'entretien corporel de Moyano
- Le test d'adaptation à l'espace et orientation spatiale de Marthe Vyl
- Le test de latéralité de Zazzo
- Une épreuve graphique adaptée, inspirée de l'épreuve graphique d'organisation perceptive de Bender

◇ **Présentation, motricité spontanée :**

Jean Luc se montre très déterminé pour le bilan. Il semble avoir à cœur de montrer ses capacités. Il a quelques difficultés à rester fixé sur une même tâche, il prend la liberté de monter à l'espalier quand il a besoin de faire une pause. Ce besoin de se retrouver sur l'espalier sera par ailleurs un élément phare de la prise en charge. On ressent une forte tension corporelle tout au long des épreuves avec une hypertonie omniprésente. Il se déplace « en bloc », je n'observe aucune souplesse dans ces mouvements. Ses muscles des membres inférieurs sont contractés, il se tient très droit. Son regard est fuyant, il observe beaucoup en utilisant sa vision périphérique. Il reste calme même lorsqu'il se retrouve en difficulté. Les tests proposés paraissent lui demander beaucoup d'énergie et il semble vouloir souvent quitter la pièce (en se rapprochant fréquemment de la porte).

◇ **Niveau moteur, coordinations :**

Au test de motricité faciale de Kwint, Jean Luc reproduit correctement les 30 items (sur 30). Ce qui le situe dans le quartile supérieur s'il avait eu 14 ans. Ce test est étalonné

jusqu'à 14 ans, il est dans la norme pour son âge. Il a parfois besoin d'étayage en s'observant dans la glace. Les émotions relatives aux expressions faciales présentées sont correctement identifiées.

◇ **Schéma corporel :**

Au test des somatognosies de Bergès, Jean Luc montre globalement une bonne connaissance du vocabulaire relatif au corps, avec quelques confusions notamment pour situer le coude et les hanches. On repère alors des difficultés à reconnaître certaines articulations.

Au dessin du bonhomme de Goodenough, Jean Luc obtient un total de 19 points, ce qui correspond à un niveau de représentation du bonhomme de 7 ans et 3 mois. Il représente un bonhomme massif, en bloc, on ne repère aucune articulation¹⁶. La jambe gauche n'est pas bien attachée au tronc.

Au niveau graphique, sa posture est très tonique, il tient fermement son crayon. Le tracé ne semble pas bien maîtrisé avec un chevauchement de traits lors des jonctions.

◇ **Image du corps :**

A l'entretien corporel de Moyano,

a) Peux tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on ne voit pas, qui sont à l'intérieur du corps, dedans ? Il répond : « *le ventre* » puis « *les bras* ».

b) Peux tu me dire quelles sont les parties du corps qu'on peut voir de l'extérieur ? Jean Luc dit : « *le ventre* ».

c) Quelles sont les parties du corps qui bougent, qui peuvent se plier et se déplier ? Il nomme « *les épaules* ».

d) Que peut-on faire avec le corps ? Il répond immédiatement « *marcher et dormir* ».

e) Qu'est ce qui est fragile dans le corps, et pourquoi ? Pour cette question, Jean Luc ne parvient pas à répondre rapidement et facilement, je lui répète une deuxième fois. Il me dit « *mains* » et « *je sais pas* ».

f) Qu'est ce qui est solide dans le corps et pourquoi ? Il répond « *Poitrine* » et « *je sais pas* ».

¹⁶ Le dessin du bonhomme de Jean Luc est joint en annexe n°1

g) Qu'est ce que tu aimes bien dans le corps ? Est ce qu'il y a des endroits du corps que tu préfères ? Il dit « *jambes* ».

h) Qu'est ce que tu n'aimes pas comme parties du corps ? Il me dit « Taper dans l'eau » puis « pied ».

i) Où est la pensée à ton avis ? Il ne semblait pas comprendre j'ai donc reformulé ainsi : si la pensée se trouvait dans le corps, où serait-elle exactement ? Il réfléchit un instant et réplique « front ».

Les question a) et b) font référence à la différenciation entre le dedans et le dehors, à la notion d'enveloppe et des limites corporelles. Jean Luc semble avoir des difficultés à ce niveau car il répond « *le ventre* » à chacune des questions.

La question c) permet de constater qu'il y a une notion de mouvement dans son discours.

La question d) permet d'observer que le corps est perçu d'un aspect très fonctionnel et que le côté émotionnel n'est pas évoqué.

La question e) permet de percevoir à travers la réponse du patient une éventuelle fragilité globale de son corps (si celui-ci cite de nombreux éléments), ce n'est pas le cas pour Jean Luc qui ne cite que les mains. Cependant, une fragilité des mains peut faire référence à une pauvreté d'action.

La question f) et g) peuvent faire référence à une projection¹⁷ du patient sur lui même. Il est intéressant de constater qu'il cite les jambes. On peut corréliser ce fait avec son envie de fuite permanente. En revanche, il n'aime pas les pieds pourtant nécessaire à la marche.

La dernière question permet de passer du sentiment corporel du moi (référence à l'enveloppe corporelle) au sentiment mental du moi (référence au psychisme, à la pensée). Le sentiment mental du moi est souvent ressenti comme inclus dans le corps et en particulier dans la tête, comme l'a fait Jean Luc.

◇ **Latéralité :**

¹⁷ Projection : cela consiste chez un sujet à transporter un élément de son espace psychique interne dans un monde qui lui est extérieur : un objet ou une personne. Dans ce cas c'est une projection à travers la réponse.

Au test de dominance latérale de Zazzo, Jean Luc obtient un indice de dominance manuelle de + 0,037, ce qui le situe dans une zone d'ambidextrie. Les diadococinésies semblent meilleures à droite mais l'écart n'est pas significatif. Les latéralités pédestre et oculaire sont nettement dominantes à droite pour chacune des épreuves.

◇ **Organisation spatio-temporelle :**

Au test d'adaptation à l'espace et orientation spatiale de Marthe Vyl, Jean Luc montre des capacités d'organisation spatiale correctes mais d'importantes difficultés d'accès au symbolisme.

À l'épreuve des pas comptés, il a accès à la division de l'espace et montre relativement de bonnes capacités de structuration spatiale. Il nécessite quelques essais pour réussir à ajuster la longueur de ses pas aux nombres demandés lorsqu'il s'agissait de 6 puis de 10 pas. Il réussit immédiatement pour les 5 pas.

Au jeu des voyages, il mémorise les différents repères spatiaux, les trajets simples sont réussis. À nouveau, il n'a pas accès au symbolisme, même avec un important étayage verbale et visuel (par exemple en lui demandant comment s'écrit le nombre, en le lui écrivant sur une feuille etc). Ces résultats illustrent une représentation stable du nombre mais des lacunes concernant le symbolisme.

Le passage de l'espace réel à l'espace représenté (et inversement) s'est fait correctement. La transcription mentale au sol lui a posé beaucoup de problèmes, il semble avoir des difficultés concernant la visualisation mentale. (Nous avons établi un code couleur en fonction des murs de la pièce et il devait courir dans l'espace, s'arrêter quand je le lui disais puis me donner la couleur à côté de laquelle il était situé).

◇ **Graphisme :**

J'ai proposé à Jean Luc de reproduire des figures créées en amont, inspirées du test d'organisation perceptive de Bender¹⁸. Je peux donc en avoir uniquement un résultat qualitatif. Jean Luc utilise sa main droite pour écrire avec une prise correcte de l'outil scripteur (tri digitale). En revanche, il exerce une forte pression sur le crayon, sa posture est très tonique tout au long de l'épreuve. D'un point de vue qualitatif, Jean Luc semble extrêmement crispé mais très concentré sur la tâche à accomplir. Il paraît volontaire. Sa posture est hypertonique, les muscles de son visage sont contractés et ses sourcils sont froncés. On observe un déliement du poignet. D'un point de vue de l'organisation sur la

¹⁸ BENDER, L., Manuel du test de structuration visuelle, 2ème éd., 1967.

feuille il commence au centre, bien qu'il lui ait été rappelé auparavant que toutes les figures devaient s'inscrire sur la même feuille.

Conclusion :

Les tests du bilan psychomoteur ont permis de mettre en évidence les capacités de Jean Luc dans plusieurs secteurs de développement. Ainsi on retrouve :

- un bon niveau de maturation neuromotrice ;
- de bonnes coordination oculomotrices ;
- une bonne connaissance des notions spatio-temporelles de bases ;
- de bonnes capacités d'organisation spatiale (orientation, structuration) ;
- une boucle audio motrice fonctionnelle ;
- de bonnes capacités de discrimination et de rétention auditives.

En revanche on retrouve :

- des difficultés concernant l'intégration du schéma corporel ;
- des difficultés de régulation tonique avec une hypertonie omniprésente tout au long du bilan ;
- La latéralité manuelle est non stabilisée bien qu'il écrive de la main droite, les résultats ne sont pas significatifs et montre une possible ambidextrie ;
- une qualité de graphisme correct pour son âge mais très coûteuse d'un point de vu du contrôle moteur ;
- une impossibilité d'accès au symbolisme, même avec un important étayage verbal.

L'hypertonie de Jean Luc est omniprésente tout au long des épreuves, les test lui coûtent beaucoup d'énergie. Il est volontaire, cependant, son seuil de fatigabilité est rapidement atteint. Il se rapproche souvent de la porte comme pour fuir la difficulté de certains exercices. Son regard est fuyant, il a d'importantes difficultés à entrer en relation. Il est nécessaire de l'aider à se concentrer, il peut rapidement être distrait par un bruit, une envie, une pensée (il monte à l'espalier entre chacun des tests comme pour effectuer une coupure). Il parle très peu, uniquement s'il ne peut se faire comprendre autrement. Il utilise beaucoup la communication non verbale en s'exprimant par des gestes (pointe ce qu'il veut, sait exprimer un refus etc.). Il a beaucoup de syncinésies bucco-faciales, notamment lors de l'épreuve des diadococinésies (test de latéralité de Zazzo).

Afin d'obtenir un bilan complet un examen du tonus serait très pertinent cependant le contact corporel semble délicat, l'alliance thérapeutique doit être installée pour qu'il accepte le toucher. Il serait intéressant d'effectuer la batterie d'évaluation du mouvement

chez l'enfant (M-ABC 2) de Doléac, Soppelsa et Albaret ; le test d'orientation droite-gauche de Piaget-Head ; l'épreuve d'évaluation rapide de l'écriture chez l'adolescent (BHK-ado) de Soppelsa et Albaret ainsi que le test de perception visuelle et d'intégration visuo-motrice (DTPV-2) de Hamill, Pearson et Voress.

B.3 LE PROJET THÉRAPEUTIQUE

Un suivi psychomoteur s'avère intéressant pour Jean Luc. Il semble nécessaire de renforcer l'intégration du schéma corporel, affiner la conscience corporelle, l'appropriation de ses émotions et de l'amener progressivement vers une meilleure régulation tonique. La question de la relation sera également au coeur du travail en psychomotricité auprès de ce patient.

C. L'évolution des séances de psychomotricité

C.1 S'APPRIVOISER : QUAND LE TOUCHER EST PERÇU COMME UN DANGER

Nous avons commencé par des séances de psychomotricité d'une durée de 15 minutes. Au début du suivi, avant la fin de la séance, Jean Luc vient souvent attendre devant la porte et semble trouver le temps long. Il observe beaucoup mais ne parle quasiment pas, il reste dans une posture de retrait, il est cependant très volontaire et désireux de bien faire.

Les premières séances ont consisté à tisser une relation de confiance et favoriser l'alliance thérapeutique tout en observant les capacités et les difficultés de Jean Luc afin d'affiner le projet thérapeutique. Ces objectifs ont pu être réalisés grâce aux tests étalonnés¹⁹ mais également par le jeu. Par exemple, nous lui proposons de dessiner un parcours que nous venions de créer ensemble, de l'effectuer et de représenter son trajet sur le dessin. Puis, nous l'invitions à dessiner un chemin et à nous guider verbalement. Jean Luc utilise très peu de mots mais communique efficacement de manière non verbale, il sait se faire comprendre. Il pointe les éléments, fronce les sourcils pour exprimer un refus, hausse la tête pour affirmer un propos etc. Lors d'un des parcours, une épreuve à l'espalier est proposée. Je suis alors très étonnée par la façon dont il se déplace pour grimper à l'échelle comme s'il n'était qu'un bloc, il se hisse alors à l'aide de ses bras tendus, aucune flexion des membres inférieurs n'est repérable.

Lors des séances suivantes, il reprend cette montée à l'espalier à chaque début de prise en charge, comme un rituel lui permettant de se rendre disponible au travail. Ce temps est

¹⁹ Cf. supra, p.12

important pour lui, il s'isole, loin de la relation et des regards. Il ne fléchit toujours pas ses genoux et présente une grande hypertonie.

Il s'amuse à tenir en équilibre sur une boule chinoise²⁰. Il tient très longtemps, son état tonique lui permet de rester immobile en étant gainé et agrippé à la balle. Avec le psychomotricien, nous comptons le temps passé avant que Jean Luc ne repose ses pieds au sol tout en valorisant ces performances. Cela semble le rendre très fier et nous permet d'installer une certaine complicité à travers ce jeu, qu'il reprendra régulièrement au cours des premières séances.

D'un point de vue de la temporalité, je remarque qu'il semble complexe pour Jean Luc de rester un long moment en relation. Il fuit littéralement la séance dès qu'il comprend que la fin approche. Il ne nous salue pas, ne se retourne pas et ferme la porte. Je sens qu'il marque une certaine distance, comme s'il pressentait un danger et qu'il fallait surtout que nous respections son espace, ce que nous mettons en application avec précaution. Toutefois je remarque que Jean Luc semble dans une autre proximité avec le psychomotricien qu'il connaît déjà de vue (travaillant depuis de longues années dans l'institution) par rapport à la relation qu'il entretient avec moi. Après la cinquième séance, j'ai l'impression que Jean Luc réussit plus facilement à croiser mon regard. Il me regarde davantage dans les yeux lors de nos divers échanges, en utilisant à certains moments sa vision centrale. Il vient dans la salle le matin quand il arrive afin de saluer le psychomotricien et observe si je suis dans cet espace pour venir me saluer également.

Il me semble intéressant d'évoquer un moment important de la prise en charge. Lors d'une fin de séance, le psychomotricien se met à chanter « À la semaine prochaine cher Jean Luc » avec une mélodie spontanée et entraînante. Jean Luc, pris d'une excitation crie quelques mots inaudibles. Nous sentons, à l'émission de ce son spontané et fort, un réel plaisir, un certain lâcher-prise, le premier depuis le début de son suivi. Cela se confirme juste après : sur le visage de Jean-Luc naît un large et authentique sourire. Sa bouche n'est pas crispée comme lorsqu'il faisait des sourires figés, les dents serrées. Nous lui avons demandé ce qu'il venait de dire mais il avait déjà quitté la pièce très rapidement comme à son habitude sans se retourner. Nous avons ressenti alors comme un relâchement du contrôle omniprésent sur cette voix qui paraissait jusqu'alors bloquée.

Au retour des vacances de la Toussaint, Jean Luc semble capable de rester plus longtemps en séance. Nous décidons de les faire durer le temps imparti, c'est à dire 30 minutes. Lorsque Jean Luc entre dans la salle de psychomotricité il déambule, me fuit du regard, je le salue, il me serre la main tout en regardant en vision périphérique. Il se rapproche de la porte comme s'il voulait repartir. Cela semble insoutenable pour lui. Quant

²⁰ La boule chinoise est également appelée « balle d'équilibre » de cirque, c'est une boule en plastique dur.

à moi, j'ai l'impression que ces vacances ont remis une certaine distance dans la relation. Il faudra alors au moins deux séances pour qu'il puisse réinvestir cette relation et que les échanges de regards et la communication s'installent de nouveau. Cela montre une certaine fragilité relationnelle mais une rapide réadaptation possible.

Le psychomotricien propose à Jean Luc l'expérience permettant de favoriser le lâcher prise et le relâchement tonique, déjà effectuée lors de notre première rencontre²¹. Jean Luc s'assoit sur un tonneau rouge et commence à se balancer. Le professionnel l'invite à se laisser tomber dans ses bras en se plaçant juste derrière lui. Jean Luc a beaucoup de difficultés, il serre les dents mais il tente d'essayer de se jeter en arrière à plusieurs reprises. Il est extrêmement tonique. Il réussit légèrement mais cela semble très complexe pour lui, il fait preuve de courage. Le psychomotricien m'invite à mon tour à refaire cet exercice avec Jean Luc. Je me place derrière lui afin qu'il essaye une nouvelle fois l'exercice. Il ne semble pas convaincu par l'expérience car il fronce les sourcils. Après une démonstration avec le psychomotricien (pour prouver à Jean Luc que je suis en capacité de le rattraper) nous lui proposons à nouveau l'exercice. Il commence à se balancer mais je le sens extrêmement tonique. Il est recroquevillé et en flexion du tronc, je sens les tensions dans le bas de son dos. **C'est la première fois que je prends contact avec son corps par le toucher.** Ses épaules sont en tensions et ses muscles dorsaux contractés. J'ai l'image d'un bloc de bois dur et immobile. Je ressens à travers ce premier contact d'importantes tensions corporelles. À travers le dialogue tonique, je sens que mon corps se raidit également, mes bras qui le rattrapent sont à leur tour très toniques et certaines tensions corporelles commencent à s'installer dans mes membres supérieurs. Le psychomotricien propose de positionner un Fatboy²² juste derrière le tonneau et j'invite Jean Luc à déposer l'entièreté de son corps dessus. Le professionnel lui fait une démonstration en se laissant tomber en arrière sur le coussin. Cela laisse Jean Luc très perplexe au départ, cependant progressivement il se laisse tenter par cette expérience et se laisse tomber délicatement en contrôlant sa chute sur le Fatboy. Il est crispé, des petits sons de soulagement s'échappent alors de sa bouche. Ensuite, il recommence et à chaque fois il vérifie en amont la présence du coussin. Il semble prendre du plaisir, il esquisse un sourire et réitère inlassablement l'expérience.

Le psychomotricien lui propose un second exercice. Ils se placent face à face, tendent leurs bras l'un en face de l'autre, Jean Luc doit mettre ses poings dans les mains du professionnel, contracter très fortement ses bras puis relâcher d'un seul coup la tension. Cela permet au psychomotricien de sentir la capacité de relâchement des membres

²¹ Cf. supra, p.11

²² Fatboy : un très grand coussin (190cm x 140 cm) rempli de polystyrène épousant la forme du corps pour donner une sensation de contenance globale. (photographie en annexe n°1)

supérieurs du patient. Jean Luc n'y arrive pas, il contracte très fortement ses muscles et ne parvient pas à les relâcher, il est tendu et crispé. J'observe sur son visage beaucoup de syncinésies bucco-faciales. Le psychomotricien me propose de faire une démonstration afin d'offrir à Jean Luc un étayage visuel de cette activité. Je m'exécute en relâchant mes bras de manière optimale. En l'effectuant, je n'ai pas trouvé cet exercice facile. Jean Luc observe bien la manière dont j'agis et reprend exactement la même position et les mêmes gestes mais en se forçant à relâcher. Il effectue donc le geste du relâchement, c'est à dire abaisser ses bras, tout en étant très tendu et en contrôlant activement ses mouvements. Cela semble réellement trop complexe pour lui.

Jean Luc adopte toujours la même attitude avant ses séances et vient même parfois très en avance. Une éducatrice nous explique d'ailleurs qu'il se place devant la salle de psychomotricité longtemps avant la séance et qu'il est très difficile de l'occuper autrement. Parfois il vient observer, la séance du patient précédent, par un hublot qui donne sur la salle de psychomotricité. Le psychomotricien lui explique que ce n'est pas encore l'heure de sa prise en charge individuelle, Jean Luc acquiesce, repart mais revient peu de temps après. Nous avons donc pris le parti de cacher la vitre par des feuilles blanches. Il se montre curieux de savoir ce qu'il se passe dans cette salle quand il n'y est pas.

Pendant les premières séances où il rejoue inlassablement l'expérience de la chute, il vérifie constamment la présence du coussin avant de se laisser tomber mais au fil des séances il se laisse retomber sans regarder la présence de l'objet. Il lui arrive même de se précipiter sur le tonneau rouge, et de ne pas toujours attendre que l'on dispose les tapis de protection avant de vouloir tomber en arrière, il se balance sur le tonneau et manque parfois de se faire mal. Il ne semble pas vraiment s'en rendre compte ou peut-être cherche-t-il à nous provoquer, que l'on s'inquiète pour lui? Nous mettons un tapis sous le Fatboy pour protéger son dos, cependant il lui arrive de reculer le tonneau pour s'éloigner du tapis de protection, comme s'il voulait se faire mal ou mieux sentir son dos cogner le sol. Il recherche probablement un appui dos et une sensation de dureté. Ayant expérimenté cette activité de chute, nous observons avec le psychomotricien que cela est douloureux au niveau du dos car le Fatboy protège légèrement mais le contact avec le sol reste très prégnant. Nous décidons alors de mettre un second tapis sous le gros cousin pour amortir davantage la chute. Je suis un peu étonnée par l'envie de Jean Luc de réitérer inlassablement cette expérience. Il recommence de manière répétitive et presque comme une envie compulsive. Lorsqu'il atteint le coussin il reste très tonique avec une respiration saccadée. Le diaphragme, muscle principal de la respiration, semble également verrouillé et contracté, ne permettant pas une respiration fluide. Jean Luc ne nous regarde pas, se place sur le tonneau, retombe en fermant les yeux, reste quelques instants dans cette position, se relève et recommence. Le psychomotricien m'invite à verbaliser avec lui à

chaque fois ce qui se passe « Ça y est il va plonger et tomber sur le coussin, regarde Margaux, comme il est fort » me dit le professionnel. « Il recommence encore une fois, on dirait qu'il aime bien ! » répondis-je. Au fur et à mesure des séances je l'invite progressivement à déposer davantage son poids sur le support. Il se place toujours en position fœtale. Le voyant complètement recroquevillé sur son axe corporel, j'essaie de l'inviter à une position d'ouverture. En effet, je lui propose de laisser ses épaules se poser contre le coussin pour qu'il puisse reposer la surface de son dos mais il préfère rester dans cette position. Lors des premières expériences, il a les poings fermés et les jambes fléchies puis progressivement ses mains s'ouvrent et les muscles de ses jambes se relâchent, la flexion des membre inférieurs étant moins présentes. Jean Luc dépose petit à petit l'entièreté de son corps sur le coussin. À chaque début d'expérience il reste très peu de temps sur le support et remonte immédiatement sur le tonneau, puis au fur et à mesure des répétitions il y passe plus de temps. J'observe une évolution au cours des séances, il semble moins crispé et son regard est plus facilement abordable. Je me pose la question de savoir si cela lui plaît, de part la répétition de l'acte j'imagine qu'il y trouve un certain plaisir. Je lui demande alors si cela est agréable ou désagréable. Il me répond « agréable », de cette voix grave, toujours coincée dans sa gorge. Je m'interroge également sur la répétition de ce même jeu et son acharnement à le reprendre : Qu'est-ce qui fera que, progressivement, en jouant cette expérience de chute, en présence du psychomotricien, le patient pourra trouver des éléments de réponse et peut-être parvenir à mieux appréhender le rapport qu'il entretient avec son corps? Ces interrogations sont venues agiter ma curiosité et motiver mon désir de mieux comprendre ce qu'il se passait pour lui.

C.2 LES PREMIÈRES EXPÉRIENCES DE CHUTE PERMETTANT UN TOUCHER MÉDIATISÉ

Lors d'une des séances, alors qu'il reprend l'expérience de chute, en se laissant chuter sur le Fatboy, il fronce les sourcils, son visage exprime une émotion de colère ou de malaise. Il se met dans une position qui me questionne car je la trouve particulièrement inconfortable : il est crispé et ses bras sont repliés en croix sur son corps comme s'il voulait se faire un câlin. À travers cette position, j'imagine qu'il se trouve dans une recherche de repli sur soi, qu'il éprouve un besoin de contenance. Sa mâchoire est serrée et il semble très gêné. Je lui demande ce qu'il a et il me répond « froid », j'essaie de mieux comprendre ce qu'il ressent en le questionnant davantage mais il répond une nouvelle fois « froid ». Il se relève et continue à s'asseoir sur le tonneau et à se laisser tomber en arrière. Après chaque retombée, nous l'invitons à verbaliser ce qu'il ressent, il répond « chaude » puis « agréable ». Je lui demande : « C'est agréable dans quelle partie de ton corps ? » il me répond « le dos ». Du fait de ses réponses fluctuantes nous n'avons pas eu le temps de lui proposer une couverture. Il me fait comprendre qu'il ne veut pas

que je lui pose trop de question, il répond de manière sèche et rapide de cette voix toujours si tendue. Cependant, après quelques passages, avant de tomber il me parle d'une flaque de boue, cela semble l'amuser puis il se laisse entièrement reposer sur le support. Il parle également de la mer, des vagues. Il mime une vague qui le submergerait, ses yeux sont mi-clos, il gesticule dans tous les sens tel un personnage de dessin animé. Nous décidons alors de faire comme si l'on produisait la vague avec un grand tissu, le psychomotricien se place au niveau de la tête de Jean Luc, pour ma part je me positionne au niveau de ses pieds. Cela m'offre une vue me permettant de voir distinctement son visage. Nous passons un long drap léger au dessus de son corps allongé sur le Fatboy. Je peux observer son visage crispé, ses yeux sont fermés, ses paupières sont plissées et ses sourcils froncés. Sous la vague, son corps est très tonique et recroquevillé mais j'observe également un grand sourire, il semble prendre du plaisir. Est-ce dû à la sensation de l'air sur son corps ? Il se relève et nous dit « encore ». À sa demande nous répétons cette expérience de nombreuses fois. Il met ses doigts dans sa bouche, il ferme les yeux, sa mâchoire semble crispée et les muscles de son visage contractés. Je le sens dans une position délicate et inconfortable, cela me donne vraiment envie d'arrêter, il paraît comme bloqué dans son corps. Cependant il ne se lasse pas, et demande « une dernière ». Au fur et à mesure des expériences, je remarque qu'il reste plus longtemps allongé sur le Fatboy, il prend un temps, il se repose, je peux observer un léger abaissement tonique.

Sa vigilance semble s'abaisser au cours des séances, son corps semble un peu plus ancré dans le sol car il laisse plus de poids sur le support, par exemple il dépose sa tête sans la retenir en contractant sa nuque comme à son habitude. Voyant que les mots ne sont pas forcément la voie d'entrée la plus facile pour communiquer avec Jean Luc et afin d'apprécier son rapport avec les différentes sensations, je lui propose de jouer à un « memory des sensations ». Ce jeu consiste à tirer dans un sac deux carrés ayant la même texture (rugueux, doux, dur, mou...). Le patient ne voit pas à travers le sac et doit deviner les paires uniquement par le toucher. Je sors volontairement deux exemples et je l'invite à me dire quelle sensation cela lui procure. Il utilise beaucoup de négation, il répond « pas dur » pour un carré plutôt « mou », « pas désagréable » peut-être pour signifier un toucher agréable. Il joue et réussit à sortir les paires mais attire uniquement ce qui est doux dans un premier temps. Nous insistons pour qu'il récupère le reste des paires, il a envie de partir à plusieurs moments, il se lève marche vers la porte mais revient sans difficulté. Je me questionne alors : est ce le fait de tenir la relation face à deux adultes ? Est ce parce que ça ne l'intéresse pas ? Il a du mal à dire ce qu'il préfère, il dit « agréable, agréable » sans vraiment montrer sa matière préférée, nous comprenons tout de même que c'est un petit coussin un peu plus doux que les autres. Je lui montre qu'il peut se le passer sur la main afin de l'emmener progressivement vers des auto-mobilisations. Il effectue très rapidement la demande mais semble coupé de ses

sensations corporelles, son geste est très mécanique. Je le questionne sur ce qu'il sent, il répond « la main ». Jean Luc semble en difficulté pour verbaliser ses sensations. Est ce un manque de vocabulaire ? Un manque de sensations, de conscience corporelle ou un manque de représentation ? Nous tâcherons de tenter de répondre à toutes ces interrogations dans la dernière partie de ce travail.

Jean Luc demande de réutiliser le drap lors des séances suivantes. Après s'être laissé tomber du tonneau, il reste plus longtemps sur le coussin et profite des sensations que nous induisons avec le drap au dessus de son corps. Il semble réussir à poser progressivement sa tête sur le support en relâchant ses abdominaux, qui jusque là étaient contractés (lui permettant de rester gainé et de maintenir sa tête). En revanche, il reste très tendu et crispé au niveau du visage (sourcils froncés et paupières serrées). Il effectue beaucoup de gestes situés dans la zone orale : des mouvements de succion, de grandes ouvertures de la bouche, il serre ses dents puis les desserre. Parfois il me renvoie l'image d'un bébé dans son lit, avec des mimiques au niveau bucco-faciale. Un trou est situé au centre du tissu et Jean Luc regarde à travers cette ouverture. Il joue avec les sensations du dedans et du dehors en sortant et rentrant sa tête de ce trou. Le tissu recouvre tout son corps hormis sa tête lorsqu'il la sort par l'ouverture. Nous décidons de bouger le tissu en faisant des vagues, il semble aimer cela car il sourit, sa mâchoire se desserre. Il émet des onomatopées tels que « *Brhhhh* », ressemblant au bruit de l'eau. Voyant que son gilet le dérange je lui propose de l'ôter mais il le referme et met sa capuche comme pour se protéger. Il ferme fréquemment ses yeux comme si le regard de l'autre était trop imposant. On peut avoir l'image du nageur qui sort de la vague pour reprendre son souffle mais également l'image de bébé qui naît et qui sort sa tête. Jean Luc n'atteint pas encore la détente mais cette expérience semble être au coeur de sensation d'enveloppement et de contenance et d'expérimentations du dedans et du dehors. Il s'amuse à sortir sa tête du tissu puis replonge sous le tissu et recommence cela de nombreuses fois. Progressivement, il sort sa tête plus longtemps et parvient à ouvrir quelque temps ses yeux mais son regard est périphérique. Nos verbalisations accompagnent chacune de ces expériences. Je dis au psychomotricien « Oh regardez il sort sa tête, il a l'air d'apprécier », le professionnel me répond « Regarde, ses mains sont toutes serrées il a l'air très tendu ». Jean Luc montre qu'il aime que l'on s'occupe de lui. Il essaye de modifier certaines postures. Il se saisit de cette communication indirecte pour modifier son installation, il est très présent à ce qu'il se passe et à nos échanges. Cette triangulation de la relation, la mise en mots, influent sur l'expérience corporelle qu'est en train de vivre Jean Luc. Par exemple, lorsque je fais remarquer ses sourcils froncés au psychomotricien, Jean Luc les relâche et son visage apparaît plus apaisé. Je reprends alors « Regardez ! Ses sourcils se sont relâchés, il a l'air beaucoup plus apaisé ». Jean Luc sourit comme pour me le

confirmer. Il parle très peu, uniquement de manière fonctionnel pour nous dire « encore », « une dernière fois », quand il ne peut se faire comprendre autrement. Lorsque j'essaie de le faire verbaliser sur ses ressentis il me répond très souvent « agréable » et fuit du regard pour que je n'insiste pas.

Un matin, après une dizaine de séances, Jean Luc vient d'un pas décidé me serrer la main dans la salle de psychomotricité. Il a déjà salué le psychomotricien dans les couloirs et vient spécialement pour moi. Lorsqu'il me tend sa main, je sens un investissement relationnel plus fort et j'en suis émue.

Lors des séances ultérieures et l'expérience de chute avec le drap imitant la vague, le psychomotricien propose que l'on se rapproche de Jean Luc et que l'on effectue des pressions sur son corps à travers le tissu. Jean Luc réussit ainsi à rester sur le coussin plus longtemps. En amont, il explique à Jean Luc ce que nous allons faire en l'invitant à nous faire signe si cela lui est désagréable. Jean Luc ne bouge pas et attend nos mobilisations. Nous effectuons des pressions fermes le long de son corps. Il fait une antéversion du bassin très importante comme pour protéger ses parties intimes et une flexion des jambes, il se positionne toujours en position foetale. Le psychomotricien lui explique que nous ne passerons bien entendu pas sur ces parties là de son corps. Il a du mal à se détendre mais nous laisse faire et cache ses yeux avec ses mains. Le professionnel tente de toucher sa tête toujours à travers le tissu mais Jean Luc se lève très brusquement, cela semble trop rapide pour lui. Nous tentons une nouvelle fois de lui proposer des pressions corporelles lorsqu'il se retrouve de nouveau au sol après avoir chuté du tonneau comme à son habitude, toujours à travers le drap. Jean Luc est allongé sur le coussin, le psychomotricien prend des précautions : il touche d'abord le tissu, attend un instant pour laisser à Jean Luc le temps nécessaire pour se lever s'il ne désire pas être touché. En effet, Jean Luc se relève rapidement, il n'est visiblement pas encore prêt pour le toucher thérapeutique²³.

Lors des séances suivantes, je propose de prendre un gros rouleau mou²⁴, troué en son centre et de le passer sur le corps de Jean Luc afin qu'il puisse en sentir la globalité. Il accepte et paraît beaucoup aimer cela. Il semble avoir envie que l'on le lui passe sur la tête alors je lui propose de passer le rouleau sur l'ensemble de son corps jusqu'au visage. Il acquiesce tout en mettant ses mains sur son visage. Ses bras sont pliés, ses coudes sont fléchis vers l'extérieur et ses genoux sont toujours fléchis également. Le psychomotricien lui demande d'essayer d'étendre ses jambes. Jean Luc change

²³ Cf.infra, p.66

²⁴ Cf. Annexe n°1

légèrement sa position mais ses membres inférieurs restent pliés, tendus et toniques. Je lui passe le rouleau sur tout son corps. Je pensais faire un aller-retour mais il me dit et répète « encore » à chaque fois que j'arrive à ses orteils. Finalement j'effectue six allers-retours. Cette sensation semble importante pour lui. Je le perçois toujours très tonique.

C.3 POURSUITE DES EXPÉRIENCES DE CHUTE ET DE L'ACCÈS AU TOUCHER THÉRAPEUTIQUE

Après les vacances de fin d'année, Jean Luc revient en psychomotricité avec l'envie de rejouer l'expérience de chute mais cette fois-ci il augmente la hauteur de la chute en grimpant à l'espalier. Il grimpe jusqu'en haut et se laisse chuter sur le Fatboy. C'est impressionnant car c'est à deux mètres du sol environ. Il ne demande pas le drap. Je le laisse effectuer pendant un moment ses chutes « Bravo Jean Luc tu réussis à vaincre ta peur de vide, t'es impressionnant, t'as vu Margaux ? » me dit le psychomotricien. Je surenchéris : « Impressionnant, en effet ! En plus il recommence, cela doit vraiment lui donner des sensations importantes dans le corps ! ». Je décide de lui proposer de reprendre les pressions corporelles mais sans le tissu cette fois-ci dans un contact direct. Il est toujours en position foetale lorsqu'il repose sur le coussin après sa chute. Je n'ai donc accès qu'à son hémicorps gauche et légèrement à son membre inférieur droit. Jean Luc se laisse approcher et je peux alors ressentir précisément ses contractions musculaires notamment au niveau des épaules (remontées vers les oreilles) et du dos. Je commence à effectuer des pressions fermes et ressens alors un véritable abaissement tonique : ses épaules, qui étaient auparavant contractées, se détendent et s'abaissent. Sa mâchoire reste cependant très serrée alors je décide de venir mobiliser la tête. D'un sursaut surprenant Jean Luc se lève et remonte à l'espalier, je comprends que j'ai été trop loin dans la proposition alors je me décale. Il remonte à l'espalier et chute une nouvelle fois. Je reste attentive à ne pas aller trop rapidement dans les mobilisations afin de ne pas le brusquer. Nous reprenons cette expérience plusieurs fois. Progressivement, je constate un véritable abaissement tonique. Mes mains perçoivent un relâchement musculaire, il se relève d'un bond et me surprend à chaque fois. On peut imaginer que le lâcher prise induit par le toucher thérapeutique est effrayant pour Jean Luc, qui semble rassuré par un hyper contrôle et une maîtrise importante des situations. La décontraction de sa mâchoire et de ses muscles de la zone orale l'amène parfois à laisser échapper de la salive sur le coussin.

À la fin de certaines séances, il lui arrive de se réfugier dans le tonneau rouge. Il se cache alors tout entier dedans. Le tonneau est couché à l'horizontal. Nous verbalisons qu'il a le droit de prendre un temps pour s'isoler s'il le souhaite et que nous respectons ce moment important pour lui. Il semble venir chercher de la contenance physique et de la dureté à travers ce tonneau en plastique.

C.4 L'EMERGENCE DU JEU SYMBOLIQUE

Nous sommes au début du mois de mars et Jean Luc vient de passer deux semaines d'observation dans une autre structure, un IMPro. Sa prise en charge s'est donc à nouveau interrompue. Je décide à son retour de reprendre le toucher thérapeutique mais de le médiatiser afin qu'il puisse reprendre ses marques et que je puisse continuer les pressions corporelles après cette première approche. Je commence donc par utiliser une balle à picot. Après la chute, il se place toujours de la même manière : le visage tourné vers le mur, en position foetale. Je lui passe la balle sur le dos, les bras et une des jambes sur le bord externe. Il bouge, il semble avoir peur que je passe trop près de son sexe donc le psychomotricien verbalise « Oh, ne t'inquiète pas Jean Luc, Margaux va respecter les parties intimes de ton corps. Elle ne passera pas sur ton sexe ni sur tes fesses ». Sa tonicité reste élevée. Je lui demande s'il veut que je passe sur sa tête il me répond un « oui » très franc, il semble en avoir très envie. Il ferme toujours les yeux. Il se lève très brusquement presque en me bousculant et remonte à l'espalier. Je lui fais part de ma surprise et lui explique qu'il peut m'avertir s'il veut que j'arrête avant d'être dans l'obligation de se relever si brusquement. Je tente de reprendre un toucher plus direct avec mes mains, je le sens très tendu, ses épaules se resserrent ses muscles dorsaux se contractent. Je lui demande s'il préfère avec la balle ou avec mes mains, il me dit « la balle » toujours avec cette voix très crispée, grave et à peine audible. Je passe donc la balle à picot sur son corps. Jean Luc commence à se détendre, sa mâchoire est moins serrée. En passant derrière son genou il coince la balle dans son creux de poplité, je la laisse alors en verbalisant « Tiens, la balle est bloquée dans le creux derrière tes genoux ». Il soulève alors son bras comme pour me dire de mettre la balle sous son aisselle. Je lui demande si c'est ce qu'il souhaite, il acquiesce, j'y place alors la balle. Il semble très apaisé.

Il attrape ensuite cette balle et la positionne sur le côté de sa tête comme un petit oreiller. Il prend l'autre balle et la serre un peu contre lui, comme s'il lui faisait un câlin. Nous verbalisons que cela nous fait penser à un câlin. Il prend alors la balle et commence à la manger en faisant beaucoup de bruit. Cette balle est verte, on peut imaginer qu'il fait semblant de manger une pomme. Il fait beaucoup de bruit. Il reste un peu dans cette position puis se lève et grimpe à l'espalier il fait mine de vomir ce qu'il vient de manger de tout là haut, comme si c'était une pomme empoisonnée et recommence à chuter. Nous verbalisons avec le psychomotricien « *Oh, il a tout vomit, était-ce une pomme empoisonnée ?* ». Puis, je l'invite à s'allonger et je lui propose de passer un gros tonneau mou le long de son corps, il acquiesce avec un grand sourire, il en a envie. Je passe alors le tonneau sur son corps, il semble apprécier mais lorsque le tonneau passe sur son

visage il fait comme s'il le mangeait pour ne pas se faire écraser, il fait d'importants bruits « Grinchgrinchrkrk ! ». Ce jeu l'amuse beaucoup. Je l'invite à ressentir le poids de son corps et sa tridimensionnalité. Ainsi, à repérer ses appuis : son dos, ses jambes, le poids du tonneau qui passe sur l'ensemble de son corps. Il se détend : ses mains se dénouent peu à peu pour se déposer délicatement sur le coussin.

Puis, il se tourne et rentre dans le tonneau. Il prend une balle qu'il porte à sa bouche. J'ai l'image d'un tout petit. Il se balance de gauche à droite pour finalement rouler complètement. Il roule entièrement dans le tonneau pendant un moment dans la salle de psychomotricité de gauche à droite. Finalement, il passe dans l'autre tonneau, le rouge, beaucoup plus dur. Il tourne également.

Nous lui proposons l'exercice que nous avons fait au tout début du suivi²⁵ avec le psychomotricien derrière et Jean Luc assis sur le tonneau, se laissant aller en arrière et rattraper par le psychomotricien. La différence est flagrante. Premièrement, il ne regarde pas derrière pour s'assurer de la présence du professionnel. Deuxièmement, il se balance véritablement sur le tonneau, il reste tendu au début de la proposition et ne montre à voir que le bas de son dos comme s'il résistait pour ne pas se laisser tomber dans les mains du psychomotricien. Cependant, progressivement il se détend et se redresse. Il dépose entièrement son corps dans les bras du psychomotricien : si bien que si celui-ci se décalait, Jean Luc tomberait au sol, chose qui n'était pas le cas auparavant. Nous venons d'assister aux prémices d'un relâchement de cette carapace tonique.

Je lui propose un exercice de verbalisation afin qu'il puisse avoir un autre support d'expression car la mise en mots semble complexe : « Colorie cette silhouette²⁶ en pensant à la séance d'aujourd'hui, qu'as-tu ressenti dans ton corps ? ». Il prend son temps pour choisir la couleur et se met rapidement à colorier puis repart sans que l'on ait le temps de le saluer.

C.5 OSER : QUAND DE NOUVELLES EXPÉRIENCES ÉMERGENT

La séance que je m'apprête à raconter marque un tournant dans la prise en charge de Jean Luc . Comme à son habitude, il attend devant la salle et entre rapidement après la sortie du patient précédent. Il nous regarde peu, monte rapidement à l'espalier et attend en haut un moment. Je lui demande s'il veut que je sécurise la zone et il me répond qu'il veut le gros coussin. Une fois celui-ci installé, il commence à reprendre ses expériences de chute. Après deux répétitions, je place mes mains sur son dos, voyant qu'il ne se dégage pas de ce contact, j'étend alors cette proposition sur l'ensemble de son corps. Il reste un long moment allongé sur le coussin à profiter de ces mobilisations, presque 10

²⁵ Cf. supra, p.11

²⁶ Cf. Annexe n°5

minutes. Je l'invite à desserrer sa mâchoire : je mets mes mains sur les tensions des muscles de cette dernière, dans un mouvement issu de la méthode de relaxation de H.Wintrebert²⁷. Il relâche les muscles de sa mâchoire et semble vraiment apprécier. Puis, il se lève et remonte à l'espalier. Lorsqu'il se trouve en haut il nous dit « Coyote » en référence à son dessin animé préféré. Le psychomotricien dit alors : « Voici Coyote en haut de son échelle, va t'il tomber? Sera-t-il rattrapé? ». Jean Luc se place alors dans son rôle et joue les véritables mimiques de ce personnage : il place sa main au dessus des ses sourcils comme pour observer les montagnes lointaines. Il joue si bien qu'on dirait presque qu'il est devenu ce personnage. Il me montre du doigt et me dit « Bip-Bip », je comprends alors qu'il aimerait que j'incarne ce personnage. Lorsqu'il retombe sur le coussin je propose de passer une Medecin Ball²⁸ le long de son corps. Il accepte volontiers ma proposition et me dit « ma tête ». C'est la première fois que, de lui-même, il me fait une demande concernant une mobilisation de son corps. Il est à la recherche du dur, comme lors de la dernière proposition avec le tonneau. Le psychomotricien renchérit le jeu en disant : « Le Bip-bip s'occupe très bien de toi, même si t'essayes de la pourchasser ». Jean Luc sourit beaucoup et semble prendre du plaisir dans le jeu qui s'installe. Il recommence à se lever et retombe une nouvelle fois. Je lui propose de s'allonger complètement dans une position d'ouverture en plaquant son dos contre le support. C'est une posture qu'il n'a jamais prise, il est habituellement en position foetale tourné vers le coin opposé de l'endroit où je suis installée. Il ferme les yeux et se laisse complètement faire, je ressens beaucoup moins de tensions corporelles : ses mains se relâchent et s'ouvrent. Il me dit « ma mâchoire ». Je comprends sa demande et viens y poser mes mains pour mobiliser cette zone. Or, d'un seul coup il ouvre grand ses yeux et fait comme s'il allait me croquer la main, en me laissant apercevoir chacune des dents de sa bouche. Je suis alors surprise, je joue de cette situation en accentuant le trait « Vous avez vu ? Il a voulu me croquer là ! » dis-je au psychomotricien. Jean Luc se relève et recommence, il continue à me surprendre en m'attrapant une main et en faisant comme si il allait me la croquer. Le professionnel continue le jeu « Le coyote veut croquer le Bip-bip, mais le Bip-bip est sympathique, il reste près de lui et s'occupe de donner des forces au coyote en lui permettant de se détendre. » On rejoue cela plusieurs fois. Jean Luc s'amuse beaucoup, je sens qu'il est dans le jeu et dans la relation, il communique véritablement avec moi. Je perçois une certaine complicité, une nouveauté dans la relation : il ose. Il me regarde même franchement dans les yeux. Peu de temps après il mime qu'il croque une pomme empoisonnée et tombe comme s'il était mort sur le tapis. C'est la deuxième fois qu'il rejoue cette scène. Nous nous occupons alors de lui pendant qu'il

²⁷ La relaxation de H.Wintrebert est une méthode de relaxation « activo-passive ». Le mouvement se nomme « massage du bas du visage ». (GUIOSE, M., 2007, p.29)

²⁸ Une medecine ball : un ballon lestée, de la taille d'un ballon de basket, pesant environ 3kg.

continue à faire le mort. Son tonus est complètement abaissé et sa respiration devenue plus calme. Cependant, lorsque je m'approche trop près de lui, d'un bond il m'attrape fermement le poignet et fait semblant de me croquer. Je ressens une véritable énergie et un grand enthousiasme dans ce jeu. Cela pourrait le déborder mais je sens aussi un contrôle et une maîtrise de sa part. Je n'imagine à aucun moment qu'il puisse me mordre véritablement. Il est dans une juste distance et on voit qu'il fait semblant. Son regard est si incarné par son personnage que je pourrais me sentir mal à l'aise mais je sens qu'il connaît la limite de ce jeu. Alors que la fin de la séance approche, il se lève, vient vers moi et fait mine de me croquer puis éclate de rire. Son rire semble authentique et illustre un réel lâcher prise. Il repart vers la porte sans se retourner et sans nous saluer. Je l'interpelle pour qu'il reste encore un peu, je lui propose de nouveau le support graphique de la silhouette. Il me répond « je l'ai déjà fais », je lui explique que chaque séance est différente et que chacun des dessins est totalement unique et toujours très intéressant. Il se lance alors dans la création et choisit en premier le feutre bleu. Il dessine les oreilles puis colorie les pied. Il prend après le rose et dessine les bras. Il me dit qu'il a terminé l'exercice, j'observe le dessin et je lui demande comment s'est passé cette séance pour lui. Il me répond « agréable », je l'interroge « tu saurais me dire pourquoi? », il part alors d'un seul coup sans se retourner. Cette séance m'a beaucoup questionnée : Est-ce véritablement un relâchement, un accès à la conscience du corps ou est-il purement dans le jeu en se mettant dans des rôles de personnages de dessins animés ? Se cachait-il derrière le coyote pour faciliter le lâcher prise et l'accès au toucher ? Est ce que l'envie de dévoration est en lien avec l'adolescence et l'apparition des pulsions sexuelles ?

Lors de la séance suivante, alors que Jean Luc reprend l'expérience de chute et de pressions corporelles, le psychomotricien chante une petite berceuse. Jean Luc sourit, il a bien accueilli cette proposition. En grim pant à nouveau sur l'esp alier il nous reparle du Bip-Bip. Le professionnel reprend alors « Le coyote est prêt à sauter pour attraper le Bip-bip ». Il saute puis lorsqu'il est de nouveau allongé après un temps de toucher thérapeutique, il me dit « ma mâchoire ». Je lui demande s'il veut que je vienne le mobiliser à ce niveau, il hausse la tête. Je lui propose donc une mobilisation au niveau de visage mais d'un bond il fait mine de me croquer la main. Ce changement brutal de comportement me surprend beaucoup et je décide de partager cette surprise avec le psychomotricien : « Wahou j'ai été surprise! Vous avez vu ? On ne s'y attendait pas... »

Jean Luc s'en amuse beaucoup, il recommence une nouvelle fois à tomber sur le coussin. Après un long temps de prise de conscience corporelle, il m'attrape à nouveau la main et fait comme s'il me mordait. Il émet beaucoup de bruits de bouche, évoquant la dévoration. Je continue à lui proposer des pressions corporelles et il attend avec impatience le moment pour me surprendre, ses yeux sont fermés il semble apaisé. Le psychomotricien

se place près de moi comme pour me protéger, tout en verbalisant : « Attention Bip-bip, ne te rapproches pas trop il va te croquer ! ». Jean Luc m'attrape de nouveau le bras et fait comme s'il allait me mordre, je sens le contact de sa bouche sur la paume de ma main. Je n'ai aucunement peur qu'il me mordre car je sens qu'il contrôle parfaitement la distance à respecter pour ne pas me faire mal. Le psychomotricien se place à son tour près de Jean Luc et vient le mobiliser. Jean Luc n'a pas les mêmes réactions, il ne tente à aucun moment de le dévorer.

Le professionnel lui propose deux balles représentant de la « nourriture » mais Jean Luc décide de les lancer sur moi, toujours dans le jeu avec cependant une très faible force de frappe. Puis, il me demande « tu peux pleurer ? » de sa voix grave, toujours crispée et peu audible. Je me mets alors à faire semblant de pleurer. Voyant sa jubilation, je me mets à crier de souffrance. Il rit, cela l'amuse beaucoup. Il s'en va jouer aux petites voitures avec un sourire sarcastique. Puis, il se rapproche rapidement de moi et me dit « pardon, pardon » et en tapotant sur mon épaule, « désolé ». Le psychomotricien verbalise « Le Coyote s'en veut et vient demander des excuses au Bip-bip ». Jean Luc se rapproche de moi, dépose sa tête sur mon épaule. Cette accolade me fait penser à une recherche de contact maternant ou fraternel mais en aucun cas un contact érotisé. Ce rapproché m'a tout autant surpris qu'émue. Ce rapprochement illustre un lâcher prise important, un mouvement réparateur après l'attaque, authentique, qui restait dans le jeu. Je me pose la question de savoir s'il a accès à une certaine forme de culpabilité ? Il retourne jouer avec sa voiture, puis revient de plus bel, les grands yeux ouverts prêt pour faire semblant de me mordre. Il passe à l'attaque, et rejoue de nouveau la réparation, la recherche du pardon et le contact corporel. Puis, il prend la distance nécessaire pour lui en jouant à lancer des balles dans un tonneau, une activité sportive très occupationnelle. Il s'installe au bureau, prend une feuille et commence à dessiner puis à écrire. C'est la première fois qu'il vient par lui même dessiner au bureau sans que je l'invite à le faire, et qu'il écrit : c'est un grand pas dans la communication. Son dessin représente le Coyote et le Bip-bip, il écrit en bas de la page : « coyote - bip-bip - ça boom - boomerang »²⁹.

²⁹ Cf. Annexe n°4

1. L'adolescent ayant un trouble envahissant du développement :

Jean Luc a été diagnostiqué, à l'âge de 5 ans et demi, comme atteint d'un Trouble Envahissant du Développement, mais que se cache-t-il derrière ce terme ? J'ai immédiatement remarqué la grande difficulté relationnelle de Jean Luc et cela m'a fait penser à l'autisme. Est-il autiste ? D'ailleurs « être autiste » qu'est-ce que cela signifie ? Troubles Envahissants du développement, Troubles du Spectre Autistique, Autisme, ces dénominations correspondent-elles aux mêmes entités cliniques ? L'importance de s'appuyer sur des classifications reconnues par l'Organisation Mondiale de la Santé permet de mieux comprendre les manifestations de ces troubles.

A. Le Trouble Envahissant du Développement :

A.1 GÉNÉRALITÉS :

- *L'historique*

L'évolution de la terminologie utilisée concernant la pathologie autistique a beaucoup variée. Cela illustre la difficulté des praticiens à mettre des mots sur des troubles complexes. Du fait de la variabilité de la clinique et de la diversité de l'expression des troubles, il n'est pas aisé de trouver les mots justes.

Le terme « d'autisme » a été introduit par E. Bleuler en 1911 en lien avec le retrait symptomatique de la schizophrénie. Or, c'est L. Kanner qui l'a utilisé en premier concernant la pathologie de l'enfant, il parle de « perturbation autistique du contact affectif » puis d'« autisme infantile » en insistant sur le fait que ce trouble soit inné. Il met en lumière l'immuabilité dans l'autisme en utilisant le terme « sameness »³⁰ et les difficultés de communication ainsi que le retrait social « aloneness »³¹. Vers 1950, les psychanalystes éloignent l'idée d'un trouble « inné » avancée par L. Kanner en s'appuyant sur « l'hypothèse de défaillances maternelles précoces, comme potentiellement génératrices de troubles relationnels graves chez l'enfant »³². Vers les années soixante, les scientifiques avancent l'importance de la génétique dans l'épidémiologie de cette pathologie. Elle devient une problématique neuro-développementale à partir de 1970. Il

³⁰ Sameness : signifie « similitude » en français, utilisé pour illustrer les difficultés rencontrées par les personnes ayant un TSA face aux changements.

³¹ Aloneness : signifie « solitude » en français, utilisé pour rappeler l'isolement dans l'autisme.

³² MAFFRE, T., PERRIN, J. (2013), p.2

faut attendre les années 1980 pour que l'autisme prenne une place importante dans la psychopathologie de l'enfant, on parle alors de « Troubles Globaux du Développement », puis plus tard « de Trouble Envahissants du Développement ». Finalement, en 2013, avec le DSM V³³ le terme est qualifié de « Troubles du Spectre Autistiques », expression utilisée actuellement. Nous emploierons donc cette qualification tout au long de ce travail.

- *Définitions et classifications*

La CIM 10³⁴ est recommandée par la Haute Autorité de Santé. C'est une classification dite « critériologique » : le diagnostic repose sur la présence chez un individu d'un nombre minimal de critère parmi une liste plus grande. Cette classification utilise le terme de « Trouble Envahissant du Développement » et les définit comme un « groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêt et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toute situation.»

Cette classification propose huit catégories de Trouble Envahissant du Développement, identifiées de la façon suivante : l'autisme infantile, l'autisme atypique, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance, l'hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés, le syndrome d'Asperger, les autres troubles envahissants du développement notamment les troubles non-spécifiés.

Les patients ayant un trouble envahissant du développement ont en commun une association de symptômes, que l'on nomme « la triade autistique » :

- 1) Altérations qualitatives des interactions sociales réciproques
- 2) Altérations qualitatives de la communication
- 3) Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.

Dans le DSM V, publié en mai 2013, l'autisme est classé dans un chapitre intitulé « les troubles neuro-développementaux ». Le DSM V regroupe les différentes catégories (les troubles autistiques, le syndrome Asperger et les troubles envahissants du développement non spécifiés) en une seule : le Trouble du Spectre Autistique (TSA). Le syndrome de Rett et les troubles désintégratifs de l'enfance ne font désormais plus partie du système de classification. Le DSM V ne fait pas la distinction entre ces différents sous-

³³ DSM V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V », publié par l'American Psychiatric Association, datant de 2013.

³⁴ CIM-10 : Classification internationale des maladies de l'organisation mondiale de la santé, critères diagnostiques pour la recherche, éd. Masson datant de 1994.

types mais spécifie plutôt 3 degrés de sévérité des symptômes ainsi que le niveau de soutien nécessaire.

Cette classification laisse place à une dyade autistique :

1) Un déficit persistant de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés.

2) Un caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités dont la sévérité est spécifiée selon le niveau d'aide requis par la personne dans ces différents domaines. Le symptôme clinique « sensibilité inhabituelle aux stimuli sensoriels » est apparu dans cette classification.

Ces deux appellations, TED (utilisé dans la CIM-10) et TSA (exposé dans le DSM V), décrivent la même entité clinique. Les classifications nous offrent des clefs de compréhension de la pathologie du patient, il ne faut cependant pas oublier la singularité de tout un chacun. Il est important de souligner que : « sur le plan clinique aucune classification n'est à même de remplacer l'évaluation individuelle des capacités et des difficultés de l'enfant, de sa position personnelle dans son groupe familial, qui est le support à la prise en charge. La complémentarité de ces deux démarches nous paraît indispensable et actuellement possible. »³⁵ En tant que professionnel de santé, le psychomotricien est l'un des acteurs du parcours de soins des personnes avec TSA, considéré par la Haute Autorité de Santé comme professionnel de la première ligne. Cela signifie que nous sommes « concernés par le repérage et le diagnostic de TSA chez l'enfant et l'adolescent »³⁶ et que nous intervenons « sur une partie ou l'ensemble du parcours du repérage au diagnostic, selon leur mode et lieu d'exercice. »³⁷

- *L'épidémiologie*

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) : « La plus récente revue de littérature avec méta-analyse, incluant 41 études dans 18 pays, a estimé la prévalence mondiale des TSA (chez les moins de 27 ans) à 7,2/1 000 en 2010, soit **1/132 personnes**. La prévalence mondiale de l'autisme est estimée à **2,4/1000**, avec une prédominance chez les hommes (3,6/1 000) par rapport aux femmes (1,2/1 000) **ratio (3:1)**. »³⁸ Je peux faire ce même constat de sex-ratio au sein de l'Hôpital de jour, les garçons sont bien plus nombreux.

- *L'étiologie et les facteurs de risque*

³⁵ AUSSILLOUX, C., BARTHELEMY, L., 2002, p. 21-23.

³⁶ HAS, Services des bonnes pratiques professionnelles, février 2018, p.8

³⁷ Ibid, p.8

³⁸ Ibid, p.10

Aucune étiologie unique n'a pu être prouvée, les causes sont multi-factorielles et regroupent différents paramètres : biologiques, psychologiques et environnementales. Cependant, la Haute Autorité de santé met en lumière les facteurs de risques suivants ³⁹ :

Les facteurs démographiques : Ce trouble toucherait toutes les classes sociales et serait quatre fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. Le sex-ratio varie selon que l'autisme infantile est associé ou non à un retard mental. Le sex-ratio est moins élevé lorsque qu'il y a un retard mental modéré à sévère associé à l'autisme (deux garçons/une fille), alors que la prépondérance des garçons est plus marquée dans l'autisme sans retard mental (six garçons/une fille).

Les antécédents familiaux : la plus large étude de cohorte en population ayant estimé le risque familial des TSA a été conduite en Suède sur plus de 2 millions d'enfants nés entre 1982 et 2006, dont 14 516 avaient un diagnostic de TSA. Les résultats ne suggèrent pas de différence majeure dans le risque de récurrence selon le sexe, mais témoignent d'une augmentation du risque individuel de TSA liée au degré de parenté génétique.

Des méta-analyses, incluant plusieurs millions de sujets, confirment que l'âge avancé des parents serait un facteur de risque de TSA.

Les facteurs environnementaux :

L'association entre l'exposition in utero à la pollution de l'air et le risque de TSA repose essentiellement sur les résultats de deux méta-analyses publiées en 2016. Ces études suggèrent une augmentation modeste du risque de TSA pour l'enfant exposé à la pollution pendant la grossesse ou en post natale, risque qui serait proportionnel à l'exposition à certaines particules. L'exposition au mercure est suspectée d'augmenter le risque de TSA mais les études restent à être confirmées.

Les facteurs psychologiques :

L'HAS explique que : « les caractéristiques psychologiques des parents ne sont pas un facteur de risque dans la survenue des TED. La théorie selon laquelle un dysfonctionnement relationnel entre la mère et l'enfant serait la cause du TED de l'enfant est erronée. »

³⁹ Les faits exposés dans cette partie sont issus du Services des bonnes pratiques professionnelle datant de février 2018. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_-_argumentaire.pdf (consulté le 12/02/19)

Il est important de rappeler qu'il faut garder une distance quant aux différents résultats des études présentées dans cette partie, du fait de la taille de l'effectif souvent faible et du risque de confusion possible. De plus, un facteur de risque ne peut être assimilé à un facteur de causalité.

A.2 LA SÉMIOLOGIE PSYCHOMOTRICE DES TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE

La sémiologie de l'autisme est très complexe et dépend de la sévérité du trouble mais aussi de l'expression de certains symptômes qui peuvent être totalement différente d'un individu à l'autre. Nous allons nous appuyer sur certains items proposés par J. Boutinaud dans son ouvrage « *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* » offrant une observation complète, certaines vignettes cliniques viendront illustrer la théorie.

- *La sphère de la vie quotidienne :*

Concernant la propreté, il est possible que l'enfant ayant un TSA ait des difficultés pour passer ce cap que constitue le stade anal tel que Freud a pu le décrire avec tous les remaniements psychiques qu'il induit. J. Boutinaud explique que l'on « note souvent des temps de rétention qui peuvent s'avérer assez longs : l'enfant peut aussi n'arriver à uriner et déféquer que dans certaines conditions assez précises. »⁴⁰

On retrouve fréquemment des complications au niveau de l'alimentation. Cela peut se comprendre par des difficultés à vivre ce moment de réunion de groupe, l'enfant a souvent du mal à rester à table durant un temps important. Il est souvent nécessaire d'avoir des repères stables (manger à côté des mêmes personnes, aux mêmes horaires, dans le même lieu). D'un point de vue sensoriel, l'enfant ayant un TSA est souvent attentif à la couleur de l'aliment, à sa texture, à sa solidité et à son goût. On constate souvent une sélectivité. Les lieux de restaurations collectives sont très souvent bruyants, les hypersensibilités auditive peuvent également entraver le moment du repas.

De plus, le sommeil se trouve fréquemment impacté, on retrouve des difficultés d'intégration du rythme nyctéméral⁴¹ dans l'anamnèse du patient ayant un TED. Finalement, on remarque souvent l'absence d'intérêt pour des jeux de leur âge ou bien des détournement de la fonction du jeu. Par exemple, les roues des petites voitures sont utilisées de manière à créer une expérience sensorielle : faire tourner les roues juste devant son oeil. Ces utilisations sont souvent répétées et stéréotypées.

- *En salle de psychomotricité :*

⁴⁰ BOUTINAUD, J., 2009, p.64.

⁴¹ Rythme nyctéméral : renvoie à un cycle de 24 heures, découpé par une période de jour et une autre de nuit.

L'**attention et la vigilance** peuvent être fluctuantes, ne leur permettant pas toujours d'être "présent" à l'autre. Ils papillonnent et ne semblent pas nous entendre « l'enfant semble présenter une quasi-indifférence et une absence aux stimuli provoqués, soit que son attention se montre extrêmement labile et insaisissable. »⁴²

Je peux ressentir cette indifférence en séance lorsque par exemple, m'adressant à Jean Luc alors qu'il monte à l'espalier en lui demandant ce qu'il a ressenti, il ne me regarde pas et ne semble ne pas m'entendre. Je me sens comme invisible.

On peut observer des difficultés concernant **la mémoire et la trace psychique**. Certains enfants semblent revenir dans la salle de psychomotricité comme si c'était à chaque fois la première fois, comme si les expériences passées ne semblaient pas s'inscrire psychiquement : « certains enfants ayant accès au langage peuvent se retrouver fort dépourvus lorsqu'ils essaient de se souvenir de ce qu'ils sont venus faire ici la dernière fois [...] certains objets, jeux ou activités fortement investis par l'enfant de façon parfois élective semblent par contre peut-être d'une rencontre à l'autre mobiliser un souvenir. »⁴³

Le rapport au sonore et au langage peut être différent, certains sons semblent inaudibles par le patient, comme s'il ne les entendaient pas. On peut se demander si c'est le mouvement de retrait social qui inhibe alors le sens de l'ouïe d'une manière à se protéger de l'extérieur. Ou bien si cela peut également être dû aux particularités sensorielles et à la difficulté à coordonner plusieurs sens à la fois ? Alistair, une jeune fille diagnostiquée autiste asperger explique bien ce phénomène dans sa vidéo : « *Mieux comprendre l'autisme : L'hypersensibilité et les spécificités sensorielles.* » D. Meltzer nomme cette notion le "le démantèlement" et explique : « Le démantèlement se produit selon un procédé passif consistant à laisser les sens variés, spéciaux et généraux, internes et externes, s'attacher à l'objet le plus stimulant de l'instant. »⁴⁴

Concernant le langage, dans la pathologie autistique, certaines phrases ne semblent pas incarnées, sans aucune fonction de communication: « comme si le langage pouvait tourner à vide et ne demeurer plus qu'une coquille vidée de sa substance. »⁴⁵

Dans l'ouvrage « *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* » J. Boutinaud expose **La question du toucher**. Cette notion est également au coeur de la prise en

⁴² BOUTINAUD, J., 2009, p.72

⁴³ Ibid, p.73

⁴⁴ MELTZER, D., 1980, p.20

⁴⁵ BOUTINAUD, J., 2009, p.75

charge en psychomotricité de Jean Luc. Généralement on retrouve deux possibilités : il est possible de voir que l'enfant ou l'adolescent ne semble pas sentir de contact, il n'a aucune réaction quand il se cogne brutalement contre un obstacle, on peut évoquer l'hyposensibilité tactile. À l'inverse, le toucher peut être perçu comme très intrusif et insupportable, on peut alors évoquer l'hypersensibilité tactile. Cela renvoie aux seuils sensoriels mettant en lumière la singularité de chaque personne. J. Boutinaud écrit : « dans d'autres cas où la perception du monde extérieur est moins atteinte, l'enfant peut se tenir à distance respectable d'objet ou de personnes dont il craint le contact. »⁴⁶

Jean Luc montre en séance le fait qu'il est bien important de bien respecter la distance qui lui est « supportable ». Au début du suivi, il restait très loin de moi et dès que je me rapprochais cela semblait l'angoisser. Il ajustait alors la distance en reculant lorsque cela lui paraissait trop intrusif. Cela m'a permis également d'adapter la juste distance relationnelle. L'instauration d'un climat de sécurité, une bonne alliance thérapeutique et le respect du rythme de sa proxémie ont permis le contact corporel.

Le tonus est très variable, nous détaillerons cette notion primordiale en psychomotricité dans une seconde partie. Dès les premiers instants nous pouvons jauger, sans toucher, les tensions corporelles présentes chez le patient. On retrouve fréquemment deux pôles toniques, soit une hypotonie importante avec une chute du tonus, ou bien une hypertonie présente dans un raidissement de l'ensemble du corps : « nous introduisant à une formidable mise en tension dichotomiques entre le mou et le dur, la liquéfaction et la solidification, la mort et la survie. »⁴⁷

De plus, on observe fréquemment des difficultés concernant les conduites motrices de base et la coordination. Les praxies⁴⁸ peuvent être complexes. Cela résulte de certaines difficultés dans l'élaboration d'un geste moteur mais également de difficultés à habiter leur corps.

Au niveau de l'**orientation temporo-spatiale**, les enfants TSA en grande difficulté semblent nier l'espace autour d'eux et peuvent être dans des conduites de déambulation⁴⁹ comme si la limite n'était pas perçue. Toute leur perception est alors troublée, ils sont à la recherche d'invariant pour trouver une certaine stabilité. Le besoin d'immutabilité fait également partie de la sémiologie de l'autisme. Concernant la sphère temporelle : « dans

⁴⁶ BOUTINAUD, J., 2009, p.76

⁴⁷ Ibid. p.78

⁴⁸ Une praxie est un geste moteur soumis à l'apprentissage effectuées dans un but précis.

⁴⁹ La déambulation renvoie à l'action de marcher sans but précis. Dans l'autisme, cela peut être dans le but de ressentir son corps dans le mouvement ou de retraverser des lieux connus afin de se ré-assurer.

l'autisme, l'ici et maintenant dans lequel se trouve plongé l'enfant par le biais d'activités centrées sur le corps et la sensorialité paraissent abolir toute construction de la temporalité comme flux unidirectionnel. »⁵⁰ Le rapport au temps est donc également très complexe.

Finalement, en s'intéressant à la **question des éprouvés corporels et à leurs mise en mots**, on peut repérer beaucoup de confusions. Par exemple, on repère des difficultés à distinguer les différentes parties du corps et à confondre certaines articulations (somatognosies). Cela vient donner des informations sur l'investissement corporel et sur la manière dont le corps est vécu : « Ces explorations peuvent alors ouvrir sur des commentaires plus ou moins curieux qui peuvent venir trahir les théories anxiogènes nourries à propos du corps (assimilation de celui-ci à un objet mécanique où circule l'électricité ou l'essence...). »⁵¹ Attention, on peut trouver un écart entre une capacité à reconnaître les différentes parties du corps bien développée et un investissement émotionnel du corps pauvre.

Lors de l'entretien corporel de Moyano, on repère bien, dans les réponses de Jean Luc, l'aspect mécanique du corps, comme non habité émotionnellement. Il évoque des actions très fonctionnelles lors de la question D : « *Que peut-on faire quoi avec son corps ?* » Il répond : « *marcher, dormir* ».

B. L'adolescence

B.1 GÉNÉRALITÉS SUR L'ADOLESCENCE

En latin, "*adolescere*" signifie grandir, devenir et "*adolescencia*" renvoie à la jeunesse. L'Organisation Mondiale de la Santé parle de « période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans. » L'adolescence est une période de remaniements physiologiques, psychologiques et sociales, c'est une période de transition complexe. Il est important de prendre en compte l'ensemble de ces paramètres dans la prise en charge psychomotrice auprès d'adolescent.

- *D'un point de vue neurophysiologique :*

La période d'adolescence commence par la puberté, celle-ci est marquée par l'activation de la fonction hypothalamo-gonadique. Cela se situe en moyenne entre 9-10

⁵⁰ BOUTINAUD, J., 2009, p.83

⁵¹ Ibid, p.85

ans et 14ans chez la fille et entre 11 et 15 ans chez le garçon. Le début correspond aux premières règles chez la fille et à la première éjaculation ou mue de la voix chez le garçon. On observe également le développement de caractères sexuels primaires et l'apparition des caractères sexuels secondaires. À cela s'ajoute un pic de croissance, caractérisé par un développement anatomique dysharmonieux, remettant alors en question le schéma corporel⁵². La maturation neurologique entraîne des modifications structurelles (corps calleux, amygdale, cortex préfrontal etc.) et fonctionnelles (renforcements de certains circuits neuronaux, élagage de certains autres). La plasticité cérébrale est grande. C'est une période de performance au niveau des apprentissages. D'autre part, l'immaturation du cortex préfrontal explique les difficultés de gestion de l'impulsivité et la labilité émotionnelle. Ces dernières sont donc sous-tendues par un substrat biologique.

- *Le développement psychomoteur :*

La masse musculaire augmente 3 fois plus chez les garçons que chez les filles à partir de 13 ans. Il y a de nouvelles stratégies d'équilibration et de posture. Le pic de croissance engendre des difficultés concernant le schéma corporel qui est alors remanié : le jeune adolescent se cogne souvent, il a besoin d'un temps d'adaptation à cette nouvelle taille, à ce nouveau corps. Les proportions de certaines parties du corps ne seront pas en accord avec d'autres, les représentations corporelles sont fortement impactées. Le besoin de réajustement corporel, l'envie de s'approprier ses nouvelles limites corporelles va amener le jeune à faire davantage d'expériences. Le corps est souvent au centre des préoccupations, une majorité d'adolescents se regardent énormément dans le miroir. Dans une période où il ne peut pas maîtriser tous ces changements corporels, l'adolescent essaye de maîtriser son apparence, son style, sa coiffure etc.

C. Potel exprime bien cet aspect de non-maîtrise : « Ils subissent, dans un premier temps presque traumatique, les directives de ce nouveau maître ! »⁵³ L'image que l'on renvoie à l'autre est alors très importante. Les éprouvés corporels internes sont au coeur de cette période comme l'illustre le besoin de sensation (le goût pour les manèges à sensations fortes, le sport intensif, les premiers émois amoureux etc.). On peut retrouver une labilité émotionnelle avec des sentiments souvent déçuplés (amour, haine, trahison etc.). L'apparence extérieure n'est plus en accord avec le vécu de l'enfance et des expériences passées ce qui peut causer des sensations d'étrangeté à la vue de son reflet dans le miroir.

En tant que professionnel, nous pouvons porter une attention particulière aux réactions de prestance, aux réactions tonico-émotionnelles, souvent nombreuses auprès de ce public.

⁵² Cf.infra, p.49

⁵³ POTE, C., 2015, p.74

Qu'en est-il de cette période sensible auprès d'adolescent souffrant d'un TSA?

B.2 SÉMIOLOGIE PSYCHOMOTRICE DE L'ADOLESCENT AYANT UN TSA

- *Un corps qui change, un équilibre qui vacille*

Nous pouvons imaginer que les difficultés engendrées pendant cette période sensible de remaniements des représentations corporelles sont majorées chez les personnes ayant un TSA. B. Meurin explique que la pathologie autistique est décelée dans la prime enfance et que certains processus sensori-moteurs sont donc impactés. Or, l'adolescence implique : « la résurgence de quelques mécanismes archaïques »⁵⁴, il poursuit en expliquant que nous pouvons « aisément imaginer la réapparition de fragilités vécues durant l'enfance pour les personnes avec autisme [...]. Les modifications organiques entraînent des changements dans la perception et la gestion des flux sensoriels. Les aspects gravitaires, par exemple, doivent se réajuster aux effets de la croissance rendant pour un temps l'adolescent pataud: celui-ci donne le sentiment d'avoir perdu les repères qui organisaient son schéma corporel, ses postures et ses attitudes avant de retrouver une certaine aisance.»⁵⁵ Ces modifications peuvent engendrer des maladresses et des mauvaises postures. Si l'on n'y fait pas attention cela peut créer de mauvaises organisations posturales qui perdureront après l'adolescence.

Nous reconnaissons souvent les personnes qui nous entourent au son de leur voix, étant un marqueur identitaire fort. À l'adolescence, la voix mue et il peut s'avérer difficile de ne plus reconnaître le son de sa voix (cela concerne principalement les garçons). Cela peut venir renforcer l'angoisse vécue pendant cette période d'adolescence chez le jeune ayant un TSA.

Depuis son entrée dans la puberté : « *Jean Luc a mué et sa voix est devenue très grave. Depuis, il ne parle quasiment plus* » m'explique son éducatrice référente.

Cela illustre bien une des difficultés à intégrer ces nouvelles perceptions de soi. A. Bullinger écrit : « Habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importantes à laquelle est confronté le bébé dans son développement. » et B. Meurin reprend ces propos : « Je pense que c'est la même tâche à laquelle les adolescents autistes sont confrontés; leur organisme, soumis à des transformations profondes, se

⁵⁴ MEURIN, B., 2018, p.272

⁵⁵ Ibid, p.283

rappelle à eux dans toute sa matérialité et l'équilibre plus ou moins stable auquel ils sont parvenus est chamboulé. »⁵⁶

Afin de maintenir cette équilibre, Jean Luc a sûrement trouvé dans le fait d'être quasiment mutique une stratégie pour parer à ces perturbations.

- *Une sexualité qui s'éveille*

Les remaniements de cette période de transition ne seront pas les mêmes auprès d'un adolescent autiste n'ayant accès au langage et avec déficience sévère qu'auprès d'un adolescent autiste pourvus du langage et scolarisé à temps partiel par exemple. Je vais prendre le temps de m'intéresser au deuxième cas, toujours dans la volonté de mieux comprendre ce qui se joue dans cette période sensible pour Jean Luc.

B. Meurin écrit : « Les mécanismes de perception peuvent conduire à des malentendus; par exemple une demande affective peut s'exprimer de façon plus ou moins sexualisée donc mal prise et repoussée.»⁵⁷ Toute personne traversant la période d'adolescence, souffrant d'autisme ou non, se voit manifester une attirance pour la sexualité, des besoins émergent ainsi que des pulsions sexuelles. Il est important de comprendre la complexité du développement sexuel chez les personnes avec TSA, L.Barthélémy nous expose quatre facteurs expliquant certains comportements :

- « le manque de connaissance socio-sexuelle et le phénomène dé-sexualisation sociale, comme si la condition de ces sujets diminuait la réalité de leur sexualité : la disparité des sexes : avec un sex-ratio très en faveur du sexe masculin, restriction du choix de partenaires féminines au sein des établissements spécialisés ou dans les groupes thérapeutiques⁵⁸.
- les restriction de l'environnement : règles formelles et informelles entourant la sexualité des personnes avec autisme, particulièrement restrictives au sein des politiques d'établissements et de leur personnel
- le manque d'intimité : avec peu d'occasion de se retrouver seul(e) avec un partenaire potentiel.

⁵⁶ MEURIN, B., 2018, p.283

⁵⁷ MEURIN, B., 2018, p.279

⁵⁸ Ce phénomène correspond au fait de considérer que les personnes en situation de handicap n'auraient pas de sexualité. Leur sexualité est bien présente mais souvent niée par le reste de la société et par des conditions qui ne leur permettent pas de l'exprimer.

Ainsi, les frustration apparaissent et des comportements sexuels inappropriés peuvent survenir. »⁵⁹

A l'Hôpital de Jour, Jean Luc a pu présenter à plusieurs reprises des comportements par rapport aux jeunes patientes accueillies, qui ont alerté l'équipe soignante. Cette dernière a en effet relaté des comportements de poursuite, de collage, voire même de tentative de déshabillage partiel qui ont pu être repéré et arrêté à temps. Le cadre et le respect de chacun lui ont été rappelé. Il est arrivé le même genre d'événement au sein de son collègue.

Les activités physiques comme le sport peuvent permettre de vivre des éprouvés corporels et faire des expériences de ces nouvelles transformations physiologiques : « La pratique d'une activité sportive pour un adolescent avec un syndrome Asperger ou autisme de bon niveau lui permet d'exprimer les tensions du quotidien au travers de l'activité physique et ainsi de se sentir probablement plus serein, améliorant ses relations aux autres et sa qualité de vie globale. »⁶⁰ Les pratiques sportives n'excluent cependant pas les pulsions sexuelles.

- *Des difficultés relationnelles exacerbées*

Nous avons vu précédemment l'importance de la norme dans cette période sensible. On imagine alors dans cette période le rejet de tout ce qui peut être différent. Les adolescents ayant un TSA peuvent donc être exposés à des potentielles stigmatisations du fait de leur différence : « leur naïveté, leur incapacité à mentir ainsi que leurs profondes difficultés à percevoir ou à imaginer ce que l'autre peut ressentir, les rend particulièrement vulnérable aux phénomènes de harcèlement scolaire et de maltraitance. »⁶¹ De plus, ils n'ont pas forcément les mêmes centres d'intérêts que leur pairs, « le désir de joindre un groupe d'amis est moins pressant, et les critères de la mode ont un impact moins grand. »⁶² Les codes sociaux sont différemment perçus et intégrés avec ce décalage de perception. En cours de récréation, ces jeunes préfèrent en générale s'isoler et ne paraissent pas avoir le désir de jouer ou de discuter avec leur pairs: « ils semblent se suffire à eux-mêmes et préfèrent s'occuper seuls "dans leur bulle". »⁶³

⁵⁹ BARTHELEMY, L., 2012, p.45

⁶⁰ Ibid, p.47

⁶¹ MEURIN, B., 2018, p.280

⁶² BARTHELEMY, L., 2012, p.45

⁶³ BARTHELEMY, L., 2012, p.46

En observant Jean Luc lors des récréations à l'Hôpital de Jour, je retrouve en effet cet aspect d'isolement et de retrait social. Cependant, je ne ressens pas qu'il veuille être seul car je vois qu'il essaye de communiquer avec d'autres jeunes. Il se rapproche des groupes, tourne autour, semble vouloir aller communiquer avec eux, rit des situations qui se jouent devant ses yeux. Il lui arrive de taper l'épaule d'un camarade pour l'interpeller mais ses gestes sont brusques et provoquent souvent le rejet. Il se retire alors pour retenter ultérieurement. Son institutrice d'ULIS a relevé le même comportement « Il en a envie, ça se voit, mais il n'a pas les codes » me dit-elle lors d'un entretien.

2. La place du corps

A. Le tonus

L'hypertonie de Jean Luc m'a interpellée dès nos premières rencontres. Pour bien comprendre son fonctionnement tonique il m'a été nécessaire de comprendre l'origine de la tonicité et ses enjeux.

A.1 DÉFINITION

Le terme tonus vient du grec « tonos »⁶⁴, qui signifie tension mécanique. Nous pouvons reprendre la définition proposée par M. Jover : « le tonus est un état de légère tension musculaire au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales »⁶⁵

Il existe trois niveaux toniques différents mais étayés les uns sur les autres :

- *le tonus de fond* : également appelé le tonus basal, passif, permanent. Il correspond à l'état de légère tension isométrique des muscles, involontaire et permanente. Il est toujours présent, même lors du sommeil. Il détermine l'expressivité des mouvements qu'il soutient.
- *le tonus postural* : correspond à l'activité tonique minimale qui permet de maintenir une posture.
- *le tonus d'action* : se définit par l'ensemble des variations musculaires permettant d'effectuer un mouvement c'est un processus conscient, qui peut être automatisé.

A.2 L'ASPECT NEUROPHYSIOLOGIQUE DU TONUS

⁶⁴ SCIALOM, P., GIROMINI, F., ALBARET, J.M., 2015, p.161

⁶⁵ JOVER, M., 2000, p.49

Le tonus est le résultat d'un système de régulation très fin et complexe, chaque centre nerveux exerce une action spécifique déterminée par les stimulations qu'il reçoit, traduit et transmet. Les deux systèmes nerveux impliqués dans la régulation tonique sont :

- le **système corticospinal inférieur**, nommé également « sous-corticospinal » ou « système archaïque », il est essentiel dans le maintien de la posture et la fonction antigravitaire. Ce système est myélinisé⁶⁶ dans le sens caudo-céphalique très tôt dans le développement du bébé (24-34 semaines de gestation).
- le **système corticospinal supérieur**, appelé également « système supérieur », sa myélinisation est plus tardive (environ 32 semaines de gestation).

Le réflexe myotatique⁶⁷, permettant la régulation de la longueur des muscles, est situé dans la moelle épinière. Un second mécanisme est chargé de réguler et de modérer ce réflexe myotatique, on le nomme « **le système gamma** » car il intervient par le motoneurone gamma, situé dans la zone réticulée (elle-même située dans le tronc cérébral), celui-ci agit sur la vigilance. Par exemple, un claquement de porte agit sur le recrutement tonique, l'individu est plus tonique et réagit immédiatement, sa vigilance est accrue. **Le cortex cérébral** exerce également un contrôle sur le tonus.

A.3 L'ÉVOLUTION DU TONUS

S.B. Robert-Ouvray expose l'émergence du tonus chez le nourrisson : « Dans l'utérus le fœtus est mou. Le tonus n'apparaît que vers le 7^{ème} mois de vie intra utérine [...] Il se répartit alors inégalement dans les muscles : il est plus important dans les muscles fléchisseurs des jambes et des bras que dans les muscles extenseurs. Par contre, il s'installe faiblement mais de façon équilibrée dans les muscles de la colonne vertébrale. »⁶⁸ En effet, le nourrisson est doté d'une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique, on parle de bipolarité tonique innée. La position fœtale (avec un dos mou et les membres inférieurs et supérieurs en tension repliés) est la résultante de cette bipolarité.

Le tonus suit deux lois d'évolution : **la loi céphalo-caudale** (en suivant la maturation neurologique du système cortical supérieur) et **la loi proximo-distale** (les premiers muscles contrôlés sont ceux proches de l'axe du corps). L'action motrice du tronc et des

⁶⁶ La Myélinisation : un processus de fabrication de la gaine de myéline autour des axones, elle permet une conduction rapide des influx nerveux. Cette fabrication est progressive, débute in utero et se poursuit dans l'enfance.

⁶⁷ Le réflexe myotatique : correspond à l'étirement passif d'un muscle entraînant alors une contraction réflexe qui tend à amener le muscle à sa longueur initiale.

⁶⁸ ROBERT-OUVRAY, S.B., 2007, p.38

épaules se développe donc avant la préhension fine de l'extrémité des membres supérieurs. Cette évolution est identique chez tous les individus dont le cerveau est intact dès la naissance. Cependant le rythme d'acquisition varie d'un individu à l'autre. Progressivement, les deux pôles toniques vont disparaître, permettant de laisser place à des modulations toniques : « Vers le 9ième mois l'enfant aura acquis une souplesse tonique qui lui permettra de s'asseoir, de s'enrouler, de se dérouler, d'opérer des rotations diverses. »⁶⁹

A.4 LA RÉGULATION TONIQUE

Le bébé met en place des techniques d'auto-régulation. Par exemple, il se met dans des positions de regroupement, d'enroulement. Il peut également utiliser la succion et l'agrippement (le grasping) ou des auto-contacts au niveau de son visage. Le portage a un rôle important dans cette régulation tonique. Un nourrisson qui serait " mal porté " aura davantage de difficultés à se réguler sur le plan tonique. Le bébé est très dépendant du milieu externe pour se réguler, cela se fait à partir du dialogue tonico-émotionnel.

A. Bullinger s'est intéressé aux mécanismes de régulation du tonus : le niveau de vigilance, les flux sensoriels, les interactions avec le milieu humain et les représentations. Ces mécanismes « diffèrent par le moment dans le développement où ils sont accessibles et par la forme de la régulation qu'ils offrent. »⁷⁰ Il insiste sur le fait que la dimension tonique joue un rôle important comme appui aux fonctions instrumentales et comme mode d'expression pour le milieu humain. Tout au long de la vie, il existe donc différents moyens de régulation tonique :

- par des niveau de vigilance : augmenter son niveau d'éveil engendre un recrutement tonique ou à l'inverse abaisser son tonus va déclencher plus d'apaisement.
- par les flux sensoriels : Ils sont au nombre de six (gravitaire, tactile, visuel, auditif, olfactif et gustatif). La modulation tonique va permettre de s'ajuster aux stimulations perçues, par exemple quand on ouvre la fenêtre où que l'on parle plus fort, il y alors beaucoup d'informations sensorielles et cela déclenche un recrutement tonique.
- Par les interactions avec le milieu humain : Il explique que les interactions « sont assurées par l'ensemble des flux sensoriels, ainsi que par les états de l'enfant et du porteur »⁷¹ Un dialogue non verbal va s'instaurer entre le parent et l'enfant, qui viendra modifier le tonus de ce dernier.

⁶⁹ ROBERT OUVRAY, S.B., 2007, p.49

⁷⁰ BULLINGER, A., 2004, p.34

⁷¹ Ibid, p. 142

- Par des représentations : la régulation est intériorisée et le sujet déclenche des possibilités d'anticipation. Par exemple mettre un enfant sur une chaise-haute : il se souvient alors que c'est l'heure du repas et il se régule : son tonus s'élève. Une moto qui passe sans que le bébé la voit peut également engendrer un recrutement tonique. Si le parent explique alors ce bruit, et que l'enfant y est exposé plusieurs fois, il finira par ne plus se désorganiser et poursuivre son activité tranquillement.

Un défaut de régulation du tonus, quelqu'en soit l'étiologie peut engendrer un trouble du tonus.

A.5 LE DIALOGUE TONIQUE

Quotidiennement, nous pouvons faire l'expérience du lien entre le tonus et l'émotion. On entend souvent dire que le tonus est la toile de fond des émotions. Lorsque nous vivons des émotions fortes, notre corps présente des modulations toniques importantes. Les techniques de relaxation illustrent cette corrélation entre la tonicité et le champs émotionnel. Notre travail en psychomotricité s'imprègne très largement de ces liens.

- *Définition*

H.Wallon s'est intéressé à cette corrélation et selon lui les émotions s'exprimeraient à travers le tonus. D'après lui, un trop-plein d'émotions déclencherait une décharge tonique. Au début de la vie « toutes les émotions répondent à des variations du tonus tant viscéral que musculaire. »⁷²

J. De Ajuriaguerra reprend les travaux de H. Wallon sur le dialogue tonique, qu'il nomme « dialogue tonico-émotionnel ». Il insiste sur la réciprocité de l'échange, il s'agit d'un système d'accordage et de correspondance entre le vécu corporel des deux partenaires. Les variations toniques sont de réelles clés de compréhension des besoins du bébé, la mère (ou substitut de mère) est attentive à ces fluctuations et répond aux besoins de son enfant. Par exemple, quand un enfant est dans un état de satiété son tonus va s'abaisser. À l'inverse s'il est dans une sensation de faim, ne pouvant mettre de mots et comprendre ce qu'il ressent, son tonus s'élève et sera alors le support de la communication, il véhiculera sa détresse. La mère pourra alors mettre des mots sur ce qu'il ressent : « Oh tu n'as pas l'air bien, tu as sûrement faim? ». Cela permet au bébé de s'inscrire dans une communication non verbale nécessaire à sa construction psychocorporelle. J. De Ajuriaguerra explique que « la mère recherche dans les activités de l'enfant l'information et

⁷² WALLON, H., cité par PAVOT, C., notes de cours année 2016-2017

la confirmation du bien-fondé de son activité »⁷³, elle cherche à voir si son action a un effet apaisant sur son enfant. Cela n'est pas inné : « Il y aura un temps de flottement avant que s'établisse cette mutualité indispensable. »⁷⁴ Les variations du tonus étayent le développement perceptif et affectif. Le dialogue tonique permet de ressentir son enveloppe, sa peau entière et unifiée, une sensation sécurisante et les limites de son moi. Grâce à ce dialogue tonique l'enfant communique, se sent compris, entendu et satisfait dans ses besoins.

- *Les difficultés possibles dans cette communication non verbale*

Des difficultés dans ce dialogue tonico-émotionnel peuvent survenir : « les troubles de la régulation tonique entre le nourrisson et sa mère peuvent constituer [...] des signes précoces de dysfonctionnements interactifs et d'altérations du développement de la personnalité du bébé. »⁷⁵ Face à des difficultés d'interactions précoces, le dialogue tonique peine à fonctionner. Le bébé peut se retirer, fuir la relation et présenter une hypotonie prégnante. On parle de "bébé qui coule dans les bras". Il peut aussi, à l'inverse, se constituer une véritable carapace tonique et l'hypertonie sera au premier plan. L'état tonique du bébé peut engendrer des difficultés dans ce dialogue tonique. La mère peut également présenter un état tonique inadapté ne permettant pas à son enfant d'éprouver le bon ajustement tonique. Les difficultés peuvent donc se retrouver auprès des deux partenaires.

Voyons ce qu'il en est plus précisément de l'hypertonie, étant en lien direct avec la prise en charge en psychomotricité de Jean Luc.

A.5 L'HYPERTONICITÉ

S.B Robert-Ouvray s'est intéressée à l'hypertonicité. Elle explique que l'enfant peut recruter massivement son tonus dans l'ensemble de son corps. Le but étant de se créer une carapace tonique afin de se protéger des stimulations internes et externes qui l'envahissent : « c'est un système de blindage à minima qui assure une fonction de pare-excitation. [...] Le nourrisson, en augmentant sa tonicité, projette en quelque sorte vers le dehors le mal qui l'envahit du dedans. »⁷⁶ L'hypertonie peut être vue comme fonction de pare-excitation, elle peut être dû au mécanisme de défense de projection : on projette sur l'extérieur ce qui est compliqué à vivre pour soi à l'intérieur : « l'hypertonie est pare-

⁷³ DE AJURIAGUERRA, J., cité par PAVOT, C., notes de cours année 2016-2017

⁷⁴ DE AJURIAGUERRA, J., cité par PAVOT, C., notes de cours année 2016-2017

⁷⁵ GUILLAUMIN, J.B., SAGE, B., 1990, n°8

⁷⁶ ROBERT OUVRAY, S.B., 2007, p.164

excitation quand elle reste dans la possibilité de diminuer après le stress. Sinon, elle se transforme en tétanie et assure un rôle d'anesthésiant. »⁷⁷

On peut donc faire le lien avec l'hypertonie omniprésente de Jean Luc qui semble s'être installée de manière continue, cela laisserait penser que cette tonicité aurait un rôle d'anesthésiant pour lui. Peut-être dans le but de se couper des sensations désagréables ou pour se protéger de la relation et des contacts corporels pouvant le désorganiser et l'angoisser. L'expressivité corporelle de Jean Luc est pauvre, son amimie laisse penser qu'il est comme « coupé » de ses émotions. Comme si tout n'était que tension et dureté, que son corps n'était pas investi par les affects.

S.B Robert-Ouvray définit six rôles de la fonction hypertonique :

- la fonction d'autoconservation : l'hypertonie et les réflexes permettent au bébé des mouvements centripètes, l'amenant à se recentrer sur lui même.
- la fonction pare-excitation : toutes les stimulations extérieures viennent heurter le nourrisson qui se met en tension, on parle "d'enveloppe tonique" lui permettant de se protéger.
- la fonction d'appétence : permet à l'enfant d'acquérir une grande réceptivité et favoriser l'intégration sensorielle, cela renforce le sentiment continu d'exister nommé le « self » par D. Winicott.
- la fonction normative : la tonicité du bébé lui permet d'organiser ses mouvements et l'inscrit dans un code commun et une communication avec sa mère. Si la mère n'assure pas cette fonction l'enfant se solidifie et l'enveloppe tonique perd en souplesse et en capacité de communication.
- la fonction de communication : à travers le dialogue tonique, le nourrisson peut se faire comprendre, par exemple en augmentant son tonus lorsqu'il ressent des sensations désagréables comme la faim.
- la fonction d'enveloppe tonique : la tonicité des différentes parties du corps permet l'étayage du Moi, qui devient unifié.

A.6 QUAND L'HYPERTONIE DEVIENT PATHOLOGIQUE : LA CARAPACE TONIQUE

La carapace tonique correspond à une hypertonicité omniprésente, pathologique. Si le parent est angoissé, en retrait et dans l'impossibilité de donner du sens à ce que traverse l'enfant, celui-ci peut se couper de la relation et se créer cette « paroi tonique »⁷⁸ en réponse à une défaillance de la fonction pare-excitatrice maternelle (ou substitut de mère). Ce bouclier serait alors un moyen de constituer tant bien que mal les limites de son

⁷⁷ Ibid, p.165

⁷⁸ ROBERT-OUVRAY, S.B., 1999, p. 48

propre corps, comme une auto-stimulation. L'enfant se coupe des sensations internes et externes, le parent n'arrive plus à comprendre son enfant et ne sait plus comment agir : « La pénétration des informations rassurantes et douces à travers la paroi étant difficile, voire impossible, le noyau interne se dessèche. Le vide affectif s'installe comme un trou dans l'univers psychique du bébé. Plus la paroi sera dure et imperméable, moins le centre de soi sera tendre et irrigué. La paroi tonique est l'enveloppe rigide de la colère, de la rage, de la haine. »⁷⁹

Il est fréquent de retrouver cette carapace tonique auprès des personnes ayant un TSA. En effet, C. Lheureux-Davidse s'est intéressée à cet agrippement musculaire dans l'autisme et écrit : « Pour lutter contre ces risques d'effondrement les personnes autistes mettent en place des stratégies inconscientes pour s'auto-maintenir. [...] Certaines personnes autistes ont une démarche presque mécanique en raison de ce raidissement musculaire en carapace de leurs jambes, n'utilisant plus la souplesse des articulations des chevilles et des genoux jusqu'à marcher sur la pointe des pieds, tant que le bas du corps n'est pas intégré. »⁸⁰

J'ai perçu ce raidissement musculaire dès le début dans les prises en charge de Jean Luc. En effet, dans la partie clinique j'ai exposé le manque de rigidité des membres inférieurs de Jean Luc lorsqu'il est monté, la première fois, sur l'espalier. Ses jambes étaient en extension comme deux bâtons de bois dénués d'articulation.

B. Les représentations corporelles

Pouvoir se représenter son corps c'est également avoir la capacité d'intégrer ses expériences corporelles et se les approprier. En séance, le psychomotricien vient fréquemment proposer des expériences corporelles à ses patients et par conséquent travailler cette notion de représentation corporelle. Ayant vu précédemment les difficultés concernant la construction psychocorporelle chez l'adolescent ayant un TSA, il est important d'évoquer les deux composantes participant à la représentation corporelle : le schéma corporel et l'image du corps. Ces termes ont été repris par plusieurs auteurs et modifiés au cours de l'histoire.

B.1 LE SCHÉMA CORPOREL

⁷⁹ ROBERT OUVRAY, S.B., 2007, p. 180

⁸⁰ HEUREUX-DAVIDSE, C., 2012, pp. 75-85

La notion de « schéma corporel » a été introduite par P. Bonnier en 1893⁸¹. Ses analyses s'appuient sur des constatations cliniques faites à partir de sujets présentant des altérations de la conscience de leur corps suite à des lésions cérébrales. Cette notion est reprise en 1911 par le neurologue anglais H. Head qui l'associe au « schéma postural ». Cela évoquait alors l'image tridimensionnelle de notre corps, s'organisant grâce au lien entre la perception et l'action. En d'autres termes, les informations données par les sensations intéroceptives et proprioceptives et les actions que nous exécutons nous permettraient d'avoir une image tridimensionnelle de notre corps. Un bon équipement neurosensoriel est prépondérant à l'émergence de ce schéma corporel.

F. Dolto explique que ce concept est selon elle, une réalité de fait, constitué essentiellement à partir de nos perceptions. Il est donc le même pour tous les individus : « à peu près du même âge, sous le même climat ». Il se structure par l'expérience et l'apprentissage. En psychomotricité cette notion est fondamentale. Toutefois, il manque à ce concept l'aspect affectif et émotionnel. C'est en cela que le concept d'image du corps nous intéresse.

B.2 L'IMAGE DU CORPS

P. Schilder a développé le concept d'image du corps en 1923, il la définit comme « la façon dont notre corps nous apparaît à nous même » avec un abord bio-psycho-social du corps. Pour lui, l'image du corps et le schéma corporel sont équivalents car tous deux engagés dans l'expérience, ce qui sera critiqué par F. Dolto. Elle écrit : « L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle. »⁸² L'image du corps serait donc l'idée, en perpétuel remaniement, que chacun se fait de son corps. Elle serait une représentation imaginaire, teintée de la vie affective du sujet.

E. Pireyre propose un nouveau terme : « L'image composite du corps » avec 9 sous-composantes : la continuité d'existence (l'image de base selon F. Dolto), l'identité (l'image fonctionnelle de F. Dolto), l'identité sexuée (l'image érogène), la peau, la sensibilité somato viscérale (pour remplacer le terme de schéma corporel), le tonus, l'intérieur du corps, la capacité communicationnelle du corps et les angoisses corporelles archaïques. L'image du corps serait alors formée de divers éléments et certains d'entre eux pourraient revenir à la conscience, ce qui n'est pas le cas dans la théorie de l'image inconsciente du corps de F. Dolto.

⁸¹ Neuromotricité. (2008). <http://neuromotricite.blogspot.fr/2008/06/schema-corporel.html> (consulté le 21/03/19)

⁸² DOLTO, F., 1984, p.23

F. Dolto était cependant de l'avis que l'on ne peut dissocier ces deux éléments (schéma corporel et image du corps) et l'illustre parfaitement lorsqu'elle écrit : « C'est lui, le schéma corporel, qui sera l'interprète actif ou passif de l'image du corps, en ce sens qu'il permet l'objectivation d'une intersubjectivité, d'une relation libidinale langagière avec les autres, qui, sans lui, sans le support qu'il représente, resterait à jamais fantasme non communicable [...] C'est grâce à notre image du corps portée par - et croisée à - notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. »⁸³

C. Les angoisses corporelles

C.1 HYPOTHÈSES SUR L'ORIGINE DES ANGOISSES

L'angoisse n'est pas spécifique à l'autisme, c'est un phénomène présent chez tous les êtres humains et nécessaire à la survie. P. Delion la qualifie de : « réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est à dire soumis à un afflux d'excitation, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtriser »⁸⁴ Plusieurs auteurs ont relevé l'aspect traumatique de la naissance. Le changement brutal de milieu et la crainte de mourir constituent les premières angoisses. M. Klein écrit : « Au commencement de la vie postnatale, le bébé éprouve de l'angoisse qui provient d'origine externe et interne. »⁸⁵ E. Pireyre reprend cette idée : « l'arrivée dans le monde aérien va provoquer d'un seul coup de nouvelles sensations tactiles et gravitaires à l'origine d'angoisses corporelles. »⁸⁶ Il explique que les angoisses sont présentes tout le long de la vie : « Le plus souvent inconscientes, elles ont des implications essentielles dans la vie quotidienne. On les retrouve chez tous nos patients et à tous âges de la vie. »⁸⁷ Ces angoisses sont plus ou moins discrètes dans leur manifestation.

Il existe plusieurs angoisses corporelles, certaines sont qualifiées d'archaïques car elles interviennent au commencement de la vie, avant que l'enfant ne se soit constitué certaines représentations corporelles : l'angoisse de chute, de liquéfaction, de morcèlement etc. D'autres apparaissent plus tard dans le développement, lorsque l'enfant a commencé à se forger les prémices de sa représentation corporelle : l'angoisse de dévoration.

Selon G.Haag, les angoisses qui touchent les jeunes autistes sont « des angoisses corporelles spécifiques; celles-ci correspondent à une panne plus ou moins précoce de la

⁸³ DOLTO, F., 1984, pp. 22-23

⁸⁴ DELION, P., 2007, p.13

⁸⁵ KLEIN, M., 2013, pp. 187-222.

⁸⁶ PIREYRE, E., 2015, p.142

⁸⁷ Ibid, p.141

construction du moi primitif, très intriquée à la construction de l'image du corps au sens du moi corporel. »⁸⁸

Nous allons nous intéresser plus particulièrement aux angoisses corporelles que révèlent Jean Luc lors du suivi en psychomotricité, afin de mieux saisir ce qu'il se passe pour lui, à savoir les angoisses de chute et de dévoration.

C.2 L'ANGOISSE DE CHUTE

Jean Luc fait à de nombreuses reprises l'expérience de la chute. Une hypothèse de lecture de cette expérience (qui fait en boucle) est qu'il vient probablement rejouer en séance de psychomotricité des angoisses corporelles qui le tourmentent. Comment mieux comprendre ce phénomène, qu'est ce que cela vient communiquer de son développement psychocorporel ? Pour répondre aux questionnements que cela soulève nous allons nous intéresser dans un premier temps à la prime enfance.

- *L'angoisse de chute au cours du développement*

Le bébé serait traversé par cette angoisse de chute à chaque instant. On retrouve comme mécanismes de défense les agrippements physiques (le bébé serre fort le doigt de celui qui le porte comme si il avait peur de chuter) ou sensoriels (le bébé reste figé sur une lumière, attentif à un son etc.). G. Haag écrit : « Ces vécus sont des sensations de chute et de liquéfaction en rapport avec des effondrements toniques, le plus souvent insoupçonné derrière des enraidissements, des mouvements rythmiques ou des agrippements sensoriels (lumière, son, vertige labyrinthique) mais qui apparaissent parfois brusquement lors d'une séparation corporelle (fin de séance dans le cadre thérapeutique), d'un changement émotionnel : l'enfant s'écroule alors comme un tas de chiffon. Ceux qui parlent évoquent un écoulement et/ou un engloutissement tourbillonnaire. »⁸⁹

Lorsque les enfants grandissent, ces angoisses peuvent se représenter dans des jeux venant retraverser certains de ces vécus telle que la balançoire. D'un point de vue physiologique, les noyaux gris centraux⁹⁰ appartenant au système extrapyramidal régulant le tonus et l'adaptation posturale, seraient mis en jeu. E. Pireyre explique : « les noyaux sous-thalamique, dans les noyaux gris centraux, sont nos principaux suspects pour une compréhension physiologique de l'effondrement car susceptible à la fois d'enclencher une action inhibitrice sur la motricité et le tonus postural et de participer au traitement des

⁸⁸ HAAG, G., 1996, p.209

⁸⁹ HAAG, G., cité sur le site de la CIPPA (Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes) <http://www.psynem.org> (consulté le 19/03/19)

⁹⁰ Les noyaux gris centraux comprennent : le noyau caudé, le putamen, le pallidum, la substance noire et le noyau sous-thalamique.

émotions ».⁹¹ On retrouve lors de la présence de ces angoisses un important lien avec la sphère émotionnelle, l'enfant va revivre ces angoisses archaïques d'effondrement dans certaines conditions émotionnelles (séparations, changements d'activité etc.).

Selon D. Winnicott, le bébé a réellement vécu un effondrement du tonus à la naissance et porte en lui la crainte de revivre cette expérience.

Quand l'environnement n'a pas accompagné ces phénomènes de manière contenantante par un holding⁹² et handling⁹³ de qualité : « le moi s'organise des défenses contre l'effondrement de l'organisation du moi, et c'est l'organisation du moi qui est menacée. »⁹⁴ C'est là que l'angoisse de chute fait surface. Les difficultés liées à cette angoisse archaïque viendraient du fait de « porter en permanence en soi la crainte de l'anéantissement et du vide »⁹⁵. L'enfant fait aussi une expérience subjective particulière ayant l'impression de chuter sans fin et sans repère. Comme s'il était lâché dans un univers où il n'y aurait pu aucun repère. On peut faire le lien avec certains rêves où l'on tombe mais avant de tomber on se réveille brusquement, ce serait alors des traces extrêmement archaïques en lien avec ce que D. Winnicott appelle les "agonies primitives".

- *L'angoisse de chute dans la pathologie*

En psychomotricité, cela peut s'illustrer par des enfants qui chutent, se laissent tomber, l'effondrement tonique est visible. De par ce qu'ils donnent à voir en séance de psychomotricité, comme Jean Luc et sa répétition de chute, J. Boutinaud en donne une compréhension : « les tentatives sans cesse renouvelées par certains autistes pour se retrouver perchés au-dessus du vide, où ils paraissent alors tenter de maîtriser cette sensation à travers sa retrouvaille, sur un mode qui là aussi associe fascination et perte de soi et de ses limites au coeur de l'éprouvé ».⁹⁶ Le patient essaye de revivre ces sensations d'effondrement. J. Boutinaud explique : « ces terreurs restent bien entendu liées à l'impossibilité de trouver appui sur un contenant secourable, interne et ou externe qui puisse offrir quelques repères ». Notre rôle, en tant que psychomotricien, serait donc de mettre en place un accueil et des appuis contenantants qui permettent de traverser cette expérience dans un cadre sécurisant et de créer une réponse assez satisfaisante pour parer à cette angoisse.

⁹¹ PIREYRE, E., 2015, p.178

⁹² Holding : terme créé par D. Winnicott pour évoquer le portage physique et psychique de la mère envers son enfant.

⁹³ Handling : terme créé par D. Winnicott pour évoquer les soins prodigués à l'enfant par la mère.

⁹⁴ WINICOTT, D., cité par PIREYRE, E., 2015, p.175

⁹⁵ PIREYRE, E., 2015, p.181

⁹⁶ BOUTINAUD, J., 2009, p.134

E. Pireyre reprend l'importance de la thérapie psychomotrice dans l'expression de ce genre d'angoisse « la tâche du psychomotricien va consister à inspirer confiance à l'enfant en sorte de lui instiller une certaine forme de contenant physique. En respectant les défenses et les réticences de l'enfant, il va devenir, dans le corps à corps, d'abord un "dispositif" fiable d'accrochage puis un "support" d'agrippement. »⁹⁷ Les échanges visuels seront plus présents. Répéter ces expériences d'appuis sécurisants permet la transformation de la contenance physique en contenance psychique et l'enfant peut s'ouvrir à l'autre, peut-être être dans une forme de communication : « pour l'enfant, l'adulte devient capable de le rassurer. Il est repéré, identifié et la communication ne représente plus aussi clairement une source d'effondrement [...] la mise en place de ces deux formes de contenance, physique et psychique, permet la construction, encore embryonnaire, de l'enveloppe psychique »⁹⁸. Il semble que l'enfant peut avoir besoin de recommencer de nombreuses fois, vérifiant la stabilité de l'adulte face à ces expériences pour en retirer des invariants et donc calmer cette angoisse sous-jacente.

Une fois que l'enfant s'est créé une certaine représentation corporelle, un contenant physique et psychique, d'autres angoisses peuvent apparaître comme l'angoisse de dévoration.

C.3 L'ANGOISSE DE DÉVORATION

- *L'angoisse de dévoration au cours du développement*

Après avoir rejoué l'angoisse corporelle de chute en séance de psychomotricité, Jean Luc est venu faire de nouvelles expériences, notamment autour de la dévoration : il vient faire semblant de me croquer puis s'en excuse et recommence plusieurs fois. J'ai donc décidé de mieux comprendre ce qui se passait à travers ce jeu et peut être tenter de faire des liens avec des angoisses de dévoration.

Cette angoisse corporelle ne ferait pas partie des angoisses archaïques car son apparition est plus tardive dans le développement. L'enfant a déjà les prémices d'une représentation corporelle. Cette angoisse ferait écho à la peur de se faire avaler lors des premiers mois de sa vie. En effet, le bébé est souvent embrassé et chéri. Or, la bouche s'approchant de lui déclencherait alors des craintes de se faire avaler.

Toutes ces expressions de visage auraient laissé des traces en tout être comme une peur de disparaître dans l'autre. Si on considère le point de vue de M. Klein l'enfant se sentirait très fragile face à une mère toute-puissante et se défend contre ce phénomène. L'auteure explique que pour se défendre face à ce phénomène, l'enfant va attaquer la mère dans

⁹⁷ PIREYRE, E., 2015, p.184

⁹⁸ PIREYRE, E., 2015, p.184

son fantasme. Il sera alors pris de culpabilité. L'enfant va donc chercher à se rapprocher de la mère à se faire pardonner. À travers ce processus très important, l'enfant construira son rapport à lui, à l'autre, son rapport à la mère. Cette angoisse est donc fondatrice.

- *L'angoisse de dévoration dans la pathologie*

E. Pireyre explique que cette angoisse est « spéculaire dans le milieu de la psychose. Les malades y font souvent référence. »⁹⁹ Il explique que la morsure peut aussi être interprétée comme un agrippement pour lutter contre une angoisse de chute. D'une autre part cette angoisse pourrait être comprise comme une forme de culpabilité d'avoir voulu avaler le sein de sa mère. La peur d'être dévoré émanerait du fait même que le nourrisson dévore. Cette angoisse de dévoration se cristallise souvent sur la zone orale. Elle peut par exemple se manifester dans le corps du patient à travers un blocage au niveau la bouche et de la mâchoire. Lorsque celles-ci sont trop crispées cela ne permettra pas au patient de laisser sortir les mots. Nous approfondirons cette réflexion dans la partie discussion.

C.4 LES ANGOISSES CORPORELLES DANS LES DESSINS ANIMÉS : « COYOTE ET BIP-BIP », « TOM ET JERRY », « TITI ET GROSMINET »

Jean Luc évoque souvent les dessins animés de « Coyote et Bip-bip »¹⁰⁰, « Tom et Jerry »¹⁰¹ et « Titi et Grosminet »¹⁰² en séance. Il semble littéralement fasciné par ces duo de poursuivants/poursuivis. Il aime se glisser dans la peau du « coyote », adopter sa démarche et ses mimiques faciales. Par curiosité je me suis mise à regarder une nouvelle fois, avec une attention particulière les dessins animés de « Coyote et Bip-Bip », celui-ci étant son préféré. Le registre du corps y est très présent : la bouche qui avale, la bouche qui mort, les jambes qui courts, les yeux qui sortent des orbites... Les deux protagonistes ne parlent pas, je retrouve beaucoup de manière d'agir utilisées par Jean Luc, dans la communication non verbale. Le corps et les expressions faciales remplacent les mots, comme s'il voulait se coller parfaitement à cette image du coyote. Ce loup est pourtant malmené, l'oiseau lui échappe toujours et il ne lui arrive que des catastrophes. Le corps est souvent attaqué, éclaté au fond d'un ravin après une très longue chute, les dents se décomposent les unes après les autres, les membres se détachent. Autant d'éléments

⁹⁹ PIREYRE, E., 2015, p.150

¹⁰⁰ « Coyote et Bip-bip » est une série de cartoons américains, produit par le studio Warner Bros. Les personnages sont créés par Chuck Jones en 1949. La série sera diffusée en France en 1972.

¹⁰¹ « Tom et Jerry » est également une série de courts-métrages animés américaine créée par William Hanna et Joseph Barbera en 1940.

¹⁰² « Titi et Grosminet » est une série de dessins animés américaine, Tex Avery a fait naître les personnages. Gerry Chiniquy, Robert Clampett et Friz Freleng ont créé la série. Le premier épisode est diffusé en 1942.

pouvant évoquer de nombreuses angoisses corporelles : le morcellement, la chute, la dévoration etc. Je retrouve également la question de la fuite à travers ces vidéos. Les personnages sont en effet sans arrêt entraînés de se poursuivre, essayant de s'attraper sans jamais réussir. Cela évoque le comportement de Jean Luc quand il sort de la salle de psychomotricité comme s'il fuyait véritablement, qu'il évitait également la relation, le contact.

P. Delion s'est intéressé au lien entre les dessins animés de Tex Avery et les angoisses archaïques. Il écrit : « les dessins animés de Tex Avery m'ont paru, dès que je me suis davantage intéressé aux pathologies autistiques et psychotiques, illustrer d'une façon assez fine les mécanismes en jeu dans cette pathologie de l'archaïque »¹⁰³. Il est important de rappeler que ces dessins animés sont pleins d'humour, cela excite beaucoup Jean Luc quand il nous en parle. Lorsque l'on joue différentes scènes de « Coyote et Bip-bip », le seuil tonique de Jean Luc est alors élevé comme s'il contactait tous ses membres puis il se met fréquemment à rire. Ce rire pourrait être le fruit de la décharge motrice nécessaire à l'évacuation de telles émotions.

Freud explique : « L'humour peut être considéré comme la manifestation la plus élevée de ces réactions de défense. Il dédaigne de soustraire à l'attention consciente, comme le fait le refoulement, le contenu de la représentation lié à l'affect pénible et il triomphe ainsi de l'automatisme de défense. »¹⁰⁴ Peut-être pouvons nous imaginer que ces images rejouant les angoisses archaïques, engendrent un vécu émotionnel déplaisant, de façon inconsciente. Le rire serait comme nous l'explique Freud précédemment, un mécanisme de défense afin que ces images « désagréables » ne désorganisent pas le sujet. Or, on peut voir à travers la fixation et la fascination de Jean Luc que ces images viennent tout de même le désorganiser, le mécanisme de défense lié au rire ne serait donc pas suffisant. On peut comprendre l'ampleur des angoisses archaïques et le besoin de les communiquer, de les jouer pour essayer de les « vaincre » et inscrire en soi un sentiment de stabilité et de calme ainsi que des représentations corporelles fiables.

¹⁰³ DELION, P., 2007, p.10

¹⁰⁴ FREUD, S., 1974, p.392

1. La carapace tonique de Jean Luc

L'hypertonie prenante de ce patient m'a beaucoup questionnée. Que vient signifier cette carapace tonique ? Permet-elle de garder l'autre à distance, d'anesthésier ses affects ? Un travail de régulation tonique serait-il pertinent ? Ne viendrait-il pas bousculer le mécanisme de défense de Jean Luc ?

A. Comment comprendre cette hypertonicité ?

A.1 UNE MANIÈRE DE SE PROTÉGER

Le terme de carapace tonique signifie la présence excessive d'hypertonie et l'absence d'hypotonie. Quelle est sa fonction ? Premièrement elle peut permettre une fonction de protection, ce qui rejoindrait la fonction pare-excitation que nous avons évoqué dans la partie théorique, à l'aide des théories développées par S.B Robert-Ouvray. Elle permet donc au sujet d'être comme anesthésié des sensations et des affects malgré lui. Elle isole l'enfant des stimuli venus de l'extérieur (stimulations externes issues de l'environnement) mais également des sensations internes (émotions, sentiments etc.). On peut imaginer que cette paroi tonique serait comme un moyen de se « blinder » contre ce qui peut venir faire effraction chez le sujet.

Nous avons vu précédemment que la carapace tonique était souvent observée dans la pathologie autistique, cela pourrait également expliquer l'hypertonie de Jean Luc. « L'autisme est aussi une façon de concevoir le monde. Si le monde est abyssal ou menaçant, il s'agit d'éviter de tomber à l'extérieur ou à l'intérieur de soi-même (*abime intérieur*), donc de rester dans un monde statique et dur. »¹⁰⁵ Jean Luc aurait donc peut être trouvé cette manière d'être au monde pour se défendre des sensations externes et internes qu'ils éprouvent. F. Tustin évoque également ce phénomène en développant la notion de « carapace autistique ». ¹⁰⁶ Selon elle, les personnes ayant un TSA se forgerait une coquille dur, leur permettant de se protéger contre leur environnement, comme une enveloppe extérieure de leur corps.

¹⁰⁵ RESNIK, S., 2011, pp.209-230

¹⁰⁶ TUSTIN, F., cité par LHEUREUX-DAVIDSE, C., 2012, pp.75-85

Chez Jean Luc, on peut également imaginer que son histoire personnelle a joué un rôle dans l'inscription de cette raideur et cette façon d'être dans son corps. Plusieurs éléments de son histoire de vie peuvent également expliquer un besoin de se replier sur soi même, notamment par exemple le logement précaire qui a pu instaurer un climat d'inquiétudes. Toutes les angoisses de Jean Luc font parties de son image du corps, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, il faut en prendre compte dans la thérapie psychomotrice.

A.2 UNE MISE À DISTANCE RELATIONNELLE

L'enveloppe tonique peut également permettre une mise à distance d'autrui. Si l'on reprend la sémiologie psychomotrice des personnes ayant un TSA, les difficultés relationnelles sont importantes. D'un point de vue postural, cette manière d'être, cette rigidité permet de tenir l'autre à l'écart. On ressent dans la première rencontre avec Jean Luc une étrangeté et presque une méfiance s'installer, comme s'il ne voulait pas que l'on s'approche de lui. Cela invite l'interlocuteur à garder une distance relationnelle importante. Ainsi, il se défendrait contre toute intrusion, qui serait vécue comme un réel danger.

A.3 UN MOYEN DE RESENTIR SON CORPS UNIFIÉ

Nous avons constaté les difficultés de Jean Luc concernant l'intégration de son enveloppe corporelle et ses dessins nous illustrent parfaitement ce fait. En effet, il colorie rarement l'entièreté du corps et segmente les différentes parties. Cependant, cela évolue et il commence progressivement à ajouter des détails aussi dans le buste (mamelons, nombril) qui restait jusqu'à présent vide.¹⁰⁷ Il peut avoir trouvé dans l'hypertonie un moyen de ressentir son corps entier et unifié. Reprenons l'exemple où il désirait que je lui passe le rouleau dur sur l'ensemble de son corps, il semblait vouloir ressentir chaque partie corporelle pour s'en faire une représentation unifiée. L'enveloppe tonique peut permettre d'assurer une contenance physique et une unité corporelle stable.

On peut également faire référence à la sémiologie des TSA, incluant fréquemment un vécu corporel morcelé, l'hypertonie peut jouer le rôle d'unificateur. E. Bick parle de « seconde peau musculaire »¹⁰⁸ en référence à cette importante tonicité qui serait alors un moyen de contenir ensemble toutes les articulations corporelles. Peut-être qu'en se raidissant ainsi, Jean Luc ressent son corps plus unifié. Il lutte alors contre différentes angoisses notamment de détachement des membres. Cela fait référence à ce que l'on

¹⁰⁷ Cf. Annexe n°4 et n°5

¹⁰⁸ BICK, E., cité par LHEUREUX-DAVIDSE, 2012, pp.75-85

nomme « angoisse de morcèlement ». Cette angoisse viendrait du morcèlement originel du bébé. H. Wallon explique : « Le nouveau né jusqu'à 6 mois percevraient ses pieds et ses mains comme des objets étrangers. »¹⁰⁹ Le nourrisson ne dispose pas dès sa naissance d'une représentation de son corps dans la globalité. Il voit donc chaque partie de son corps comme morcelée. Progressivement, grâce au portage physique et psychique de ses parents l'enfant pourra sentir son corps plus unifié.

F. Tustin explique que l'angoisse de morcèlement est très fréquente dans l'autisme, elle la décrit comme « l'impression que le corps est un morceau de rocher qui s'est détaché d'une paroi rocheuse, perception de ce dernier comme une enveloppe qui se brise en se détachant »¹¹⁰ E. Pireyre écrit : « Fixé, au sens psychanalytique du terme, dans certaine pathologie psychiatriques graves, le morcèlement y devient un trouble de l'image du corps, plus ou moins conscient. »¹¹¹ En effet, la représentation du corps est forcément impactée par de telles angoisses cela vient donc renforcer les troubles de l'image du corps.

A.4 UNE RÉPONSE À L' ANGOISSE DE CHUTE

Avant de pouvoir émettre des hypothèses concernant la corrélation entre l'angoisse de chute et l'hypertonie nous allons tâcher de mieux comprendre cette crainte d'effondrement et son expression en psychomotricité dans la prise en charge de Jean Luc.

- *Comment comprendre son expérience de chute ?*

On peut supposer qu'il cherche un accueil, que l'on montre que l'on se soucie de lui. Il semble avoir besoin d'éprouver la présence d'un objet sécurisant et stable, prêt à le réceptionner. Il a reproduit plusieurs fois cette expérience comme pour s'assurer de notre présence, de notre fiabilité, de notre stabilité jusqu'à progressivement s'en détacher et aller vers de nouveaux horizons. La chute peut également être représentée comme un pas vers l'autre, vers la relation : aller vers celui qui réceptionne, qui est en bas prêt à agir si besoin de récupération, offrant alors les appuis nécessaires pour le soutenir.

La répétition de cet acte montre l'ampleur de l'angoisse et le besoin de vivre, revivre, de nombreuses fois, cette stabilité de l'objet qui accueille, qui s'occupe de lui, qui le secourt. La répétition peut également signifier que l'inscription est compliquée. Quand un enfant répète l'acte c'est souvent pour mieux l'intégrer et plus tard s'en faire une

¹⁰⁹ WALLON, H., cité par PIREYRE, E., 2015, p.144

¹¹⁰ F. TUSTIN, cité par BOUTINAUD, J., 2013, p.135

¹¹¹ PIREYRE, E., 2015, p.170

représentation. Jean Luc semblait avoir besoin de répéter cette expérience pour se créer des repères sécurisants. D. Winnicott explique que « la crainte d'effondrement est liée à l'expérience antérieure de l'individu devant l'inconstance de son environnement ». Jean Luc semble justement venir éprouver le cadre constant, la présence du psychomotricien et de moi même, à travers ces multiples répétitions venant se créer alors des repères stables.

- *Quels liens pouvons nous établir avec la période d'adolescence ?*

D. Winnicott écrit : « Ceux de nos patients qui souffrent de cette crainte ne s'en plaignent pas tous au début d'un traitement. Certains oui, mais chez d'autres, les défenses sont si bien organisées que la crainte de s'effondrer apparaît au premier plan comme facteur dominant seulement lorsque le traitement a fait des progrès importants. » On peut imaginer que Jean Luc s'est forgé avec cette angoisse corporelle tout au long de son développement. Ces 10 passées à l'HDJ lui ont permis de montrer de grand progrès. Il aura donc fallu attendre un long moment avant qu'il puisse exposer cette angoisse. Dans la partie théorique nous avons vu que la période d'adolescence venait bousculer les représentations corporelles, d'autant plus complexes à mettre en place chez les personnes ayant un TSA. Je peux faire l'hypothèse que ce remaniement peut également faire ressurgir des angoisses corporelles archaïques jusqu'alors « étouffées ».

- *Quels liens s'élaborent entre l'angoisse de chute et l'hypertonie ?*

Nous pouvons comprendre sa carapace tonique comme un moyen de contenir sa crainte d'effondrement. Les écrits sur les angoisses de chute évoquent fréquemment un abaissement brutal du tonus qui amènerait les enfants à se trouver étalés au sol. La chute ferait écho avec l'effondrement du tonus de posture, les fléchisseurs et extenseurs se relâchant complètement. La perte du tonus d'attitude provoque alors la chute. Cependant, lors de la prise en charge de Jean Luc ses angoisses de chute ne m'ont pas paru comme un effondrement du tonus. Il restait très raide. Je me suis alors demandée : Que retient-il ? Pourquoi cette raideur ?

En effet, il semblait nous exposer sa peur du vide, son envie de vaincre cette angoisse pour atterrir sur un support stable. Son tonus restait très élevé. Cela me laissait l'impression qu'il souhaitait vaincre cette angoisse mais que le fait même d'un relâchement musculaire était encore plus angoissant. Il était donc partagé entre le fait d'expérimenter l'effondrement en tombant de l'espalier mais à la fois de rester dans une résistance importante pour lutter contre cette angoisse. Le relâchement musculaire semblait pour lui faire écho au fait de ne plus exister, ne plus résister et se laisser aller et envahir par cette crainte d'effondrement. Je pense que sa carapace tonique peut-être un moyen de lutter contre cette crainte d'effondrement très présente.

B. De quelle manière évolue cette hypertonicité ?

B.1 LES CONSÉQUENCE PSYCHOMOTRICES DE LA CARAPACE TONIQUE DE JEAN LUC

On peut repérer les difficultés psychomotrices engendrées par une telle tonicité. En effet, l'hypertonie de Jean Luc vient compliquer certaines acquisitions motrices. L'hypertonie vient figer sa motricité globale, son expression corporelle est très pauvre, il a peu d'aisance de mouvement. Son graphisme est également impacté par sa tonicité, celui-ci réside dans l'élaboration d'une praxie fine et demande un véritable ajustement tonique. Jean Luc sait écrire mais cela lui demande beaucoup d'efforts d'un point de vue du contrôle moteur. Son visage est quasiment amimique, la carapace tonique a tendance à figer les émotions. Ses difficultés à s'exprimer, cette voix grave, semblant être bloquée au fond de sa gorge, illustrent également les conséquences d'une difficulté de régulation tonique. On peut également observer des complications au niveau de sa respiration, son diaphragme paraît verrouillé, sa respiration n'est pas fluide, parfois bloquée et souvent saccadée.

C. Lheureux-Davidse illustre cette manifestation clinique : « Parfois l'agrippement musculaire est interne et bloque la digestion ou la respiration. Il procure une sensation de solidité et de contrôle faute de sécurité interne fiable et en l'absence d'enveloppes psychiques constituées. »¹¹²

B.2 VERS DAVANTAGE DE MODULATIONS TONIQUES

Il est intéressant de repérer les changements observés concernant cette paroi tonique pendant les séances de psychomotricité. Jean Luc est capable de relâcher cette carapace tonique. Cela s'est fait progressivement, au début cela l'angoissait tellement que le moindre relâchement induisait immédiatement un recrutement tonique dans l'ensemble de son corps. On pouvait avoir l'impression d'une machine fonctionnant en ON/OFF. Puis progressivement, il s'est autorisé à relâcher ses tensions corporelles davantage, pendant des temps plus longs pour finalement pouvoir jouer avec ce relâchement musculaire dans d'autres expérimentations. Cependant, dès sa sortie de la salle de psychomotricité, Jean Luc reprend son allure hypertonique. Cela nous montre la fragilité et le peu de sécurité interne chez ce jeune homme qui semble avoir besoin de garder une carapace protectrice.

L'hypertonie permet de ressentir son corps bien présent et entier. Il faut cependant nuancer ce propos car, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, l'hypertonie en continue peut jouer le rôle d'anesthésiant et ne plus laisser ressentir aucune tension. Jouer alors autour des nuances contractions/relâchements permet d'affiner la conscience

¹¹² LHEUREUX-DAVIDSE, C., 2012, pp.75-85

de son corps. Il peut mieux identifier ses tensions musculaires, par exemple, en fin de suivi il pouvait décontracter lui-même ses sourcils lorsque je lui faisais remarquer qu'ils étaient très tendus. Sa conscience corporelle semble s'être affinée.

La régulation tonique est indispensable. Elle permet à l'enveloppe corporelle d'être plus souple et davantage modulable. L'enfant peut alors projeter des éléments vers l'extérieur mais également d'introjecter des bons éléments et renforcer son noyau interne, sa sécurité et solidifier son moi. L'hypertonie en continue ne permet pas d'accéder à une sécurité interne, renvoie à un repli sur soi et limite les interactions sociales. Je peux faire l'hypothèse qu'en travaillant la régulation tonique avec Jean Luc, il a pu affiner sa conscience corporelle et mieux s'approprier son corps.

2. De quels outils dispose le psychomotricien pour amener son patient vers une meilleure régulation tonique ?

A. L'importance de la relation dans la thérapie psychomotrice

En psychomotricité, l'importance de la relation tissée avec notre patient est au premier plan dans le sens où nous travaillons sans cesse la création de ce lien qui nous permettra de mieux aborder la prise en charge et plus tard, d'affiner alors notre choix d'une médiation la plus appropriée possible. Dans la prise en charge de Jean Luc, le bilan psychomoteur révélait le besoin de travailler sur la régulation tonique, j'avais alors pensé à des médiations corporelles (pressions fermes, toucher thérapeutique médiatisé etc.) qui me semblaient être pertinentes pour lui. Celles-ci lui permettraient d'éprouver son corps, d'affiner la conscience qu'il en a et de travailler le relâchement musculaire afin d'apaiser ses tensions musculaires et peut-être libérer sa voix. Cependant, son regard fuyant et cette distance relationnelle très importante (qui semblait nécessaire pour lui), m'a demandé un important travail autour de la relation et m'a questionné sur la manière dont le psychomotricien peut répondre au challenge de la rencontre à l'autre auprès de ce genre de patient, dans la fuite et la vigilance extrême.

La « thérapie psychomotrice » vient prendre tout son sens dans le travail avec les patients ayant un Trouble du Spectre Autistique (TSA) ou des psychoses infantiles. En effet, J. Boutinaud en expose une définition : « La thérapie psychomotrice peut être comprise comme un espace où ces vécus corporels archaïques trouveront un contenant où l'on espère qu'ils prendront sens pour l'enfant. Elle ne vise pas à notre sens un but rééducatif ou correctif mais à ce que l'enfant puisse enfin habiter son corps, se l'approprier

en son nom et ne le perçoit plus comme un chaos indifférencié, une enveloppe percée et en permanence menacée d'intrusions ou encore un ennemi à attaquer ou à faire taire. »¹¹³ Cette définition fait écho au chemin parcouru avec Jean Luc en psychomotricité. Nos nombreuses verbalisations semblaient permettre d'accueillir et d'étayer ce qui se passait corporellement en lui. La mise en mots de ses angoisses et la répétition de l'expérience de chute ont, peut-être, supposons le, permis à son psychisme de mettre du sens sur ses sensations brutes et donc de pouvoir se tourner vers d'autres expérimentations.

En effet, après une longue période où il reprenait les expériences de chute inlassablement, Jean Luc s'est progressivement détaché de cette activité pour mieux porter son attention sur le toucher thérapeutique que je lui proposais. Finalement, il a cessé de rejouer la chute en séance, comme s'il avait pu se construire des invariants de cette situation en éprouvant la présence d'objets stables. Par exemple, le psychomotricien et moi-même l'accueillions au pied de la chute et lui permettions d'avoir un sentiment d'apaisement de toutes ses tensions internes. Bien entendu, ce ne sont que des hypothèses tentant d'expliquer ce qui a pu se jouer au cœur de la thérapie psychomotrice de ce patient.

L'objectif d'une telle prise en charge serait selon moi, de permettre au patient de ressentir son corps et d'en avoir une représentation. Le travail sur l'image du corps est donc omniprésent dans ce genre de thérapie. La salle de psychomotricité est un lieu d'exploration, d'expérimentation encouragée par le psychomotricien, celui-ci se présente comme « support d'étayage et d'identification. »¹¹⁴ La relation est primordiale : « Le travail de lien avec l'autre et de mise en relation reste ici central, participant donc à sa façon à aider l'enfant à faire l'expérience de la rencontre sur des modalités plus apaisées [...] c'est aussi à une invitation au travail de jouer, dans ses dimensions tant psychiques que corporelles, qu'ouvre cet espace fédérateur. »¹¹⁵

En 1993, F. Joly expose six enjeux de la thérapie psychomotrice :

- Etayer le sentiment de soi
- Favoriser les processus de liaison et de mentalisation, de psychisation et d'investissement progressif de la pensée, à partir du « corps en relation » et d'expériences psychomotrices partagées
- Améliorer les potentialités de communication, de symbolisation et de développement de la personnalité de l'enfant.

¹¹³ BOUTINAUD, J., 2013, p.145

¹¹⁴ BOUTINAUD, J., 2013, p.146

¹¹⁵ Ibid, p.146

- Consolider le « Moi » et modifier l'équilibre des défenses pathologiques (permettre à l'enfant en consolidant son « moi », d'être moins enfermé dans certains comportements de maintien, par exemple les stéréotypies).
- Permettre l'émergence d'une aire transitionnelle qui permettrait à l'enfant de faire un pont entre la vie fantasmatique et la réalité.
- Soutenir l'épaississement du Préconscient et de la fonction du « jouer » (l'importance du jeu dans l'émergence du « je »).

Je peux illustrer ces enjeux grâce à la prise en charge de Jean Luc qui a montré beaucoup de progrès. Notamment du point de vue de la communication : il vient, de son initiative, prendre une feuille de dessin pour représenter ce qui s'est passé pour lui pendant la séance. Il commence à écrire davantage pour nous communiquer ses pensées. Je n'observe plus de balancement alors qu'il lui arrivait d'avoir ce comportement en début de suivi. Il semble faire une distinction entre la vie fantasmatique et le réel lorsque l'on joue « Coyote et Bip-bip », il est dans le jeu de faire semblant. Il ajuste ses gestes et réussit parfaitement à sortir de son personnage quand les « scènes » se finissent, témoignant alors de l'émergence d'une aire transitionnelle.

Il faut être vigilant et ne pas rester dans l'illusion que toutes les angoisses disparaissent grâce à la prise en charge en psychomotricité, comme si celle-ci était magique et pouvait résoudre toutes les difficultés rencontrées par nos patients. L'importance de travailler en liens et s'appuyer sur l'équipe pluridisciplinaire est primordiale. Chaque soignant a sa spécificité et permet au patient un large panel de progressions d'un point de vue éducatif, psychologique, rééducationnel etc. Il ne faut pas oublier de communiquer ce qui se passe pour le patient et travailler le lien avec l'équipe soignante dans l'objectif d'accompagner au mieux l'enfant dans son développement global.

B. L'engagement corporel du psychomotricien

L'engagement du psychomotricien est également essentiel dans la prise en charge du patient. De part son écoute sensible aux signaux infra verbaux, le psychomotricien à travers les hypothèses qu'il émet et les actions qu'il propose vient soutenir l'inscription d'expériences motrices et offrir un support de symbolisation. J. Boutinaud illustre bien ce fait lorsqu'il dit : « Ce que perçoit, reçoit, attire le thérapeute vient alors lui servir de substance pour tenter de mettre en pensées, en images et en mots à l'intérieur de lui-même ce qu'il a pu saisir du vécu de l'enfant à ce moment là ». Le psychomotricien proposera alors différents étayages sur le vécu de l'enfant : « la "mise en mots" de ce qui

peut être vécu dans le cadre de la séance demeure plus que nécessaire avec des enfants pour qui la parole demeure une véritable énigme [...] en n'hésitant pas à le questionner ou en émettant à voix haute des hypothèses »¹¹⁶. D. Houzel, partage ce point de vue , il explique qu'il est nécessaire de « recevoir au maximum tous les messages émis par l'enfant, quel que soit son mode d'expression, afin de les laisser s'organiser dans l'esprit du thérapeute, jusqu'à ce qu'il soit en mesure de proposer à l'enfant une hypothèse interprétative. »¹¹⁷

Par exemple, lors du suivi de Jean Luc, le psychomotricien et moi-même élaborions de nombreuses hypothèses « il a les sourcils froncés, il n'a pas l'air bien, peut-être qu'il est en colère, son corps à l'air tendu... », cela venait offrir à Jean Luc un moyen de porter une attention sur son corps. Il venait de lui même tenter de dénouer ses tensions corporelles en lui permettant un relâchement tonique. Lors des différentes interprétations, notre subjectivité est en jeu et l'objectivité est parfois complexe. L'une des difficultés dans la thérapie psychomotrice réside dans le fait que nous devons nous appuyer parfois sur nos propres ressentis. Est ce que ce que l'on ressent est le pur écho de ce que l'autre vit ? Les interprétations ne sont jamais sûres. Il est important de les percevoir comme des propositions. Ce ne sont pas des verbalisations qui "tombent du ciel". On s'ajuste jusqu'au moment où l'on touche de façon juste le ressenti de l'autre, cela reste subjectif et complexe. On peut ressentir cet ajustement en s'intéressant aux réactions de notre patient. Concernant Jean Luc, il lui arrivait de sourire lorsque nos hypothèses semblaient pertinentes pour lui ou à l'inverse de rester stoïque et n'exprimer aucune réaction suite à certaines autres. À travers nos verbalisations, les sensations corporelles brutes ont peut-être pu trouver une voie de représentation et ne plus rester uniquement des sensations vidées de leur sens. En psychomotricité, le professionnel permet de traduire verbalement la mise en corps de l'enfant. Cela peut offrir un étayage au patient et lui permettre de se représenter ce qu'il est en train de vivre, cela peut l'apaiser temporairement. Si l'expérience est répétée jusqu'à ce l'enfant puisse se représenter ce qu'il se passe pour lui, il pourra progressivement s'en émanciper.

De plus, le psychomotricien s'engage corporellement dans les expériences motrices, c'est une implication active. Le thérapeute est inscrit dans la relation et par le dialogue tonico-émotionnel¹¹⁸ il peut vivre différentes sensations : « ainsi, certaines formes très primitives d'angoisse, peu figurées, peuvent nous toucher jusqu'à provoquer des raideurs, des douleurs passagères, voire même d'autres éprouvés quelque fois plus

¹¹⁶ BOUTINAUD, J., 2013, p.160

¹¹⁷ HOUZEL, D., 1997, p.183

¹¹⁸ Cf.infra, p.67

difficilement qualifiables. »¹¹⁹ Après certaines séances auprès de Jean Luc, je ressentais un fort recrutement tonique : mes membres se raidissaient, sa tension était telle qu'elle me traversait également à travers cette communication non verbale. On peut faire référence au dialogue tonique, décrit précédemment.

Le psychomotricien est invité à reprendre, modifier certaines propositions de son patient afin d'amener progressivement du changement, en gardant en tête ses axes thérapeutiques. Les patients ayant un TSA peuvent s'enfermer dans certaines expériences. Il me semble que notre rôle consiste à accueillir ce qui se passe pour eux mais également d'apporter par de légers changements des modifications dans l'activité. Cela permet de répondre au mieux aux besoins du patient et le faire progresser. Cela peut s'illustrer dans le suivi de Jean Luc, lorsqu'en ajoutant les draps à son expérience cela l'a amené à aller encore plus loin dans son expérimentation tout en gardant son idée de base. Un autre exemple de modification : lorsqu'on lui a proposé progressivement un toucher thérapeutique à l'accueil de son expérience de chute, afin de lui apporter un contenant suffisamment stable et sécuritaire, tout en partant de sa propre expérimentation.

C. Le toucher thérapeutique

Nous sommes tous singuliers face à la question du toucher car cette notion est teintée de nos expériences personnelles. Il faut une certaine confiance en son partenaire et une « distance sécurisante »¹²⁰ pour que le patient puisse lâcher prise et s'abandonner à nos mains. L'écoute est le fondement du toucher. Le toucher doit s'intérioriser afin de créer des ponts qui permettent de mettre du sens et des mots sur le vécu corporel. Etre touché c'est aussi être affecté par quelque chose, il y a une forte résonance émotionnelle. Le toucher va faire émerger des sensations puis des représentations qui viendront favoriser l'intégration des sensations agréables/désagréables. J. Sarda explique : « L'enfant va relier les multiples passerelles allant : des sensations repérées aux émotions corporelles repérées; de ces émotions repérées à l'intériorisation de leurs représentations; de cette intériorisation à la mise en mots (verbale, graphique, gestuelle). » Il me semble qu'il est important que le psychomotricien essaye également d'amener le patient à verbaliser les liens entre le toucher, les sensations, les émotions, pour que celui-ci puisse se représenter ce qui a été vécu. Par exemple, il peut proposer un temps de verbalisation à la fin d'une séance de psychomotricité pour permettre d'inscrire ces vécus. Jean Luc a certaines difficultés à mettre en mots ses vécus, c'est pour cela que je lui ai proposé de colorier des silhouettes afin de lui offrir un autre support de communication. Le

¹¹⁹ BOUTINAUD, J., 2013, p.154

¹²⁰ SARDA, J., 2002, pp. 86-95

toucher laisse une trace, participe à la mémoire corporelle et permet une cohérence entre les ressentis.

C.1 LE DIALOGUE TONICO ÉMOTIONNEL

Cette notion a déjà été abordée dans la partie théorique, mais il semble intéressant de la reprendre dans cette dimension du toucher car elle est au coeur de cette médiation. Dans ce dialogue les émotions des deux partenaires peuvent alors se transmettre de l'un à l'autre par un contact physique infra-verbale. Nous allons ressentir les contractions/ relâchement de notre patient. Le sujet va également vivre cette expérience de deux corps touchant-touchés. « Alors se trouve favorisée une émergence des ressentis, des éprouvés, d'une densité émotionnelle enfin présente, des états et mouvements toniques qui viennent à prendre corps et permettent la différenciation d'un dedans-dehors dont la peau fait frontière et la différenciation du "moi mon corps" et du "toi, ton corps" »¹²¹. Il me semble en effet qu'à travers le contact avec autrui je peux prendre conscience de mon propre corps et par le toucher, éprouver mon existence. Dans le toucher la « contagion relationnelle »¹²² est directe, chaque corps parle et reçoit ce que dit l'autre. Le psychomotricien repère l'état corporel de son patient c'est une véritable clé de compréhension de son état émotionnel. Cela va lui permettre par la suite de mieux s'adapter aux besoins présents de son patient, en s'ajustant à lui sur le plan tonique par exemple. Le toucher est déterminant dans la structuration et la construction de l'enveloppe. Il fait parti des besoins psychomoteurs faisant émerger cette sensation d'unité corporelle. En touchant le patient, nous cherchons à lui faire prendre conscience de la surface de son corps, de son schéma corporel, il perçoit la différenciation entre son corps et celui d'autrui. Le psychomotricien doit être attentif à ses propres ressentis dans ce dialogue tonique pour pouvoir mieux accompagner le patient. « Pour cela le psychomotricien doit faire un travail de repérage de ses propres éprouvés et mouvements intérieurs pour mieux recevoir ceux de cet enfant-là. »¹²³ Le travail d'introspection que nous effectuons lors des deux premières années de la formation de psychomotricité prend alors tout son sens, savoir repérer ses propres états émotionnels est nécessaire pour cette future profession.

C.2 QUELS SONT APPORTS DU TOUCHER THÉRAPEUTIQUE DANS LA THÉRAPIE PSYCHOMOTRICE ?

¹²¹ SARDA, J., 2002, pp. 86-95

¹²² Ibid.

¹²³ Ibid.

Nous pouvons faire des liens entre le toucher thérapeutique et la relaxation. Tous deux tendent à amener le patient à abaisser son tonus afin qu'il soit apaisé psychologiquement et corporellement. J. Sarda évoque la relaxation avec toucher thérapeutique « l'immobilité, l'obscurité, le silence ne sont plus synonyme d'arrêt de mort ». Ainsi, on comprend que le toucher peut permettre au patient de réussir progressivement à trouver, se retrouver et se sentir exister. Par la suite, cela peut atténuer les angoisses de mort. Le patient peut alors rester immobile car il se sent exister par le toucher. Il peut éprouver ce que Winnicott appelle le "Self" : le sentiment continu d'exister. Il semblait intéressant de proposer un toucher thérapeutique auprès de Jean Luc à la réception de sa chute comme pour lui signifier qu'il est contenu et qu'il peut se sentir unifié et entier après avoir traversé cette angoisse de chute, comme un temps pour se rassembler. Les inductions verbales permettent au sujet de se réapproprier son corps, de penser à son corps et cela fait alors référence à l'image du corps. Cela peut s'illustrer quand je propose à Jean Luc de sentir sa mâchoire se décontracter, de relâcher ses épaules tendues. J. Sarda écrit : « Le massage mobilise la représentation mentale que l'enfant a de son corps et de son image subjective. » Il est donc question d'un renforcement de l'image du corps.

Le toucher peut s'effectuer à travers différents médiateurs, par exemple le rouleau utilisé pour passer sur le corps de Jean Luc¹²⁴. Celui-ci va venir renforcer les effets de la pesanteur « l'accès à l'expérience vivante de la pesanteur, donne du poids au corps qui est alors perçu global, lourd, consistant, présent soi, unifié »¹²⁵. Le sujet peut ressentir son corps lourd grâce à la pesanteur, notion importante en relaxation. Je comprend à présent que lorsque Jean Luc voulait que je lui passe le rouleau sur le visage, il cherchait tout simplement à ressentir son enveloppe corporelle à travers le poids de la pesanteur. Ainsi, il ressentait les appuis solides de son système osseux écrasé sous cet objet. Il s'est appuyé sur ce média pour faire émerger son propre espace, sa propre enveloppe, son propre vécu et ses propres représentations. Cette expérience semble lui avoir montré qu'il pouvait s'appuyer sur lui-même, qu'il était solide dans ses appuis.

L' "appareil magique" créé par Temple Grandin, une femme américaine diagnostiquée autiste, illustre parfaitement ce besoin d'être contenu et cela m'a fait écho avec le passage du rouleau sur le corps de Jean Luc. Elle s'est créée une machine semblable à une trappe à bétail lui permettant d'être serrée : « D'abord j'ai réglé la barrière pour qu'elle s'ajuste à la hauteur de ma tête quand je me présentais à quatre pattes, et ensuite, j'ai grimpé dans l'enclos. [...] Je sentais leur pression ferme sur mes flancs. [...] Le résultat était à la fois stimulant et décontractant. »¹²⁶ Le discours de la tante de Temple Grandin (qui

¹²⁴ Cf. supra, p.24

¹²⁵ SARDA, J., 2002, pp. 86-95

¹²⁶ GRANDIN, T., 1986, p.107

l'accompagnait dans cette expérience) : « J'avoue que je ne comprenais pas cette préoccupation de la trappe à bétail chez Temple. En fait j'ai passé quelques moments très durs à côté d'elle pendant qu'elle se faisait serrer dans la trappe à bétail. Elle ressentait apparemment une sensation agréable »¹²⁷, m'a fait penser à la sensation que j'ai éprouvé lorsque je passais le gros rouleau sur l'ensemble du corps de Jean Luc et qu'il disait « Encore ! ». J'étais face à mes propres représentations et j'ai eu besoin de m'en émanciper pour pouvoir recommencer sans avoir l'impression de lui faire du mal.

Finalement, il ne faut pas oublier que le toucher n'est pas uniquement un contact corporel, le patient est aussi touché : « par le toucher de la voix, du regard, de la parole, du silence ». Toutes ces notions viennent également apporter une contenance et accompagne le patient tout au long des séances. La voix peut avoir un rôle primordial en relaxation, on la retrouve dans différentes méthodes de relaxation : le training autogène de J.H. Schultz, la relaxation progressive de E. Jacobson, la relaxation dynamique psychomotrice de R. Dupont etc. Elle accompagne et soutient le relaxé.

Le toucher thérapeutique vient faire résonance aux productions psychiques du corps et amène souvent le sujet dans des régressions « évoquant la situation mère-bébé »¹²⁸. Certains ressentis vont faire écho à des expériences sensorielles vécues dans les premiers moments de vie. J. Sadra nous explique qu'en touchant au corps on amène le sujet à la création d'« une concentration passive, grâce à l'abaissement des tensions psychiques et corporelles (qui) libère l'accès au monde intérieur de l'enfant ». Il me semble que par la relaxation la personne est amenée à des niveaux psychiques moins complexes et moins structurés ce qui expliquerait l'émergence de vécus régressifs. Cela peut s'illustrer par certains comportements de Jean Luc : après ou pendant un temps de toucher thérapeutique, il pouvait se retrouver à mettre son pouce dans sa bouche, effectuer des mouvements de regroupement, se mettre en position fœtale etc.

3. Quelles évolutions du patient découlent de cet accompagnement en thérapie psychomotrice ?

Il n'est pas facile lors de ce genre de prise en charge d'être objectif concernant les progrès de nos patients. La prise de note peut permettre de prendre de la distance et de distinguer chaque évolution de nos patients. Je propose trois axes d'observation afin d'affiner les résultats de la prise en charge de Jean Luc. Premièrement s'intéresser à l'axe thérapeutique principal qui est d'accéder à une meilleure régulation tonique (favoriser le

¹²⁷ GRANDIN, T., 1986 , p.110

¹²⁸ SARDA, J., 2002, pp. 86-95

relâchement tonique), puis constater les progrès concernant le rapport au corps et finalement s'intéresser à la communication.

A. La régulation tonique

Jean Luc est arrivé en séance de psychomotricité avec une hypertonie omniprésente, d'importantes tensions corporelles semblaient être installées depuis longtemps. Le travail autour du toucher thérapeutique renforcé par la verbalisation a permis une mise en mots des tensions corporelles. Je l'ai invité, à plusieurs reprises, à déposer le poids de son corps sur le grand coussin, à sentir le relâchement musculaire produit dans son corps. Les progrès ont été assez remarquables, j'ai pu ressentir cela à travers le toucher : lorsque j'effectuais des pressions fermes le long de son corps je sentais qu'il se relâchait, surtout au niveau du dos, des épaules et du visage. Il a su de lui même passer plus de temps reposé sur le grand coussin et relâcher ses tensions corporelles progressivement. On observait un véritable relâchement tonique. Cela ne semblait pas facile car le relâchement l'angoissait et dès qu'il s'autorisait à lâcher prise il reprenait aussitôt sa carapace et remontait à l'espalier. À force d'expérimenter et de se rendre, peut-être, compte qu'il n'y avait aucun danger à relâcher toutes ses tensions corporelles mais plutôt une sensation agréable (dû au relâchement musculaire) il s'est davantage reposé sur le coussin et s'est autorisé à s'apaiser.

Jean Luc a montré une grande capacité de régulation tonique pendant les dernières séances, lors du jeu de faire semblant de « Coyote et Bip-bip ». En effet, afin de laisser le Bip-bip (moi-même) se rapprocher de lui, il faisait comme s'il s'endormait pour mieux l'attraper par ailleurs. Il faisait donc preuve d'une régulation tonique. On pouvait vraiment penser qu'il se détendait : sa mâchoire était relâchée, ses épaules semblaient sans aucune tension, son visage dévoilait une expression d'apaisement. Et d'un bond, il se raidissait et tentait de m'agripper pour faire semblant de me mordre. Ses gestes étaient parfaitement ajustés si bien que je n'ai jamais eu peur qu'il me mordre. Il contrôlait parfaitement la juste distance et l'intensité de sa prise. Cela permet d'objectiver sa capacité à : ressentir les tensions, abaisser son tonus ou à l'inverse à l'augmenter en fonction du contexte et de l'action qu'il souhaite exécuter. Il gardait cependant un fond tonique élevé.

B. Le rapport au corps

Le rapport qu'il entretient avec son corps a semblé également évoluer. En effet, il a pu nommer certaines parties de son corps tendues pour que je vienne le mobiliser, comme les mâchoires. Il a pu porter son attention sur ses tensions et se relâcher davantage.

On retrouve à travers ses dessins une évolution : en effet, son premier dessin du bonhomme¹²⁹ semble constitué d'un seul bloc et la mâchoire est contractée. Chacune des dents paraissent serrées. Le bonhomme prend tout l'espace de la feuille et une de ses jambes n'est pas vraiment rattachée au tronc. Puis, il a commencé à dessiner un bonhomme moins imposant, avec les deux jambes bien attachées au tronc¹³⁰. Finalement, il a produit ce même bonhomme accompagné d'un second¹³¹ en m'expliquant qu'il était le "Coyote" et moi le "Bip-bip". Sur ce dernier dessin on ne distingue plus les dents serrées.

Concernant le support de la silhouette¹³², au début il traçait des traits comme pour séparer les articulations (cou, bras, poignes, genoux, pied). Le buste semblait toujours aussi vide. Lors des derniers dessins, il a commencé à investir l'intérieur du buste (mamelons, nombril). Peut-être pouvons-nous corrélérer cela avec une sensation d'un corps plus unifié, plus globalisé. Bien entendu, ce ne sont que des hypothèses, je ne peux pas être certaine de mes interprétations mais seulement constater les changements. Il semble avoir plus de maîtrise sur son corps. J. Boutinaud explique que l'enfant grâce aux verbalisations du thérapeute peut se dégager des préoccupations qui l'empêchaient d'avancer auparavant et parvenir « enfin à appréhender son identité corporelle comme un espace de découverte sur lequel il peut exercer une certaine forme de maîtrise rassurante. »¹³³

C. Les capacités relationnelles

Jean Luc a énormément évolué dans la communication et la relation. Les possibilités de contacts se sont multipliées. Il sait à présent se faire comprendre et montre ce qu'il désire, il ose exprimer une demande par exemple lorsqu'il me demande de reprendre le drap dans les activités ou que je fasse semblant de pleurer dans le jeu.

Un autre exemple illustre sa capacité à se positionner dans la relation : auparavant les séances duraient 15 minutes et cela semblait complexe pour Jean Luc d'être face à deux adultes pendant ce temps. Puis, nous avons pu prolonger les séances jusqu'à 30 minutes, il allait beaucoup moins souvent se réfugier près de la porte comme pour fuir la relation. Sur la fin de mon stage, nous devions même lui annoncer la fin de séance 5 minutes avant pour qu'il se prépare psychologiquement à quitter la séance.

¹²⁹ Cf. Annexe n°2

¹³⁰ Cf. Annexe n°3

¹³¹ Cf. Annexe n°4

¹³² Cf. Annexe n°5

¹³³ BOUTINAUD, J., 2013, p.246

Il semble avoir beaucoup plus d'intérêts pour la psychomotricité et est extrêmement ponctuel. Au cours de l'année il a commencé à venir me saluer le matin comme pour s'assurer de ma présence. Une véritable alliance thérapeutique s'est installée.

Au niveau du regard, Jean Luc s'est autorisé à regarder dans les yeux, il lui arrive même de soutenir le regard plus de 3 secondes. Le contact « oeil à oeil » est maintenant possible. Il prend davantage d'initiatives, il sourit lorsque nous émettons les bonnes hypothèses comme pour dire « oui c'est bien ce que je vis ». Il ne parle toujours que très peu mais on repère certaines évolutions, par exemple il commence à écrire sur ses dessins « ça boom - boomerang- coyote - bip-bip »¹³⁴, l'écriture est une forme de communication et illustre la volonté qu'il a de nous faire partager son monde interne.

En revanche, sa voix reste bloquée, il peine à être audible. Il parle davantage mais on ne comprend pas ce qu'il dit donc on le fait répéter et cela semble le déranger. On valorise le fait qu'il tente de nous expliquer certaines choses tout en l'invitant à articuler davantage. Un travail autour de la voix, des vocalises, de cris, pour dénouer l'appareil phonatoire pourrait être très intéressant.

D. L'émergence du jeu symbolique

Selon J. Boutinaud, l'avènement du jeu symbolique constitue une avancée dans l'évolution de la prise en charge. Il explique que l'on peut retrouver chez l'enfant une envie : « de "prendre les commandes" et se s'approprier subjectivement les contenus et les contenants du jeu. Il se met alors à diriger les directions qu'il désire, explorant les thèmes et les activités qui suscitent fortement son intérêt. »¹³⁵ On repère dans la prise en charge de Jean Luc le fait d'oser mener l'histoire du « Coyote et du Bip-bip ». Il nous a lui même parlé de ces dessins animés et s'est présenté comme le coyote puis m'a pointé du doigt en me disant « Bip-bip » avec un grand sourire. Il ose faire semblant de me mordre. Il peut également me demander d'effectuer certaines actions comme par exemple quand il me demande de pleurer¹³⁶ pour faire avancer le jeu. Il semble prendre beaucoup de plaisir à maîtriser l'histoire, il apporte de nouveaux éléments et alimente le jeu. Il semble vraiment faire la différence entre le jeu et la réalité. Il fait semblant de me mordre, on voit qu'il joue un personnage. Cependant, après une longue scène de dévoration où il me demande de pleurer, il s'approche de moi pour me faire une accolade comme pour réparer ce qu'il a

¹³⁴ Cf. Annexe n°4

¹³⁵ BOUTINAUD, J., 2013, p.247

¹³⁶ Cf. supra, p.30

cassé et se faire pardonner. Peut-être a-t-il peur que je sois fâchée contre lui après un tel jeu de destruction? Veut-il s'assurer de la stabilité de l'objet ?

D.1 ALLER PLUS LOIN DANS LA COMPRÉHENSION DE CETTE ANGOISSE DE DÉVORATION

On peut imaginer que Jean Luc cherche à s'assurer de la permanence de l'objet. Il vient donc attaquer l'objet pour voir si celui-ci est fiable. On peut également supposer que par cette envie débordante de jouer la dévoration, Jean Luc tente de dépasser l'angoisse de dévoration, décrite dans la partie théorique, qui aurait créé chez lui une fixation dans la zone oral, comme si l'angoisse était figée sur cette partie du corps. On repère qu'il a souvent la mâchoire très serrée, tellement que les mots peinent à sortir, et qu'au cours du suivi, beaucoup de mouvements au niveau de la sphère orale sont apparus (mouvements de succion, relâchement et contraction des dents, il a lui même demandé à deux reprises que je vienne mobiliser sa mâchoire).

Beaucoup de questions ont émané de la prise en charge de Jean Luc. La théorie a permis d'offrir une meilleure compréhension de ce qui se jouait pour lui en séance de psychomotricité : ses angoisses, ses défenses, ses désirs etc. La relation s'est progressivement instaurée et lui a permis de nous livrer, à son rythme, son monde interne.

CONCLUSION

En relisant mes notes sur ce début de stage, j'ai été surprise de replonger dans mes premières impressions. Je relatais la première journée dans cet Hôpital de Jour qui m'avait alors paru très longue. Parfois un enfant m'attrapait la main pour que je saisisse un objet, un autre venait sans me regarder et sans me demander mon avis s'installer sur mes genoux, comme si je n'étais qu'un support. Je me sentais seule, condamnée à être utilisée et invisible aux yeux de tous ces jeunes. Grâce à cette expérience de stage très enrichissante et par ce travail clinico-théorique, j'ai appris à mieux comprendre les patients accueillis en pédopsychiatrie. J'ai adopté une autre manière d'écouter ces jeune patients. J'ai pu communiquer avec eux sans que la difficulté d'accès au langage ne soit une contrainte, en prêtant davantage attention au langage corporel.

La rencontre avec Jean Luc et son suivi psychomoteur m'ont donné envie de mieux comprendre ce qui se jouait pour lui en psychomotricité, cet écrit est le fruit de mes réflexions. Certaines interrogations sont toujours en suspens. C'est également ce que j'ai pu apprendre de ce travail : on ne peut pas toujours répondre à l'intégralité de nos questions. Je peux cependant observer certains résultats découlant de la prise en charge de Jean Luc. En effet, « se relâcher » semblait « risqué » pour lui, cependant il a pu éprouver cet abaissement tonique grâce à la thérapie psychomotrice. Les séances semblent lui avoir permis d'acquérir une meilleure conscience de son corps. Il peut à présent repérer ses tensions corporelles et réussit progressivement à abaisser son tonus. Il communique davantage et son aisance corporelle est de meilleure qualité.

Au sein de mon second stage de fin d'étude, dans une clinique spécialisée en addictiologie, beaucoup de patients paraissent complètement coupés de leurs éprouvés corporels. Une patiente le verbalisait très bien : « *Il ne fait que trembler là, mon corps ne m'écoute pas quand je lui dis de se détendre!* ».

À travers cette phrase, on distingue parfaitement la césure entre le corps et l'esprit, comme si les sensations corporelles ne lui appartenaient pas. Certains patients recherchent des sensations fortes à travers le produit : l'alcool brûlant l'oesophage ; la sensation d'euphorie produite par certaines drogues, etc. Ils semblent vouloir se créer une enveloppe contenante, solide et "remplir le vide". D'autres à l'inverse, désirent se couper volontairement de leurs sensations et anesthésier leurs affects. Le produit peut être perçu comme une carapace protectrice. « *Quand je bois, je ne ressens plus rien... Et ça, ça me fait du bien !* », explique un patient.

Les patients semblent dans un dilemme : ressentir son corps et ses limites corporelles, se sentir protéger, en sécurité et à la fois être coupés de leurs sensations, se « blinder » et résister. Cela m'a fait penser à l'hypertonie de Jean Luc.

Cette carapace tonique semble protectrice, contenante et solide, le protégeant contre ses angoisses corporelles. Cependant, elle le limite dans la perception qu'il a de son corps, dans l'amplitude de ses mouvements et dans les relations qu'il entretient avec les autres.

En addictologie, la relaxation est une bonne médiation thérapeutique, permettant d'amener progressivement certains patients vers un relâchement psychique et corporel. Il serait intéressant de travailler autour de la relaxation avec Jean Luc. La méthode activo-passive de H. Wintrebert pourrait être pertinente à mettre en place dans ce suivi.

La psychomotricité peut permettre d'accompagner les patients vers une meilleure écoute corporelle, une appropriation de leurs sensations et un affinement de leur conscience du corps. Attentif au langage corporel, le psychomotricien s'adapte au patient, l'accompagne dans l'expression de ses angoisses, de ses souffrances vers un mieux être psychocorporel.

Cet écrit m'a permis d'enrichir mes compétences à la fois professionnelles et personnelles. Je retiens à quel point il est primordial de bien respecter le rythme du patient, de s'adapter à ce qu'il nous livre de son monde interne, tout en gardant à l'esprit nos axes thérapeutiques.

Le travail auprès de ces patients m'a passionné, les questions vertigineuses et profondément humaines qui en découlent ainsi que l'enjeu relationnel me donnent envie d'enrichir mes connaissances, de me former davantage et surtout de travailler dans le milieu de la psychiatrie.

BIBLIOGRAPHIE :

Ouvrages :

- Baranes, C. P. (2013). *Corps brûlant, corps adolescent*. Paris, France : Eres.
- Barthélémy, L. (2012). *L'autisme : de l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Lavoisier.
- Boutinaud, J. (2013). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles* (3ème éd). Paris, France : Editions In Press.
- Bril, B., Devouche, E., Fagard, J., Jover, M., Lhote, M., & Rivière, J. (2000). *Le développement psychomoteur du jeune enfant: Idées neuves et approches actuelles*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Bullinger, A. (2013). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Parcours de recherche*. Toulouse, France : Eres.
- Bullinger, A. (2017). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars: Tome 2 – L'espace de la pesanteur, le bébé prématuré et l'enfant avec TED*. Toulouse, France : Eres.
- Delion, P. (2000). *L'autisme et la psychose à travers les âges de la vie. L'enfant, l'adolescent, l'adulte*. Toulouse, France: Érès.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, France : Seuil.
- Freud, S. (1974). *Le mot d'esprit et ses rapports inconscient* (3ème éd). Paris, France : Gallimard.
- Grandin, T. (1994). *Ma vie d'autiste*. Paris, France : O. Jacob.
- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Paris, France: Heures de France.
- Joly, F., Boutinaud, J. (2017). *Thérapies psychomotrices: 10 cas cliniques commentés*. Paris, France: In Press
- Klein, M. (2013). Chapitre VI - Quelques conclusions théoriques au sujet de la vie émotionnelle des bébés, *Développements de la psychanalyse* (pp. 187-222). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
- Maffre, T., & Perrin, J. (2013). *Autisme et psychomotricité*. Paris, France : De Boeck Supérieur.

Meltzer, D., (1980). *Exploration dans le monde de l'autisme*. Paris, France : Payot.

Pireyre, E. W. (2015). *Clinique de l'image du corps : Du vécu au concept - 2e éd.* Paris, France: Dunod.

Potel, C., & Baranes, J. J. (2018). *L'adolescent, son corps, ses "enjeux" : point de vue psychomoteur*. Paris, France: Editions In Press.

Robert-Ouvray, S. B. (2007). *L'enfant tonique et sa mère*. Paris, France : Desclée de Brouwer.

Schilder P. (1968). *L'image du corps*, Paris, France : Gallimard.

Winnicott, D. W. (2000). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris, France: Gallimard.

Articles :

Aussilloux, C., & Barthélémy, L. (2002). Evolution des classifications de l'autisme : leur intérêt et leurs limites actuelles. *Le Carnet PSY*, 75 (7), 21–23.

Delion, P. (2007). *l'intérêt de Tex Avery et de quelques autres dans la psychopathologie de l'image du corps*. Toulouse, France: Eres.

Guillaumin, J. B, & SAGE, B. (1990). L'évaluation précoce du tonus : sa contribution à la compréhension des discordances de l'interaction mère, bébé. *Evolutions psychomotrices*, (8).

Lheureux-davidse, C. (2012). De l'agrippement sensoriel à la métaphore partagée dans la clinique de l'autisme. *Chimères*, (78), 75–85.

Robert-ouvray, S. B. (1999). Le corps étai de la psyché. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (117).

Mémoires :

Herrera, I., (2014), *Etre en lien*, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Paris VI Pitié salpêtrière

Gomez Cabra, M. L., (2013-2014), *La clinique de l'autisme et la pratique à plusieurs*, thèse préparée dans l'EA 4007 « La section clinique », Paris, Université Paris 8 Vincennes-Saint Denis

Jolly, L., (2013), *Je te tiens! Protège-moi... L'approche psychomotrice auprès d'enfants avec Troubles Envahissants du Développement: être contenu, se tenir, s'ouvrir au monde*, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Bordeaux, Université Victor Segalen Bordeaux II

Proutiere, M., (2009), *Les Angoisses corporelles de la pathologie autistique dans la prise en charge psychomotrice*, mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de psychomotricien, Paris, Institut Supérieur De Rééducation Psychomotrice.

Supports de cours :

Jutard C., Notes de cours de Troubles du Spectre Autistique, 3ème année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2018-2019

Pavot C., Notes de cours de psychomotricité, 1ère année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2015-2016

Paumel C., Notes de cours de psychiatrie (adolescence), 3ème année de psychomotricité, Paris, année scolaire 2018-2019

Ressources numériques :

Alistair - H Paradoxæ, A. (2018, 30 septembre). *Mieux comprendre l'autisme : L'hypersensibilité et les spécificités sensorielles* [Fichier vidéo]. Récupéré 20 mars, 2019, de <https://www.youtube.com/watch?v=CNZu7Q2zQ0w>

HAAG, G. (s.d.). Comment les psychanalystes peuvent aider les enfants avec autisme et leurs familles [Fichier vidéo]. Récupéré 19 mars, 2019, de http://www.psynem.org/Hebergement/Cippa/Activites/Partenariat_avec_les_parents/Comment_les_psychanalystes_peuvent_aider_les_enfan

Site de la Haute Autorité de Santé. Récupéré le 12 février 2019, de https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/trouble_du_spectre_de_lautisme_de_lenfant_et_ladolescent_-_argumentaire.pdf

Image du Coyote et du Bip-bip. Récupérée le 20 avril 2019, de https://tv-programme.com/bip-bip-et-vil-coyote_dessin-anime/

ANNEXE 1

La salle de psychomotricité et le matériel utilisé :



La salle de psychomotricité



L'installation de l'expérience de chute



Le drap



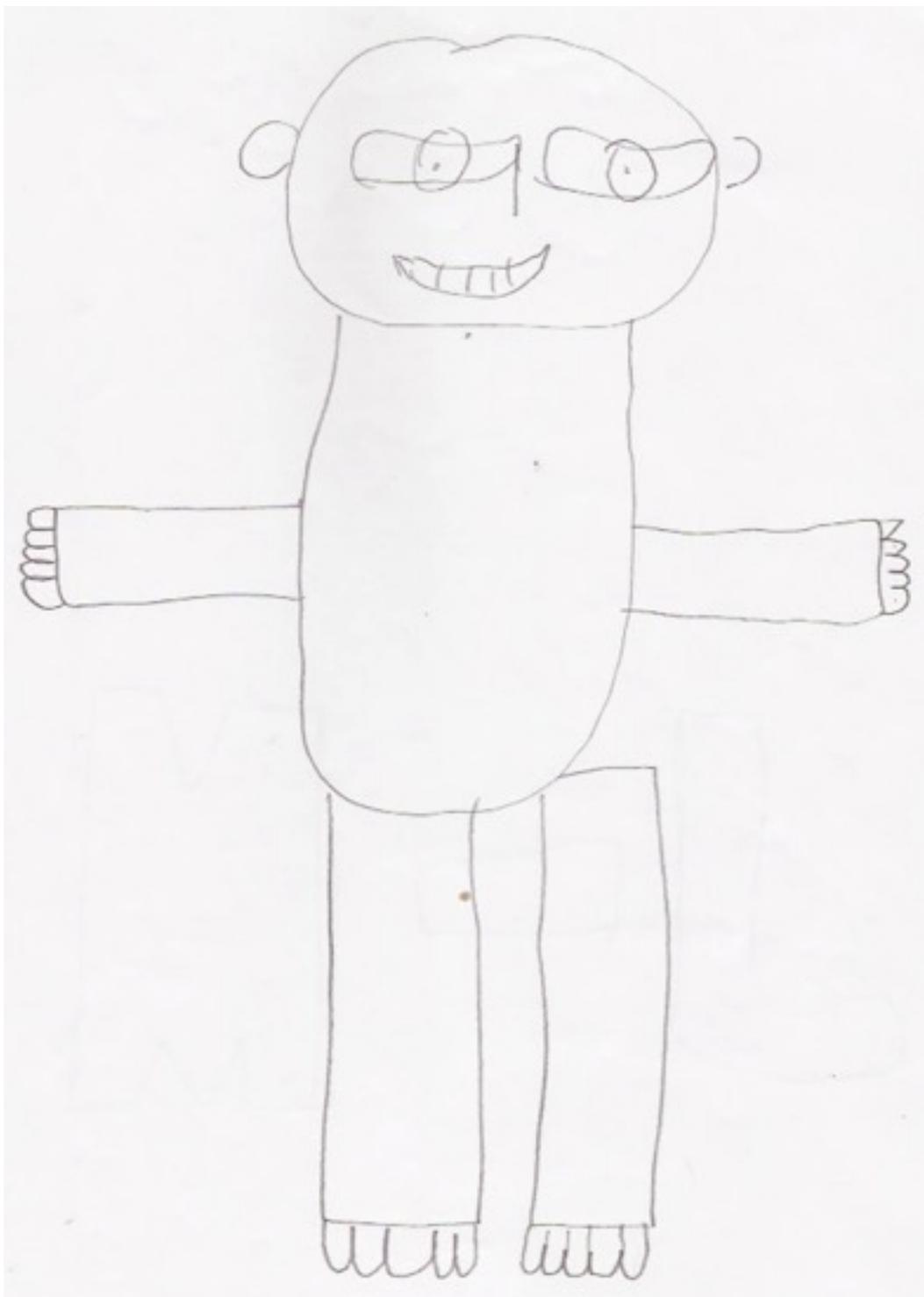
Le rouleau « mou »



La balle de cirque

ANNEXE 2

Evolution des dessins de Jean Luc



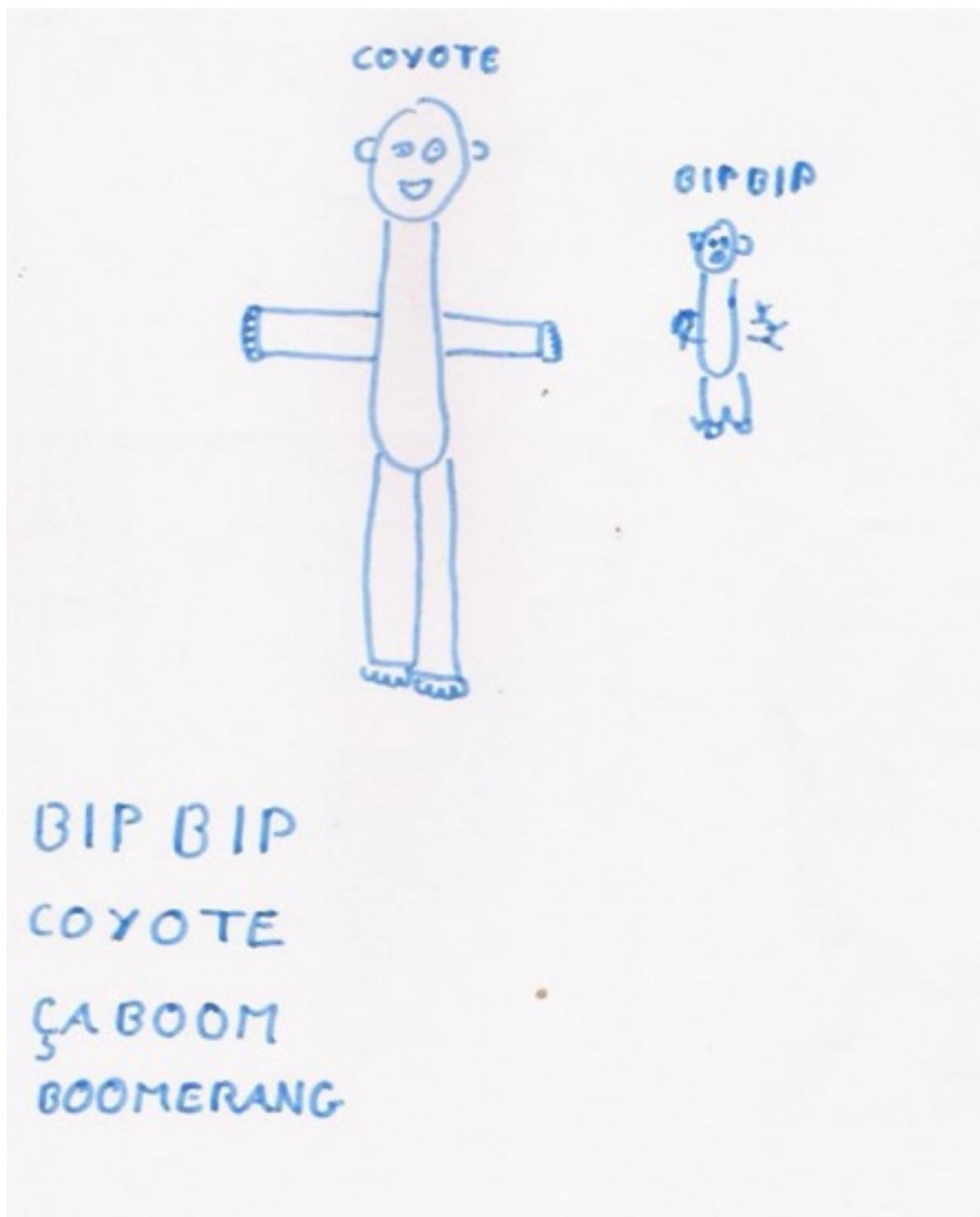
Dessin du bonhomme réalisé lors du bilan psychomoteur

ANNEXE 3



Dessin réalisé au mois de janvier

ANNEXE 4

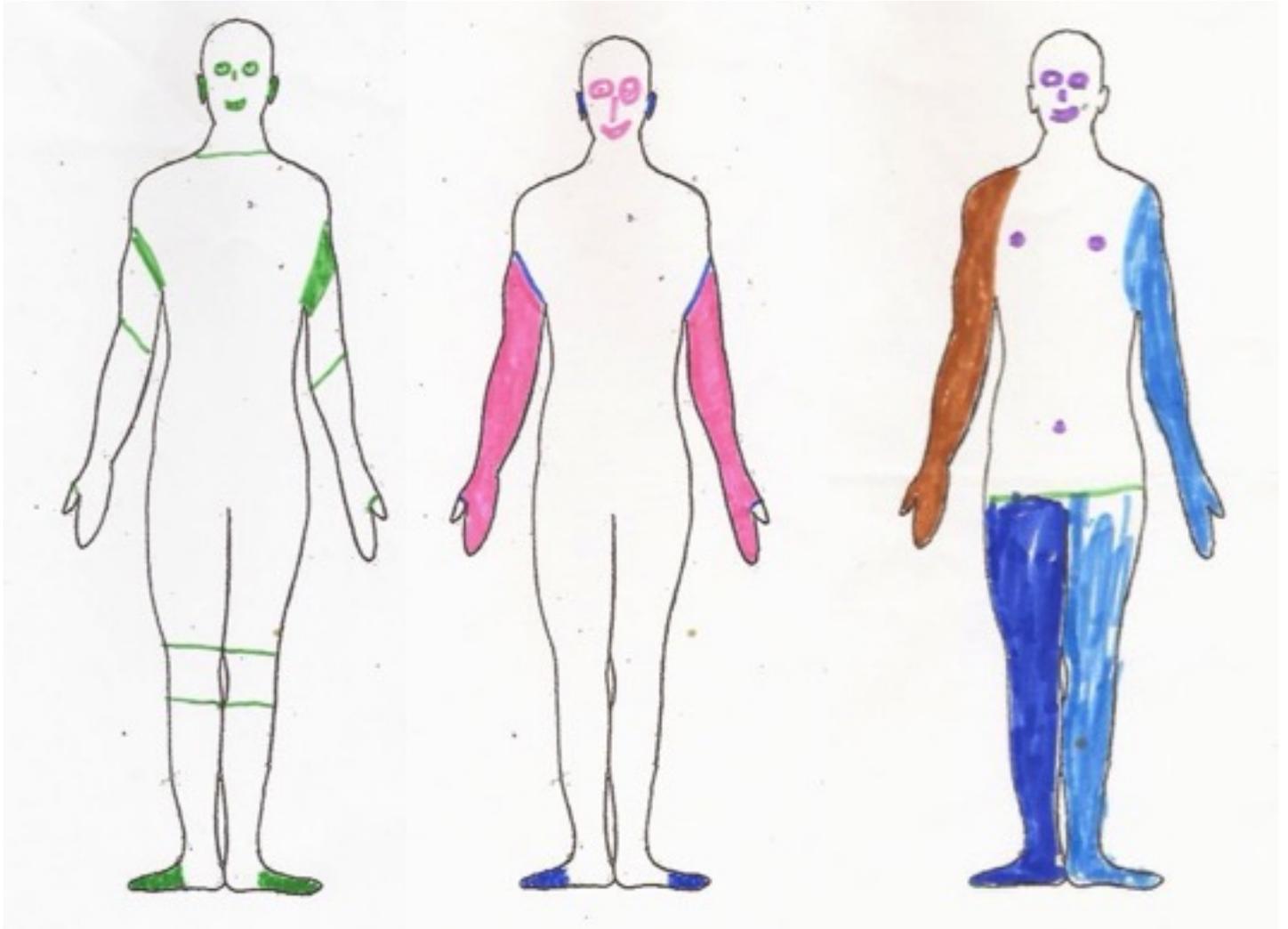


Dessin réalisé au mois de mars

ANNEXE 5

Evolution du support de la silhouette :

Consigne : « Colorie cette silhouette en pensant à la séance, qu'as-tu ressenti dans ton corps ? »



Résumé

Le tonus est un élément prépondérant dans la thérapie psychomotrice. Il est la toile de fond des émotions et permet une communication non verbale à travers le dialogue tonique. Un seuil tonique trop élevé entrave le développement psychomoteur.

Suite à la rencontre avec un adolescent, diagnostiqué « Trouble Envahissant du Développement », dont l'hypertonie est omniprésente, je me suis questionnée sur la tonicité. Que signifie cette hypertonie ? Comment l'accompagnement en psychomotricité permet-il d'accéder à un relâchement tonique ?

Dans cet écrit, je propose une meilleure compréhension de la carapace tonique du patient, en y associant ses angoisses corporelles. Je présente certaines aptitudes du psychomotricien et les outils à sa disposition afin d'accompagner de manière la plus adaptée le relâchement tonique auprès de ce jeune adolescent.

Mots clés :

Tonus - Trouble du spectre autistique - adolescence - angoisses archaïques - toucher thérapeutique - dialogue tonico-émotionnel - carapace tonique

Abstract

Tonicity is a very important element in the psychomotility therapy. It represent the background of the emotions and allows a non-verbal communication through the tonic dialogue. Having a too important tonic threshold will hinder the psychomotor development. Further to my meeting with a teenager, diagnosed with an "Autism spectrum disorder", whose the hypertonia is omnipresent, I started asking myself about the tonicity. What can explain this tonicity ? And especially, how psychomotility therapy could allow access to a tone relaxation?

In this study I will propose a better comprehension of this patient's tonic shell, taking in account his corporal anxieties. I present some aspects of the psychomotor specialists and their tools to reach the tonic relaxation of this teenager.

Keywords :

tonicity - autism spectrum disorders - adolescence - healing touch - archaic anxieties - Tonic-Emotional Dialogue - Tonic shell